

ACCESO QUIRURGICO AL ESPACIO RETROESTILEO

Dres. NESTOR B. TURCO, FELIPE C. GALMARINI
y ALBERTO FERNANDEZ

A propósito de un cuerpo extraño (bala calibre 32) alojado en el espacio retroestileo, nos ha parecido interesante describir la técnica de abordaje al mismo.

Este espacio, por contener numerosos vasos y nervios importantes (arteria carótida interna, vena yugular interna con algunos ganglios linfáticos a su alrededor, nervios glossofaríngeo, neumogástrico y espinal, hipogloso mayor y gran simpático), y porque estos órganos pueden sufrir variadas lesiones (heridas, obstrucción o aneurismas de los vasos, linfadenitis crónicas, seccion, compresion o tumores nerviosos, etc.), tiene singular importancia dentro de la patología quirúrgica del cuello.

CASO 1.—J. B., 16 años. Hace seis meses, en Catamarca (Capital), recibe tres balazos en la cara. Luego de realizarse las primeras curas y en vista de que los proyectiles no le causaban trastornos, espera ese tiempo antes de concurrir a nuestro Servicio de Cirugía General para su tratamiento quirúrgico. Se realiza entonces el estudio radiológico, en especial de la bala alojada en el espacio retroestileo. Se la localiza exactamente y se decide la intervención siguiendo el criterio adoptado por nuestra escuela ante casos similares: el proyectil debe no ser extraído siempre que no esté en cercanía de elementos vasculonerviosos importantes (este caso), no sea causa de infección o el organismo no lo tolere o no cause fenómenos de intoxicación plúmbica por reabsorción.

Con la enferma con el cuello en hiperextensión y utilizando anestesia general, realizamos una incisión transversal a dos traveses de dedo por debajo de la rama horizontal del maxilar inferior, de tal manera que sus dos tercios anteriores pasen delante del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (preferimos esta incisión a la longitudinal por dar el mismo campo y por ser más estética). Se seccionan piel, celular y musculocutáneo. Se abre a continuación la hoja anterior de la vaina del músculo esternocleidomastoideo, se separa su borde anterior de la glándula parótida y se reclina hacia atrás. Al mismo tiempo, con otro separador se lleva hacia adelante el gonión. A con-

tinuación se abre cuidadosamente la hoja posterior de la vaina de la esternocleidomastoideo, encontrándonos entonces con el vientre posterior del músculo digástrico. En este momento ponemos en práctica la maniobra preconizada por Roux-Berger, que secciona el vientre posterior del digástrico, abriéndonos de esta manera el acceso al espacio retroestíleo. Hay que tener cuidado, al realizar la sección del músculo, con la arteria occipital que corre en el costado posterosuperior del mismo. La misma puede ser ligada y seccionada con el músculo o aisladamente.

Antes de realizar la exploración del contenido vasculonervioso del espacio, podemos tropezar con otro inconveniente (en este caso no ocurrió): la hipertrofia del polo inferior de la glándula parótida, que puede ser seccionado, pero teniendo la precaución de buscar el tronco del nervio facial (nosotros lo hacemos a nivel del agujero estilomastoideo).

En primer lugar aparece la vena yugular interna. Otro jalón importante lo constituye el tronco tirolingofacial que desemboca en la misma. Debe ser ligado y seccionado, ya que su herida puede ocasionar hemorragias importantes y además para facilitar el acceso a la carótida externa antes de su entrada a la glándula parótida. Esta arteria también puede ser ligada y seccionada para prevenir posibles hemorragias o también para facilitar la disección.

Luego se investigan la arteria carótida interna, el nervio hipogloso y el nervio neumogástrico.

En este caso la exploración fue suficiente, pudiendo extraerse la bala exitosamente. Pero aun cuando de esta manera no es posible la exploración o la corrección quirúrgica de la afección, se puede ampliar el campo operatorio realizando la maniobra descrita por Petrov, Curovsky y Dimitrov (Sofía), quienes considerando que el espacio retroestíleo está estrechado por el borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior, la apófisis mastoidea y el tubérculo anterior de la apófisis transversa del atlas y cerrado por la apófisis estiloides y los músculos y ligamentos que en ella se insertan (diafragma estiloideo), aconsejan la sección y separación temporaria de los rebordes laterales ya descritos y la sección de la apófisis estiloides con su diafragma musculoligamentoso. Para mayores detalles de técnica, remitimos al trabajo original de los autores. Esta maniobra puede ser usada especialmente en los casos que la prolongación faríngea de la parótida sea de difícil acceso.

