

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).

El sarcoma de la parótida como todos los sarcomas glandulares es muy raro y cuando se estudian con ahinco casi siempre revelan ser epitelomas muy atípicos.

A veces el cáncer de la parótida se puede diagnosticar. Mientras está dentro de la glándula contribuyen al diagnóstico de malignidad: el crecimiento rápido, la fijación, la falta de limitación, el dolor, la parálisis facial que puede ser en el sector superior o inferior, la dureza leñosa, la hemorragia por el canal de Stenon, las adenopatías cervicales. Cuando sale fuera de la glándula e infiltra las estructuras vecinas inclusive la piel, el diagnóstico no es dudoso.

Anatómicamente son de dos tipos: nodular e infiltrante.

Al crecer fuera de la glándula se fijan a la articulación temporomaxilar, conducto auditivo, mastoides, al masetero (originando trismus). Pueden invadir el pterigoideo interno o el esternocleidomastoideo, la rama montante del maxilar, ulcerar la piel, propagarse en la base del cráneo, la faringe o la región retroestilea.

El tratamiento del cáncer parotídeo presenta así diversas situaciones. Cuando el diagnóstico del tumor lo realiza el patólogo en el examen de un nódulo encapsulado, tratado por parotidectomía total conservadora se ha señalado que el pronóstico es favorable. Es aconsejable la radioterapia postoperatoria.

El pronóstico es muy malo en el cáncer clínicamente evidente, con signos de invasión.

El tipo celular no influye en el pronóstico. Sin embargo Swinton y Warren sostienen que es peor en el tipo indiferenciado, y algo mejor en el cáncer epidermoide. El tratamiento del cáncer de la parótida es fundamentalmente quirúrgico y en general se está de acuerdo, en que debe ser complementado con otros medios auxiliares, antes o después de la operación (rayos X, radium, isotopos radioactivos, etc.).

El cáncer primitivo suele presentarse en tres situaciones clínicas:

- 1) Cáncer evidente dentro de la glándula.
- 2) Cáncer invadiendo órganos vecinos.
- 3) Cáncer inoperable.

Cáncer evidente dentro de la glándula.— Para este tipo se aconseja el tratamiento por la parotidectomía radical y vaciamiento ganglionar del cuello. La parotidectomía puede ser ensanchada resecaando elementos de las regiones vecinas. Las directivas técnicas son: anestesia general por intubación, bisturí eléctrico. Puede ser útil el empleo de hipotensores. Incisión angulada desde la región del arco cigomático pasando por debajo de la oreja hasta descubrir toda la glándula y el tumor. Esta incisión se prolonga hacia abajo, sobre el borde del esternocleidomastoideo, hasta la vecindad de la clavícula y luego horizontalmente por la base del cuello hasta el borde del trapecio. Se comienza la disección por delante y arriba, liberando la glándula del masetero y del maxilar. Ligadura y hemostasis de los vasos temporales superficiales transversos de la cara y Stenon, yugular externa, plexos venosos temporales y pterigoideos, maxilar interna. Es útil el separador ortoestático colocado entre la mastoides y el maxilar, cuya rama ascendente va hacia adelante ensanchando el campo. Disección y ligadura de la carótida externa, encima del digástrico. Se reseca el digástrico y se liga la arteria occipital satélite. Desinserción del esternocleidomastoideo y si hay ganglios infiltrados en la cadena del espinal, se sacrifica el nervio que viene con los ganglios y la glándula. Ahora es posible continuar el vaciamiento yúgulo-carotídeo. Se liga la yugular externa en su terminación en la región supraclavicular. Se reseca todo el esternocleidomastoideo. La vena yugular interna se liga arriba para resecarla en totalidad. Ligadura de las venas tiroideas medias. Resección de la glándula submaxilar y ligadura de la arteria y vena facial en la cara. La arteria facial se vuelve a ligar sobre la carótida.

Sección del homohioideo. Luego se continúa el vaciamiento supraclavicular. Redon, cierra suturando la piel sobre dos drenajes aspirativos.

Cáncer invadiendo órganos vecinos.— Parotidectomía radical ensanchada. A la técnica anterior, según la necesidad, se le agrega la resección de las estructuras invadidas. El criterio del cirujano debe juzgar hasta dónde es posible ensanchar esta resección conciliando el riesgo de vida del enfermo con la probabilidad de éxito. Ser prudente puede significar perder la única probabilidad de curación.

