

## Incisión estética en la parotidectomía

Esteban Garriga Michelena, José Ochoa R, Elizabeth Irausquin,  
Esteban Garriga García, José Francisco Ochoa

Hospital Privado Centro Médico de Caracas

### RESUMEN

*Se presenta nuestra experiencia en 8 casos de parotidectomía aprovechando la vía de abordaje y los resultados estéticos de la ritidectomía. Se indicó el procedimiento en aquellos pacientes con tumor parotídeo que manifestaron el deseo de no tener cicatrices visibles, ni deformidad o cuando querían eliminar arrugas cérvico-faciales y aprovechar una sola intervención para ambos fines, cuando no existía un riesgo aumentado previsible para la cirugía. Siete de los pacientes fueron del sexo femenino y uno del sexo masculino. Seis casos fueron diagnosticados histológicamente como adenoma pleomórfico (tumor mixto) y dos casos, carcinoma adenoideo quístico. Tres casos con adenoma pleomórfico recibieron radioterapia con el fin de disminuir la posibilidad de recidiva y en los dos casos de carcinoma adenoideo quístico, uno recibió radioterapia y otro radioterapia y quimioterapia a título adyuvante. No hubo complicaciones en nuestros pacientes. Seleccionando los casos, estos se benefician, al realizar ambos procedimientos, de no tener cicatrices visibles, menor deformidad relacionada con la extirpación del tumor y eliminación de arrugas, sin aumento del riesgo quirúrgico, ni morbilidad adicional. Es aplicable a tumores malignos de la glándula parótida.*

**Palabra claves:** parotidectomía, ritidectomía, incisión estética.

### INTRODUCCION

La cirugía de la glándula parótida tiene varios retos para el cirujano. El primero es la preservación del nervio facial y sus ramas. El nervio facial es el nervio motor de los músculos de la cara y su lesión involucra la imposibilidad de cerrar el párpado superior y de arrugar la frente (rama témporo-facial); la desviación e inmovilidad de la comisura labial homolateral (rama mandibular de la cérvico-facial), así como la parálisis de otros músculos que, aunque menos ostensibles, al estar paralizados también influyen en incapacitar al paciente, como por ejemplo la parálisis del músculo buccinador (acción de soplar, succionar y silbar) (Figuras 1 y 2).



Figura 1

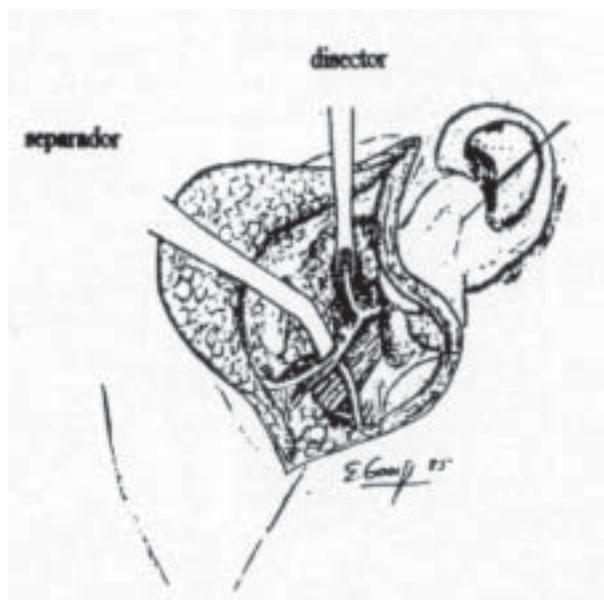


Figura 2

Figuras 1 y 2. Ilustran la manera de encontrar y preservar el nervio facial.

## INCISION ESTETICA EN LA PAROTIDECTOMIA

El segundo escollo o reto es el nervio aurículo-temporal, rama del nervio maxilar inferior; su lesión origina el síndrome de Frey (1), que consiste en una sudoración copiosa de la región temporal durante la ingestión de alimentos. La explicación aceptada de este síndrome, es que el nervio aurículo-temporal lleva fibras parasimpáticas provenientes del ganglio ótico que al ser seccionadas, ulteriormente se regeneran y al no encontrar su órgano efector, la glándula salivar, inervan entonces los terminales simpáticos lesionados de las glándulas sudoríparas, activándolas durante la ingestión de alimentos (2).

Desde hace veinte años o más, uno de nosotros (E.G.M.) preserva las dos ramas no parotídeas del nervio gran auricular (rama mastoidea y rama auricular). Ninguno de los autores revisados hasta ahora por nosotros preservan estas ramas y sacrifican el nervio gran auricular a nivel de la cara externa del músculo esternocleidomastoideo o en su borde anterior. Se pretende aceptar este tercer escollo para preservar la sensibilidad del lóbulo de la oreja y de la piel de la región mastoidea.

