

La evolución en el tratamiento quirúrgico de la patología de la glándula parótida

Diego Hellín Meseguer
Jefe de Servicio de Otorrinolaringología
del Hospital Universitario “Reina Sofía”

Excmo. Sr presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Excmos e Ilustrísimos Señores Académicos

Queridos compañeros, familiares y amigos

Señoras y señores

Muy buenas tardes a todos

Sentí una emoción especial en el momento que se me comunicó hace unos meses, por parte del Dr. Sprekelsen, la elección como Académico Correspondiente de esta noble y docta Institución que es la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia Alfonso X El Sabio. También he de decir que con gran sorpresa e incertidumbre sobre la valía de los méritos para recibir esta distinción.

Desde aquel momento aún sigo manteniendo la misma emoción, con un elevado orgullo y un grandísimo honor.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los Académicos de Número que han favorecido mi inclusión en esta Gran Institución murciana en la que nos encontramos.

Mi agradecimiento a todos mis maestros, entre los que cito al primero en esta profesión y más importante, que ya nos abandonó, al Dr. Juan Jiménez Cervantes

Mi agradecimiento a todos mis compañeros, por su apoyo, por aceptarme como soy, por su cariño y respeto y por todo lo que me han enseñado. De todos ellos siempre he aprendido, incluyendo por supuesto a los residentes.

A mi querido Dr.D. José Pernas Paz, al Dr. Luis Miguel Amorós y todos los miembros del servicio de ORL de la Arrixaca, lugar donde me he formado. Después he estado 19 años muy cerca pero ya en otra comunidad (la Valenciana). Orihuela me ha acogido de forma muy exquisita y es donde he echado raíces, pero, realmente, de forma espiritual y físicamente nunca he estado fuera de Murcia.

Si bien la Arrixaca ha sido mi primera escuela, el Hospital Vega Baja de Orihuela ha sido mi instituto, donde realmente me he consolidado en la formación como especialista en ORL. Allí he pasado unos años muy importantes de mi vida personal y profesional y, que sin duda alguna, han dejado una gran huella. Es el

lugar donde se han criado mis hijos y en el que tenemos unos lazos personales muy familiares,

Quiero dar las gracias a todos mis compañeros de servicio del Hospital Vega Baja de Orihuela, por la confianza, amistad y cariño que siempre me han demostrado y que le han dado un alto valor añadido a esos 19 años de actividad profesional en dicho Centro.

A todos los miembros servicio de ORL del HRS de Murcia, mi nueva Casa durante estos 2 últimos años, que forman un equipo modélico y envidiable, que hacen muy fácil mi tarea y que el trabajo sea ameno y se disfrute por parte de todos,

Quiero dar las gracias a los muchos pacientes que he tratado en mi vida, que son los reales actores de todos los que nos dedicamos a esta profesión. Sin ellos, nada de todo esto tendría sentido.

Todos han aportado algo que ha contribuido a mejorar mi desarrollo personal y profesional. Los pacientes son los que te hacen disfrutar del arduo y exhaustivo trabajo diario, los que hacen que te emociones, los que hacen sentirte bien; a veces son aquellos con los que sufres. En definitiva, son la esencia de la profesión médica.

He tenido la suerte de tener muchos pacientes muy buenos. Me he sentido muy querido y me han sobrealvalorado profesionalmente, manteniendo un grado de conexión o “*feeling*” muy elevado con la mayoría de ellos, alguno de los cuales también ya nos ha abandonado.

A toda mi familia, a mis padres, a mi esposa Carmen y a mis hijos Diego y Elena, que son todo mi apoyo, aunque han vivido en alguna ocasión momentos de ausencia y de olvido obligadas por la actividad profesional y han tenido que “soportarme” alguna vez, cuando las cosas no han salido como uno esperaba.

A mi jefe y primer maestro, que lo sigue siendo, aunque ya no esté con nosotros. Al Dr. Carlos Sprekelsen, al que le he consultado en los temas importantes y decisorios y que siempre ha estado ahí. Aunque no directamente, siempre ha sido un segundo jefe para mí.

A todos mis amigos. Tengo que significar de forma especial a mi amigo Pedro Enrique Rivera Amorós, hijo de dentista. Ya desde los 7 años, de edad, en el Colegio de San José, diseñábamos sobre dibujos del cuerpo cómo podíamos tratar lesiones imaginarias, supuestos cánceres, que pintábamos en nuestras libretas y discutíamos el razonamiento de las distintas técnicas quirúrgicas que, de una forma infantil, ya defendíamos cada uno como las mejores posibles.

Durante la carrera y en 6¹/₄ curso, tuvimos la suerte de tener como profesor de neurocirugía a D. Máximo Poza Poza, quien nos abrió las puertas a la investigación clínica cuando ofreció en clase la posibilidad de hacer un estudio clínico sobre la hemorragia cerebral. Este trabajo, realizado en los años 1983-1984, hace ya algunos años, fue distinguido por esta noble institución con el Diploma Acreditativo y Premio de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia por la realización del Trabajo: “*Estudio sobre hematomas intraparenquimatosos cerebrales*”

espontáneos”, fallado con el lema *hounsfiel* y realizado en el servicio de Neurocirugía de la C. Sanitaria Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Siempre me inculcaron mis padres el valor del trabajo y el esfuerzo necesario para poder progresar y ser algo en la vida, y que sin esfuerzo nada se consigue y que lo que viene sin esfuerzo poco mérito tiene. Esta ha sido mi máxima hasta hoy y espero que la siga siendo para siempre.

El discurso elegido para este acto se centra en una patología que está a caballo entre varias especialidades, todas ellas con elevada capacidad para realizar el tratamiento en condiciones óptimas, pero que a mí siempre me ha resultado de un atractivo especial. Aunque no era propia en el servicio del HUVA, yo la aprendí en el año 90, en mi primer año tras acabar el MIR, ya en la Comunidad Valenciana, de la mano de Dr. Luis de la Fuente. Desde entonces considero que es una patología envolvente, que atrae, no se si quizá más atractiva por ese plus extra de peligrosidad y riesgo que entraña para el nervio facial.

Aunque el tratamiento de esta patología puede ser realizado por varias especialidades fronterizas y su realización por una u otra va a depender según el lugar de trabajo, creo que, sin ánimo de molestar a nadie, debe ser realizada por aquellos que tengan interés y las mejores condiciones para ser ejecutada, en aras de obtener siempre el mejor resultado para los pacientes, que son los que realmente importan. Sería ideal que todas las especialidades interesadas pudieran actuar de forma conjunta y complementaria, sumando el conocimiento de todos y la experiencia.

El título es *“La evolución del tratamiento quirúrgico de la patología la glándula parótida”*.

“En la vocación médica se entremezcla un gran amor al prójimo, con un deseo de curar o al menos de aliviar sus males, un afán de investigar, de correr en pos de la verdad y el deseo de enseñar lo que se ha aprendido sobre el conocimiento del hombre”

Dr. Gregorio Marañón (1887-1960)

La parótida es la glándula salival de mayor tamaño. La saliva, su producto de secreción, ha sido utilizada de forma ancestral, desde hace millones de años, como remedio para aliviar los males humanos en todas las civilizaciones; quizá sea el remedio más antiguo del ser humano. La usaban los egipcios, la usaban los griegos clásicos (Aristóteles, Hipócrates, Galeno), la usan civilizaciones indígenas primitivas, quizá la usó Dios en el *“Soplo Divino”* mezclada con barro para la Creación y Jesús en alguno de sus milagros. Todavía se sigue usando en la actualidad como remedio para aliviar síntomas. Vemos a diario como los animales se lamen las zonas, como una madre toca con saliva la zona dolorida de su bebé, etc.

Hemos de dar valor a la sabiduría popular de la experiencia acumulada, aunque la acumule la ignorancia.

Hoy es mucho lo que aún ignoramos sobre el papel potencial que acumula la saliva. Los sumerios la equiparaban a la sangre. A pesar de la gran cantidad de investigaciones que se realizan, gracias a las cuales sabemos actualmente de su

poder antiinflamatorio y analgésico debido a sus proteínas como las histonas, entre otras, todavía está casi todo por descubrir. Es posible que en breve tiempo, como decían los sumerios, y gracias a las numerosas investigaciones traslacionales que se llevan a cabo en todo el mundo y en las que nosotros hemos contribuido humildemente dando algún pequeño paso, podamos obtener información más precisa que la que obtenemos hoy con una muestra de sangre en lo que se refiere al diagnóstico y pronóstico de enfermedades sistémicas u oncológicas; quizá así también podamos justificar y entender, de una forma científica, el porqué del uso generalizado realizado por todas las civilizaciones como remedio para casi cualquier tipo de enfermedad, lo que se define como sialoterapia.

Cuánto desconocemos actualmente de toda la información que aún nos oculta este líquido simple sencillo, barato y tan fácil de obtener.

A pesar del uso generalizado de la saliva desde tiempos prehistóricos, considerada que formaba parte de los 4 humores clásicos, y cuyo desequilibrio era la causa de enfermedades para los griegos, su origen en las glándulas salivales ha sido ignorado hasta la llegada del siglo XVII.

Aunque los egipcios ya usaban técnicas de trasplante de tejido en el año 3500 a C. para reconstruir narices amputadas, tal como se refleja en el *Papiro de Ebers* (1500 a.C.) y en el de Edwin Smith, que son los documentos más antiguos que hacen referencia al cáncer y lesiones de cabeza y cuello, ni en ellos ni en los libros de los Vedas, literalmente conocimiento en sánscrito, (los 4 libros más antiguos de los hindúes y que contienen todo el conocimiento de la época), el texto sánscrito súsruta samjita, en ninguno de ellos se hace referencia a tratamientos de la parótida o de la región parotídea.

La primera referencia que encontramos a la patología de la parótida se le atribuye a Hipócrates (460-370 a C.), quien describe la parotiditis purulenta y no purulenta. En una de las 70 obras médicas del "*Corpus Hippocraticum*" (en latín), redactadas entre los siglos V y IV a C., titulado "*Epidemias*", describe una epidemia de parotiditis entre los años 475-466 a C en la isla griega de Tasos. También describe la afectación testicular como una complicación (orquitis).

Hipócrates, considerado el padre de la medicina, separa la medicina de la religión y superstición que imperaba hasta entonces. Sus tratamientos eran pasivos. Consideraba que el cuerpo humano tenía recursos para curarse basado en los remedios de la propia naturaleza. Observaba los procesos y les daba valor pronóstico en función de la evolución clínica de procesos similares previos. De ahí sus famosos escritos sobre "aforismos y sentencias", en los libros de "*Los apostemas*", en los que menciona repetidamente las parótidas, consideradas éstas como enfermedad, no como glándulas. Diferencia los procesos agudos que se resuelven espontáneamente (las parotiditis virales o paperas) de otros procesos que, si no supuran, acaban con la muerte (lo que conocemos como parotiditis bacterianas).

Uno de los remedios físicos muy utilizados era la esponja de mar, que impregnaban con productos naturales.

Las esponjas son animales marinos muy abundantes en el Mediterráneo y muy apreciados en esa época.

Hipócrates también describió las **ránulas**, a las que se atribuía una causa inflamatoria.

Los conocimientos anatómicos eran defectuosos pues se consideraba un tabú griego la disección con cadáveres.

Las enfermedades se producían por desequilibrio de los 4 humores, creando la teoría humoral de las enfermedades. Esta creencia perdurará a lo largo de toda la Edad Media.

En el siglo I, **Aurelio Cornelio Celso**, (25 a C-50 d C.) escribe su libro "*Re Medica*", "*De Medicinae*", que consta de 8 libros de medicina y es la primera obra reproducida. Perdida durante años, fue encontrada en el año 1.450 por el Papa Nicolás V. Describe la primera amigdalectomía con disección digital y la aplicación de vinagre en el lecho amigdalino. En el libro 6, Capítulo 16 de su obra, describe también la parotiditis, y en el libro 7 describe de nuevo la ránula, sin mención alguna de cirugía.