Es preciso resecar piel a bastante distancia de la zona invadida. La magnitud de esta resección no debe estar supeditada al problema de cierre. Siempre será posible la cobertura por avance de la piel vecina o por el transporte de piel distante (piel libre, colgajos, tubos pediculados).

Existen diversos tipos de invasión:

a) *Posterior*: La mastoide, conducto auditivo, pabellón, techo de la celda parotídea. Iniciada la parotidectomía radical como ha sido señalado, se reseca la oreja, el conducto auditivo externo, la punta de la mastoides con el esternocleidomastoideo. Se desinserta el digástrico. Luego se liga y reseca la carótida externa. El resto es igual. Durante el cierre es preciso cubrir con piel libre o mediante un tubo, el conducto óseo auditivo externo.

b) *Anterior*: Es preciso resecar la rama ascendente del maxilar totalmente o dejar la articulación con el cóndilo. Se secciona el arco cigomático, se reclina con el masetero, se desinserta el temporal, se secciona la mandíbula a nivel del ángulo y se desciende en la resección como en la parotidectomía típica radical.

c) *Profunda*: Se reseca la estiloides con el diafragma estileo y el digástrico. Si el espacio mastoidemaxilar es estrecho y dificulta la exéresis a pesar del separador ortoestático que permite ganar unos milímetros puede facilitar la resección parcial de la rama ascendente. Se reseca el ganglio cervical del simpático (Leriche). Esto tendría la ventaja de reducir los trastornos funcionales en el ojo por la parálisis facial. La enoftalmia y disminución de la hendidura palpebral ayuda al cierre de los párpados, lo cual haría innecesaria una operación plástica para el ojo. El resultado se lograría, si se hace la gangliectomía conjuntamente con la parálisis facial. Tardíamente realizada se ha señalado que no permite obtener resultados favorables.

Cáncer inoperable.— Todavía la cirugía es uno de los principales recursos paliativos que contribuyen a una breve sobrevivida más comfortable. Las resecciones parciales en el cáncer ulcerado, la cobertura por avance de la piel vecina, las ligaduras arteriales para prevenir el fin trágico de la hemorragia fulminante (carótida externa, maxilar interna, temporal). La cirugía todavía contribuye haciendo aplicable el uso de agujas de radium, la aplicación de isotopos radioactivos (fósforo radioactivos mediante

placas.) Ultimamente Mohs en EE. UU. ha aplicado cáusticos químicos (cloruros de zinc) con el fin de provocar una necrosis controlable por el examen microscópico.

TUMORES SECUNDARIOS

Comprende los epitelomas metastásicos en los ganglios parotídeos o en la glándula (cáncer cutáneo de la cara y cavidades anexas, melanomas malignos de las mismas regiones y del ojo, metástasis de cánceres glandulares distantes, mama, tiroides, bronquio, riñón, etc.). Además sarcomas, neuromas malignos, linfosarcomas.

El epiteloma secundario y el melanoma maligno deben tenerse presentes por su frecuencia y porque suelen presentarse con el aspecto clínico de un tumor primitivo. En todo tumor parotídeo cualquiera sea la edad del paciente es lo primero que hay que investigar. La región temporal, oreja, cuello, cuero cabelludo, fosas nasales, cavidades anexas, vestibulo de la nariz, cavum, orificio de la trompa de Eustaquio, amígdalas, conducto auditivo, suelen ocultar un tumor insignificante responsable de la metástasis.

Muchas veces se encontrará oculto bajo una costra inaparente un epiteloma basal o un cancroide o un lunar endurecido responsable de la metástasis. Pero lo que es más grave es que la lesión inicial puede no existir porque sin sospechársele malignidad, por parte del médico ni del enfermo, ha sido extirpada o cauterizada en una visita a consultorio sin atribuírsele importancia, meses o años antes. A veces el enfermo ni lo recuerda. Es preciso investigar los antecedentes y buscar cicatrices mínimas. En estos casos el examen general podrá poner en evidencia u orientar a un tumor maligno visceral. Conocida la tremenda afinidad de las metástasis por la piel vecina, el tratamiento del melanoma maligno debe ser la exéresis en masa del tumor, la piel en losange hasta la región parotídea y a continuación la parotidectomía radical.

El tratamiento de la metástasis de un epiteloma pavimentoso de las regiones vecinas, será la parotidectomía radical y de exéresis o radiante para el tumor primitivo.