El cuarto reto es la cicatriz consecutiva a la intervención. Durante más de diez años (1959-1962) utilizamos la incisión atribuida a H. Martín o incisión en "Y" griega (Figura 3), hasta que nos dimos cuenta que la rama póstero-superior de la "Y" resultaba innecesaria en la gran mayoría de los casos, porque muy rara vez el tumor parotídeo se extiende a la región mastoidea. Por otra parte, la mayor incidencia de cicatrices hipertróficas en nuestra población de origen multi-étnico nos lleva a prescindir de incisiones no justificables.

Desde 1962 utilizamos una incisión muy difundida y hasta anónima para nosotros y que encontramos en el libro de Wise y Baker (3). Esta incisión comienza en la región pre-auricular a 1 cm por debajo del arco cigomático (ayuda a preservar el nervio aurículo-temporal), continúa por la piel que oculta el lóbulo de la oreja, rodea el ángulo posterior del maxilar inferior y termina en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Esta incisión puede continuarse con una doble incisión para disección radical de cuello descrita por uno de nosotros (E.G.M.) (4) en 1960 (Figuras 4 y 5).

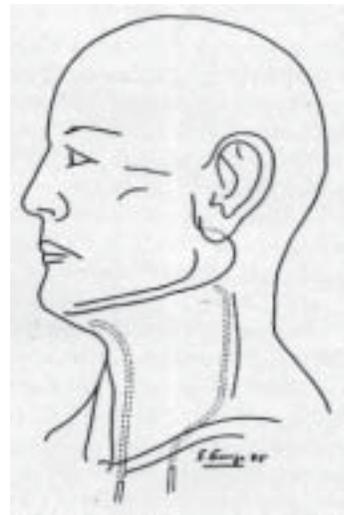


Figura 4



Figura 3

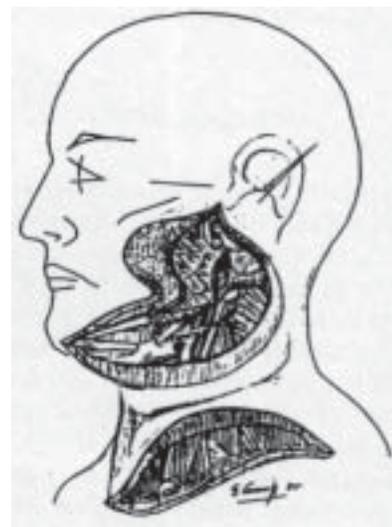


Figura 5

Los retos señalados obligan al cirujano a disponer de una incisión que le proporcione un campo operatorio suficientemente amplio y razonablemente estético. Hace algunos años fui invitado para operar un tumor de la glándula parótida por los doctores Roberto Oramas y Luis Narciso. El Dr. Narciso iba a hacerle a la paciente una ritidectomía que se vio desplazada por el hallazgo de un tumor parotídeo, pero decidimos hacer las dos operaciones al mismo tiempo. El resultado fue la ausencia de cicatriz visible y la ejecución de las intervenciones (parotidectomía y ritidectomía) con una sola anestesia general y una sola hospitalización. No volvimos a utilizar el procedimiento hasta que una paciente con un tumor de la glándula parótida nos preguntó si en el mismo acto operatorio no podíamos aliviarla de sus arrugas faciales. Desde entonces hemos utilizado este procedimiento en 8 pacientes más. En 1984, Ochoa, Russo y Florik presentaron una nueva incisión para ritidectomía (5) y en vista de los buenos resultados obtenidos, estéticos y funcionales, resolvimos utilizarla en la extirpación de los tumores de la glándula parótida en los pacientes que pudieran beneficiarse de ella o a aquellos que mostraron especial sensibilidad y angustia por su aspecto estético post-operatorio. Las Figuras 3, 4 y 5 ilustran las incisiones de Martín (Figura 3) en trazo continuo en forma de Y que se continúa en línea punteada para disección radical de cuello. En la Figura 4 la incisión en S para parotidectomía asociada a la incisión de Garriga, la cual se ilustra en la Figura 5.