Galeno de Pérgamo (130 a 210 a C.), médico griego emigrado a Roma y representante de la escuela hipocrática, ilustró la brillante posición de la cirugía reparadora durante el esplendor de la Roma imperial, pero tampoco menciona la parótida en sus obras.

Galeno aplicaba la teoría humoral hipocrática. Como estaban prohibidas las disecciones en cadáver en la antigua Roma, se basó en disecciones sobre animales, monos y cerdos, con sus consecuentes errores anatómicos.

Consideraba que la sangre se filtraba por el cerebro, de modo que sus impurezas se eliminaban por la lámina cribiforme (*cribum*, en latín, similar a un tamiz). Por ahí se filtraban las lágrimas, la saliva y la mucosidad. Reescribió algunos de sus libros tras un incendio en el año 191, al quemarse su biblioteca.

Durante el imperio bizantino y el mundo árabe, todos estos libros clásicos fueron la base del conocimiento médico durante toda la edad media.

Galeno daba detalles precisos para reconstrucciones quirúrgicas de cánceres de la nariz, orejas y la boca. Estas enseñanzas, mezcladas con supersticiones, quedaron consagrados y fueron causa de un retraso considerable en el progreso médico tras la caída del imperio romano. La llegada de los bárbaros llevó a Europa a la oscuridad de la cultura y el progreso médico. Hasta entonces no se conocía la existencia de las parótidas. El avance en el tratamiento de los tumores se estancó porque durante los siguientes siglos eran más acuciantes los problemas infecciosos, que generaban más mortalidad, como la tuberculosis y la sífilis, y por los problemas religiosos respecto a las disecciones anatómicas y operaciones quirúrgicas. Además, la cirugía se separa de la medicina y pasa a ser un oficio. Los encargados de las operaciones quirúrgicas eran los clérigos y estos tenían como ayudantes a los barberos. Los primeros barberos surgen en la antigua Grecia (cortaban el pelo las personas con más autoridad). Se pensaba que el alma de las personas residía en el pelo. En el siglo XII se prohíbe a los clérigos

la práctica médica (la sangre se consideraba algo impuro) y toda la actividad queda en mano de los barberos. Por estos motivos, la cirugía sufre un estancamiento o retroceso, desde la época de Galeno, que va a durar unos 1500 años, hasta que se reincorporen las disecciones anatómicas en humanos, ya en el Renacimiento.

Hasta el siglo XVI se mantiene la doctrina y los conceptos médicos acuñados por Galeno.

Alexander, un médico romano del Segundo Siglo de nuestra Era describió: “*Una persona que escupió una piedra en su boca*”

Oribasius (325-400 d C), médico de Pérgamo y amigo y asesor del emperador Juliano el apostata, escribió unos 70 libros de los que se conserva un tercio. Describe en su texto las concentraciones calcáreas en la boca y el modo de eliminarlas.

La primera mención bibliográfica a una cirugía de la región parotídea se remonta al año 160 d C., pero el conocimiento de una glándula parótida y su papel en la secreción de la saliva se va a retrasar durante toda la Edad Media y no se produce hasta el siglo XVII. Hasta inicios del siglo 19, como dice *Hyrtl*, el término parótida se usaba para designar una enfermedad, no una estructura anatómica.

Avicena (980-1.037), médico árabe, oriundo de Persia, siguiendo los preceptos de Hipócrates, fue el autor de los primeros escritos médicos que se conservan sobre la parálisis facial. En el quinto libro de su “*Canonis Medicinæ*”, escrito en el año 1020, describe esta parálisis. Distingue un tipo central y otra periférica y describe sus distintas etiologías, como son los traumatismos cerebrales, los tumores y la sección del nervio. Analiza datos pronósticos y ya indicaba que si la parálisis tenía una duración mayor de 6 meses no debía esperarse recuperación. Describió el modo de tratarlas, aplicando localmente plantas medicinales tropicales, con un efecto vasodilatador.

Gracias a la introducción sistemática de la disección humana en el siglo XVI por **Andreas Vesalius** (1514-1564), entre otros, se avanzó en el conocimiento de la anatomía en general y de las glándulas salivales en particular.

Vesalius basó sus estudios anatómicos en la observación directa de los cadáveres de asesinos prestados por un juez, plasmados en su obra de 7 libros: “*De humani corporis fabrica*”. Modificó algunos errores que imperaban desde la descripción de Galeno. Mejoró la descripción hecha hasta la fecha del cerebro. Vesalius es **considerado el fundador de la anatomía moderna**.

Fue el primero que acuñó el término de glándulas salivares y consideraba que las amígdalas formaban parte de estas glándulas. A todas estas glándulas le asignaron los griegos el nombre de *pariathmia*.

Fue **Realdo Columbus** (1516-1559), con su “*De Re anatomica*”, el primero que dedicó un libro, o más bien una monografía, sobre el tema de las glándulas en 1559. Consideraba que drenaban el líquido intracraneal. Pensaba que las amígdalas y “otras” también eran glándulas que filtraban el líquido del cerebro

y así humedecían la boca y la faringe. Se creía que todas las glándulas actuaban como filtro de impurezas del cerebro y que funcionaban como auténticas esponjas.

Hasta el siglo XVII se pensaba que la glándula tiroides y las amígdalas eran glándulas salivares. **Harvey** en 1614 describe las amígdalas palatinas como glándulas salivares, aunque no llegó a descubrir sus conductos de drenaje.

El descubrimiento del conducto de la glándula submaxilar se realiza por Wharton, que lo publica en 1656 en su "*Adenographia*", en una conferencia para ser candidato a la inclusión en el London College of Physicians. Le llamó inicialmente tiroides a la glándula submaxilar. Es el primero que observa directamente la salida de saliva por el conducto de la glándula submaxilar en humanos.

Wharton diferenció los distintos tipos de secreción, como ya hizo William Harvey. Diferenciaban una secreción más viscosa, producida por las amígdalas, de otra más fluida y acuosa, que los griegos llamaban "*sialon*", con la calidad de agua, que es neutro "*apoiar*" (apoiar).

Las glándulas submaxilares se conocían desde mucho antes pero no su función. **Bartholomaeus Eustaquio**, (1500-1574) ya las incluyó en sus disecciones, en su obra "*Anatomiae Tabulae*".

En el texto "*De voce et anhelitu*", **Galen**, 1562, traducido del griego original al latín, hizo referencia a unas glándulas en el cuello, sin conducto excretor, que son como esponjas. Sus disecciones las realiza con animales, no en humanos. Hasta el posterior descubrimiento de los conductos glandulares por Wharton, Stenon y Bartholin, se pensaba que las glándulas eran como auténticas esponjas.

Felix Platter (1536-1614), médico suizo de Basilea, fue el primero que publicó la presencia de cálculos en la parótida de un noble alemán.

Los casos de sialolitiasis que se comunicaban en esta época eran anecdóticos. No se hace una descripción anatómica y científica más precisa de esta enfermedad litiásica hasta el posterior descubrimiento de los conductos salivares.

Jean Riolan, (1580-1657) fue el primero en identificar la masa o estructura anatómica de la glándula parótida. **Julius Casserius** (1561- 1616)) describió en su libro "*Pentaesthesia*" (1609) la apertura de la parótida en la cavidad oral.

Ambroise Paré (1510 - 1592), un cirujano francés, es considerado el padre de la cirugía moderna.

En esta época la cirugía tenía muy poco prestigio porque la mortalidad era muy alta.

Trabajó como cirujano de tercera categoría, así se consideraba a los que se llamaban cirujanos barberos, comentados anteriormente, que solo podían realizar tratamiento de heridas, cortar el pelo, afeitar y sangrías. Publicó tratados de medicina y, aunque fue rechazado por los cirujanos de "bata larga", al final fue aceptado por ellos, otorgándole el doctorado 6 años antes de su muerte.

En esta época, la cirugía ya empieza a profesionalizarse y se estudia en algunos centros europeos universitarios, y en latín, la lengua clásica.

Aunque destaca por sus textos sobre tratamiento de heridas de guerra, publicó en 1561 su "*Anatomie universelle du corps humain*", en la que consideraba a las parótidas como un órgano excretor del cerebro, por el que se filtraban las impurezas.

Su aforismo preferido era: "*Yo los cuido y Dios los cura*"

Hasta esta época, todas las actividades quirúrgicas realizadas por los cirujanos o barberos se realizaban con un gran dolor para los pacientes. Con frecuencia, este dolor les hacía perder la conciencia, pero esto estaba aceptado. Los remedios para el dolor eran limitados en el siglo XVI: opio, beleño, mandrágora. Los procedimientos quirúrgicos se hacían, por este motivo, con mucha rapidez.

El introdujo la ligadura arterial en las amputaciones. Hasta entonces, las hemorragias se solucionaban cauterizándolas con un hierro candente, siendo mucho más dolorosas.

Paré inició una nueva corriente en la cirugía, dándole la mano a los pacientes y preocupándose por ellos con gran cuidado y dulzura para aliviarle el trance, datos que hasta entonces no se tenían en cuenta por los médicos de la época.

Thomas Bartholin (1616-1680), conocido también por su trabajo en la glándula sublingual, en su "*Anatomia Reformata*", pensó que el conducto parotídeo era un ligamento de una glándula preauricular.

Seguinal, en 1690, fue el primero que describió una glándula parótida agrandada por litiasis que obstruía el Conducto de Stenon.

El español **Dionisio Daza Chacón** (1510- 1516) reformó la cirugía sobre la senda iniciada por Ambrosio Paré. Estudió en Valladolid y Salamanca. Era la figura médica europea de la época. Fue médico del emperador Carlos V, hijo de Felipe II, al que curó de un absceso en la cabeza por una caída accidental, junto con Vesalio, colega suyo.

En esta época los médicos españoles tenían el título de bachilleres en Medicina. Después comparecían ante el tribunal de Protomedicato para obtener el título y ejercer la profesión. Pero eran muy escasos los médicos y bien atendían solo a reyes o nobles o bien iban a América para atender a los conquistadores. El pueblo llano seguía atendido por los barberos.

De sus 3 libros, que versaban sobre todo de heridas de guerra, escribió uno de apóstemas sobre las enfermedades de las parótidas. Era un cirujano muy habilidoso en su época. Trató también a Cervantes. Recordamos aquí que el padre de Don Miguel de Cervantes, Don Rodrigo, era cirujano-barbero.

Hasta mediados del siglo 17 no hubo conocimiento sobre la anatomía de la glándula parótida, cuando se hace el descubrimiento de su conducto excretor. Hasta este momento, los tumores de parótida habían despertado muy poco interés en la época clásica o medieval y se les consideraba como tumefacciones inflamatorias. Solo se diferenciaban los procesos agudos y crónicos. Esta falta de reconocimiento es sorprendente en vista del enorme volumen que alcanzaban algunos de estos tumores y de su larga evolución, de lo que no existen muchos

testimonios. Estos se limitan a **referencias históricas de la época medieval, representado por monumentos en piedra que se ubican actualmente en el Museo del Trocadero en París, en los que el autor representa, en el siglo XIII, una gárgola con la cabeza y el cuello de una mujer con un gran tumor en la parótida izquierda y con una parálisis facial.**

También están documentados multitud de dibujos médicos por la artista china Lam Qua, que refleja imágenes de pacientes con enormes tumores de parótida en un Hospital chino, en la región del Cantón, en 1830.

Hasta el siglo XV, en Europa, los médicos tenían el derecho de supervisar y controlar a los cirujanos, a los que menospreciaban al elevar a los barberos casi al mismo nivel de los cirujanos, con la diferencia de que a los cirujanos se les enseñaba en latín y no realizaban tareas manuales como la sangría y extracciones dentales. La actividad quirúrgica en este siglo se limitaba al tratamiento de las heridas, úlceras y abscesos.

