

GLANDULA PAROTIDA

Anatomía funcional. Su espacio. Sus pedículos

Dr. JOSE NOZAR

TOPOGRAFIA DE LA GLANDULA PAROTIDA CONCEPTO DE LOS SISTEMAS DINAMICOS LOS ESPACIOS PERIGLANDULARES

Para definir la topografía de la glándula parótida se puede emplear varios conceptos:

1º) **ES COMPONENTE DE LA CARA.**— La glándula parótida es una glándula salival, la más grande, perteneciente al pasaje cervicocráneofacial; con este término y el límite posterior de la cara de Malgagni queda incluido dentro de los planos faciales la glándula parótida y el nervio facial en su trayecto periférico inmediatamente por fuera del canal estilomastoideo. Es, por lo tanto, glándula superficial, apenas cubierta por piel, aponeurosis y músculo cutáneo.

2º) **EN RELACIÓN AL MAXILAR INFERIOR.**— La glándula parótida puede topografiarse en relación a la rama craneana o vertical del maxilar inferior, junto con su sistema motor, músculos masetero y pterigoideo oblicuo o interno; con relación a ello, la glándula ocupa fundamentalmente en su masa mayoritaria, un sector posterior, un pequeño sector interno y un gran sector superficial, achatado en el sentido transversal, tal es lo que se puede observar en la lámina 2, en un corte horizontal practicado a la altura de la parte media de la rama craneana del maxilar inferior.

3º) **OCUPA EL ESPACIO PAROTÍDEO.**— La glándula parótida en su topografía puede todavía encararse diciendo que ocupa el

espacio parotídeo, es decir el tercer espacio, en el concepto de Coller e Iglesias, puesto que el primero es el espacio de la rama cérvicofacial o rama horizontal del maxilar inferior; el segundo es el espacio masticatriz, y el tercero es el espacio o logia parotídea, de acuerdo a los distintos desdoblamientos de la aponeurosis cervical superficial. Pero digamos desde ahora que la mejor definición de la parótida en cuanto a su topografía es significar que ocupa el pasaje cérvico-cráneo-facial (obsérvese la lámina 1); es la representación de lo que nosotros llamamos hiatus parotídeo, puesto que la glándula parótida ocupa una zona muy heterogénea, de abordaje relativamente difícil y temido por los anatomistas y cirujanos, y este temor deriva de dos hechos anatómicos:

- 1º) Por la presencia dentro y fuera de la glándula del nervio facial motor de la cara.
- 2º) Por las complejas relaciones lindantes que tiene la glándula parótida.

Estos dos hechos anatómicos son los que han dado el concepto de región difícil; si nosotros estudiamos la glándula parótida desde el punto de vista de la Anatomía funcional, he ahí el valor del subtítulo de nuestra presentación, se podrá tener el concepto indudable de la existencia de zonas decolables y zonas adherentes, de zonas quirúrgicas con relativa facilidad y zonas que hay que hacerlas quirúrgicas con el manejo suave y cuidadoso del escalpelo, va a surgir el concepto del espacio parotídeo; veamos este concepto representado por la Anatomía funcional: la glándula parótida está estratégicamente ubicada de tal manera que se puede decir que las regiones lindantes, heterogéneas en su estructura anatómica y en su función, se pueden agrupar en tres sistemas totalmente distintos. (Véase lámina 4.)

- 1º) Un sistema representado por la rama craneana del maxilar inferior, con su sistema motor: articulación témporomáxilo-bidental y el sistema muscular masetero y pterigoideo oblicuo o interno.
- 2º) El sistema craneano propiamente dicho, representado por tres elementos diferentes en su estructura y as-

pecto general: mastoides con el E. Cl. M., el segmento craneano del digástrico superior, el agujero estilomastoideo, la apófisis estiloides y el sistema de los músculos estilianos.

- 3^o) Finalmente, un sistema profundo, independiente e indiferente de estos dos primeros y representado por la pared lateral de la faringe con su sistema esfinteriano motriz.

Desde ahora surge con evidencia, que estos tres sistemas que representan las regiones lindantes de la glándula parótida, son distintos en su estructura, son distintos en su función, pero todos están rodeando a la glándula parótida. Sistemas distintos en su función, significa distintos movimientos, y significa que cuando se ponen en relación estos tres sistemas, surge la existencia de un espacio, el espacio parotídeo; pero si nosotros todavía le agregamos un nuevo sistema o factor, representado por la propia glándula parótida, que no es pasiva, sino activa permanente, puesto que tiene la función de segregar y tiene un aspecto de lleno y de vacío con su conducto excretor fundamental facial llamado canal de Stenon, es evidente que este último factor es un nuevo elemento para que junto con los tres sistemas limitantes se establezca el espacio parotídeo y la ocupación de ese espacio por la glándula parótida. Significa ello que al ponerse en contacto sistemas dinámicos distintos, dan como consecuencia lógica y natural y como aplicación a la cirugía, la existencia, o la resultante, o la realidad, de los espacios celulosos clivables periglandulares; pero si nosotros estructuramos un poco más en detalle este aspecto de las regiones lindantes y la glándula parótida, va a surgir sin discusión que dentro de las regiones lindantes hay algunas esencialmente móviles, y hay otras esencialmente adinámicas.

