

LA PAROTIDECTOMIA TOTAL CONSERVADORA

Dice Avelino Gutiérrez:

“Para investigar la región parotídea se traza una incisión que comienza en la unión del arco cigomático con el hueso malar (un buen través de dedo por delante del tragus), sigue el arco hasta el pabellón, desciende por el pabellón, pero al mismo ras, hasta el lóbulo, contornea el lóbulo, asciende por el surco aurículomastoideo, hasta la base de la apófisis mastoides, redesciende, siguiendo sobre la apófisis y el músculo esternocleidomastoideo, hasta la altura del cuerpo del hioides, a ese nivel se incurva hacia adelante para alcanzar dicho hueso.

”Se corta piel y tejido celular. Al nivel del ángulo de la mandíbula aparecen el nervio auricular y la vena yugular externa (véase fig. 1 y su leyenda N. A. y V. Y. E.). Hecho este reconocimiento se incide la aponeurosis y se ahonda la incisión, marchando siempre al amparo de la apófisis mastoides y del músculo esternocleidomastoideo (que deben verse con toda limpieza). Hasta empalmar con el vientre posterior del digástrico. Se toma este empalme y se sigue por él como por sobre un riel, hasta alcanzar el asta del hoides. El digástrico debe quedar bien aislado tanto en su cara externa como en sus bordes superior e inferior. Algunos golpes de sonda dados por arriba y por debajo del músculo permiten descubrir la arteria carótida externa en el momento en que penetra en la región por dentro del digástrico y estilohioideo por fuera del estilofaríngeo y estilogloso: músculos por fuera y músculos por dentro. *Fijad con cuidado este detalle porque interesa para la ligadura de la carótida externa.*”

Debajo del digástrico se encuentra el nervio hipogloso mayor, por detrás la vena yugular interna que se separa de la carótida con un instrumento romo para ligarla. Se prosigue liberando la glándula del conducto auditivo y del pabellón de la areja, yendo en su contacto. Traicionando la glándula hacia adelante aparece en el fondo el facial, tenso, inclinado hacia abajo, afuera y adelante, acompañado de la arteria estilomastoidea. Ha sido hecha la hemostasis de:

Arteria y venas temporales.

Vena yugular externa.

Arteria superior del músculo esternocleidomastoideo.

Arteria y venas del lóbulo de la oreja.

Es útil emplear un separador ortoestático que calza en la mastoides y esternocleidomastoideo por una parte y borde posterior en la rama ascendente del maxilar, por otra. Para facilitar la fijación del separador. Redon practica una muesca al borde del maxilar en el que calza una de las ramas. El separador colocado permite desplazar hacia adelante 1 cm. o más al maxilar y ensanchar así el espacio parotídeo. La ligadura de los vasos temporales y la carótida permiten continuar la disección del plano del facial sin hemorragia importante, pero no está suprimida completamente la vascularización de la glándula. El desprendimiento del lóbulo superficial mediante disección a tijera se realiza al principio con facilidad en el espacio retroglandular donde se encuentra el nervio. Redon, señala la necesidad de ligar con cuidado dos pequeños vasos al comienzo de esta disección, que pueden dificultar mucho la iniciación de la disección:

- 1) la vena superficial que penetra al hueso en contacto con el conducto cartilaginoso;
- 2) la arteriola profunda, rama de la estilomastoidea, satélite del nervio. Conviene ligar la estilomastoidea en su origen sobre la arteria occipital.

Cuando el hallazgo del nervio es dificultoso por el tumor, es útil el excitador eléctrico. Hallado el nervio con un separador de Farabeuf o pinzas tractoras se levanta el lóbulo superficial. El nervio va quedando en su lecho. Se encuentra en esta

disección de nuevo la vena yugular externa que se liga y secciona acerca de su origen, por debajo de la rama más inferior del nervio.

La disección se prosigue de abajo-arriba, y de adelante-atrás. En la parte superior la rama superior del facial es profunda, cubierta por la glándula. Las venas que atraviesan entre las ramas del facial yendo de un lóbulo al otro se ligan y seccionan. Adelante en la porción media del lóbulo superficial sale el canal de Stenon y el ramo máximo del facial con la arteria y vena transversa de la cara. Los vasos ligados se seccionan. Al canal de Stenon algunos lo ligan y seccionan. Redon, lo secciona simplemente y lo deja como vía natural de drenaje para colecciones residuales habiendo comprobado su eficacia. Es un tiempo importante la ligadura del plexo venoso maseterino. Queda por determinarse el tipo de conexión del lóbulo superficial con el profundo. ¿Entre las ramas del nervio un grueso eje? o varios istmos? ¿o un puente a caballo por encima de la rama superior del ramo orbitario? Seccionada la conexión está terminada la parotidectomía superficial.