De 1650-1750, con la mejora en el conocimiento de la anatomía de las glándulas salivales, se desarrollaron algunas técnicas quirúrgicas refinadas, pero todavía estaban limitadas, todas ellas, al tratamiento exclusivo de ránulas y las litiasis, pues no se operaban los tumores de parótidas, a los que se consideraban como procesos inflamatorios crónicos.

Niels Steensen o *Nicolaus Steno*, en latín, (1638-1686), médico danés que sería beatificado después por el papa Juan Pablo II en 1986, describió el conducto de la parótida, encontrado durante la disección de la cabeza de una oveja. Hasta ese momento la función de la glándula parótida era desconocida. Se le llamó *ductus Stenonianus*. Aparentemente no fue plenamente consciente de la conexión entre el conducto y la glándula parótida. Su fama como anatomista creció en toda Europa pero no ejerció porque llegó a la conclusión de que la mayoría de los tratamientos médicos tradicionales eran peor que inútiles. Se convirtió al catolicismo y murió como obispo misionero.

En esta época del Renacimiento, la anatomía era una ciencia nueva y excitante.

A principios del siglo XVIII París se convirtió en el centro de la enseñanza de la cirugía. Los cirujanos se separaron de los barberos y formaron su propia cofradía. La enseñanza de la cirugía se efectuaba en las Universidades, Hospitales docentes y escuelas privadas. Se desarrollaron las Sociedades Médicas científicas a finales del siglo XVIII.

En París se organizaron la Academie Royale de Chirurgie primero y después la Ecole pratique de Chirurgie, con los más ilustres cirujanos del siglo XVIII, quienes publicaron varios tratados médicos.

El concepto de la extirpación quirúrgica de un tumor de parótida se ha atribuido a **Ambroise Bertrandi** en 1802. Hasta este momento se realizaban muy escasas cirugías, que consistían en resecciones parciales, como era la mayoría de las cirugías realizadas entre los años 1600-1800.

La mayoría de los tratamientos aplicados consistían en remedios médicos heredados desde la época de la prehistoria, como es el caso de las esponjas

marinas. Son innumerables las descripciones y aplicaciones médicas de estas esponjas marinas en las civilizaciones antiguas, en la medicina griega, romana y en la Edad Media hasta el s. XVIII. Estas esponjas eran muy abundantes en el Mediterráneo hasta la II Guerra Mundial, momento en el que fueron desapareciendo por la sobreexplotación pesquera y por la aparición comercial de las esponjas artificiales. Son animales marinos sin depredadores naturales.

En 1938 se capturaban 1.500 toneladas de esponjas al año. En 1948 solo se capturaba un tercio y en la actualidad se trata de una actividad marginal.

Samuel Hahnemann, ((1755-1843), en su Tratado "*de Materia Médica*" indicaba:

"Miles de años tuvieron que pasar hasta que la medicina doméstica encontrara, entre las innumerables sustancias medicinales ensayadas en vano, un medicamento para tratar las paperas, pero la encontró en la esponja quemada",

que se daba mezclada con pimienta, tocino, etc. a pequeñas dosis, a tamaño de uno o medio dracma.

Estas esponjas se usaban como remedios físicos y también para aplicar anestésicos desde la época de Hipócrates. Se consideraban como un remedio indispensable para cualquier enfermedad y, de forma especial, muy útil en el tratamiento de los lamparones (se refiere a adenopatías, tumores y bocios) y las escrófulas, referidas a los tumores de glándulas.

Hasta el año 1800 no se diferenciaba entre las paperas y las parotiditis bacterianas. Estas últimas tenían una mortalidad del 80%. Hasta inicios del 1900 apenas se realizaba drenajes de estos abscesos de parótida por el miedo a las frecuentes parálisis faciales.

Los grandes riesgos de la cirugía justificaban en muchos casos el consejo profesional del médico ilustrado, que era muy respetado en la época. Este consejo era dejar evolucionar hasta la muerte lenta del paciente en cama, mucho más duradera, pero infinitamente menos dolorosa que la muerte rápida pero tortuosa en una cirugía muy arriesgada.

En 1917, **Lilienthal** describió un tratamiento quirúrgico de los abscesos parotídeos, con incisiones verticales, similar al que usamos en la actualidad. Observó que las heridas curaban por segunda intención y dejaban escasa cicatriz. Les llamó abscesos de *parotiditis celíaca*, porque creía que estaban causados por metástasis de infecciones abdominales.

En los esfuerzos iniciales para el tratamiento de los tumores de la glándula parótida, ya en el siglo XIX, los cirujanos se dedicaron fundamentalmente al tratamiento de la hemorragia. Los pacientes operados en esta época quedaban inevitablemente con desfiguración importante del rostro, si tenían la suerte de sobrevivir por una hemorragia durante la resección de la parótida.

Los que sobrevivían, además de la parálisis, con frecuencia presentaban abundantes fístulas salivares. Se describieron numerosas técnicas quirúrgicas mediante "hilos tutores" para intentar solucionar estas complicaciones.

La primera parotidectomía, revisando de forma exhaustiva la literatura, fue aparentemente realizada por el cirujano inglés **John Hunter** en **1785**, que extirpó un gran tumor de 4 kilos de peso y con un instrumental muy rutinario. En el texto "*History of the Pennsylvania Hospital of Philadelphia*", se describe lo que Hunter escribió al respecto:

"La operación fue realizada el lunes, 24 de octubre 1785. Duró veinticinco minutos y el hombre no gritó durante toda la operación".

Al parecer, en **1805**, **Physick** (Philip Lyng Physick), discípulo de Hunter en Inglaterra, tras volver a Filadelfia, extirpó un tumor de parótida, el famoso tumor en la mejilla de James Hayes (eran 2 tumores). La operación se realizó en la Navidad de 1805. El tumor más grande pesó 7 libras y se conservó en un frasco, formando hoy parte de las colecciones históricas del hospital. En 1924, ciento veinte años después, este tumor fue examinado microscópicamente por el Dr. **John R. Paul**, el entonces patólogo del hospital, con el diagnóstico de un mixto tumor de la glándula parótida. Parece ser esta la mayor demora en un informe patológico sin la protesta del cirujano.

Physick era conocido como el "Padre de la Cirugía de América". Inventó material quirúrgico para la amigdalectomía y fue el primero que usó ligaduras de origen animal en la cirugía.

En 1850, Carl Ludwig descubrió el control nervioso de la secreción glandular, estimulando la cuerda del tímpano. En la segunda mitad del siglo XIX, el papel del sistema simpático y parasimpático en la secreción salivar fue objetivado por **Claude Bernard** y **John Langley**.

A pesar de las condiciones heroicas en las que se hacían estas cirugías de parótida, son varios los cirujanos que llevaron a cabo parotidectomías en la primera mitad del siglo XIX, como Carmichael en Irlanda, Bérard en Francia, McClellan, Mott y Sweat en Estados Unidos. La bibliografía olvida con frecuencia a ilustres cirujanos españoles que, aunque poco citados, se adelantaron a algunos de estos cirujanos más reconocidos en la literatura anglosajona y que vamos a comentar más adelante.

En 1860, **Brainard** ya revisó 91 parotidectomías realizadas por un total de 64 cirujanos.

Mc Coy escribió en 1844 que, por su relación anatómica, la extirpación de la parótida estaba fuera del alcance de la cirugía.

La técnica quirúrgica pronto iba a quedar establecida. **Jean Louis Faure** (1863-1944), describió 8 pedículos que debían ligarse y seccionarse para liberar la glándula y evitar hemorragia. El pedículo N° 5 es el estilomastoideo y está compuesto principalmente del nervio facial. Estas parotidectomías eran a menudo operaciones radicales, con la exéresis de varias porciones de las ramas nerviosas mandibulares, para así poder completar la exéresis de la porción profunda de la glándula.

Carmichael, Dublin, en 1818, describió una cirugía de parótida en un gesto que definió como un intento de salvar la vida del paciente que tenía un tumor de 14 años de evolución. Describe que:

“Encontraron una alarmante salida de sangre siguiendo la división de una gran arteria, tronco de la facial o la labial”.

La ligaron en 2 lugares mientras el ayudante Dr. Colles usaba una esponja y el Dr. Todd comprimía la carótida sin conseguirlo completamente. Cuando se logró la hemostasia, Carmichael quitó con los dedos la porción que se fijaba la glándula a la mastoide y al proceso estilohioideo. Esto se hizo con mucha fuerza y se acompañó de gran dolor para el paciente, separando el tronco del facial de la masa tumoral, lo que le llevó a una parálisis facial.

Hasta esta época no se mencionaba la carótida en las descripciones quirúrgicas y se consideraba que su simple mención era una prueba de la autenticidad de la parotidectomía.

Colles significó la importancia de los ganglios linfáticos intraparotídeos y anticipó ideas modernas sobre el origen de un tipo de tumor, el adenolymphoma, y un tipo de enfermedad inflamatoria de la parótida, la tuberculosis.

A mediados del siglo XIX, el foco de atención se desplazó a la anatomía del nervio facial y las técnicas que permitían el acceso para la resección de la parótida con la preservación del nervio facial.

Pierre Beclard, en 1823, realizó una extirpación de la glándula parótida haciendo varias incisiones y recomendó que la cirugía debía evitarse salvo que el tumor creciese de forma rápida, dado los peligros de hemorragia y parálisis facial.

La primera parotidectomía total con preservación del nervio facial se ha descrito que fue realizada por **Codreanu**, en 1892. Otros autores atribuyen esta autoría a **Carwardine**, de Bristol, en 1906, en una parotidectomía a una chica de 18 años. Realizó una disección minuciosa y afirmaba que esta cirugía requería tiempo, en contra de la rapidez con la que se hacía hasta entonces y que consistía siempre en la simple enucleación tumoral. La paciente tuvo una parálisis facial que se recuperó después de 2 meses. Contribuyó de forma significativa a aumentar el interés por las técnicas de disección para conservar el facial

La parotidectomía, como técnica quirúrgica, fue publicada por primera vez en 1823 por **Bernard**.

Heyfelder fue capaz de evitar la parálisis facial en una parotidectomía realizada en 1825.

Velpeau, en 1835 publicó, en su libro *“Nouveaux elements de parotids operatoire”*, varios casos de cirugía de parótida y describió una técnica para localizar el tronco del nervio facial siguiendo la arteria y vena temporal superficial hacia abajo hasta encontrar el nervio cruzando estos vasos, a la altura del cuello del cóndilo mandibular. Aquí ya se inició la consideración del nervio facial.

Erichsen, en 1869, destacó la importancia de evitar la porción dura del tronco del nervio facial en la cirugía e indicaba que las incisiones para la disección tumoral tenían que ser paralelas al tronco del facial y sus ramas delgadas.

Hasta esta época, estas cirugías se realizaban sin anestesia o bien usando alguno de los primitivos métodos anestésicos, con la única intención de inmovilizar a los pacientes.

Los asirios, en el año 3000 a C usaban la compresión de la carótida en el cuello para producir un estado casi comatoso por la isquemia cerebral, que aprovechaban para realizar la cirugía. Los persas usaron narcóticos vegetales como la adormidera, la mandrágora y el cannabis. Hipócrates usaba la “esponja soporífera”, que estaba impregnada en una preparación de opio, beleño y mandrágora. En 1564, Ambrosio Paré usaba como anestésico el enfriamiento o congelación local de la zona operatoria.

En esta época, los pacientes pobres se operaban en los hospitales, en salas habilitadas con anfiteatros para la enseñanza, no se usaban guantes y siempre se congregaba abundante público, que eran los alumnos de medicina. En cierto modo permitían que se experimentase nuevas cirugías en ellos. Estos anfiteatros, como los que se muestran en la presentación, persisten hasta el año 1940. Los pacientes ricos eran más afortunados y se operaban con menos público, normalmente en la mesa de cocina de sus propias casas.