#### MATERIAL Y METODO

Se intervinieron ocho pacientes, en el Centro Médico de Caracas, el primero el 20-04-91 y el último el 11-02-93 por presentar tumor parotídeo, realizándoseles la parotidectomía, preservando el nervio facial, el nervio aurículo-temporal y el nervio gran auricular, aprovechando la vía de abordaje y el resultado estético de una ritidectomía. Se indicó el procedimiento en aquellos pacientes con tumor parotídeo que manifestaron el deseo de no tener cicatrices visibles, ni deformidad, o cuando querían eliminar arrugas cérvico-faciales y aprovechar una sola intervención para ambos fines. Se constató que en los exámenes pre-operatorios (laboratorio, Rx de tórax, evaluación cardiovascular o algún otro indicado por alguna causa) no existía un riesgo aumentado previsible para la cirugía. En todos los casos hemos advertido a los pacientes que no

sacrificamos seguridad por estética. En el post-operatorio se evaluó constantemente al paciente para evidenciar la posibilidad de complicaciones.

#### Descripción del procedimiento.

Todas las intervenciones fueron realizadas bajo anestesia general más anestesia local con lidocaína al 0,1% y adrenalina al 1/500 000 en una solución de pH 7,4 la cual es infiltrada en la zona que rodea el tumor. La incisión comienza a cuatro traveses de dedo por encima del arco cigomático siguiendo un trayecto en zig-zag hasta llegar al surco pre-auricular; en adelante la incisión bordea el tragus hasta llegar al borde inferior del conducto auditivo externo, contornea el lóbulo de la oreja hasta el surco retro-auricular y alcanza la unión del tercio superior con el tercio medio de la oreja y se dirige entonces hacia atrás cinco centímetros para dirigirse entonces hacia abajo dos a tres centímetros. La incisión llega hasta el plano sub-facial en el cuero cabelludo. En la cara se mantiene en un plano más superficial llegando sólo al plano sub-cutáneo para preservar los nervios aurículo-temporal y facial superior. Se liberan los colgajos de piel y subcutáneo en la cara y el fascio-cutáneo en el cuero cabelludo. Queda así expuesta la región parotídea (Figura 6).

Se procede a identificar el nervio gran auricular, se secciona su rama parotídea y se preservan las ramas auricular y mastoidea, así como la vena yugular externa. Se expone el borde anterior del músculo



Figura 6

esternocleidomastoideo desde su inserción mastoidea hasta la unión del tercio superior con su tercio medio y se libera su cara interna para exponer la cara externa del vientre posterior del músculo digástrico. Este tiempo operatorio se realiza preferentemente mediante disección roma con el dedo hasta palpar la apófisis estiloides, cubierta y rodeada por las inserciones de los músculos del ramillete de Riolano. Siguiendo este plano se alterna la disección cruenta y digital para separar bajo visión directa, el polo inferior de la glándula parótida del borde anterior de la apófisis mastoides y del cartílago que integra el conducto auditivo externo. Se procede de la superficie a la profundidad y de abajo a arriba, cuidando de liberar sin dañar, la vena yugular externa y su cruce con la rama cérvico-facial del nervio facial, aunque el objetivo principal es localizar y exponer el tronco principal del nervio facial a su salida del agujero estilo-mastoideo; un apoyo adicional lo constituye el hallazgo de la rama cérvico-facial para llegar al tronco del nervio facial. Es preferible, a menos que el tumor nos obligue a lo contrario, mantenerse, durante la separación del borde posterior de la glándula del cartílago del conducto auditivo externo, por lo menos a un través de dedo por debajo del borde inferior del arco cigomático, para no lesionar el nervio aurículo-temporal; en caso contrario es preferible evidenciarlo y preservarlo. Sirve de referencia el latido de la arteria temporal superficial; el nervio se encuentra inmediatamente por detrás de la arteria. Identificado el tronco del nervio facial o su rama cérvico-facial se procede a su disección, evitándosele todo trauma inclusive la elongación de las ramas nerviosas, para prevenir parálisis transitorias (Figura 7). Aquí en un esfuerzo para evitar traumatismo, uno de nosotros (E.M.G.) diseñó y fabricó disectores de nervios y separadores especiales de fabricación casera. Los separadores, en ángulo obtuso, ayudan a "superficializar" las estructuras profundas y, con el disector de nervios, se pretende elongar los tejidos perineurales pero no el nervio que queda inclusive protegido de los instrumentos cortantes, por la parte infero-posterior del disector de nervios (Figura 2).