El sector craneano, el sector superior y parte del sector posterior en su parte alta, son sectores de remanso de movimiento, son sectores adinámicos; en cambio, todo el resto de los sectores: el mandibular, el sector estiliano, el sector muscular bajo, la parte cervical y la parte facial, son todas regiones lindantes de gran movilidad. Ese movimiento de los distintos sectores, que es distinto unos de otros, se ponen en proximidad o en vecindad

para estructurar la logia o el espacio parotídeo y la glándula con su propio movimiento, adaptándose a estos distintos sistemas dinámicos para ocupar este espacio parotídeo; va a tener que modificar el aspecto general de lo que se llama cápsula o tejido conjuntivo periglandular, y va a surgir de las relaciones entre el tejido periglandular y los sistemas lindantes la resultancia de que en la parte baja, así como en la parte anterior, así como en la parte más profunda, y en la parte más posterior, la existencia de los espacios decolables; en cambio, en la parte alta, como en la parte superficial, la existencia de los espacios de adherencias; zonas decolables, de gran dinámica, zonas de adherencias, zonas de disminución del movimiento o adinámica. Es que el tejido conjuntivo que rodea a la glándula, dinámica ella y dinámico los elementos que la rodean, va a tener un aspecto distinto y va a enseñar las vías lógicas que debe aprovechar el cirujano para practicar la exéresis total o parcial de la glándula parótida o realizar el vaciamiento del espacio parotídeo.

Vaciado el espacio parotídeo, que significa no sólo tener en cuenta las regiones limitantes y la glándula parótida, sino las relaciones con los elementos nutritivos y pediculares arteriales, venosos, nerviosos y ganglionares.

En resumen: Aplicando el concepto de la Anatomía dinámica o funcional, surgen hechos hasta ahora no estudiados o por lo menos no vistos por los anatomistas.

Estos hechos son los siguientes:

- 1º) La existencia en las regiones lindantes de tres sistemas distintos en su anatomía y en su función.
- 2º) Que la puesta en relación o contacto de estos sistemas dan como resultado la existencia del espacio parotídeo.
- 3º) Que este espacio está ocupado por la glándula parótida, a su vez ella también muy dinámica por su propia función.
- 4º) Que la puesta en contacto de la glándula con los sistemas lindantes, establece el espacio periglandular.

- 5º) Que siendo distintos en la parte dinámica las regiones lindantes, este espacio periglandular será heterogéneo.
- 6º) Surgiendo de lo anterior las zonas decolables o quirúrgicas y las zonas adherentes o fijas o verdaderos ligamentos.
- 7º) Finalmente, ello significa para la Anatomía funcional, el verdadero comportamiento del tejido celular o conjuntivo periglandular, frente a los distintos sistemas lindantes y como este último sector es distinto, el espacio periglandular será heterogéneo dando para el cirujano las verdaderas vías del abordaje glandular.

Por esto es compleja esta region y por ello ha sido motivo de timidez la generalización de su abordaje, pero es evidente que el que nos ha seguido en nuestro estudio de la Anatomía dinámica, se va dando cuenta que el tejido conjuntivo periglandular en la zona de gran dinámica va dejando zonas decolables, permitiendo ello en la parte baja, en la parte interna y en la parte posterior e inferior penetrar en la logia parotídea con toda facilidad, puesto que el tejido conjuntivo se ha vuelto laxo y avascular, se ha vuelto como se hace el tejido conjuntivo para decir que existe un espacio y volverse bolsa serosa quirúrgica.

En cambio, en la parte alta, en la zona que la glándula tiene que mantenerse con poco movimiento y en contacto con regiones sin movimiento, se establece la sinequia de ese tejido conjuntivo, se vuelve fibroso, se transforma en un verdadero ligamento glánduloparietal, ligamento que rompe el espacio periglandular y hace realidad la existencia de tejido adherencial, de sinequia, entre la glándula y las regiones lindantes. He ahí definido con la Anatomía dinámica la existencia del espacio parotídeo, el concepto de las regiones dinámicas lindantes y el concepto diferencial del tejido conjuntivo periglandular.

Si estudiamos la glándula parótida, y las regiones lindantes, surge evidente que la glándula está ubicada en el espacio parotídeo, rodeado de regiones o sistemas distintos morfológico y funcional, que al ponerse en contacto dejan hiatus, hendiduras, por los cuales van a pasar elementos que van a ir de la parte baja

a la parte alta, de la parte posterior a la parte anterior o de la parte superficial a la parte profunda; es evidente que el espacio periglandular aun en las zonas decolables está interrumpido por el pasaje de elementos de valor nutritivo.

Este último concepto, de la ruptura de los espacios decolables por la presencia de elementos vasculares, nerviosos y ganglionares, es lo que complica un poco más la existencia de las relaciones entre la glándula y el sistema dinámico lindante.

Quiere decir que ya no es sólo la glándula y los distintos sectores limitantes que por la Anatomía dinámica van a dar la realidad de la existencia de los espacios decolables y no decolables, sino que surge un nuevo elemento que pone más en dificultad al anatomista biólogo, para poder penetrar en el verdadero espacio dinámico quirúrgico.

Pero esos distintos elementos, por suerte para el anatomista y el cirujano, se agrupan en sectores bastante fijos, de muy poca variación anatómica y constituyen alrededor de la glándula, en el espacio periglandular y en las relaciones del espacio periglandular con el sistema funcional lindante, lo que se llama pedículo de la glándula parótida.

Tres hechos anatómicos surgen con claridad en este momento, cuyo conocimiento es indispensable para el estudio anatómico-funcional, la glándula parótida como elemento viviente, activo; los sistemas periglandulares: junto con ellos surge la existencia del espacio periglandular decolable o no y, finalmente, el concepto de la existencia alrededor del espacio periglandular de los elementos vásculonerviosos ganglionares que representan los pedículos de la glándula parótida.

Por ello decimos cuando se estudia su definición y sus relaciones, la glándula parótida está ubicada en el pasaje cérvico-cráneo-facial; cérvico parte cervical lateral y alta; cráneo zona-mastoideo, estilomastoideo y estiliana; facio parte lateral, superficial de la rama craneana del maxilar inferior, prolongamiento facial de la glándula.

