

# Un nuevo abordaje de las lesiones parotídeas

Drs. Oscar Alberto Rodríguez Grimán, Carmen María Suárez González

## INTRODUCCIÓN

El abordaje de la parótida se ha hecho tradicionalmente por la incisión en Y de Martin (1), que consta de una rama anterior, preauricular, vertical, que eventualmente puede tener una prolongación horizontal en el trayecto del arco cigomático y una rama posterior vertical que sigue la inserción del pabellón auricular en la región mastoidea. La rama inferior de la Y se incurva ligeramente hacia delante y hacia abajo, hasta donde sea necesario, para exponer el polo inferior de la parótida.

Desde 1958 cuando apareció publicada en el libro de Wise y Baker (2), se ha popularizado la incisión que sólo utiliza la rama anterior de la Y de Martin pudiéndose trazar esta incisión por encima del lóbulo de la oreja, por dentro del trago y la hélice en su porción anterior, con resultados cosméticos muy satisfactorios, como lo hacen algunos cirujanos plásticos para la ritidectomía (Krulig E, comunicación personal).

El objeto de esta comunicación es la de divulgar una técnica de abordar las lesiones parotídeas, que utiliza sólo la rama posterior de la Y de Martin y elimina completamente la rama anterior.

Comenzamos a utilizar esta incisión en 1965 cuando tuvimos que operar a una adolescente con lesión de la parótida y tratamos de dejarle la menor cicatriz visible. Desde entonces la hemos utilizado muchas veces en lesiones parotídeas no muy

anteriores, sin ningún problema técnico para la resección de las lesiones.

La técnica ha sido utilizada por algunos ex-residentes del Instituto Oncológico Luis Razetti, donde la practicábamos usualmente, lo que significa que está al alcance de cirujanos entrenados y no se requiere ser un virtuoso de la cirugía de cabeza y cuello para su práctica.

## Descripción

En la Figura 1, aparece señalada la incisión de Martin y en la Figura 2 se muestra la posible prolongación anterior siguiendo el arco cigomático.

La Figura 3 nos muestra una paciente con un evidente nódulo parotídeo que corresponde clínicamente a un tumor mixto de la parótida (adenoma pleomorfo).

En la Figura 4 aparece el trazado de la incisión, con el pabellón auricular movilizado hacia delante. Se ve la incisión en toda su extensión.

En la Figura 5 aparece la oreja en su posición natural. Sólo se ve la parte más inferior de la incisión, que es lo que se verá de la cicatriz en el posoperatorio tardío.

En la Figura 6 aparece el campo operatorio como se visualiza al completar el desarrollo de los colgajos, el posterior hasta exponer el músculo externo cleidomastoideo hasta su inserción mastoidea y con toda su anchura en su tercio superior; el anterior hasta exponer el conducto auditivo externo en la unión de su porción cartilaginosa con la ósea y el borde anterior de la parótida, e inferiormente hasta exponer el polo inferior de la glándula.

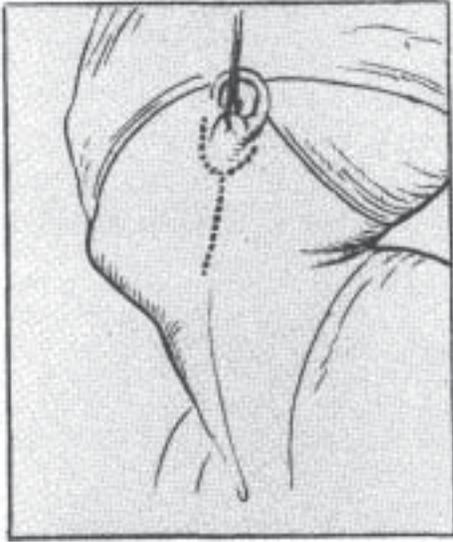


Figura 1.