William Thomas Green Morton (1819- 1868, Nueva York) usó la anestesia general utilizando el éter como anestésico, administrado por inhalación (narcosis etérea). A pesar de este avance, la parotidectomía se realizaba, a partir de esta fecha, con menos frecuencia porque había otras enfermedades de mayor interés y porque la cirugía de la parótida se seguía realizando “en vivo” bien por la costumbre, o con anestesia local más tarde, que se usaba casi de forma sistemática hasta la llegada de la segunda guerra mundial.

Rudolph Virchow (1821- 1902) fue quien inició el análisis histológico de los tumores y cambió el concepto existente hasta entonces respecto a su origen humoral, según la teoría hipocrática. Postuló erróneamente que “Los tumores se originarían en el tejido conectivo rompiendo hacia el epitelio”. En 1860 demostró que los nodos o ganglios linfáticos formaban una barrera para prevenir la diseminación de las células tumorales

La biopsia por congelación fue publicada por primera vez en el John Hopkins Bulletin en 1895 y popularizada por **Thomas Stephen Cullen** en 1900.

Entre 1885 1893 hubo un cambio de mentalidad en el uso de la anatomía patológica y los cirujanos ya empiezan a examinar las piezas operatorias, gesto impulsado principalmente por Bilroth y Von Langenbeck.

La Punción aspiración con aguja fina (PAAF), descrita por primera vez por Kun en 1847, fue revisada por Martin y cols en 1930 para el estudio de tumores de cabeza y cuello en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Este procedimiento fue ampliamente utilizado en los años 1950 y 1960 por el Instituto Karolinska en Estocolmo y el Instituto Curie en París. En 1960 se reconoce la

utilidad, por **Mavec** y **Enerote**, en el diagnóstico de los tumores de glándulas salivales, teniendo un papel fundamental en nuestros días. Hoy se reconoce como una técnica fiable y fundamental, con la ventaja de ser barata, rápida, no provoca siembra tumoral, produce un mínimo traumatismo a los pacientes, y tiene con una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica.

Minsen, en 1874, acuñó el nombre de tumor mixto, comprobando en el estudio de estos tumores operados que tenían una constitución epitelial y conjuntiva. Es el tumor parotídeo más frecuente.

Hilderbrand en 1895 describió el Adenolinfoma, que lo consideraba como un quiste cervical congénito. En 1929, Warthin revisó todos los tumores de parótida tratados en la universidad de Michigan y halló dos casos. Martin y Ehrlich, en 1944, lo denominaron tumor de Warthin, término más utilizado por los cirujanos. En su descripción también intervino Avelino Gutiérrez, cirujano santanderino emigrado a Argentina, que contribuyó significativamente al desarrollo de la parotidectomía. En la literatura europea se lo denomina más comúnmente adenolinfoma, mientras que los anatomopatólogos norteamericanos lo llaman cistoadenoma papilar linfomatoso. Actualmente es el segundo tumor de parótida más frecuente.

El Carcinoma adenoquístico fue descrito por primera vez por **Billroth** en 1859, quien lo denominó cilindroma. Representa el 3 a 6% de los tumores salivales.

Hasta los años previos a **la Segunda Guerra Mundial**, a pesar de los últimos avances científicos, la cirugía de la parótida se hacía de forma tímida, vacilante y cautelosa por varios motivos:

- No se conocía bien la historia natural de la patología salival en general ni de los tumores en particular.
- Tampoco se conocía bien la anatomía del nervio facial y había un gran temor a dañarlo.
- A pesar de los avances en anestesia y antisepsia a mitad del siglo XIX, la cirugía se realizaba en difíciles condiciones, la mayoría de veces con el paciente despierto, "en vivo". Existía un gran temor y miedo a disecar alrededor del facial. En esa época se consideraba que un nervio expuesto era un nervio dañado para todos los cirujanos generales. Solo los neurocirujanos habían adquirido recientemente el sentido de la disección cuidadosa de los nervios.
- Se pensaba que los tumores mixtos, la mayoría de tumores de parótida, eran tumores malignos de bajo grado, por la facilidad con la que recidivaban tras su enucleación.

Desde el inicio de esta cirugía, el método de elección para el tratamiento de los adenomas pleomorfos de la parótida era la enucleación tumoral.

Hasta la década del 1940, el manejo quirúrgico de los adenomas pleomorfos era muy insatisfactorio debido a la alta incidencia de parálisis facial permanente, así como la tasa de recidivas, que oscilaban entre un 20% y un 45%. Algunos autores, entre los que destacan muchos españoles, aunque no se citen en la literatura

inglesa y que veremos después, plantearon la identificación del tronco principal del nervio primeramente y después la disección del mismo con extirpación del lóbulo superficial y/o profundo de la glándula. Esta técnica fue establecida como la más efectiva para las lesiones benignas y malignas de bajo grado como por ejemplo los carcinomas mucoepidermoides. Esto contribuyó a un descenso significativo en los índices de recidiva y de las lesiones permanentes del nervio.

Patey (1940) demostró que las frecuentes recidivas se producían por una cirugía inadecuada (la enucleación tumoral). Este autor tiene un importante papel en la cirugía actual de la parótida. Describió 3 posibles planos en los que un tumor de parótida podía ser extirpado.

1. Podría abrirse la delicada cápsula tumoral y vaciar su contenido tumoral.
2. El tumor podía ser enucleado, en un plano pericapsular.
3. El tumor podía ser extirpado con un margen de tejido glandular periférico al tumor, cortando por fuera o a través del tejido glandular. Este procedimiento implica casi la necesidad de cortar algunas ramas o todas del facial, dependiendo de la cantidad de glándula extirpada.

Bailey (1941) fue el primero en el Reino Unido en practicar la disección formal del nervio facial en la cirugía de tumores benignos de la parótida. **Redón** (1945), en Francia, defendía la realización de una parotidectomía total con conservación del nervio facial, porque pensaba que los adenomas pleomorfos eran multicéntricos.

Se reconoce y acredita a este autor la descripción de la parotidectomía como la realizamos hoy, al introducir pequeñas mejoras técnicas comparadas con las descripciones previas realizadas por Adson y Ott.

Bailey usaba lo que él llamaba incisión modificada de Blair. Eleva un colgajo y lo disecciona hacia delante. No está claro como identifica el facial. Su mayor contribución está en el énfasis que aplicó en conseguir la completa parotidectomía superficial o total en lugar de la enucleación habitual.

El tratamiento quirúrgico de los tumores de la parótida sería sencillo si no fuese por la presencia del nervio facial en medio del parénquima glandular. Hasta la descripción de Bailey, son muchos los autores que contribuyeron a la conservación quirúrgica del facial, entre los que incluimos a autores españoles. Desde las sugerencias iniciales de **Thomas Carwardine** en 1907, **Sistrunk**, **Adson** y **Ott**, hasta la escuela francesa de cirugía con **Duval** y **Redon**, todos contribuyeron grandemente a la identificación y preservación del nervio facial. **Duval** realizó en 1914 la identificación y preservación de las ramas superiores del nervio facial en los tumores benignos, eliminando la porción inferior del proceso mastoideo e identificando el nervio antes de su división.

Charles Lenormant, resume la gran dificultad de esta cirugía en su artículo "*Extirpation de la glande parotide. In Chirurgie de la tete et de du cou.* Eds: Masson, Paris; Pps: 198-204. 1919", con el siguiente comentario en francés:

L'ablation de la parotide est une opération grave, d'exécution difficile, dangereuse à cause de l'hémorragie qui l'accompagne lorsqu'elle n'est pas faite méthodiquement, entraînant fatalement une paralysie faciale définitive.

En 1916, **Barbat** describió un caso en el que identificó la rama marginal mandibular y realizó una disección retrógrada del tronco del nervio facial antes de quitar el tumor. Esta publicación apenas se cita y sin embargo sí se cita una técnica idéntica realizada por **Sistrunk** en 1921 y **Adson** y **Ott** en 1923, a quienes se acredita esta técnica de disección. Sistrunk usaba la enucleación la mayoría de veces, pero en algunos tumores profundos, o en recidivas, podía salvar el nervio con el procedimiento de disección retrógrada descrito, localizando primero la rama mandibular a nivel del ángulo de la mandíbula.

Adson y Ott, en su artículo publicado 2 años más tarde, recomendaban la identificación del nervio mandibular y disecciona el nervio facial en todas las cirugías de la parótida. Estos trabajos tuvieron un gran reconocimiento.

Saltstein publicó un caso usando esta técnica en el año 1936.

Benedict y **Meigs** en 1930 revisaron 225 tumores de parótida operados y concluyeron que:

1. los tumores mixtos son esencialmente benignos, pero recurren con gran frecuencia.
2. Los tumores mixtos son raramente malignos, en contra de lo que se pensaba hasta la fecha.
3. la radiación es beneficiosa en algunos casos, pero el tratamiento de elección es la cirugía.

El debate sobre estos 3 puntos que ya se planteaba en el año 1930 continuó hasta la década de los años 80. Los trabajos que apoyaban la enucleación, a pesar de las afirmaciones de Bailey, continuaron hasta esta década.

Contribución española a la cirugía de la parótida

La cirugía se vio favorecida en España por la Reforma Ilustrada. La creación de los colegios de cirugía abrió una etapa completamente nueva en la preparación profesional de los cirujanos y, como consecuencia, en su posición social. La unificación de los colegios de Medicina y Cirugía se produjo en la segunda mitad del siglo XIX. 231

La contribución de nuestros cirujanos, aunque poco conocida, fue muy significativa y adelantada respecto a aportaciones posteriores realizadas por cirujanos europeos o americanos, más reconocidas en la literatura inglesa.

Diego Argumosa y Obregón (1792-1865) fue militar en la Guerra de la Independencia y el cirujano más notable de la época. Fue el primero que utilizó en España la anestesia por inhalación en el año 1847, solo 3 meses después de su descubrimiento por Morton en Boston.

Ocupó la cátedra de cirugía en la facultad de Medicina de la Universidad de Madrid. Ingresó después en el Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid, actual edificio del Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía

Fue un gran renovador de la técnica quirúrgica general. Cambió la posición en la que se operaba a los enfermos, tumbados en vez de permanecer sentados, como se hacía hasta aquel momento, para que los pacientes soportaran mejor el dolor

En su libro *“Resumen de Cirugía”* publicado en 1858, destaca sus procedimientos de extirpación de la parótida, de la blefaroplastia y de queiloplastia. Realizaba atrevidas cirugías radicales antes que muchos de los grandes cirujanos de Europa.

Respecto a las técnicas de extirpación de la parótida, en la página 38 de su citado libro escribe:

“La parótida se extirpa con menos frecuencia de lo que comúnmente se cree, pues los tumores tenidos por parotídeos son muchas veces ganglionares, desarrollados sobre la glándula, basta el punto de suplantarla perfectamente”.

Realizaba esta operación con una incisión cutánea en forma de cruz, en cuyo colgajo superior y posterior quedaba comprendida la oreja.

Antonio Mendoza y Rueda (1811-1872). Fue catedrático de Anatomía Quirúrgica, Operaciones, Apósitos y Vendajes de la Facultad de Medicina de Barcelona, y un cirujano agresivo. Era considerado como el profesor de cirugía de mentalidad científica más avanzada y rigurosa en la España del reinado de Isabel II.

Realizó muchas operaciones sobre la región maxilofacial y del cuello, incluyendo numerosas parotidectomías.