SECUELAS DE LA PAROTIDECTOMIA

A) *Parálisis facial.*— Se produce en tres situaciones clínicas. Antes de la operación, en el momento de la operación y después a los dos o tres días. La parálisis tardía por recidiva del cáncer no plantea problemas terapéuticos. La parálisis operatoria puede corresponder a la sección deliberada o desconocida del nervio o bien a la rotura de axones por las maniobras de disección. La parálisis que se produce en los días inmediatos, se ha atribuido a las disecciones extensas de nervio y sus ramas por lo cual a pesar del sistema de vascularización arterial interno que asegura en los nervios una extensa irrigación se produce la isquemia y degeneración de los axones. En las secciones deliberadas o accidentales existen muchas variaciones en las consecuencias, debido a la disposición plexiforme de división del nervio dentro de la glándula con anastomosis por delante de la sección. Este hecho ha sido señalado por varios autores (Bailey, etc.).

En las parotidectomías conservadoras, la disección del facial exige una técnica cuidadosa, el uso de lente amplificador y en todo momento un excitador eléctrico que puede estar conectado inclusive a la tijera o a una pinza (Redon) que se introduce cerrada y se abre para abrirse camino a lo largo del nervio o de sus ramas previamente aisladas.

En la P. F. el déficit es motor principalmente. Produce trastornos estéticos y funcionales variables. El requerimiento estético varía con la condición social, sexo, edad y psiquis del paciente. La parálisis de los músculos de la cara puede ser total, o parcial si toma determinados grupos musculares. Puede ser, además, temporaria o definitiva. La tracción de los separadores sobre las ramas del facial ocasiona parálisis pasajeras (2 ó 6 meses), recuperables espontáneamente. Corresponden a lesiones de axonotmesis y se traducen por defecto de oclusión del ojo o asimetría en la comisura bucal.

Cuando es completo el descenso de la cara permite que los alimentos y la saliva se acumulen en el vestibulo bucal del lado paralizado y desde allí van al exterior. *Una indicación de reparación es la elevación de la comisura bucal.*

El descenso del párpado permite la exposición permanente de la conjuntiva inferior y epifora. *Otra indicación es la eleva-*

cion del párpado inferior. En la parálisis facial completa el defecto es diferente en el reposo y en la acción. En el reposo existe un descenso general en los rasgos del lado paralizado, constituyendo el defecto a reparar. En la acción el defecto se magnifica en el lado sano, porque los músculos de la mímica sin el freno de los antagonistas producen una deformidad realmente desagradable. *Constituye otro defecto a reparar la asimetría en la acción.*

PROCEDIMIENTO DE REPARACION EN LA PARALISIS FACIAL

El aumento en estos últimos años del número de los casos de parálisis facial de origen traumático y postoperatorio en la cirugía de los tumores parotídeos ha conducido y estimulado al progreso de los procedimientos de reparación. Los progresos logrados a su vez contribuyen a darle base firme a la tendencia quirúrgica actual de la exéresis cada vez más radical en los tumores parotídeos.

El temor al facial sigue siendo el factor más importante de recidivas, al conducir a resecciones limitadas, especialmente en las recidivas. La multiplicación de los casos de parálisis facial y la organización de centros especializados ha permitido juzgar los procedimientos de reparación y establecer sus indicaciones.

La parálisis facial se puede corregir por:

- A) Procedimientos de restauración nerviosa.
- B) Procedimientos de soporte estático.
- B) Procedimientos de soporte dinámico.
- D) Procedimientos de parálisis controlateral.

A) *Restauración nerviosa*, es la restauración ideal. En las lesiones en continuidad del nervio o sus ramas es espontánea y de grado muy satisfactorio. Son útiles los estimulantes del crecimiento nervioso, del tono y vascularización de los músculos paralizados (masaje, ionización, etc.).

Las secciones y resecciones limitadas pueden tratarse por sutura, pero es excepcional que una parálisis facial producida en

la extirpación de un tumor parotídeo puede tratarse mediante sutura y es prácticamente imposible en el cáncer. La movilización de los cabos es mínima y no se pueden afrontar.

La sutura, como el injerto de nervio o la anastomosis con nervios vecinos, puede utilizarse cuando los músculos faciales no han sufrido destrucción o atrofia irreparable. El factor tiempo debe ser tenido en cuenta. Se está de acuerdo que después de los 6 meses de parálisis la degeneración y atrofia de los músculos los vuelve inexcitables a la corriente farádica. La regeneración en el facial se cumple de acuerdo a las leyes generales del proceso en los nervios mixtos.