FORMA

Todavía es posible, antes de estudiar de una manera detallada las relaciones de la glándula parótida, decir que su aspecto general, en cuanto a su forma, no es la que nos enseñan los clásicos.

sicos. La disección, los cortes y las relaciones periglandulares son las que nos van a dar la forma de la glándula parótida.

La glándula parótida puede decirse que tiene una forma de herradura (véase la lámina 2, tomada del Prof. Avelino Gutiérrez), donde se ve a la glándula parótida rodeando la parte posterior, lateral externa y lateral interna del sistema motor de la rama craneana del maxilar inferior, con un conglomerado retro-maxilar, un conglomerado superficial y un conglomerado pequeño profundo, dejando un sistema muscular en la parte posterior y un sistema dinámico en relación con la rama ascendente del maxilar inferior hacia adelante; en relación con la piel hacia afuear y finalmente en la profundidad en relación con un sistema de la faringe, sistema constrictor o esfinteriano liso y superior.

El Prof. Chifflet ha tenido una idea feliz para poder catalogar la forma general de la parótida, diciendo es una torta con el gran conglomerado superficial que representa el sistema facial o sistema de prolongamiento maseterino con su conducto excretor, un conglomerado ubicado en la logia parotídea de los clásicos y un pequeño prolongameinto interno, el prolongamiento faríngeo. Nos parece razonable sostener que la glándula en su aspecto general presenta un conglomerado central y cinco polos periféricos.

El conglomerado central en relación con el paquete vásculo-nervioso facial, la vena yugular externa y la vena carótida externa con la arteria, es el conglomerado que está dentro del propio pasaje cérvico-cráneo-facial, dentro de lo que vamos a ver más adelante, titulado con el nombre de prisma o hiatus parotídeo, es el contenido del prisma; del conglomerado glandular central salen cinco prolongamientos, a los cuales se les agregan los elementos en relación con el espacio periglandular: arterias, venas, nervios, gangliolinfáticos; se puede sintetizar diciendo que existe:

1^o) Polo posterior, adherente al E. Cl. M. y que tiene una pequeña saliente posterior en el hiatus ubicado entre el E. Cl. M. y el vientre craneano del digástrico superior en relación fundamental con el nervio facial, la arteria y la vena estilomastoideo; polo posterior adherente.

2^o) Polo inferior cervical decolable, en relación con el sistema ganglionar, en relación con el polo posterior de la glándula

submaxilar, en relación con el sistema de la vena yugular externa y con el sistema de la anastomótica yugular externa y facial; polo inferior ganglionar y venoso.

3^o) Polo superior adherente, achatado, craneano y basal, prismático triangular; a la glándula se le agregan los distintos elementos que están en relación con el paquete temporal superficial nervio-aurículo-temporal, arteria maxilar interna, sistema venoso profundo, todo ello constituye un polo adherente vascular nervioso y ganglionar.

4^o) Polo anterior, verdadero prolongamiento maseterino, prolongamiento facial, achatado en el sentido transversal, ocupando un gran espacio en relación con la aponeurosis de la logia maseterina, en relación con la bolsa grasosa de Bichat, conduciendo el conducto excretor de Stenon de la glándula parótida, en relación finalmente con el hiatus masetero buccinador, con el conducto que perfora el buccinador y va a terminar en la cavidad bucal a la altura del segundo y primer molar superior. Polo en relación con el conducto excretor, con la logia maseterina, con la bolsa grasosa de Bichat, con las ramas periféricas y terminales del nervio facial, con la arteria transversa de la cara y con el sistema venoso que lo acompaña.

5^o) Finalmente, un polo interno, faríngeo, decolable, que va a ocupar la parte más interna del prisma en el hiatus donde está disociándose el sistema de la rama craneana del maxilar inferior con el sistema de los músculos estilianos; por allí se introduce el polo interno; el cirujano no tiene mayor preocupación en su extirpación puesto que es avascular y rodeado de un tejido conjuntivo que se comporta como una verdadera bolsa serosa funcional.

He ahí sintetizado el conglomerado central y los polos glandulares, posterior, anterior, superior, inferior, interno o profundo. De esta manera se puede tener un aspecto general de la glándula parótida.

RELACIONES

Para estudiar sus relaciones vamos a tomar tres capítulos:

1^o) En primer lugar, las relaciones de la glándula con los sistemas funcionales lindantes (lámina 1).

2º) En segundo lugar, las relaciones con el sistema vascular, nervioso y ganglionar periférico lo que equivale a estudiar los pedículos de la glándula parótida (lámina 3).

3º) Las relaciones con el tejido conjuntivo periglandular.

De este último concepto van a surgir las zonas decolables o quirúrgicas y las adherentes.

RELACIONES CON LOS SISTEMAS LINDANTES

PRISMA PAROTÍDEO. HIATUS PAROTÍDEO

Recordemos los tres sistemas lindantes ya dichos, sistema de la rama craneana del maxilar inferior con sus motores, sistema craneano; sistema faríngeo. Es evidente que del estudio de esos tres sistemas surge en la base del cráneo tres salientes.

1º) La apófisis mastoides (véase lámina 1).

2º) La apófisis estiloides (véase lámina 1).

3º) La articulación temporomaxilar con su propia cápsula, con sus elementos, con su movilidad.

Estos tres elementos son continuados hacia abajo, hacia adelante y hacia adentro por tres sistemas distintos: la mastoides se continúa con el sistema del E. Cl. M. del digástrico superior, la apófisis estiloides es seguido fundamentalmente por los músculos estilianos y la articulación craneana por el borde posterior de la rama craneana del maxilar inferior.