Es importante señalar que el objetivo de la parotidectomía es extirpar la cantidad necesaria de glándula que contiene el tumor con un margen adecuado de tejido glandular sano. Sin embargo, eventualmente, el tumor ya sea benigno (80% de los casos) o maligno, es vecino inmediato, sin invadirlo, del nervio facial o de sus ramas principales. En términos generales, en nuestra opinión el cirujano



Figura 7

debe preservar el nervio, y recurrir a la quimioterapia y radioterapia post-operatoria en caso necesario. Después de extirpar el área tumoral se procede a utilizar el sistema músculo aponeurótico superficial para reconstruir el defecto. Se elimina el exceso de piel, se coloca un drenaje por succión continua y se sutura la herida operatoria: la de la cara con suturas intradérmicas y las del cuero cabelludo a puntos separados (Figuras 8 y 9).

Se procede a utilizar el sistema músculo aponeurótico superficial para reconstruir el defecto y terminar la ritidectomía.

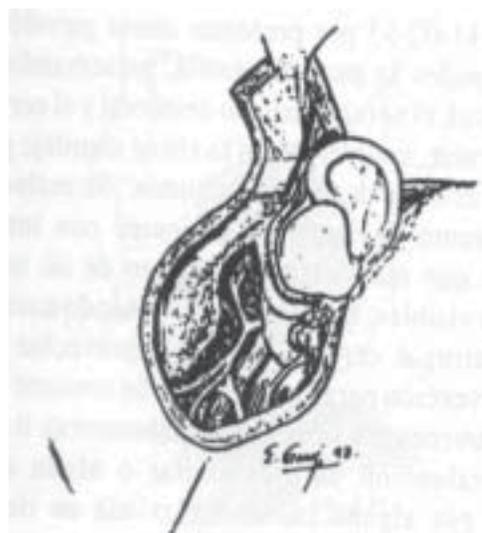


Figura 8

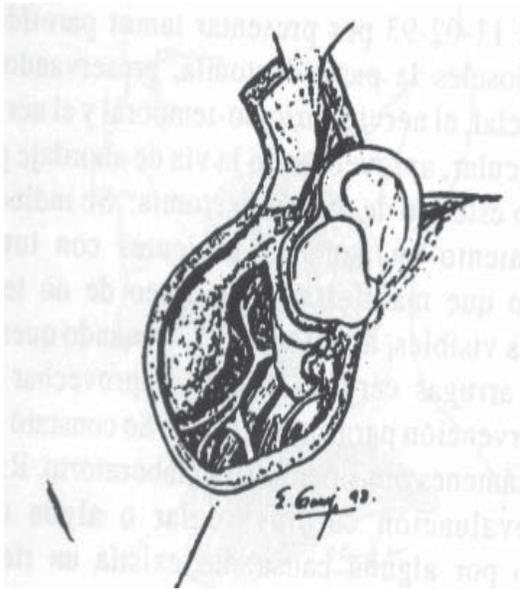


Figura 9

En las Figuras 8 y 9 se observa el nervio facial, el gran auricular y el aurículo-temporal preservados después de la parotidectomía.

## RESULTADOS

Siete pacientes fueron del sexo femenino y uno del masculino con un rango de edades comprendidos entre los 34 y 65 años y un promedio de 47. Predominó la cuarta y sexta década. En 6 casos el tumor fue derecho y en dos, izquierdo. El tamaño del tumor varió de 1,5 a 4,5 cm de diámetro mayor, siendo el más frecuente el de 2 cm de diámetro. En seis de los casos el diagnóstico fue adenoma pleomórfico benigno y en dos carcinoma adenoideo quístico. Un paciente exigió se le hiciera en un solo lado la ritidectomía. De los seis pacientes con adenoma pleomórfico benigno, tres recibieron radioterapia, 4 500 cGy, para disminuir la posibilidad de recidiva. En los dos casos con carcinoma adenoideo quístico, uno recibió radioterapia (6 000 cGy) y otro radioterapia (5 500 cGy con una dosis de quimioterapia (mitomicin-C). En el post-operatorio no se evidenció parálisis facial, síndrome de Frey o hipoestesia del lóbulo de la oreja. El aumento del tiempo operatorio no significó aumento en la morbilidad post-operatoria. No hubo en esta serie complicaciones asociadas al uso de los procedimientos.

## DISCUSION

La realización de ambos procedimientos aumenta el tiempo operatorio. La gran mayoría de nuestros pacientes son del sexo femenino por encima de la cuarta década de la vida cuando han aparecido cambios degenerativos de los tejidos. Es por eso que sólo se aplicó en casos seleccionados que manifestaron el deseo de no tener cicatrices visibles ni deformidad, o cuando querían eliminar arrugas cérvico-faciales, ya que algunos pacientes necesitan de una buena apariencia física por motivos laborales, sociales o psicológicos. Se puede indicar la intervención cuando no existe un riesgo aumentado previsible para la cirugía.