Anastomosis.— Han sido prácticamente abandonadas. Se han practicado primero con el nervio espinal (J. L. Fauré) y luego con el hipogloso, seccionados o divididos. Son de difícil realización técnica. El déficit que ocasiona en la musculatura del hombro y de la lengua son inconvenientes importantes. Los resultados han sido defectuosos debido a la dificultad en correlacionar el movimiento voluntario de la parte que lo presta, con el movimiento facial deseado. La anastomosis con el hipogloso ha demostrado ser algo más favorable porque el movimiento de la lengua realizado durante la masticación ayuda a tender los labios y elevar el ángulo de la boca del lado paralizados. Esta acción mejora la parálisis facial por cuanto durante la masticación evita que la saliva y alimentos se acumulen en el ángulo de la boca y se derrame a la mejilla. Pero el inconveniente señalado a la anastomosis con el hipogloso radica en que el juego de la expresión de la cara, durante la conversación, carece de sentido y desconcierta al propio paciente.

Injerto libre de nervio.— Está indicado en las resecciones con cabos no suturables y debe realizarse precozmente, en el mismo acto de la resección si es posible. Se han utilizado diversos nervios del propio enfermo: rama auricular del plexo cervical que se secciona junto con la vena yugular externa al efectuar la parotidectomía, el nervio auricular del lado opuesto. Este nervio tiene la ventaja de estar al alcance de la mano del cirujano, con longitud, calibre y ramificaciones apropiadas para suturarlo al tronco del facial y a sus ramas, si se disecciona un poco antes de extraerlo. También se han usado el fémorocutáneo, braquialcutáneo interno, intercostal, aurículotemporal, etc.

Se han utilizado con éxito injertos primitivos inmediatos e “injertos preparados”, es decir troncos nerviosos seccionados, dejándolo en el sitio dos semanas a fin de que se produzca la degeneración walleriana. Por parte de algunos autores se sostiene que favorecen una más pronta regeneración. De cualquier modo se puede establecer que con injertos inmediatos o preparados se logran resultados estéticos y funcionales muy buenos.

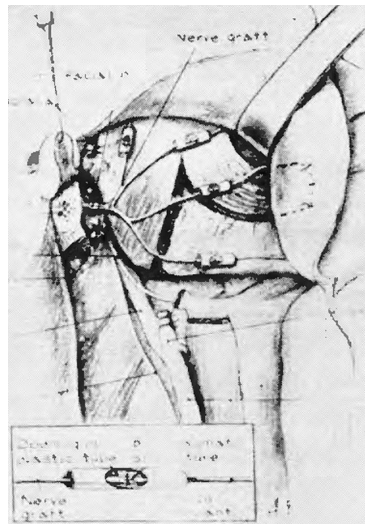


Fig. 4.

Conley, de New York, ha trabajado en esta vía desde hace años y presenta resultados favorables. Después de la exéresis practica en el mismo acto operatorio el injerto del nervio auricular del lado opuesto y le asocia el trasplante de la inserción inferior del músculo masetero, a la comisura labial (fig. 4). Conley practica la sección proximal en el tronco del facial y la distal en sus ramas. La anastomosis del injerto la efectúa con seda 6 ceros y aguja atraumática. Los cabos distales muy finos de las ramas del facial los identifica por medio de la excitación farádica y las anastomosis con el injerto las realiza dentro de pequeños tubos de plástico fenestrados (fig. 5). Dentro del tubo se afronta el

ramo del facial y el del injerto con una aguja y se sutura con seda 8 ceros, utilizando una lente de aumento. La mitad anterior del masetero, si no se ha resecado el músculo con el tumor, se lleva a la comisura bucal y se fija con tres puntos de seda. El trasplante muscular que ayuda a levantar la comisura juega un rol importante de suspensión en el período de regeneración. Además, el músculo que moviliza las comisuras desde la opera-

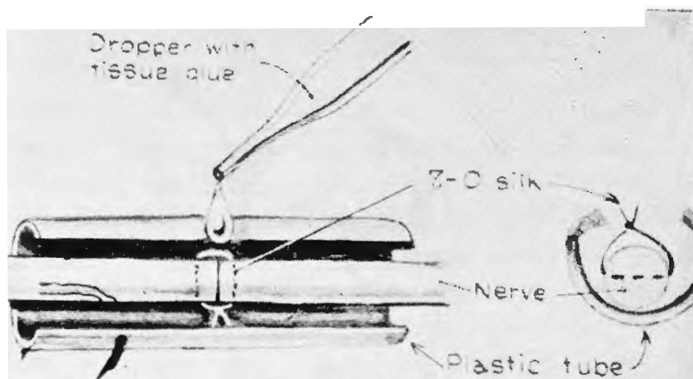


Fig. 5.

ción, juega un rol psicológico. Si el músculo masetero ha sido resecado se transplanta el temporal. La regeneración tarda generalmente de 9 a 15 meses y la longitud del injerto varía habitualmente de 3 a 9 cms. Es útil agregar durante el tratamiento masaje y estimulación eléctrica a los músculos paralizados.