José María Santucho relataba, en 1857, la extirpación de un tumor localizado en la región parotídea con todo lujo de detalles. Describe su localización, cómo levanta la oreja y alcanza la mandíbula y el cigoma, descendiendo hasta la región media del cuello. Respecto a la anestesia en esta cirugía realiza el siguiente comentario:

“No usé anestésico alguno, confiando en el valor y decisión del paciente. Temí confundir en un momento dado, con la anestesia, la muerte súbita que pudiera haber ocurrido si desgraciadamente se abriese la vena yugular interna y no podía impedir la casual introducción de aire”

Melchor Sánchez Toca (1804-1880), discípulo de Argumosa, a quien sucedió en la cátedra de Cirugía en Madrid. Fue uno de los primeros cirujanos más interesados por la cirugía del área maxilofacial. Realizó gran número de operaciones sobre los maxilares, pero su interés quirúrgico estuvo muy polarizado en la extirpación de la glándula parótida, en la que fue maestro indiscutible. La técnica por él propuesta es de gran meticulosidad, comprendiendo 6 etapas perfectamente regladas:

1. Incisión de la piel. Variable según las circunstancias. Incisión en cruz con cuatro colgajos.

2. Disección de los colgajos: circunscripción y levantamiento de la porción superior de la glándula.
3. Sección de la arteria carótida externa entre dos ligaduras.
4. Disección y extirpación de la porción supradigástrica de la glándula o porción parotídea propiamente dicha.
5. Disección y extirpación de la porción infradigástrica de la glándula submaxilar.
6. Reconocimiento de la cavidad que ocupaba la glándula parótida y extirpación de todos los apéndices de las partes circunyacentes, realizando incisiones en el sentido de las mismas.
7. Reunión de la herida por puntos de sutura o algún procedimiento autoplástico conveniente.

Juan Creus y Manso (1828-1897). Ocupó la cátedra de Patología Quirúrgica en la Universidades de Granada y Madrid. Realizó abundantes cirugías en la región de cabeza y cuello, incluidas muchas parotidectomías, aunque no las menciona en su libro *“Tratado de Anatomía Medicoquirúrgica”*, que fue declarado de texto en las facultades de Medicina, publicado en 1861 y reeditado en 1872.

Fue uno de los grandes cirujanos españoles. Aunque cirujano general, se dedicó con especial intensidad a la cirugía del campo de la otorrinolaringología y del área maxilofacial. Se considera el precursor de la taurotraumatología, por sus escritos sobre heridas por asta de toro, que hasta entonces nadie había tratado de forma científica.

Federico Rubio Galí (1827-1902) fue otro de los grandes maestros de la cirugía española de la mitad del siglo XIX.

Entre otras numerosas cirugías del área maxilofacial, extirpaba la parótida con un método propio, abordándola por la parte posterior y traccionando de la glándula y el tumor hacia arriba y adelante, con la pretensión de localizar por detrás vasos y nervios y hacer la operación menos sangrante, gesto similar al que realizamos en la actualidad.

Estuvo exiliado en París en el 1859. En los Hospitales parisinos más antiguos de Europa, el Hotel Dieu, fundado en el año 605 y el Hospital de la Pitié, que atendían a las personas más deprimidas, mejorando sus conocimientos quirúrgicos.

En España creó en 1868 la Escuela Libre de Medicina y Cirugía en Sevilla, en una época con abundantes enfermedades epidémicas como la tuberculosis, sarampión, difteria, viruela, tifus, e cólera y la sífilis, que producían una mortalidad muy elevada, sobre las que Federico Rubio insistía en la profilaxis y el aseo personal como único remedio, pues sus distintos tratamientos aparecieron más tarde.

José Ribera Sans (1852-1912) fue discípulo de Creus y una de las figuras quirúrgicas más importantes de su época. Catedrático de Cirugía en Madrid. Aunque pionero en las técnicas de cirugía abdominal en España, trabajó

intensamente en el campo de la cirugía maxilofacial, destacando por su técnica de extirpación de la parótida sin ligar la carótida externa.

Fue el primer cirujano pediátrico. Operaba sin guantes, pero ponía especial énfasis en el lavado de las manos, que hacía durante unos veinte minutos, obligando a sus ayudantes a esa asepsia tan concienzuda. Inicia su actividad como cirujano pediátrico en enero de 1878, formando parte del primer Cuerpo Facultativo del Hospital del Niño Jesús de Madrid que fundara la duquesa de Santoña unos meses antes e inaugurado por el rey Alfonso XII. En este año se inaugura en España el sorteo del Niño, que sirvió como medio de financiación del Hospital, ubicado en la calle del Laurel.

En su libro «*Estudios Clínicos de Cirugía Infantil*» escribía una frase muy significativa:

“La cirugía infantil no será una especialidad, pero sí es muy especial la cirugía en los niños”.

En esta época se pensaba que la única diferencia entre los niños y los adultos era la edad. Recordemos que hasta el año 1977 (noventa años más tarde) no reconocería la Administración a la Cirugía Infantil como una especialidad.

Respecto a las parálisis faciales tan habituales en las cirugías de la parótida, Ribera pensaba que había una compensación muscular que producía el cierre del ojo espontáneamente tras quedar el párpado abierto en una parálisis facial.

En esta época, la mayoría de cirugías se realizaban sin anestesia o con anestésicos muy superficiales, las llamadas semianestésicos, que producían un leve grado de narcosis y con la única intención de que el paciente no se moviese, importando menos el dolor que sufriera el paciente.

No obstante, y a pesar de todos estos inconvenientes, nuestros cirujanos escribieron una página brillante en la historia de la cirugía en general y de la parótida en particular, pues mientras la mayoría de los cirujanos europeos de la segunda mitad no aceptaban intervenciones como la parotidectomía, la mayoría de los autores españoles comentados realizaron arriesgadas operaciones adelantadas en su época, aunque estas técnicas perfectamente delimitadas fuesen reproducidas y reconocidas más tarde a autores europeos.

En España también se introdujo la anestesia local, por **José Guedea Calvo** y **Bernardino Landete**, usando la novocaína desde el año 1909. La cirugía “en vivo” y más tarde la anestesia local era el método habitual utilizado en la cirugía en España hasta la Guerra Civil. A partir de 1939 se introduce en España, de forma sistemática, la intubación traqueal.

Aunque la parótida era operada por cirujanos generales, el interés por el área de cabeza y cuello facilitó la creación en España la especialidad de Otorrinolaringología, entre los años 1885 a 1896, año en el que se hizo oficial su constitución, al celebrarse en Madrid el 1º Congreso Nacional de la especialidad.

La cirugía maxilofacial es de más reciente creación, favorecido por las numerosas heridas de guerra producidas en las guerras mundiales.

Cirugía de la parótida. Época más reciente

A comienzo de la década de los 50 se experimenta un cambio de actitud que mejora las condiciones quirúrgicas junto a mejoras técnicas, volviéndose a la anestesia general con intubación traqueal y relajación con curare.

En la actualidad, habitualmente realizamos la disección del nervio facial de forma anterógrada, tal como la hacía Janes en 1940, de la universidad de Toronto, que realizó la primera descripción de la identificación del tronco facial y disección anterógrada de sus ramas. Con frecuencia quitaba la punta de la mastoides con un osteotomo para facilitar su acceso. Exponía el tronco por disección roma en su salida por el agujero estilomastoideo. Una vez expuesto el tronco del nervio ya es relativamente fácil seguir las ramas, salvo en presencia de tejido inflamatorio o de lesiones infiltrativas o malignas.

Aunque sin duda Janes fue el primero en describir la técnica, en un artículo posterior declaró, con gran modestia, que la primera parotidectomía con identificación del tronco facial y disección anterógrada fue realizada en 1935 por sí mismo en Canadá, por Redon en París y por Bailey en Inglaterra.

Redon en 1945, Mrshall y Miles en 1947, Clausen y Henley en 1948, Klopp y Winship y Brown en 1950, Hayes Martin y Louis Byars en 1952 describieron una técnica similar, con excepción de la extirpación de la punta mastoidea, tal como la realizamos en la actualidad.

Realizaban una técnica conservadora. Si era preciso eliminan el lóbulo profundo, realizando una parotidectomía total o subtotal. Esta técnica fue rápidamente aceptada por Finochietto, entre otros autores. Con frecuencia solo se cita la publicación de 1941 de Bailey, siendo raramente mencionado Janes como pionero.

Patey, en 1968 publica y acredita los 3 grandes hombres de la cirugía de la parótida: McFarland, Bailey y Redon, sin mencionar a Janes.

La disección anterógrada del facial se convierte en la técnica estándar en cirugía de la parótida, aunque algunos cirujanos aún realizan disecciones retrógradas, siguiendo la descripción del procedimiento descrito por State en 1949.

En la actualidad no realizamos las simples enucleaciones en los tumores benignos. **Janes** y después **State** y **Redon** condenaban la biopsia de parótida y la enucleación tumoral, basados en la creencia de la existencia de tumores mixtos multicéntricos. Defendían la parotidectomía total como rutina terapéutica en el tumor mixto, actitud aún seguida hoy por cirujanos franceses.

Patey y **Thackray** observaron que los tumores mixtos tienen una cápsula que microscópicamente es incompleta y que el tumor emite prolongaciones microscópicas a esta cápsula y que estas prolongaciones son más frecuentes en los tumores de tamaño pequeño. Concluyeron que los tumores pequeños no debían operarse y que la cirugía, en esos casos, debía ser más amplia.

Ya se sabía, y hoy aún mejor, que las recurrencias de los tumores mixtos de parótida podían verse, a menudo, hasta 10-20 e incluso 30 años tras la cirugía

inicial. **R.W. Utendorfer**, en 1956, afirmaba en su artículo que la suerte de un paciente intervenido de adenoma pleomorfo de parótida depende del cirujano que opera la primera vez.

A partir del año 1950 se generalizó el uso de la parotidectomía superficial como procedimiento mínimo, así como la parotidectomía total, consiguiéndose un descenso progresivo en el número de recidivas. Esta tendencia se generaliza hasta los años 80.

En vista a la elevada frecuencia de recidivas en los tumores mixtos de las primeras series publicadas, se propuso la radioterapia a dosis bajas, como terapia adyuvante desde los años 20, administrada bien como Radioterapia externa, como curiterapia con implante de radio o ambas asociadas. Aunque los resultados no demostraron que con ella disminuyeran las recurrencias, y varios autores no recomendaban su uso o estaban en contra, se siguió usando hasta la década de los 90.

Litiasis

Kuttner en 1901, fue el primero en describir el cálculo parotídeo como una rareza y el primero en mencionar el valor de la radiografía para su diagnóstico.

La primera sialografía acreditada fue realizada por el Dr. **Arcelin**, médico francés, que inyectaba en 1912 un conducto submandibular con una solución de bismuto y radio.

La sialolitiasis es la principal causa de enfermedad obstructiva de las glándulas salivares. Aunque tiene su mayor incidencia en la glándula submaxilar, también se observa en la parótida, probablemente con más frecuencia de la que diagnosticamos, ya que tiene una forma de presentación y un diagnóstico probablemente más complejo.

En la actualidad, aunque aún poco introducida en España, la sialoendoscopia permite la visualización directa del árbol excretor glandular, la localización de la patología intraductal y el tratamiento definitivo en algunas situaciones, que de otra manera requerirían exéresis de la glándula parótida, con una mayor morbilidad incluso que en la cirugía tumoral.

En 1995, el profesor **Marchal** desarrolló una técnica para introducir una fibra óptica en los conductos salivales, en colaboración con la empresa Karl Storz. Junto con la Escuela Politécnica Federal de Lausana, se creó el centro Europeo de Formación en sialoendoscopia, a principios del año 2000, desde donde se divulga la técnica en Europa.

Con esta técnica se consigue eliminar la mayoría de cálculos con un diámetro menor de 5 milímetros.

La eficacia del tratamiento de la litiasis salivar con esta técnica está avalada por la guía de excelencia **NICE en 2007**, con un nivel de evidencia II A, que avala y recomienda el uso de este procedimiento.

Actualmente hay tres opciones principales para el tratamiento de las piedras de las glándulas salivales: *litotricia, cirugía y la sialendoscopia*.