Esos tres elementos hacen su conjunción a la altura del ángulo del maxilar inferior; surge de ello una imagen (véase lámina 1) en forma prismática triangular, de base craneana, de vértice a la altura del ángulo del maxilar o cincha maxilar, con una arista anterior constituida por el borde posterior de la rama craneana del maxilar inferior, con una arista posterior y externa representada por la apófisis mastoides y el fascículo craneano del digástrico superior y una arista posterior e interna representada por la apófisis estiloides y el sistema estiliano, fundamentalmente el estilohioideo.

Resulta una imagen prismática, triangular, de base craneana, de vértice a la altura del ángulo del maxilar inferior. Ese prisma no tiene caras, sino hiatus, y ese prisma se nota por sus bordes que son aristas, es así como tiene una arista anterior, una arista pósterointerna y otra pósteroexterna.

La arista anterior, borde posterior de la rama craneana del maxilar inferior, arista pósteroexterna mastoides y digástrico superior y arista pósterointerna representado por el músculo estilogloso y los músculos estilianos propiamente dichos.

La base craneana se nota por la separación de los tres elementos óseos, el vértice es abierto, puesto que se ponen en contacto sus tres aristas, pero no se fusionan. Quiere decir que de la existencia de ese prisma triangular, surgen tres hiatus: un hiatus posterior, un hiatus ánteroexterno y un hiatus ánterointerno, una base craneana y un vértice a la altura del ángulo del maxilar inferior, vértice abierto y en relación con el polo posterior de la glándula submaxilar.

¿Cómo se comportan estos distintos elementos con relación a la glándula parótida?

El conglomerado central de la glándula parótida ocupa el centro, todo el prisma; como sus caras son hiatus, por cada uno de sus hiatus se prolonga la glándula y es así como por el hiatus posterior se prolonga por lo que se llama prolongamiento posterior; por el hiatus ánteroexterno, el prolongamiento llamado maseterino o facial y por la parte ánterointerna el prolongamiento faríngeo o interno; se mantiene la base del prisma adherente al sistema craneano y hacia abajo se prolonga disociando y manteniendo independencia, por medio de los espacios decolables del vértice del prisma; surge evidente nuestra primera imagen en cuanto al aspecto general de la glándula, la parte del conglomerado central está dentro del prisma y sus prolongamientos más importantes salen por los hiatus que resultan de la existencia de las aristas de este prisma.

RELACIONES VASCULO-NERVIOSO-GANGLIONAR

Estudiando el capítulo de las relaciones con los elementos vasculonerviosos, prácticamente es estudiar la relación de los distintos elementos con el prisma lindante o el prisma continente

y entonces vamos a observar cómo los pedículos de la glándula parótida, son más bien el resultado de la existencia de los distintos elementos que cruzan el espacio parotídeo para ir a otras regiones o llegando a la glándula parótida para nutrir su parénquima, es así como a la altura de la cara posterior, en la parte alta, sale del cráneo por el agujero estilomastoideo, el nervio facial junto a la vena y arteria estilomastoidea constituye el pedículo posterior. Nervio profundo, prácticamente deja más del 80 % de parótida por fuera y sólo una delgada lámina lo separa del cuello del cóndilo. Ello significa que el nervio facial es profundo y que las alteraciones óseas mandibulares de su cuello pueden alterar el nervio facial dada su proximidad anatómica. Su tronco es corto, grueso y prácticamente está dentro de un canal que lo ponemos en evidencia cuando se reclina adelante el polo posterior parotídeo, siendo superficial al plano vascular venoso y arterial.

En cuanto a sus ramas terminales, el problema es más complejo, puesto que no es fácil, sino muy laborioso, separar ambos elementos; se encuentra muy frecuentemente más facilidad para separar el tronco cervicofacial que el tronco alto; creemos que ello sea debido a la disposición del tejido conjuntivo; en la parte baja es más laxo, decolable y en la parte alta es más fibroso; además, existe parénquima parotídeo que está uniendo el plano superficial con el profundo, entrelazando el tronco cráneo facial; en cambio, en la parte baja no existe; su extensión motriz se hace desde la región frontal hasta la región mentoniana, en la parte baja está su ramo llamado de Jaffé, es superficial e inferior, que en su trayecto ascendente y atrás cruza por delante y mismo a veces, a través del ligamento submáxiloparotídeo.

Al salir del parénquima parotídeo y seguir al prolongamiento facial es acompañado del conducto excretor de Stenon y del sistema venoso y arterial transversal de la cara. Todo ello constituye el pedículo anterior o facial.

El nervio facial, que dentro de las relaciones del sector intraprismático aparece como un elemento seguido más adentro por la vena yugular externa y profundamente la carótida externa, lo hemos tomado como elemento de pasaje y también como elemento nutritivo de la glándula parótida, surgen finalmente dos pedículos: uno posterior y otro inferior.

Si en vez de estudiar los elementos de atrás para adelante, estudian los elementos de abajo para arriba, de la porción cervical a la porción craneana en relación con el espacio periglandular, surge la arteria carótida externa, entra por el espacio preestilio (sale de retroestilia y entra en preestilia) por la hendidura ánteroexterna, espacio preestilio, se acuesta sobre la glándula y luego penetra en el parénquima parotídeo.

Es una arteria marginal del borde posterior de la rama craneana del maxilar inferior, que al llegar a la altura del cuello del cóndilo se divide en sus ramas terminales, dando antes una arteria importante, la arteria auricular posterior y dando también en ese trayecto y junto a la auricular posterior ramas nutritivas para el parénquima.

Un primer pedículo, la arteria carótida con o sin la vena que la acompaña que se llama vena carotídea externa, al terminar da dos pedículos: la maxilar interna con el sistema venoso pterigoideo y la arteria temporal superficial con su vena correspondiente y el nervio aurículo temporal con sus ganglios linfáticos correspondientes, y en el intervalo aparece un nuevo pedículo, la arteria auricular posterior, que naciendo dentro de la logia y del prisma parotídeo sale por la parte posterior para su destino terminal.