Neurotización.—Lexer, en 1908, empleó el músculo masetero como soporte animado para elevar y movilizar la comisura bucal, observando que con el tiempo el resultado mejoraba debido a la reanimación del orbicular paralizado. Se supuso que la base sería la “neurotización” del músculo paralizado, fenómeno que se sigue estudiando hasta hoy. El trasplante muscular sería donante de reinervación, desde el trigémino. Por idéntico mecanismo, el trasplante de músculo temporal, al orbicular de los párpados le llevaría reinervación terminal desde el trigémino. La reanimación es real. Se discute el mecanismo. Es evi-

dente que el músculo masetero puede actuar de varios modos para mejorar la parálisis facial inferior. Siendo un músculo muy poderoso, que recibe su inervación por la cara profunda de su mitad superior, es posible desinsertar de la mandíbula la mitad anterior del cabo inferior, disociarlo y sin perder la función ni denervarlo, reinsertarlo en el nudo muscular de la comisura.

Para aumentar la superficie de contacto de las fibras musculares del masetero con las paralizadas del orbicular, el autor divide en dos el cabo muscular y lo fija colocando puntos de sutura que traccionan longitudinalmente sobre las fibras del transplante. La misma conducta para el temporal en el orbicular de los párpados.

B) *Soporte estático*.— Es el procedimiento clásico de reparación, mejora sensiblemente la deformidad elevando la comisura y el párpado. Ya no se usa la suspensión por resección de la piel y mucosa, sino como agregados muy secundarios a otros procedimientos. También han sido abandonadas las prótesis con gancho que fija la comisura a un molar. Existen muchas técnicas que varían por el material de soporte empleado (hilo de bronce, de lino, crín, tantalio, nylon, aponeurosis, tendones, los propios músculos paralizados, etc.) y los puntos de fijación; pero todas tienen de común la fijación definitiva de la rienda de soporte a nivel del nudo muscular paralizado de la comisura bucal. Monburg utilizó el alambre de bronce fijándolo alrededor del arco cigomático. Algunos procedimientos actúan sobre la comisura de la boca y ocular a la vez. La fijación superior se realiza en la aponeurosis parotídea, maseterina, arco cigomático, aponeurosis temporal, etc. En todas se termina la operación fijando la rienda en posición de hipercorrección, teniendo en cuenta la relajación natural de los tejidos.

Stein (1913) propuso el empleo de aponeurosis por primera vez. Después otros autores la utilizaron (Kischner, Blair, Burns, Lodge, etc.), pero quien ensayó la elevación permanente de la comisura labial por primera vez fue Busch, utilizando alambre de bronce y aluminio que pasaba en forma de un ansa subcutánea, fijando la comisura a las partes blandas de la sien.

1) *Técnica de Kilner*.— Utiliza dos cintas aponeuróticas del facia lata. Cada una de 2 mm. de ancho y 25 cms. de longitud.

Tres incisiones: una, en la comisura; otra, en el filtrum y la tercera, debajo de la anterior, en la piel del labio inferior. Por la primera incisión se descubre el orbicular paralizado, por la segunda y tercera el extremo del orbicular no paralizado. Por la primera incisión se introduce uno de los extremos de una cinta que sale por la segunda incisión, atravesando el orbicular sano y vuelve a salir por la primera incisión recorriendo a la vuelta un camino más superficial. Este cabo vuelve a salir por la tercera incisión y regresa al punto inicial de la primera incisión comisural, también recorriendo un plano más superficial.

En esta forma un doble anillo continuo fijado en los extremos del orbicular sano, se cierra a nivel de la comisura. La segunda banda de aponeurosis se fija mediante una incisión preauricular en la aponeurosis parotídea. Antes de cerrar se reseca piel del labio anterior de la herida para ayudar a elevar los rasgos.