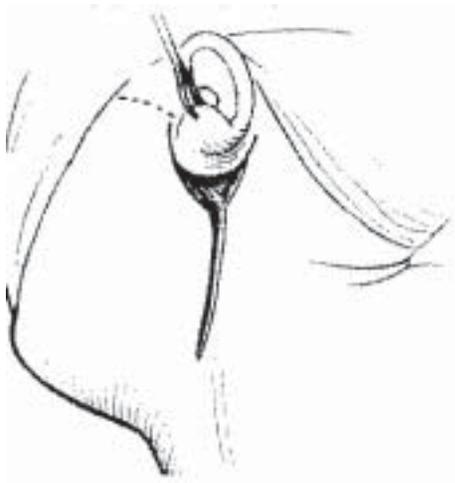


Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

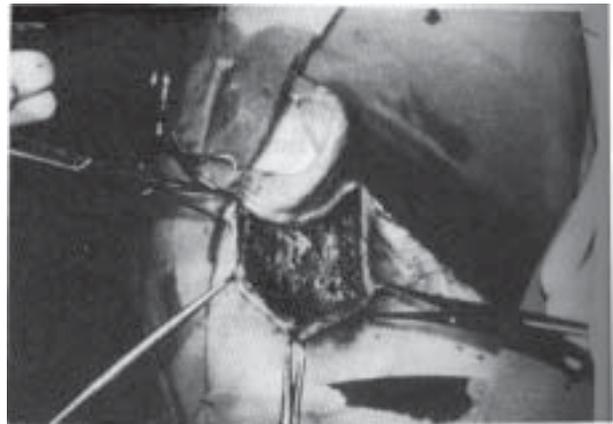


Figura 6.

En la Figura 7 se muestra la localización del tronco del facial.

En la Figura 8 se muestra el espécimen a punto de ser liberado y las ramas del facial que fue necesario diseccionar para extraer la lesión con un margen apropiado.

Las Figuras 9, 10 y 11 muestran la herida completamente suturada.

En la Figura 12 aparece el espécimen cortado por los anatómo-patólogos que muestra un margen de tejido sano mayor de 3 cm hacia arriba y hacia delante; hacia abajo hasta donde llega el tejido parotídeo. En profundidad, donde el factor limitante es el nervio facial, el margen es mucho más reducido.

Las Figuras 13, 14, 15 y 16 muestran el aspecto cosmético tardío.

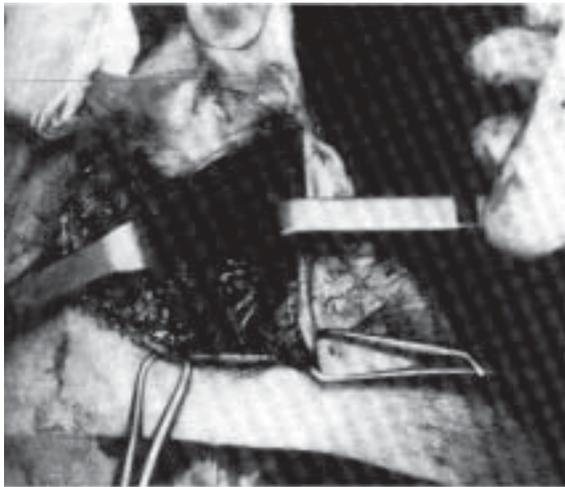


Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.



Figura 10.



Figura 11.

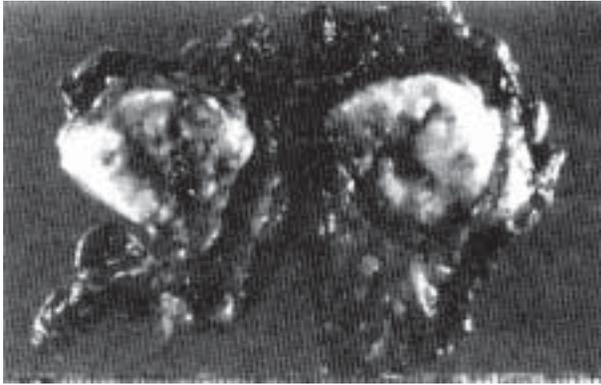


Figura 12.



Figura 15.



Figura 13.



Figura 16.



Figura 14.