Este pedículo carotídeo externo es importante, puesto que su ligadura es fundamental para la cirugía radical.

Estudiando de la parte craneana a la parte cervical el sistema venoso, aparece la vena yugular externa que está entre carotídea externa y el nervio facial, vena que recoge la sangre de la parte alta temporal y de la parte profunda maxilar interna, luego desciende y, al descender, tiene en la parte baja relaciones importantes con el segmento cervical de la glándula parótida, puesto que a esa altura la vena yugular externa va a tener una anastomosis importante por medio de la comunicante yúgulo-facial atravesando el tabique submáxiloparotídeo y rompe la parte decolable del sector cervical parotídeo, luego desciende y va a terminar a la altura del sector ángulo-yúgulo-subclavio. En este largo recorrido aparece el pedículo inferior venoso y nervioso.

Relaciones ganglionares; hay ganglios intraparotídeos y dos polos importantes de ganglios periféricos que el anatomista y el cirujano no debe olvidar: uno, en la parte anterior, y el otro, en la parte inferior.

El polo ganglionar inferior, importante para el tratamiento del vaciamiento ganglionar alto de cuello, en tanto que el anterior es importante cuando se estudian los procesos inflamatorios de la cara; he ahí los dos polos o pedículos importantes que nosotros debemos recalcar desde el punto de vista de los elementos linfáticos.

SINTESIS DE LOS PEDICULOS

La glándula parótida es rica en la parte periférica de vasos, nervios y ganglios, que vienen a resumir los orígenes o las terminaciones de una serie de elementos vásculo nerviosos que pasan por el parénquima y tienen dentro del espacio y junto a la glándula, relaciones de importancia quirúrgica. Por todo ello nos parece más interesante al cirujano y al anatomista estudiar sus pedículos tomando separadamente cada tronco y seguirlo en todo su trayecto, es decir, como entra, relaciones intraglandulares y como sale.

Tomando el nervio facial, tenemos:

1º) Pedículo posterior, nervioso y vascular profundo, en relación constante con la mastoidea y el músculo digástrico superior; por ello nos valemos del riel del digástrico para abordar este polo glandular y su pedículo troncular nervioso. Dentro de la parótida es externo a la vena yugular externa y a la arteria carótida externa que es el elemento más profundo. Pasa por un canal propio; luego, relaciones de sus ramas terminales.

2º) Pedículo anterior sale por el prolongamiento anterior o facial o maseterino junto al canal de Stenon y al paquete vascular transversal de la cara constituye un complejo pedículo anterior; el nervio facial es superficial al Stenon.

3º) Pedículo cervical profundo. Arteria carótida externa que viene luego de un pequeño trayecto retroestileo y se introduce en el espacio parotídeo por el hiatus preestiloideo, relación constante y de valor quirúrgico, por debajo ya dio el tronco linguofacial. Se acompaña a veces de una vena que se llama vena carótida externa.

Dentro de la parótida da una rama colateral que forma el 4º.

4º) Pedículo. Arteria auricular posterior de nacimiento intraglandular y destino posterior, mastoideoauricular, nace en el espacio parotídeo y sale por la parte posterior.

La carótida externa sale en la parte alta y profunda del espacio parotídeo y se divide en dos ramas que van a formar otros dos pedículos:

5º) Pedículo superior y superficial, adherente, difícil de disecar, formado por: art. temporal superficial con su vena y nervio auriculotemporal, verdadera placa nerviosa; además, el conglomerado ganglionar.

6º) Pedículo profundo retrocervicomaxilar que penetra en la región perimandibular profunda por el hiatus retrocondilio y formado por la arteria maxilar interna y un complejo venoso.

Si estudiamos ahora el sistema venoso intermedio al nervio facial y arteria carótida, nos vemos frente a la vena yugular externa, vena que nace por la unión en pleno espacio parotídeo y dentro de su propia glándula de las venas: temporal superficial y venas del complejo maxilar interna, desciende y al encontrar el sistema facial nervioso y arterial carotídeo, se coloca entre ambos, sigue descendiendo y llega al polo cervical glandular, recibe la anastomosis de la facial que atraviesa el tabique submáxiloparotídeo y llega a su destino angular yúgulosubclavio.

7º) Pedículo polar inferior, cervical, superficial, decolable y formado por la vena yugular externa y un ramo nervioso del plexo cervical.

TEJIDO CONJUNTIVO PERIGLANDULAR

SU COMPORTAMIENTO

Finalmente el estudio de sus relaciones con el tejido conjuntivo periglandular, hemos esbozado al principio, el tejido conjuntivo periglandular tiene que adaptarse a la disinergia producida entre el sistema lindante y el sistema glandular, por eso este sistema conjuntivo en la parte periglandular adopta tres aspectos distintos:

1º) En primer lugar, en el sector craneano, en el sector de la mastoides, y en el sector de la parte alta, o sector del esternocleidomastoideo es fibroso, adopta la forma de tejido fibroso verdadera sinequia, glándulo lindante o glándulo craneano, verdadero ligamento de fijación de la glándula parótida, ligamentos difíciles de extirpar, surgen de ellos las dificultades operatorias para la extirpación de la parte alta de la glándula parótida.

2º) El tejido conjuntivo en las zonas donde hay mucha dinámica, donde prácticamente la glándula está separada, puesto que los elementos lindantes, el tejido conjuntivo, adopta la forma de elemento decolable, verdadera bolsa serosa de separación, espacio que nosotros aprovechamos para poder estructurar la separación entre la glándula parótida y los elementos lindantes. Pero dentro de ese sector, surge evidentemente que el espacio es decolable, algunas zonas más decolables que otras, puesto que son los músculos, y dentro de ellos, los estilianos y el vientre posterior del digástrico.