La litotricia es un procedimiento que utiliza ondas de sonido de forma precisa con el fin de fragmentar las piedras. Este procedimiento se considera experimental y sólo se utiliza en algunos centros de Europa y con resultados muy variables. La FDA no ha aprobado actualmente litotricia para su uso en los Estados Unidos por las dudas sobre su eficacia y las complicaciones potenciales, como posibles hematomas o “suelta” de fragmentos calcáreos que produzcan obstrucción completa de la glándula y que obligue a una cirugía de exéresis glandular. La extirpación de la glándula completa es el procedimiento estándar actual pero, como hemos dicho, está más expuesto a complicaciones.

Infecciones

En 1923, **Blair y Padgett** de San Luis afirmaban en un artículo que el drenaje quirúrgico precoz de la glándula parótida con infección era seguro y con frecuencia salvaba vidas. Ya se conoce que el germen responsable más frecuente es el estafilococo aureus. Este nuevo enfoque terapéutico de los abscesos parotídeos, que se había iniciado en 1917 por **Lilienthal**, supuso un descenso de la mortalidad desde un 80% en los años 1900 a un 30% a partir del año 1930. Hasta el año 1900 apenas se hacían drenajes quirúrgicos en la glándula, por el miedo a la parálisis facial.

Desde la década de 1930 hasta la década de 1960, se popularizó el tratamiento de la parotiditis bacteriana con radioterapia externa a baja dosis durante 4-5 días.

A partir de 1960, con la mejora en el uso de antibióticos, el mayor número de drenajes quirúrgicos y, sobre todo, la mejora en la higiene oral y la ingesta de líquidos como terapia, disminuyó significativamente la frecuencia de la parotiditis bacteriana y sus complicaciones.

Síndrome de Frey

La sudoración gustatoria fue descrita por primera vez por el cirujano francés **Duphenix** en 1757 a raíz de una herida en la parótida producida por un accidente de caza. Pensó erróneamente que el fluido de la mejilla era saliva.

Posteriormente fue descrita por **Dupuy** en 1816, y **Baillager** en 1853, quien atribuyó el síndrome a una obstrucción del conducto de Stenon tras describir 5 casos. Otros describieron pacientes con sudoración gustatoria tras drenar abscesos parotídeos, heridas de bala y otras lesiones traumáticas de la región parotídea.

Bassoe publicó en 1932 el primer caso de Síndrome de Frey tras parotidectomía y lo llamó Síndrome Auriculotemporal, siendo reconocido por primera vez como secuela de la parotidectomía.

Aunque la neuróloga polaca **Lucja Frey** (1889 ñ 1942) no describió el primer caso de hiperemia facial gustatoria y sudoración, mereció darle su nombre al síndrome, no solo por su descripción, sino por relacionar la sudoración facial con la estimulación gustatoria alimentaria. Lucja Frey fue asesinada en el gueto por los Nazis, junto a toda su familia.

El síndrome aurículo-temporal, también conocido como sudoración gustativa o síndrome de Frey, es una entidad caracterizada por sudoración y enrojecimiento de la piel del territorio inervado por el nervio aurículo-temporal que se produce durante las comidas.

La fisiopatología del cuadro fue descrita poco después por **Andre Thomas** como una reinervación aberrante por parte de las fibras parasimpáticas colinérgicas que normalmente inervan la glándula parótida. Tras la cirugía de la parótida, estas fibras postganglionares que inervaban la glándula son seccionadas y en su regeneración contactan con los vasos de la piel y con las glándulas sudoríparas de la piel. Se cree que es necesario una agresión sobre las fibras simpáticas, cuyo neurotransmisor paradójicamente es también la acetil colina (ACh) y que en condiciones normales inervaban estos vasos cutáneos y las glándulas sudoríparas cutáneas para facilitar la reinervación aberrante.

La estimulación de estas fibras aberrantes, que en condiciones normales sinaptarían con el parénquima glandular, libera su neurotransmisor (ACh) en la dermis, produciendo vasodilatación cutánea e hiperhidrosis, que es el síntoma principal del síndrome aurículo-temporal (**Laskawi y cols, 1999**). Esta teoría, aunque no ha sido demostrada de forma objetiva, es la aceptada como explicación fisiopatológica actual del cuadro descrito, ya que en ambos receptores postganglionares funciona como neurotransmisor la acetilcolina (ACh).

El síndrome de Frey lo consideramos hoy probablemente como una secuela inevitable en la cirugía de la glándula parótida, aunque la molestia clínica para los pacientes suele ser poco percibida. Una vez que se presenta el cuadro se perpetúa durante toda la vida si no se realiza tratamiento. Si realizamos el clásico test de Minor tras la parotidectomía, se observa que es positivo en el 100% de los casos. El 50% de los casos son sintomáticos, percibiendo la sudoración durante las comidas, y solo alrededor de un 15% consideran sus síntomas graves. Realmente no se precisa de este test clásico para establecer el diagnóstico ni para documentar el área geográfica a tratar mediante la inyección subcutánea de la toxina botulínica, que, entre otros muchos descritos, es el tratamiento más eficaz descrito. Habitualmente es suficiente una cantidad de toxina botulínica entre 50 y 100 unidades en cada tratamiento

Los síntomas descritos son variables y así desde un cuadro de dolor aislado en la zona, eritema aislado, acompañado o no de hiperemia local, hasta cuadros de sudoración de variable intensidad.

Incisiones

En las primeras cirugías de la parótida se realizaba una incisión directa sobre la zona tumoral para permitir una enucleación. Otras veces, en tumores más grandes, las incisiones eran múltiples o se hacían incisiones en cruz, como la describió Diego de Argumosa.

Berard en 1823 también introdujo varias incisiones cruzadas, pero se atribuye a **Gutiérrez**, médico santanderino emigrado a Buenos Aires (1864-1945), quien

realizó en el año 1903 la primera incisión más específica y diseñada para esta cirugía. Siempre ha sido este un tema debatido y aún sigue planteándonos algunas controversias.

Vilray Blair creó en el Hospital de Washington el primer servicio de cirugía plástica. Realizó en 1912 una incisión vertical, popularizada en 1928 y posteriormente modificada por Bailey en 1947, que es la incisión que de forma mayoritaria utilizamos en la actualidad.

Janes, en 1940, recomendaba una incisión vertical sobre la mastoides, limitada a tumores pequeños localizados en la cola de la parótida. En tumores grandes o malignos se hacía una segunda incisión delante del pabellón. Ambas se unían inferiormente como una Y. Ya señalaba que el ángulo de confluencia de ambas debía ser obtuso para evitar necrosis cutánea.

Bailey recomendaba en 1947 que la incisión transversa debía ser abandonada, porque no puede saberse que tipo de operación se necesita hasta que no se ha liberado toda la glándula y propuso una incisión en "J", iniciando en el arco cigomático, baja por delante oreja y curva el lóbulo hasta la mastoides, pero se quedaba corta y en estos caso la prolongaba al cuello. Señalaba que la cicatriz que dejaba era muy discreta.

Para evitar la cicatriz cervical y la deformidad local se han propuesto de forma más reciente otras incisiones, como la incisión de lifting o ritidectomía para el abordaje parotídeo, propuesta por **Appiani** en 1967 y posteriormente por **Cohen** en 1988. Consiste en una incisión que se inicia en la zona preauricular, hacia el lóbulo de la oreja y acaba en la raíz capilar occipital (representadas en exposición).

Shemen (2006) propuso una modificación de la incisión de ritidectomía que incluye sólo una incisión preauricular y postauricular sin extensión al cuello ni a la línea del pelo occipital.

La incisión de Blair, 1912, que fue un pionero cirujano plástico americano, con una gran experiencia sobre las heridas faciales adquirida en la primera Guerra Mundial, y modificada por Bailey en 1941, sigue siendo la incisión estándar actualmente.

Complicaciones

El elevado porcentaje de parálisis facial postquirúrgico ya comentado hasta la mitad del siglo XX se reduce de forma significativa con las mejores condiciones quirúrgicas posteriores. En nuestra época actual continúa siendo frecuente la parálisis facial transitoria, con una frecuencia muy variable según la extensión de la cirugía, desde un 10% en cirugías pequeñas o muy limitadas a un 70% en cirugías más agresivas (Mra, 1993; Yamashita, 1993; Giannone, 2008), véase exposición.

La parálisis facial permanente tiene unos porcentajes mucho menores, normalmente por debajo del 5%, Rodríguez-Bigas (1991).

El *Síndrome de Frey* es una de las complicaciones tardías más frecuentes de la parotidectomía, si se puede llamar complicación. Es la secuela más significativa a los 5 años de la cirugía. (Sanabria, 2011).

Bushara y Park (1994) confirmaron que el uso de la toxina botulínica intradérmica bloqueaba la neurotransmisión de acetilcolina y desde entonces se utiliza con éxito como tratamiento de este síndrome tras la parotidectomía y cuando los síntomas son relevantes.

En nuestra experiencia sólo ha sido necesario realizarlo en 2 ocasiones, sobre un total de 160 casos operados.

Los primeros intentos de injertos de nervio facial se iniciaron a partir de la década de 1950 por **Karsten Kettel** (1899-1973), reflejados en la publicación de *Peripheral Facial Palsy: Pathology and Surgery*, Copenhagen. Munksgaard, 1958.

Han sido multitud las técnicas descritas para la reanimación facial tras las secuelas de una parálisis facial irreversible, incluyendo las técnicas estáticas de cirugía estética facial (pesas de oro, blefaroplastias, etc), como las técnicas dinámicas mediante el uso de mioplastias y neurotizaciones, a las que contribuyen de forma significativa los avances recientes en microcirugía y el uso de colgajos libres vascularizados, pero que escapan al interés de esta presentación.

Parotidectomía Ampliada

El tratamiento ideal de los tumores malignos de parótida siempre ha estado sometido a discusiones y aún no está resuelto de forma definitiva. Hoy se conoce mejor la biología de los distintos cánceres de parótida. En ocasiones, en tumores malignos agresivos, la parotidectomía requiere la exéresis de estructuras vecinas y, con mayor frecuencia, se requiere además la realización de un vaciamiento cervical si hay metástasis ganglionares asociadas.

En 1962 **Oswaldo Suarez**, profesor de la Universidad de Córdoba en Argentina diseñó la exéresis ganglionar cervical sin el compromiso de estructuras anatómicas cervicales: el vaciamiento linfoganglionar cervical funcional, introducido en Europa por **Ettore Bocca** en Italia y **César Gavilán** en España.

La primera comunicación en inglés fue publicada en 1967 por Ettore Bocca (1914-2003), de ahí que en la literatura de habla inglesa se le conozca de forma errónea como Disección Funcional de Bocca.

Posteriormente Calero y Teatini describieron la técnica quirúrgica con mucho mayor detalle.

En España, Gavilán introdujo y divulgó el aprendizaje del vaciamiento funcional que realizamos hoy la mayoría de otorrinolaringólogos en los cuellos **N0 o N (+)** positivos sin rotura capsular (según la clasificación TNM), para tratar el cáncer epidermoide de cabeza y cuello.

Hasta esta época se realizaba la exéresis de adenopatías cervicales mediante el vaciamiento cervical ideado por **Crile** en 1906, con la consiguiente deformación anatómica y secuelas funcionales cervicales. Este autor realizaba dicho

vaciamiento radical en un segundo tiempo, para evitar la frecuente aparición de sepsis y hemorragias secundarias, que eran complicaciones muy frecuentes hasta el descubrimiento posterior de la penicilina.

Neuroestimulación

La primera publicación científica sobre la monitorización del VII par se describió hace más de cien años por el Dr. **Fedor Krause** en 1898, durante una sección nerviosa coclear en un paciente con tinnitus.

En **1912 Frazier** utilizó con éxito la corriente galvánica para localizar el facial durante una neurectomía vestibular por enfermedad de Meniere.

Hasta que la electromiografía facial intraoperatoria fue introducida en 1979 por Delgado TE y cols, la *lex artis* para evaluar la contracción muscular visible de la cara era la técnica de estimulación directa sobre el nervio facial.