2) *Técnica de Kischner*.— Con anestesia general, incisión sobre el borde superior del arco cigomático. Practica un túnel subcutáneo desde la fosa temporal bajo el cigoma hasta la comisura bucal donde se practica una nueva incisión paralela al surco nasogeniano. Se pasa de arriba una cinta de aponeurosis de 2 cms. de ancho y dos veces más larga que la distancia desde el cigoma a la comisura. El extremo que sale por la comisura, vuelve a la incisión temporal por un nuevo trayecto subcutáneo fraguado con pinza desde la incisión temporal. Se traccionan hacia el arco cigomático ambos extremos de la cinta aponeurótica y se suturan después que la comisura se ha elevado en el grado deseado.

3) *Técnica de Blair*.— Utiliza seis cintas de facia lata que actúan separadamente desde la región temporal a la comisura labial y al ángulo del ojo.

4) *Técnica de Lodge*.— Forma con una banda de aponeurosis un gran triángulo que lleva por vía subcutánea desde la región temporal a la comisura bucal, al ángulo interno del ojo y luego pasando bajo la piel del párpado inferior, de nuevo llega a la región temporal donde se fija con el otro extremo.

5) *Técnica de Bursch* (1913).— Si bien empleó antes soporte de alambre, practicó la fijación de una banda de facia lata en la comisura de la boca por una parte, y por otra, al periestio del maxilar superior.

6) *Técnica de Brown.*— Emplea dos bandas de facia lata fijadas. Una a la comisura bucal, la otra al ángulo interno de ojo, y ambas son fijadas a la aponeurosis del músculo temporal.

7) *Técnica de J. Niklison.*— Introduce en la reparación estática el concepto segmentario de la corrección y utiliza como material de soporte los propios músculos paralizados a los que hace, previa disección, una plicatura (elevador común del labio y ala nasal, elevador propio del labio, cigomático menor, cigomático mayor orbicular de los párpados).

C) *Soporte dinámico.*— Se funda en la elevación permanente de la comisura y del párpado por la acción tónica de músculo inervados, en general, por el trigémino, o bien de otros músculos más alejados del cuello. Estos músculos transplantados conservan la acción contráctil voluntaria y pueden contrarrestar la acción de los músculos faciales y readaptarse a la gesticulación. Con el tiempo y la reeducación es posible realizar movimientos que corrigen favorablemente la deformidad durante la acción. La acción muscular puede realizarse directamente por el músculo desinsertado y transplantado, masetero en la comisura bucal o palpebral, temporal en el ángulo de los párpados, externocleido mastoideo o digástrico en la comisura bucal o bien la acción muscular puede ejercerse a través de riendas aponeuróticas. De estos procedimientos puede señalarse la técnica de Gillies. Utiliza el músculo temporal desinsertado de la extremidad superior sobre el hueso temporal, cuidadosamente, a fin de conservarle la inervación que le llega por su cara profunda. El músculo se apoya sobre el arco cigomático y se une suturando su aponeurosis interna, con una rienda de aponeurosis o tendón, que levanta la comisura bucal. La mitad anterior del músculo temporal puede separarse y reinsertarla en la comisura interna del ojo. Cuando el enfermo aprieta los dientes eleva la comisura bucal y cierra la hendidura palpebral traccionada por el temporal apoyada en el cigoma.

Técnica de Owens.— Mediante incisión vertical en la mejilla, coloca tres riendas dobles de facia lata, que abrazan la mitad anterior del músculo masetero a distintas alturas y se fijan a nivel mediante tres pequeñas incisiones verticales de la comisura bucal: en el orbicular sano del labio superior y orbicular

sano del labio inferior. Owens utiliza este músculo por su estrecha vecindad, por ser el más poderoso de los que podrían elegirse y la mejor razón es que puede separarse su mitad anterior sin desnervarla colocando las riendas en una dirección tal que la contracción del músculo reanima la comisura en una dirección fisiológica. Por otra parte, no se suprime la acción masticatoria del resto del músculo. Numerosos autores han comprobado que cuando se desinserta la mitad anterior del masetero conservándole su inervación y se reinserta en el orbicular, la efectividad del mantenimiento de la posición de la comisura mejora con el tiempo si se realiza precozmente. Esta mejoría se traduce por aumento del espesor y tono del orbicular, y por la realización de contracciones y movimientos. Este mismo fenómeno se ha observado en el párpado inferior, caracterizado por vagos movimientos, contracciones en forma de guiño, en el músculo donde antes no se producían. Estos movimientos involuntarios, también se han comprobado en transplantes a la comisura bucal a nivel de los músculos laterales de la nariz, y también movimientos coordinados de la boca y de los párpados. Finalmente se ha comprobado todavía la realización del movimiento del músculo paralizado sin contracción del masetero ni del temporal. Este hecho de reinervación desde los músculos, hace superior el procedimiento a los soportes estáticos. Está indicado cuando no haya lugar a esperar una reinervación del propio facial y si no ha transcurrido más de 6 meses de la parálisis. Sin embargo, con una simple finalidad de ayuda hasta tanto no llegue la reinervación para mantener elevado los rasgos faciales, pueden emplearse riendas aponeuróticas de elevación fija.