El vientre posterior del digástrico y el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo son dos rieles que el cirujano lo aprovecha por sus relaciones, glandulares y pediculares, pero sobre todo los aprovecha porque el tejido conjuntivo que los rodea permite decir de la existencia de la logia muscular y entrando en la logia muscular se deja a la glándula, junto con el tejido conjuntivo periglandular.

3º) El tercer aspecto del tejido conjuntivo es con relación a los elementos que perforan el espacio, o interrumpen el hiatus parotídeo y el espacio periglandular, es el aspecto del tejido conjuntivo con relación a las arterias, a las venas, a los linfáticos y a los nervios, que están interrumpiendo ese espacio decolable; es fácil su separación seccionando el elemento eje que es arterial, venoso y nervioso.

Este tejido periglandular tiene, además, dos zonas de valor para su estudio, por su aspecto muy particular:

a) La parte superficial o cutánea —donde en verdad la aponeurosis se adhiere a la glándula, y desaparece como tal—, permitiendo a algunos autores afirmar que la glándula parótida es subcutánea.

El estudio embrionario y anatómico funcional no admite tal criterio.

b) La parte polar inferior o cervical —aquí la glándula— se pone en relación con tres elementos de valor:

- 1º) Las venas ya estudiadas.
- 2º) Los ganglios, también ya estudiados.
- 3º) El polo posterior de la glándula submaxilar.

Al ponerse en contacto ambas glándulas activas y distintas dan el nacimiento del espacio decolable interglandular y el tejido conjuntivo junto a los elementos del vértice prismático abierto se conectan entre sí dando nacimiento al tabique submáxiloparotídeo. De allí que este tabique se relacione con los músculos superficiales —el propio ángulo maxilar— y el sistema muscular estiliano. De todo ello surge este aspecto particular —bi— cóncavo y con dos planos en su constitución, uno superficial y el otro profundo.

Finalmente debemos decir que del aspecto general y relacional de la glándula parótida, del espacio con sus pedículos, surge la evidencia del nervio facial; es un nervio bastante profundo, más en relación con la rama ascendente del maxilar inferior que con la glándula parótida, más próxima del hueso que de la parte periférica, elemento profundo, bastante fijo, elemento al que se puede llegar con relativa facilidad siguiendo la vía baja o siguiendo la vía posterior, situada por fuera del plano venoso de la yugular externa y más afuera todavía de la arteria carótida externa.

De los otros elementos es de recordar que todos pueden ser disecados y encontrados sin discusión cuando se hace el abordaje de la glándula parótida, desde la parte baja hacia la parte alta, es decir, desde la parte donde el sistema es decolable, hacia la parte donde el sistema de adherencial y de ligamento glándulo-craneano.

Para estructurar una relación importante hay que recordar un elemento que es anterior en conexión con la glándula en su prolongamiento maseterino, el canal de Stenon, que aunque no pertenezca a la glándula, en sí es fundamental su estudio. Canal de Stenon que acompaña al prolongamiento anterior o facial de la glándula parótida, que tiene un trayecto láteroexterno mase-

terino, un trayecto en relación con el borde anterior del músculo masetero y separado por la bolsa grasosa de Bichat, luego ocupa una zona importante, es el hiatus de separación entre el masetero y el buccinador, hiatus bucinatomasetero, luego perfora el músculo buccinador y va a llegar a la cavidad bucal a la altura de la primera o segunda molar superior.

Estos segmentos distintos del canal excretor de Stenon, son dignos de ser estudiados; corresponde al estudio del prolongamiento facial de la glándula parótida.

ABORDAJE ANATOMICO DE LA GLANDULA PAROTIDA

Para terminar, digamos que del estudio anatómico de la glándula parótida surge con nitidez que el abordaje de este espacio y de su contenido debe y puede hacerse explotando y valiéndose de las zonas decolables, y surge con evidencia que el estudio de la glándula parótida en cuanto al abordaje anatómico no puede hacerse por una sola vía y continuar para su exéresis, por esa misma vía; es necesario combinar las distintas zonas de colables entre sí, para luego rodear por todos los lados a la glándula.

En otros términos, valiéndose de las distintas zonas decolables de la parte baja de la glándula parótida, vía cervical y combinando esta vía cervical por pequeños decolamientos de la parte anterior y posterior y luego valiéndonos del decolamiento de la parte profunda, vamos a estructurar los conductores o las vías que nos van a permitir realizar la exéresis de la glándula parótida.

La vía cervical que va hacia atrás y hacia afuera a través de la vaina del E. Cl. M. y del músculo digástrico superior, este último es posiblemente el más importante conductor o riel por su espacio perimuscular y por sus relaciones; la parte interna, a través del músculo estilugloso, la parte anterior recorriendo el espacio de separación entre la vaina maseterina o espacio maseterino y la cara profunda del prolongamiento facial de la glándula parótida, y luego en la parte alta valiéndonos de la existencia de un espacio decolable entre el conducto auditivo externo y la propia glándula, explotando concéntricamente estas distintas

vías y las zonas o espacios decolables, se puede llegar a los pedículos de la glándula parótida, practicar la exéresis de la glándula con conservación del nervio motriz de la cara.

RESUMEN

En este trabajo, encaramos el estudio de la anatomía funcional de la glándula parótida.

Para ello comenzamos por su topografía, como componente de la cara, en relación al maxilar inferior, rama craneana y finalmente como glándula activa y funcionante ocupando el espacio parotídeo.