## DISCUSIÓN

Se nos ha criticado que con esta incisión no se puede hacer una parotidectomía superficial completa, que incluye el nacimiento del conducto de Stenon como acostumbrábamos hacerlo. Podríamos considerar esta observación como valedera.

Pero en nuestro parecer, la parotidectomía superficial completa es innecesaria:

1. Los tumores parotídeos no son multicéntricos, con excepción del tumor de Wartin que puede ser multicéntrico y bilateral. La multicentricidad que se describió en el pasado por algunos patólogos, era realmente el producto de siembras quirúrgicas por técnicas deficientes.
2. Siempre conservamos el lóbulo profundo de la parótida.

3. En la pieza anatómica patológica se ve que el margen anterior y superior es mayor de 3 cm, el inferior lo da el límite del polo inferior de la parótida. En profundidad, el límite nunca es mayor de 1 cm y a veces sólo la superficie del tumor se logra separar del tronco del facial y sus ramas, siendo éste el factor limitante.

En nuestro modo de ver, no tiene sentido aumentar los márgenes anterior y superior, cuando el inferior lo da el tejido parotídeo remanente del polo inferior y el profundo siempre es pequeño, a no ser que sacrificáramos el nervio facial e hiciéramos una parotidectomía total, lo que constituiría un exabrupto.

4. Tenemos una experiencia personal amplia en lesiones parotídeas y no he encontrado recidivas locales por utilizar esta incisión.

En conclusión, se presenta una modalidad de abordaje en las lesiones parotídeas con excelentes resultados cosméticos que no añade dificultades técnicas a la intervención y que no aumenta el número de recidivas locales.

#### REFERENCIAS

1. Martín H. Surgery of head and neck tumors. Nueva York: Paul B. Hoeber INC; 1957.
2. Wise RA, Baker HW. Surgery of the head and neck. Chicago: The Year Book Publishers INC; 1958.

---

## Promoción de un Congreso Médico en 1932

### “Representantes médicos del Hemisferio Occidental se congregan en Dallas

Preparación para una concurrencia de 2000 o más personas a las Sesiones del Grupo Pan-Americano en marzo próximo venidero

Lo más selecto de la profesión

Se ha prestado mucha atención al trabajo de la Sección Española

Hombres que han hecho labor médica, incluyendo la mayor parte de los líderes de la profesión del Hemisferio Occidental, concurrirán al Congreso Médico, Pan-Americano, que se celebrará en Dallas del 20 al 25 de marzo, ha dicho, el sábado, el Dr. Johns O Mc Reynolds, presidente del Congreso. Se ha preparado para una asistencia de más 2 000 personas y se están adquiriendo departamentos para depositar varios cargamentos de objetos científicos, docentes y comerciales. Ha informado el Dr. Reynolds que para el efecto ha sido contratada la mayor parte de los primeros dos pisos del Hotel Baker y del Hotel Adolphus.

Aunque se celebrarán varias sesiones, la mayor parte de la labor del Congreso se desarrollará en sesiones seccionales. Habrá trece secciones, cada cual con un presidente, varios vicepresidentes, un secretario y un comité español. Los oficiales de cada sección son personas, quienes han hecho progresos o descubrimientos en sus especialidades.

#### La América del Sur será representada

Entre los más eminentes nombres que se encuentran de los líderes de oficiales seccionales, está el del presidente emeritus de la Escuela de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins; el Dr. Carlos H Mayo, quien además de otros títulos, tiene el de cirujano y jefe asociado de la dirección de la Clínica de Mayo; el Dr. William M. Haggard, presidente electo del Colegio Americano de Cirujanos; Cirujano General Hugh S Cumming, del Servicio de Salud Pública de los EE.UU. Mariscal de Campo Robert U Patterson, Cirujano General del Ejército de los EE.UU. y Contraalmirante Charles S Riggs, Cirujano General del Cuerpo Médico de la Marina de los EE.UU. Los nombres de los oficiales de lengua española, aunque generalmente menos conocidos en los EE.UU. son sin embargo, importantes en la profesión.

Además de los EE.UU. y Canadá, todas las naciones sud americanas serán representadas.

Continúa pág. 238...