Una vez terminada la operación se sutura la pared por planos y nosotros dejamos siempre drenaje (sacado por contraabertura), para evitar complicaciones causadas por posibles hematomas postoperatorios.

Para terminar, diremos que esta técnica, acompañada de un buen conocimiento anatómico de la región y de cierta delicadeza en las maniobras quirúrgicas, está al alcance de cualquier cirujano general.

COMENTARIO

Dr. BARQUET.— A propósito de un caso poco frecuente, bala alojada en la logia retroestilea, los autores tratan la vía de abordaje. justifican la extracción del proyectil y extienden las indicaciones de esa vía de abordaje a otras afecciones. Los datos de la anatomía quirúrgica son fundamentales para entrar en logia retroestilea, zona o polo superior de la región cervical del cuello donde están agrupados los cuatro últimos nervios craneales, el paquete vascular, yugular interna, carótida, nervio simpático, agrupándose en este polo para después extenderse y buscar cada uno de ellos su destino. La entrada a la logia debe hacerse por vía del borde anterior del esternocleidomastoideo, pero por dentro de su vaina, plano decolable que nos llevará al músculo digástrico. Por fuera de su vaina hay adherencias con la propia glándula parótida constituidas por numerosos tratos que dificultarían el paso al segundo plano del digástrico. Existen : este nivel algunos "repères" óseos y musculares, puntos guías, rieles, que nos llevan, constituidos por la estiloides, la mastoides, la masa lateral del atlas, elementos fáciles de reperar por el tacto, elementos musculares como el digástrico, el estilohioideo, fáciles de detectar por la vista, constituyendo, como sabemos el triángulo estilodigástrico o retroestilohioideo de Faure que en la parte correspondiente al sector craneal están cerrado un triángulo por la arcada de Gntiérrez. A ese nivel, por detrás de la estiloides, por el agujero estilomastoideo, va a salir al nervio facial, elemento fundamental que también (de acuerdo con los autores) lo descubrimos al tratar tumores de parótida en el inicio, antes de entrar a la glándula. Pero que en este caso se trata de entrar en el espacio subparotídeo posterior, se levanta el polo inferior de la glándula con el nervio facial y ya no interviene en esta vía de abordaje. El digástrico, al salir de la ranura, se une con el estilohioideo y ese triángulo está formado en tal forma que el piso, el área de ese triángulo, está constituida por la vena yugular interna, elemento fundamental alrededor del cual se agrupan los distintos elementos; la arteria occipital, que puede ser ligada, es necesario tenerla en cuenta, porque hacia el lado exterior el nervio hipogloso que pasa por detrás y luego por fuera de la vena yugular, le da el brazo a dicha arteria. Muy a menudo da la arteria estilomastoidea, a veces nace de la auricular, y esas venas y esa arteriola estilomastoidea, es necesario tenerlas en cuenta para evitar hemorragias molestas. El otro elemento en el sector externo, es el nervio espinal, que puede presentar dos variedades: si bien es cierto que generalmente es retrovenoso, retroyugular, a veces pasa por delante y tiene relación directa con la arteria occipital. Hacia adentro, en el ángulo diedro, entre la yugular interna que forma el piso y la carótida, el nervio neumogástrico que no corre ningún riesgo, del ganglio plexiforme el nervio laríngeo superior

que también, se nos pierde en esta region desde el punto de vista de los planos anatómicos quirúrgicos porque va en la vaina visceral. Hacia atrás, como se citó; el simpático, que también está separado por la vaina prevertebral y que no corresponde en esta región desde el punto de vista quirúrgico. Cuando es necesario cortar la estiloides con el ramillete de Riolo, el tabique estiliano, el otro elemento que tenemos que tener en cuenta, es el nervio glosofaríngeo que se acopla finalmente al estiloso, músculo satélite del mismo. Es decir, que es precisamente con el dominio de estos datos anatómicos que los autores hacen una vía reglada para usar en la logia retroestilea y obtienen un resultado exitoso, por lo cual, lo único que me resta decir es que felicito a los autores. Nada más.