A continuación estudiamos el concepto del nacimiento del espacio parotídeo; para ello describimos tres sistemas dinámicos que representan las zonas lindantes de la parótida:

a) sistema dinámico anterior o mandibular, representado por la rama craneana del maxilar inferior, con su sistema motor constituido por los músculos masetero y pterigoideo oblicuo más la articulación témporo-maxilo-bidental;

b) sistema craneano representado por los tres componentes siguientes:

- 1) mastoides, músculo esternocleido mastoideo y digástrico superior;
- 2) orificio estilo mastoideo y los elementos que lo ocupan;
- 3) apófisis estiloides y su sistema muscular;

c) un sistema profundo, visceral, representado por la pared lateral de la faringe.

Cuando estos tres sistemas distintos en su estructura y función tienden a ponerse en contacto, surge el espacio parotídeo.

De ello se deduce que este espacio, es irregular, es fenestrado por la existencia de varios hiatus, que ponen en comunicación con otras zonas alejadas.

Este espacio parotídeo está ocupado por la glándula parótida, que a su vez es activa con movimientos propios; surgiendo

de las relaciones entre la glándula propiamente dicha y los tres sistemas dinámicos, el espacio periglandular.

En otro capítulo estudiamos las relaciones glandulares para lo cual enfocamos en primer lugar las relaciones con los sistemas funcionantes lindantes, en segundo lugar las relaciones con el sistema vásculo-nervioso-ganglionar, surgiendo en este capítulo la existencia de los distintos pedículos de la glándula parótida, que son de interés anatómico pero fundamentalmente quirúrgico.

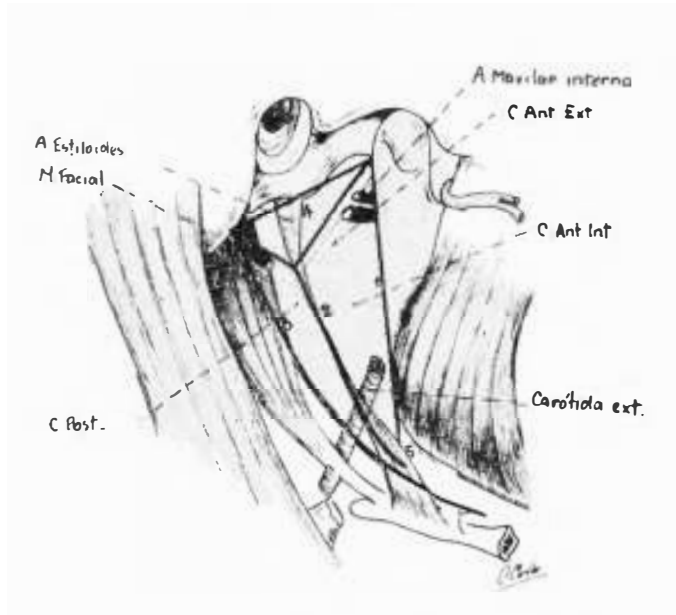
En tercer lugar estudiamos las relaciones o el comportamiento del tejido conjuntivo periglandular, surgiendo de su estudio la existencia de las zonas quirúrgicas y no quirúrgicas periglandulares.

En el penúltimo capítulo describimos de una manera sintética los distintos pedículos parotídeos.

Finalmente estudiamos el abordaje anatómico de la glándula parótida.

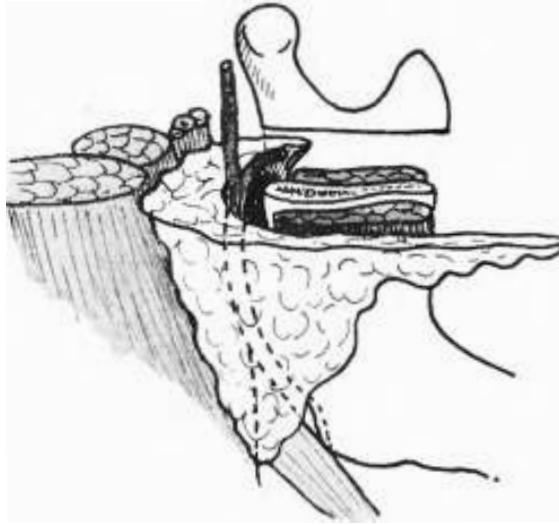
PASAJE CRANEO-CERVICO-FACIAL

Hiatus parotideo



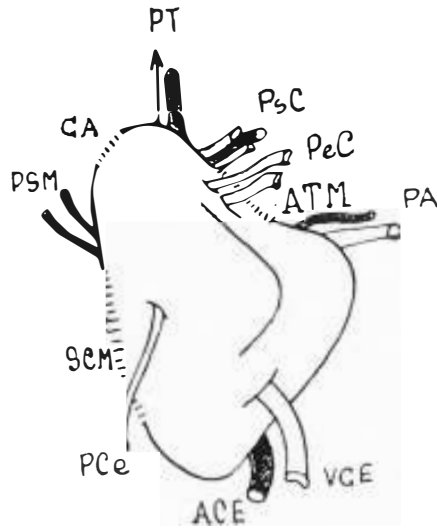
Esquema 1.— Este esquema representa al prisma parotideo. Se observa su base craneana (4) su vértice ángulomaxilar (5) sus hiatus: posterior, ánteroexterno y ánterointerno. El nervio facial penetrando por el hiatus posterior, parte más alta. La arteria carótida externa penetrando por el vértice prismático y por el espacio preestilohioideo.