D) *Procedimiento de parálisis controlateral.*—J. Niklison ha introducido el concepto de la necesidad de corregir simultáneamente el lado paralizado y el lado sano; la parálisis facial es una lesión bilateral. Asocia previo diagnóstico y un plan adecuado al caso la elevación en el lado paralizado con la parálisis de determinados músculos en el lado sano. El concepto funcional de la cirugía de los músculos peribucales exige un buen conocimiento anatómico de los mismos, y una correcta apreciación de la acción del músculo a suprimir.

Los músculos paralizados se transforman en cintas atróficas y fibrosas. Los utiliza como la más natural y lógica rienda de suspensión, acortándolo mediante un pliegue con un punto en U.

Realiza el abordaje con anestesia del infraorbitario por vía intrabucal, o por el surco nasolabiogeniano. De este modo alcanza los músculos del labio superior y ala nasal, de la comisura y del labio inferior. Mediante otra incisión alcanza y reseca un segmento del orbicular de los párpados paralizados. Cuando es necesario le asocia la elevación de la comisura bucal con el masetero o el temporal.

La máxima deformación de la cara que aparece en la gesticulación debido a la contracción sin freno de los antagonistas a la que se agregaría un estado de hipertonía muscular, requiere, según Niklison, una serie de operaciones en el lado sano, de acuerdo con el sitio de la deformidad. Para suprimir la acción del músculo causante, reseca un fragmento del mismo, aislándolo por vía endobucal.

El único músculo que requeriría abordaje cutáneo sería el cigomático mayor (surco nasolabiogeniano). De este modo la placidez del reposo se conserva durante la acción.

Con el mismo fin de producir una parálisis actuando sobre nervios sanos, Caeiro ha recomendado una operación paliativa del lagofalmo producido por la parálisis del orbicular. Hace la estelectomía, con lo que logra un síndrome, de Cl. Bernard-Horner, y según Caeiro actuaría también sobre la comisura bucal, disminuyendo el espasmo controlateral.

Otros autores preconizan la resección del ganglio cervical superior (Leriche).

Todas estas operaciones ocasionan inconvenientes que a veces superan a su beneficio, beneficio que puede lograrse más simplemente mediante una cantorragia externa.

B) *Síndrome de Frei*.— Se caracteriza por sudación permanente de la región temporal, enrojecimiento, hiperestesia y dolor en la región temporal y el oído. El dolor se produce inmediatamente a la vista de los alimentos y durante la masticación. Se le ha llamado también síndrome del aurículo temporal. Se observa después de parotidectomías, en afecciones del oído y de la mastoides, en parotiditis. No se sabe definitivamente el origen ni el

tratamiento. A veces aparece desde el momento de la operación, otras veces meses o años después. Se ha señalado su cese brusco. Alrededor del 25 % de las parotidectomías radicales presentan esta seria complicación.

Los que creen que se debe a una lesión del aurículotemporal (Dargent) lo respetan o lo seccionan, o alcoholizan o lo arrancan. Los que creen que es de origen simpático lo tratan por la simpaticectomía cervical.

C) *Fístula salival*.— El tratamiento más utilizado sería la roentgenterapia. En general, curan (1.200 r a razón de 200 r por día, Andrada). En algunos casos se han señalado éxitos con el cateterismo del canal de Stenon.

D) *Subluxación témporomaxilar*.— Producida por el traumatismo operatorio en la articulación, resección de ligamentos y músculos. Se manifiesta por dolores e impedimentos a la masticación.

E) *Cicatriz y deformaciones*.— En general las heridas operatorias cicatrizan bien en la región preauricular. La depresión retromandibular y del cuello se pueden corregir con procedimientos plásticos.

RESULTADOS

A partir de la década 1940-50 los trabajos en todas partes señalan la definida tendencia al tratamiento quirúrgico mediante resecciones amplias y el abandono de las intervenciones alrededor de la cápsula.