Ahora es fácil completar la extracción del lóbulo profundo.

Si se secciona un grueso eje sangra bastante, porque representa el hilo de aporte arterial desde el lóbulo profundo. Cuando hay varios istmos se seccionan y ligan sucesivamente. Si existe una charnela por encima del nervio y sus ramas se puede extraer en una sola pieza la glándula sin fragmentarla.

El lóbulo profundo en general es muy pequeño y libre de adherencia por la atmósfera célulograsosa que lo rodea separándolo de los órganos móviles (faringe, articulación). Este lóbulo oculta a la arteria carótida que llega así al cuello del cóndilo detrás del cual se divide. En este punto hay que ligar un plexo venoso de venas temporales, extra e intracondíleas. La liberación del lóbulo profundo se realiza a través del enrejado de las ramas superiores del facial, y es un tiempo dificultoso. Si se cargan las ramas con una cinta tractora, la movilización suave no las lesiona y facilita las ligaduras y disección. La anastomosis del auriculotemporal con el facial, debe ser seccionada para facilitar el desprendimiento del lóbulo. Dargent, en este momento procede al arrancamiento del auriculotemporal para evitar, según él, la aparición del síndrome de Frei. Resta finalmente por ligar y

seccionar el pedículo de la maxilar interna. Queda la logia parotídea vacía y cruzándola en el aire, el nervio facial diseccionado.

El cierre de la herida con drenaje no impide un cierto retardo de cicatrización, consecuencia de la adaptación de los colgajos cutáneos al relleno de un hueco profundo de paredes óseas. A menudo se acumula serosidad y sangre. Redón, para disminuir el tiempo de curación, realiza el cierre y el drenaje aspirativo que ha descrito con Jost. El drenaje acorta el tiempo de cicatrización pero no evita la depresión de la región. A fin de corregir este defecto estético emplea un injerto libre de tejido adiposo, tomándolo de la pared abdominal. Lo emplea a condición de realizar el drenaje aspirativo con tubo de politileno de 3 mm. de diámetro introducido por una pequeña incisión hecha a 4 cms. por debajo de la incisión operatoria (que debe cerrarse completamente). El tubo entra a roce fuerte y aspira a una presión negativa de 75 cm., por medio de un frasco de transfusión. Después de cuarenta y ocho horas, verificando el correcto funcionamiento se retira el tubo y la aspiración. Redón hace practicar desde que retira los puntos una docena de sesiones de ionización yodada y cálcica que favorecería la calidad de la cicatrización cutánea y además contribuiría a la regeneración nerviosa, pues no son raras las parálisis faciales producidas en los días siguientes que retroceden totalmente a los dos o tres meses. Considera que el factor más importante de lesión nerviosa es la isquemia que sería suficiente aún sin traumatismo de los cordones.

El trasplante libre de tejido grasoso se transforma en un granuloma lipofágico y es posible que el relleno de la depresión proteja al facial y estimule una vascularización de la que beneficie la isquemia del nervio. La reparación secundaria mediante la implantación de un tubo-colgajo acromiotorácico cuando ha transcurrido tiempo suficiente para poner a cubierto de la recidiva puede ser la mejor manera de cubrir el defecto.

TUMOR DEL LOBULO PROFUNDO

Realizado el abordaje en la forma señalada es preciso tomar conocimiento de la ubicación del tumor. Cuando es voluminoso la topografía lobar puede ser muy difícil de determinar al co-

mienzo de la liberación de la glándula y como el nervio facial está rechazado hacia la superficie se crea la situación favorable para que sin sospecharlo al comienzo de la operación se seccione el nervio. En estos casos prácticamente no hay lóbulo superficial que se encuentra laminado e irreconocible como una cáscara glandular discontinua. Si no se reconoce la situación, al buscar el espacio retroglandular inexistente se secciona el facial. Seccionado hay que reconocerlo a su vez para no reseca una extensión considerable del cabo periférico con el tumor, lo que requeriría un injerto nervioso desmesurado y una disección laboriosa en la cara buscando las ramas terminales. Reconocida la sección equivale a efectuar una disección cuidadosa del cabo periférico a fin de preservarlo para la sutura al final de la operación. Los casos relatados de esta eventualidad señalan recuperaciones excelentes similares a las de las parálisis postoperatorias sin sección. El tumor del lóbulo profundo que emerge hacia afuera está firmemente encajado detrás del máxilar hasta la mastoides, amarrado por el pedículo de la maxilar interna (el pedículo temporal ha sido ligado al hacer la incisión). La sección previa del pedículo maxilar interno facilita la extracción. Para estos tumores Leriche propuso en 1935 el abordaje por una vía cervical predigástrica. Una incisión curva que contornee el ángulo de la mandíbula permite hallar el vientre posterior del digástrico. El índice conducido por encima de él, reconoce el tumor y puede enuclearlo de la logia sin sangre y sin instrumentos dejando al nervio por encima. La enucleación sería del lóbulo tumoral.