CORTE HORIZONTAL A LA ALTURA DE LA PARTE MEDIA
DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR



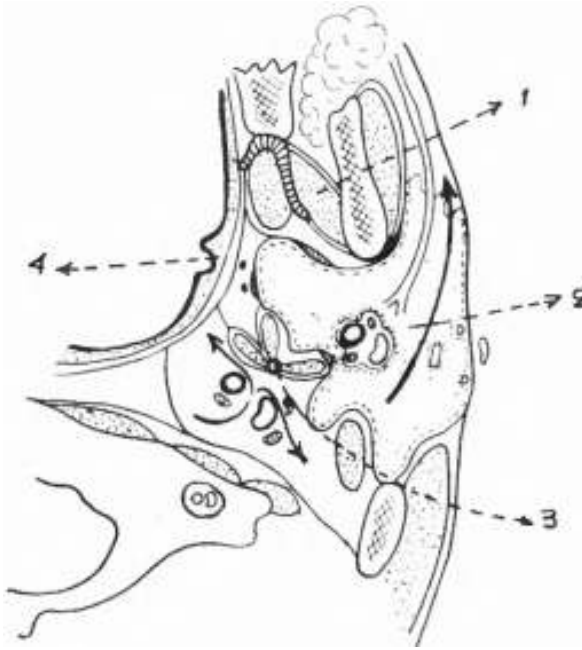
Esquema 2.-- (Tomado del Prof. A. Gutiérrez.) Se observa la topografía glandular parotídea en relación a la rama craneana del maxilar inferior. Sus tres segmentos: retromaxilar, láteroexterno superficial o facial, y láteroexterno superficial o facial.

PEDICULOS DE LA PAROTIDA



Esquema 3.— Se observa los distintos pedículos de la glándula parótida. El concepto práctico es que estos elementos vasculonerviosos y ganglionares pasan por el parénquima parotídeo, labrándose caminos propios que resultan como aplicación de la disinerxia funcional entre los distintos elementos.

ESPACIO PAROTIDEO



Sus cuatro componentes:

- 1) Componente maxilar.
- 2) Componente glandular.
- 3) Componente craneano.
- 4) Componente visceral (faríngeo).

Esquema 4.— En este corte transversal del espacio parotídeo, puede observarse con nitidez, los tres sistemas lindantes: 1) Sistema mandibular. 3) Sistema craneano. 4) Sistema visceral faríngeo. Además se observa el conglomerado glandular, que forma el cuarto sistema dinámico.

BIBLIOGRAFIA

- ANSON, J. B.—“Anatomía de cuello y cara”, 1956.
- APRILLE, H. y FIGUN, M.—“Anatomía odontológica”, 1956.
- ARESPACUCHAGA.—“Anatomía topográfica”, 1947.
- BELLOCK, F.—“Anatomía médico-quirúrgica”, 1930.
- BRIZON, J. y CASTAING, J.—“Folletos de anatomía”, 1956.
- CALLANDER.—“Anatomía quirúrgica”.
- COLLER e IGLESIAS.—“Espacios maxilofaríngeos”, 1935.
- CUNNINGHAM.—“Anatomía humana”, 1949.
- CHIFFLET, O.—“Cara. Apuntes de medicina operatoria”, 1951.
- DUVAL y otros.—Extirpación subtotal de la parótida con conservación del nervio facial. “J. de Cirugía”, 1938.
- FEY, B. y otros.—“Tratado de técnica quirúrgica”, tomo 29, capítulo 25, 1952.
- FAURE, J. L.—“Estudio anatómico sobre la parótida”, 1895.
- FIGUN, M.—“Espacio masticatriz”, 1948.
- FIGUN, M.—“Temas de anatomía descriptiva, topográfica y dentaria”, 1945.
- FINOCHIETTO, E.—Extirpación total de la parótida con conservación del nervio facial. “Revista M. de B. Aires”, 1941.
- GUTIERREZ, A.—“Investigación anatómoquirúrgica de la región parotídea”, 1923.
- GUTIERREZ, A.—“Tumores de la glándula parotídea”, 1923.
- GRAY, H.—“Anatomía humana”, 1942.
- GUIRAO GEA, M.—“Técnica anatómica”, 1953.
- JEANNENEY, J.—“Aplicaciones quirúrgicas de la anatomía topográfica”, 1944.
- LEBORGNE, R.—“Estudio radiológico de las glándulas salivares”, 1946.
- MAY, H.—“Cara y parótida. Clases de anatomía”.
- MAY, H.—“Cara y parótida. Técnica de disección”.
- MERCANDINO, C. y otros.—“Espacios maxilofaríngeos”, 1943.
- MERZ, H.—“Esquemas de anatomía topográfica”.
- NOZAR, J.—“Anatomía funcional. Cuello y cabeza”. Primer tomo, 1957.
- NOZAR, J.—“Cara, parótida y nervio facial. Un fascículo”, 1956.
- OLIVIER, G.—“Anatomía. Cuello y cabeza”, 1957.
- OLIVIER, E. y RAISON.—“Anatomía de cabeza y cuello”, 1949.
- ORTS LLORCA, F.—“Anatomía humana”, 1944.
- PATEL, M.; CREYSSEL, J. y DARGENT, M.—“Anatomía médico-quirúrgica”, 1951.
- POIRIER-CHARPY.—“Anatomía humana”.
- QUEIROZ, F.—“Anatomía”, 1942.
- REDON, H.—“Cirugía de las glándulas salivares”, 1955.
- ROUVIERE, H.—“Anatomía humana”, 1950.
- ROUVIERE, H.—“Atlas ayuda memoria de anatomía”, 1947.
- ROUX-BERGER.—Paratidectomías totales ensanchadas. “J. de Cirugía”, 1953.
- SICHER, H.—“Anatomía oral”, 1955.
- SICHER, H. y TANDLER, J.—“Anatomía para dentistas”, 1942.
- SOTO BLANCO, J.—“Parótida. Clases de medicina operatoria”, 1954.
- SHAPIRO, H.—“Anatomía maxilofacial”, 1947.
- TESTUT-LATARGET.—“Anatomía humana”, 1932.