Hoy disponemos de la monitorización intraoperatoria del VII par craneal, que se considera primordial en cirugía de base de cráneo por su potencial riesgo de lesión inadvertida sobre el VII par durante la cirugía, tanto en su trayecto intracraneal, óseo-temporal como extracraneal.

No hay consenso actual sobre la necesidad de usar la monitorización durante la parotidectomía. Nosotros hemos realizado esta monitorización del facial en 12 casos.

Se considera una herramienta de ayuda y que puede ser de valor inestimable en situaciones particulares de mayor dificultad. Evidentemente cobra mayor importancia desde el punto de vista legal, pero sin olvidar que nunca se puede confiar toda la responsabilidad de los gestos quirúrgicos a esta monitorización, pues incluso el estímulo repetido en alguna de las ramas del facial puede causar una parálisis.

La utilización de la monitorización neurofisiológica intraoperatoria, incluso para cirujanos con gran experiencia es de inestimable ayuda para identificar y preservar el VII par cuando el nervio se encuentra desplazado por neoformaciones próximas o, simplemente, por variaciones anatómicas en su trayecto.

Creemos que la monitorización del facial en una parotidectomía sí es obligatoria cuando se hace cirugía de reintervención o en grandes tumores malignos de parótida, al menos desde el punto de vista legal, para disminuir la posibilidad de parálisis facial no justificada oncológicamente.

Clasificación tumoral

Las glándulas salivales son uno de los órganos con mayor variedad histopatológica tumoral del organismo.

Se han utilizado muchas clasificaciones para etiquetar los tumores salivares, con terminología variable y que está sometida a continuo cambio. Hoy se acepta como válida la última clasificación de la OMS del año 2005.

Hay 10 tipos de tumores epiteliales benignos, siendo los más frecuentes los ya comentados adenomas pleomorfo y el tumor de warthin. Actualmente se incluyen 24 tumores epiteliales malignos, pero son solo 5 los tipos más frecuentes y entre ellos, el más frecuente, es el carcinoma mucoepidermoide.

En 2008, el Atlas de Patología Tumoral del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas modifica la última clasificación de la OMS al considerar el sialoblastoma como un tumor maligno. Aquí desaparece el término de tumor mixto maligno y se conserva la denominación de adenoma pleomorfo.

Tipos de cirugías

En la actualidad continúa existiendo una gran confusión en los distintos términos utilizados para describir las regiones anatómicas de la parótida y el tipo de cirugía realizada y así poder uniformar estudios basados en tratamientos quirúrgicos y comparar resultados.

Patey, en 1957, ya propuso la división de la parótida en una glándula suprafacial y otra porción subfacial.

En el año 2009, **Quers** propone una clasificación anatómica de la glándula parótida en 5 segmentos, para así facilitar la descripción quirúrgica de la cirugía parcial realizada en la exéresis tumoral. Los segmentos I y II corresponden a la parótida lateral al nervio facial y el segmento V corresponde al lóbulo accesorio de la glándula, aunque sólo está presente en el 15% de los casos aproximadamente.

La parotidectomía superficial también se le denomina parotidectomía extrafacial, suprafacial, lateral y externa.

La parotidectomía parcial superficial, que es la técnica más generalizada en la actualidad para tratar el adenoma pleomorfo, es una técnica más conservadora que la parotidectomía superficial. En esta técnica se incluye el tumor junto con un rodete suficiente de tejido parotídeo peritumoral, después de la identificación del tronco principal del facial y las ramas adyacentes al tumor, como gesto inicial en la disección, para evitarla lesión inadvertida de alguna de las ramas del nervio facial.

Cirugía de parótida habitual. Época actual

Tras la clásica incisión modificada de Blair se disecciona la porción pretragal, a través de la fascia temporoparotídea de Loré, hasta descubrir la apófisis digital del trago, también llamado pointer o puntero cartilaginoso descrito por **Conley en 1978**, que es una constante y excelente referencia que nos señala la salida del tronco del nervio facial por el agujero estilomastoideo.

Otra importante referencia actual, y que nosotros utilizamos siempre, es la disección de la inserción del vientre posterior del músculo digástrico en la ranura de la apófisis mastoideas.

En la disección del colgajo cervicofacial consideramos que son pocas las veces en las que puede conservarse la división anterior del nervio auriculotemporal y

que, independientemente de esto, se produce una anestesia auricular durante una temporada más larga en el tiempo de lo que se describe en la literatura.

Habitualmente realizamos la disección del tronco del nervio facial de forma anterógrada, salvo situaciones anatómicas especiales o localizaciones tumorales particulares.

A pesar de las múltiples técnicas descritas para evitar el riesgo del síndrome de Frey creemos que la interposición de injerto muscular del esternocleidomastoideo o *smas* (sistema músculo aponeurótico superficial) es de poca utilidad, al igual que también tiene poco papel en minimizar el hundimiento local producido, que habitualmente se rellena parcialmente con tejido y no constituyendo un problema estético para el paciente.

Aunque ha estado sometido a discusión y aún no está resuelto del todo, consideramos que en la actualidad, la mínima cirugía de exéresis en los tumores benignos es una resección tumoral con tejido sano periférico en el adenoma pleomorfo y una parotidectomía superficial más amplia en el tumor de Warthin, por su posibilidad de origen multifocal.

La monitorización del nervio facial no la utilizamos de forma sistemática.

Aunque se propone realizar la parotidectomía sin ningún tipo de drenaje, en la mayoría de casos operados nosotros dejamos un drenaje aspirativo tipo redón, con salida del mismo por la región retroaural durante 24 horas. Cursamos el alta hospitalaria en 24 horas en más del 90% de los casos.

Resumen

La parotidectomía es una de las más desafiantes de todas las cirugías faciales y tiene como objetivos: la extirpación del tumor primario, prevenir los posibles déficits funcionales y evitar los defectos cosméticos. Habitualmente se indica solo en patología tumoral.

La cirugía moderna de la parótida comenzó a principios del siglo XX, pero el transcurso las 2 guerras mundiales supuso un obstáculo en su desarrollo.

Algunos de los problemas que se planteaban en los años 30 aún no están resueltos hoy.

El adenoma pleomorfo aún sigue planteando, en ocasiones, dilemas diagnósticos a los patólogos.

Se acepta que el tumor mixto o adenoma pleomorfo es un tumor benigno, pero la extensión de la cirugía primaria aún es discutido en la actualidad. Sabemos que, dejados los adenomas pleomorfos evolucionar durante años, estos tumores pueden evolucionar a la malignización.

La importancia y frecuencia de las complicaciones de parotidectomía han disminuido mucho, pero aún siguen produciéndose y son pocas las técnicas que han evolucionado para disminuir estas secuelas o complicaciones.

En el diagnóstico y tratamiento de la litiasis parotídea continúa la incertidumbre respecto a la técnica más idónea.

El manejo intraoperatorio del nervio facial en los distintos tumores malignos de la parótida aún sigue siendo tema de debate.

Los tumores de la parótida se tratan con cirugía. Aunque los tumores malignos son poco sensibles a la radioterapia y la quimioterapia, no existe consenso sobre el beneficio en los mismos de estas terapias complementarias.

Bibliografía

- **Utendorfer, R.W.** *Total parotidectomy for mixed tumors.* Am J Surg 91: 159-163. 1956.
- **Olsen, K.D.; Daube, J.R.** *Intraoperative monitoring of the facial nerve: an aid in the management of parotid gland recurrent pleomorphic adenomas.* Laryngoscope. 1994; 104: 229-232.
- **Martin, H.** *The operative removal of tumors of the parotid salivary gland.* Surgery. 1952; 31: 670-682.
- **Columbo, R.** *De Re Anatomica.* Bruxelles. Belgium: Impression Anastaltique, Culture et Civilisation. 1983 (1ª edic. 1559).
- **Patey, D.H.** *The treatment of mixed tumours of the parotid gland.* Brit J Surg. 1940; 28: 29-38.
- **Patey, D.H.; Ranger, I.** *Some points in the surgical anatomy of the parotid gland.* Brit J Surg. 1957; 45: 250-258.
- **Patey, D.H.** *Risk of facial paralysis after parotidectomy.* Brit Med J. 1963: 1100-1102.
- **Monte Pucelli, F.** *Exposure of the facial nerve in parotid surgery: a study of the use of the tympanomastoid suture as a landmark.* Am Surg. 1963; 29: 657-659.
- **Marco, J.** *Patología de la parótida.* Symposium. Departamento de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. 1980.
- **Naumann, M.; Zellner, M.; Toyka, K.V.; Reiners, K.** *Treatment of gustatory sweating with botulinum toxin.* Ann Neurol. 1997; 42: 973-975.
- **Lancisius, JM.** 1714. Bartholomeus Eustachius "*Tabulae Anatomicae*", Ex Officina Typographyca Francisci Gonzagae in Via Lata, Romae .
- **McFarland, J.** *Three hundred mixed tumors of the salivary glands, of which sixty-nine recurred.* Surg Gynecol Obst. 1936; 63: 457- 468.
- **Patey, D.H.; Ranger, I.** *Some points in the surgical anatomy of the parotid gland.* Brit J Surg. 1957; 45: 250-258.
- **Argumosa, D.** *Resumen de cirugía.* Imprenta y estereotipia de Don José María Alonso. Madrid, 1958.
- **Redon, H.** *Discussion on the surgical treatment of parotid tumours.* Proc Roy Soc Med. 1953; 46: 1013-1020.
- **Shah, F.D. et als.** *A Review on Salivary Genomics and Proteomics Biomarkers in Oral Cancer.* Ind J Clin Biochem. 2011; 26(4): 326-334.

- **Mendoza, A.** *Memorias de las Clínicas.* Imp. del Ministerio de Gracia y Justicia. Madrid, 1854.
- **Laurie, S.A.** *Salivary gland tumors: Epidemiology, diagnosis, evaluation, and staging.* 2014. UpToDate.
- **Saltztein, H.C.** *Total removal of parotid gland with preservation of facial nerve.* Ann Surg. 1936; 103: 635-638.
- **Katz, P.** *New techniques for the treatment of salivary lithiasis: sialoendoscopy and extracorporeal lithotripsy: 1773 cases.* Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2004; 121(3): 123-132.
- **Santucho, J.M.** *Tumor osteoide de la región auriculoparotídea izquierda.* El Siglo Médico. 1857; 5: 334.
- **Ribera, J.** *Extirpación total de la parótida en tumores malignos.* Rev. Med. Cir. Práct. 44: 13-24. 1899.
- **Rubio y Galí.** *Gran neoplasma situado en la región cervical derecha. Extirpación.* Compilador Medico 3: 544-47, 577-80, 1867-68.
- **Anónimo.** *Tumor escrofuloso en la región parotídea. Extirpación. Curación.* El Correo Médico Quirúrgico 1: 84-86, 1859.
- **Sistrunk, W.E.** *Mixed tumors of the parotid gland.* Minnesota Medicine. 1921; 4: 155- 160.
- **Marchal, F.; Becker, M.; Dulguerov, P.; Lehmann, W.** *Specificity of parotid sialoendoscopy.* Laryngoscope; 111: 264-271.
- **Batsakis, J.G.** *Tumors of the major salivary glands. Tumors of the head and neck: clinical and pathological considerations.* 2000, New York: Williams and Wilkins: 1-37.
- **Ellis, G.L.; Auclair, P.L.** *Tumors of the salivary glands.* 3rd ed. Armed Forces Institute of Pathology: Washington; 1996.
- **Donovan, D.T.; Conley, J.J.** *Capsular significance in parotid tumor surgery; reality and myths of lateral lobectomy.* Laryngoscope, 1984; 94: 324-329.
- **Landete, B.** *Anestesia regional.* España Médica 106: 7-8, 1914.
- **Franco, A.; Cortés, J.; Vidal, M.; Álvarez, J.** *Los cirujanos españoles y su actitud ante el descubrimiento, introducción y asimilación de la anestesia.* Acta Anesthesiol Reanim 2: 271-282, 1992.
- **Lyons, A.S.; Petruccelli, R.J.** *Historia de la medicina.* Barcelona. Mosby/Doyma. 1994.
- **A Palau y Dulcet.** *Manual del librero hispanoamericano.* Bibliografía general española e hispanoamericana, IV, 314, 2ª edic, Barcelona, 1951.
- **Quer, M.; Pujol, A.; León X y cols.** *Parotidectomías en tumores benignos: clasificación "Sant Pau" de la extensión de la resección.* Acta Otorrinolaringológica Española. 2010; 61(1): 1-5.