Consideramos que el paciente se beneficia al mejorar su apariencia física, disminuir la deformidad y al no tener cicatrices visibles. Esto, en un solo acto quirúrgico, una sola anestesia y una sola hospitalización, con menor ansiedad, representando un menor coste que si se realizaran ambos procedimientos por separado.

La anestesia local es muy útil en estos casos como hidrodisección, disminuye el sangrado durante la intervención, se necesita menor dosificación de anestesia general para producir analgesia intraoperatoria y el paciente se despierta de la anestesia sin manifestar dolor.

Consideramos que el procedimiento es aplicable a casos malignos y el mejorar la apariencia es una compensación física y psicológica que se traduce en una mejor calidad de vida. El uso de radioterapia post-operatoria (en los casos benignos y malignos) no afectó el resultado estético. En nuestra casuística no fue necesaria la realización de una disección radical de cuello, pero pensamos que de ser necesaria, podría realizarse utilizando como vía de abordaje superior la incisión de ritidectomía, complementándola con la incisión supraclavicular diseñada por uno de nosotros (E.G.M.) (4).

## CONCLUSIONES

El procedimiento resultó exitoso en todos nuestros pacientes. Seleccionando los casos, estos se benefician al realizar ambos procedimientos de no tener cicatrices visibles, menor deformidad relacionada con la extirpación del tumor y la eliminación de arrugas, sin aumento del riesgo quirúrgico ni morbilidad adicional. Es aplicable a tumores malignos de la glándula parótida.

REFERENCIAS

1. Frey L. Syndrome du nerf auriculotemporal. Rev Neurol, 1923;2:97-105.
2. Ford FW, Woodhall B. Phenomenon due to misdirection of regeneration fibers of cranial, spinal and anatomic nerves: clinical observation. Arch Surg 1938;36:480-485.
3. Wise RA, Baker HW. Surgery of the head and neck. Chicago. The Year Book Publishers. Inc. 1958:196-197.
4. Garriga Michelena E. Nueva incisión en el tratamiento quirúrgico de los tumores de la cabeza y el cuello. Comunicación preliminar. Bol Soc Venez Cir 1960;14:210-237.
5. Ochoa J, Florik, M, Russo, S. Zetas múltiples y colgajo fascio-cutáneo en ritidectomía. Presentando en el IX Congreso Venezolano de Cirugía Plástica, Pto La Cruz, Venezuela, Mayo 1986.

**Agradecimiento:**

A la odontólogo Erika Garriga García por su colaboración desinteresada en este trabajo.

## La Gaceta Médica de Caracas hace 100 años

### “DEL ABANDONO DEL CORNEZUELO DE CENTENO EN OBSTETRICIA

Por el Doctor L. RAZETTI

En una discusión tenida en la *Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas* (sesión del 2 de octubre de 1893), sobre las *indicaciones de cornezuelo de centeno en obstetricia*, sostuvimos que dicha sustancia y sus derivados, ergotina y ergotinina, debían abandonarse por completo en la práctica de los partos. Esta opinión, que si es cierto, no está consignada en los tratados de obstetricia, es la aceptada por la escuela francesa, fué combatida por la mayoría de los miembros que tomaron parte en el debate (I). Algunos opinaron por el uso sistemático de la ergotina como medio preventivo de las hemorragias; otros, por emplearla únicamente en los casos de flojedad de la matriz; otros para combatir las hemorragias *post-partum*; otros para las hemorragias con retención de la placenta y *en el aborto*; y hasta hubo quien dijera, en defensa del cornezuelo, que este, no solamente hacía contraer la

matriz, sino que daba impulso al corazón!....

Después, en conversaciones privadas con algunos colegas que se ocupan de la especialidad, hemos sabido que el uso del cornezuelo y sus derivados es corriente en la práctica de los partos en Caracas, bien como preventivo ó como curativo de las hemorragias; y lo que es peor aún, hay quien lo emplee con preferencia al forceps para terminar el parto en ciertos casos de distocia, proveniente de la inercia uterina ó de resistencia del orificio inferior de la pelvis muscular!

Como semejantes prácticas están en completo desacuerdo con las ideas generalmente admitidas hoy por los más célebres parteros europeos, respecto al empleo del cornezuelo en obstetricia, hemos creído de alguna utilidad consignar en este periódico algunas ideas sobre tan importante punto de la práctica de los partos”.

(I) El Dr. M.R. Ruiz, Jefe de la Maternidad del Hospital Vargas, fué el único que apoyó nuestro modo de pensar.

(Gac Méd Caracas 1893-94;1:99-100)