Los resultados relatados informan que la parotidectomía superficial o total conservadora, es la operación eficiente en el tumor encapsulado.

La enucleación y la resección extracapsular son operaciones condenadas.

Los resultados son brillantes con recidiva prácticamente nula en los tumores mixtos tratados por la parotidectomía conservadora.

Los resultados son malos en el cáncer clínicamente evidente, cualquiera sea la terapéutica instituída. Repetimos las cifras:

Ahlbon, 63 % de recidivas; Findeisen, 20 % de sobrevidas en la cirugía radical asociada a las radiaciones; Quateblaum y Dockerty, 75 % de recidivas antes de los cinco años.

En nuestro país no existen trabajos de conjunto donde se fundamente la experiencia de los cirujanos. De la información recogida en diversos Servicios se deduce que la orientación ha seguido paralelamente a lo sucedido en otros ambientes. Antes de 1930 el Prof. A. Lamas, según información que nos ha suministrado el Prof. J. C. del Campo, condenaba la enucleación y en su Servicio se realizaba la parotidectomía conservadora para los tumores mixtos.

Debemos señalar, sin embargo, que todavía en la práctica la enucleación se realiza por su carácter de operación menor, más frecuentemente de lo que se afirma, tal como sucede en otros medios.

Es útil hacer énfasis entre médicos y cirujanos que los tumores parotídeos son más graves de lo que han sido considerados hasta hoy. Que su diagnóstico y tratamiento tiene una etapa operatoria donde debe tener su participación el anatomopatólogo. Realizar así el tratamiento quirúrgico significa la mayor parte de las veces, emprender a través de una gran incisión, una intervención de la más alta jerarquía técnica.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

Confeccionada por la Biblioteca de la Facultad de Medicina

- CAEIRO, J. A.—Los tumores papilíferos laterales del cuello. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 19: 663-670; 1948.
- DOMINGUEZ, C. M. y GOYENA, H.—Origen endotelial de algunos tumores mixtos de la parótida. "Bol. Soc. Anat. Pat.", 1: 100-114; 1930.
- LARGHERO, P.—Formas excepcionales de tumores parotídeos. "An. Fac. de Med. Montevideo", 1927, set.-octubre, Nos. 9 y 10; págs. 546-547.
- LEBORGNE, F. E.—Biopsia por trocar rotatorio. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 26: 599-602; 1955.
- LEBORGNE, R.—Estudio radiológico de las glándulas salivales. "Arch. Uruguayos Med.", 31: 261-282; 1947.
- LOUBEJAC, A. M.—Tumor mixto de parótida. Contribución a la técnica de la incisión de abordaje. "Arch. Urug. Med.", 25: 575-578; 1944.
- MAY, H.—"Nota anatómica relacionada con la anastomosis espinofacial de Jean Louis Faure. Tip. La Industrial. Montevideo, 1939.

- MAY, H.—“Apuntes de anatomía”. Montevideo, 1946.
- MORADOR, J. H.—La influencia del Prof. J. H. Faure en la cirugía de la parótida. “An. Ateneo de Clín. Quir.”, octubre 1935, págs. 575-583.
- NOZAR, J.—Anatomía dinámica; con aplicaciones a la cirugía. Montevideo, 1957. “Bibl. Anat. Din. Urug.”, v. 1: Cabeza y cuello.
- NOZAR, J.—“Anatomía dinamoquirúrgica; cara, parótida, nervio facial. Sus pasajes”. Montevideo, 1956.
- PASEYRO, P. y colab.—El diagnóstico de los tumores del cuello por punción citológica. “An. Fac. Med. Montevideo”, tomo 41: 293-398; 1956.
- PIQUINELA, J. A.—Cistoadenoma linfomatoso papilar de la parótida. Tumor de Warthin. “An. Fac. Med. Montevideo”, 39: 301-316; 1954.
- PIQUINELA, J. A.—Los tumores mixtos de la parótida. El tumor de Warthin. Parotidectomía con conservación del facial. “Bol. Soc. Cir. Uruguay”, 25: 250-274; 1954.
- PRAT, D.—Tumor mixto de parótida. “Bol. Soc. Cir. Uruguay”, 13: 553-566; 1942.
- ROGLIA, J. L.—Tumores de la glándula parótida. “An. Ateneo Clín. Quir.”, 13: 107-121; 1947.
- ROGLIA, J. L.—Tumores de la glándula parótida; los tumores malignos. “An. Ateneo Clin. Quir.”, 13: 127-130; 1947.