PAROTIDECTOMIA POR RECIDIVA

Resecar la o las cicatrices operatorias anteriores. Si es posible circunscribirla en el trazado de la nueva incisión que será la incisión adaptada al caso, y en el fondo seguirá la línea de la incisión general.

La disección es difícil. Ligadura de la carótida externa y búsqueda del espacio retroglandular como en la parotidectomía típica. Si el bloque cicatricial posterior adherente al esternocleidomastoideo y mastoides hace riesgoso el hallazgo del facial es aconsejable ir adelante continuando por arriba y abajo liberando el borde de la glándula y reconociendo las ramas del

facial. Como en general los tumores parotídeos asientan en la mitad inferior del lóbulo superficial, las condiciones anatómicas mejores para la disección estarán arriba y será más fácil encontrar las ramas orbitarias que deberían reconocerse mediante el excitador eléctrico por la sacudida muscular correspondiente. La mitad de la cara y el ojo deben estar a la vista en el campo operatorio. Si es difícil encontrar el plano de disección y las ramas superiores, conviene iniciar la búsqueda del facial por sus ramas interiores. Aislado el tronco o sus ramas se prosigue la disección cuidadosa hasta liberarlo de su segmento parotídeo. Se está en condiciones entonces de terminar como en la técnica típica. La experiencia y criterio resolverán hasta dónde debe respetarse el nervio sin riesgo de su sección y de recidiva. Es preferible una sección típica e injerto, a una reintervención. Duval y Redon en la necesidad resecan las ramas inferiores por ser las menos importantes funcionalmente.

TRATAMIENTO DEL CILINDROMA

El vocablo cilindroma (Billroth, 1856) designa el tumor que en la superficie de sección en fresco muestra masas o esferitas mucohialinas. Se han señalado en la cara, boca, glándulas salivales, huesos, meninges, etc. En la parótida se han clasificado como "tumores semimalignos" (Ackerman y Regato). Otras clasificaciones las colocan entre los malignos. En realidad el aspecto macroscópico corresponde a tumores mixtos simples, endoteliomas y epiteliomas.

Es un grupo heterogéneo al que Foote y Frazell, Quattlebaum, Dockerty y Mayo, Redon, etc., asignan entidad. Contribuye a ello el carácter de su crecimiento local, en el que se señala la infiltración y difusión por las vainas linfáticas perineurales. Esto explica su tendencia a las recidivas locales y la frecuencia de síntomas nerviosos: dolor (50 %), parestias, parestias. Según Ahlbon serían tumores menos malignos que los epiteliomas. Representan en diversas estadísticas del 2 al 15 % de los tumores de la parótida. Según Kirklin el 4,7 %.

Más frecuente en la mujer y en el adulto después de los 40 años. Se han señalado metástasis ganglionares, óseas, pulmo-

nares, etc. Quattlebaum y colaboradores señalan 21 casos de cilindroma maligno en 210 tumores parotídeos: 7 eran encapsulados, el resto infiltrantes.

Baclesse ha insistido en la radiosensibilidad del grupo. Recomendación dosis fuertes (7.000 r.) espaciadas (de dos a tres meses) como tratamiento preoperatorio.

La biopsia en los tumores parotídeos se justificaría por el reconocimiento de este tumor y la indicación del tipo de resección.

Se está de acuerdo en la parotidectomía radical (resecando el facial y el aurículo temporal conjuntamente con los ganglios subdigástricos).

El injerto libre de nervio inmediato al facial estaría justificado.

TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA PAROTIDA

El epiteloma primitivo glandular y el secundario a un tumor mixto de la glándula representan alrededor del 20 % de los tumores parotídeos.

La malignización de los tumores mixtos originando epitelomas ha sido siempre un argumento muy serio del origen epitelial de los tumores mixtos. La proporción de los tumores mixtos malignizados se aprecia en número variable porque hay desacuerdo entre la malignidad clínica y la histológica. Del punto de vista microscópico hay casos dudosos como los hay en la clínica y algunos son inclasificables.

Cuando se han multiplicado los cortes y estudiado muchos fragmentos de un epiteloma glandular de apariencia primitiva se ha podido demostrar la existencia de restos de un tumor mixto (8,7 % Brown y McDowell). Este hecho es común para otros tumores mixtos del organismo. Cuando se multiplican los cortes histológicos en el corioepiteloma del testículo, de apariencia primitiva, muchas veces se ha podido poner en evidencia restos de un tumor mixto, en el que, el crecimiento preponderante del componente corioepitelial maligno, lo hizo aparecer como un cáncer primitivo (Kauffman, Determann, Hartmann y Peyron).