- **State, D.** *Superficial lobectomy and total parotidectomy with preservation of the facial nerve in the treatment of parotid tumors.* Surg Gynecol Obst. 1949; 237-241.
- **Witt, R.L.** *The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma.* Laryngoscope. 2002; 112: 2141-54.
 - **Hellín, D.; Pelegrín, J.P. et als.** *Resultados en el tratamiento de los tumores benignos de glándula parótida. Revisión de 104 pacientes.* Rev Soc Otorrinolaringol Castilla León, Cantab. La Rioja. 2014; 5(4): 34-43.
 - **Nahlieli, O.; Nakar, L.H.; Nazarian, Y.; Turner, M.D.** *Sialoendoscopy: A new approach to salivary gland obstructive pathology.* J AM Dent Assoc. 2006; 137: 1394- 400.
 - **Fritsch, M.H.** *Sialoendoscopy and lithotripsy: literature review.* Otolaryngol Clin North Am. 2009; 42: 915-926.
 - **Lydiatt, D.D.; Bucher, G.S.** *The historical evolution of the understanding of the submandibular and sublingual salivary glands.* Clinical Anatomy. 2012; 25: 2-11.
 - **Tessier, P.** *Le SMAS, s'apetite histoire.* Ann Chir Plast. 1981; 26: 191-192.
 - **López, M.; Quer, M.; León X.; Orús, C.; Recher, K.; Vergés, J.** *Utilidad de la monitorización del nervio facial en la cirugía de la glándula parótida.* Acta Otorrinolaringol Esp 2001; 52: 418-421.
 - **Gete P, Almodovar C, García G, Rodríguez MI, Cerván F.** *Tumores parotídeos: correlación entre la punción aspiración con aguja fina y los hallazgos histopatológicos.* Acta Otorrinolaringol Esp 2006; 57:279- 282.
 - **M. Boyd Gillespie, MD, MSc.** *Extracapsular Dissection for Benign Parotid Tumors: A Meta-Analysis.* Laryngoscope,122: 1954- 1960, 2012.
 - **Patel, N.; Har-El, G.; Rosenfeld, R.** *Quality of life after great auricular nerve sacrifice during parotidectomy.* ArchOtolaryngol Head NeckSurg. 2001;127: 884-8.
 - **Cheng, Y.F.; Khoo, M.L.; Heng, M.K.; Hong, G.S.; Soo, K.C.** *Epidemiology of Warthin's tumor of the parotid gland in an asian population.* Br J Surg. 1999; 86: 661- 664.
 - **Hellín, D.; Melgarejo, P.; Ruíz, J.A.** *Regresión total de un tumor de Warthin tras citopunción aspirativa.* Anales ORL Iber.- Amer. 1997; 24 (5): 499-504. -
- **Appiani, A.** *Surgical Management of parotid tumors.* Rev Arg Cir. 1967; 21: 236-239.
- **Treves, F.** *Surgical applied anatomy.* London, Cassell. 1907.
- **Nanson, E.M.** **Tumours of the salivary glands.** Hunterian Lecture delivered at the Royal College of Surgeons of England, July 10th 1959.
- **Utendorfer, R.W.** *Parotidectomy for mixed tumors.* Am J Surg. 1956; 91: 159-163.
- **Morales, J.M.** *Estudio histopatológico de los tumores benignos de glándulas salivales.* Tesis doctoral, 2012. Universidad de Granada.

- **Strkalj, G.** *Niels Stensen and the discovery of the parotid duct.* Int J Morphol. 2013; 31(4): 1491-1497.
- **Persaud, T.V.N.** *A History of Anatomy: The Post-Vesalian Era.* Springfield, Charles -C. Thomas, 1997.
- **Wharton, T.** *Adenographia. Siva glandularum totius corporis description.* Amsterdam, Sumptibus Joannis Ravesreinii. 1659.
- **Kardel, T.; Maquet, P.** *Nicolaus Steno: Biography and Original Papers of a 17th Century Scientist.* Heidelberg, Springer, 2013.
- **Frey, L.** *Le syndrome du nerf auriculo-temporal.* Rev Neurol 1923; II: 97-104,
- **Kirkup, J.** *John Hunter's surgical instruments and operative procedures.* Vesalius. 1995; 1,1: 22-26.
- **Calearo, C.; Pastore, A.; Storchi, O.F.; Polli, G.** *Parotid gland carcinoma: analysis of prognostics factors.* Ann Otol Rhinol Laryngol. 1998; 107: 969-73.
- **Spiro, R.H.** *Salivary neoplasms: overview of a 35 year experience with 2.807 patients.* Head Neck Surgery. 1986; 8(3): 177-184.
- **Gutiérrez, A.** *Tumores de la glándula parótida. Su extirpación.* Rev Cirugía 1923; 3: 23-27.
- **www.historiadelamedicina.org/argumosa.html**
- **Álvarez Sierra, José** (1924). *Los Médicos Españoles en el siglo XIX. La Medicina Ibera.*
- **Sornivalls, Guillermo** (1970). *La obra quirúrgica de Diego de Argumosa.* Científico Médica.
 - **Herrera Casado, A.** *Vida y obra del doctor D. Juan Creus y Manso* (una página para la historia de la Otorrinolaringología española), Guadalajara, Excmo. Diputación Provincial, 1978.
 - **Salamero, F.** *Tratamiento de las fístulas del conducto de Stenon.* Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina de Barcelona el 24 de abril de 1951.
 - **Adson, A.W.; Ott, W.O.** *Preservation of the fascial nerve in the radical excision of the parotid tumors.* Arch Surg 1923; 6: 739-746.
 - **Bassoe, P.N.** *The auriculotemporal syndrome and other vasomotor disturbances about the head.* Med North Am 1932; 16: 405- 412.
 - **Blair, V.P.** *Surgery and diseases of the mouth and jaws.* St Louis, C.V. Mosby. 1912.
 - **Cocke, E.W.** *Preservation of the facial nerve in recurrent mixed tumor of the parotid gland.* Laryngoscope. 1978; 88: 2032- 2034.
 - **Brown, J.S.; Ord, R.A.** *Preserving the great auricular nerve in parotid surgery.* Br J Oral Maxillofc Surg. 1989; 27: 459-466.

- **Barton, J.; Slevin, N.J.; Gleave, E.N.** *Radiotherapy for pleomorphic adenoma of the parotid gland.* Int J Rad Oncol Biol Phys. 1992; 22: 925-928.
- **Martin, H.** *Operative removal of tumors of the parotid salivary gland.* Surgery 1952; 31: 670-677.
- **Carmichael, R.** *An account of the extirpation of a tumour of the neck engaging the parotid gland.* Trans Assoc Fell Licentiates Kings Queen Coll Physicians. 1818; 101- 113.
- **Minor, V.** *Ein neues verfahren zu der klinischen untersuchung der schweissabsonderung.* Dtsch Z Nervenheilkd, 1927; 101: 302.
- **Duval, P.** *Conservation des rameaux superieurs (fronto-palpebraux) du facial dans l'extirpation totale de la parotide en dehors du cancer.* Rev Chir. 1914; 49: 132-136.
- **Duval, P.; Redon, H.** *Extirpation totale ou subtotale de la parotide avec conseroation de la branche superieure du facial dans les tu243 eurs dites mixtes de la glande.* Resultats cliniques. J Chir. 1932; 39: 801-808.
- **Conley, J.J.** *Search for and identification of the facial nerve.* Laryngoscope. 1978; 88: 172.
- **Eneroth, C.M.** *Mixed tumors of major salivary glands: prognostic role of capsular structure.* Ann Otol. 1965; 74: 944-953.
- **Barbat, J.H.** *Complete removal of the parotid gland without injury of the facial nerve.* California State J Med. 1916; 14: 115-116.
- **Yu, L.T.; Hamilton, R.** *Frey's syndrome: Prevention with conservative parotidectomy and superficial musculoaponeurotic system observation.* Ann Plast Surg 1992; 29:217.
- **Faure, J.L.** *Etude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la resection preliminaire du bord posterieur de la mâchoire.* Gazette des Hôpitaux. 1895; 68: 353-362.
- **Brainard, D.** *Notes relating to the extirpation of the parotid gland.* Chicago Med J. 1860; 17: 569-581. **Avaleta, D.** *Parotida. Su extirpation con conseroación total del nervio facial.* Revista Medica Municipal (Rio de Janeiro). 1941; 2: 790-803.
- **Cawardine, T.** *Excision of the parotid gland with preservation of the facial nerve.* Lancet. 1907; ii: 892.
- **Horner, F.** *Ueber eine Form von Ptosis.* Klin Monatsbl Augenheilk. 1869; 7: 193-198.
- **Lacomme, Y.** *Les recidives des adenomes pleomorphes de la parotide.* Rev Laryngol (Bordeaux). 1988; 109: 17-24.
- **Lawson, H.H.** *Capsular penetration and perforation in pleomorphic adenoma of the parotid salivary gland.* Brit J Surg. 1989; 76: 594-596.
- **Burrows, A.; Douglas, W.R.** *Notes on the treatment of recurrent endotelioma of the parotid gland.* Acta Radiol. 1926; 6: 217-220.

- **Infante, P.** *Estudio de la parálisis del nervio facial en la cirugía del adenoma pleomorfo de la glándula parótida. Adaptación y validación del índice de discapacidad facial.* Tesis doctoral. 2012. Universidad de Sevilla.
- **Duphenix, M.** *Observations sur les fistules du canal salivaire de Stenon. Sur une plague compliquée a la ione ou le canal fut de chine.* Mem Acad R Chir 1757; 3: 431-439.
- **Janes, R.M.** *The treatment of tumours of the salivary glands by radical excision.* Can Med Assoc J. 1940; 43: 554-559.
- **Maynard, John.** *Historical and Pathological curiosities of parotid disease.* Guy's Hospital Report. 1972; 121: 45-49.
- **Gregoire, R.** *Le nerf facial et la parotide.* J Anat Physiol (Paris). 1912; 48: 437-447.
- **Patey, D.H.** *The treatment of parotid tumours considered in historical perspective.* Irish Journal of Medical Science. DOI: 10.1007/BF02951251.
- **Toledo, H.** *Philip Syng Physick: Father of American Surgery.* Journal of Investigative Surgery. 2003; 16: 123-124.
- **Malone, D. Ed.** *Dictionary of American Biography.* Vol. XIV. New York: Charles Scribner's Sons; 1934: 554-555.
- **Andrés Amado Zuno Arce.** *Qué cura la saliva y porqué.* Texto remitido por el autor. 2008.
- **Lenormant, C.** *Extirpation de la glande parotide. In Chirurgie de la tete et de du cou.* Eds: Masson, Paris; Pps: 198-204. 1919.
- **Treves, F.** *Surgical applied anatomy.* London, Cassell, 1907.
- **Adson, A.W.; Ott, W.O.** *Preservation of the facial nerve in the radical treatment of parotid tumors.* Arch Surg 1923; 6: 739-746.
- **Appiani, A.** *Abordaje para la parotidectomía y trasplante muscular.* Pren Med Argent 1967; 54 (25): 1242-1243.
- **Bailey, H.** *Parotidectomy: indications and results.* Br Med J 1947; 2: 404-407.
- **Bailey, H.** *The treatment of tumors of the parotid gland with special reference to total parotidectomy.* Brit J Surg 1941; 28: 337- 346.