

HISTORIA CLÍNICA

DE

UN VOLUMINOSO SARCOMA

DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA,

SEGUIDO DE ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LOS

TUMORES PAROTIDEOS

POR EL

Dr. D. José Cano Quintanilla



SANTANDER

IMPRENTA, LIT. Y ENC. F. FONS

1890



*A mi distinguido amigo Dr. José Urceudun
su apuro
José Cano Quintanilla*

25846)

HISTORIA CLÍNICA

DE

UN VOLUMINOSO SARCOMA

DE LA GLÁNDULA PAROTIDA,

SEGUIDO DE ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LOS

TUMORES PAROTIDEOS

POR EL

Dr. D. José Cano Quintanilla

*[Donativo de D.
José de Urceudun
al C. E. R.]*



SANTANDER

IMPRENTA, LIT. Y ENC. F. FONS

1890





SARCOMA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

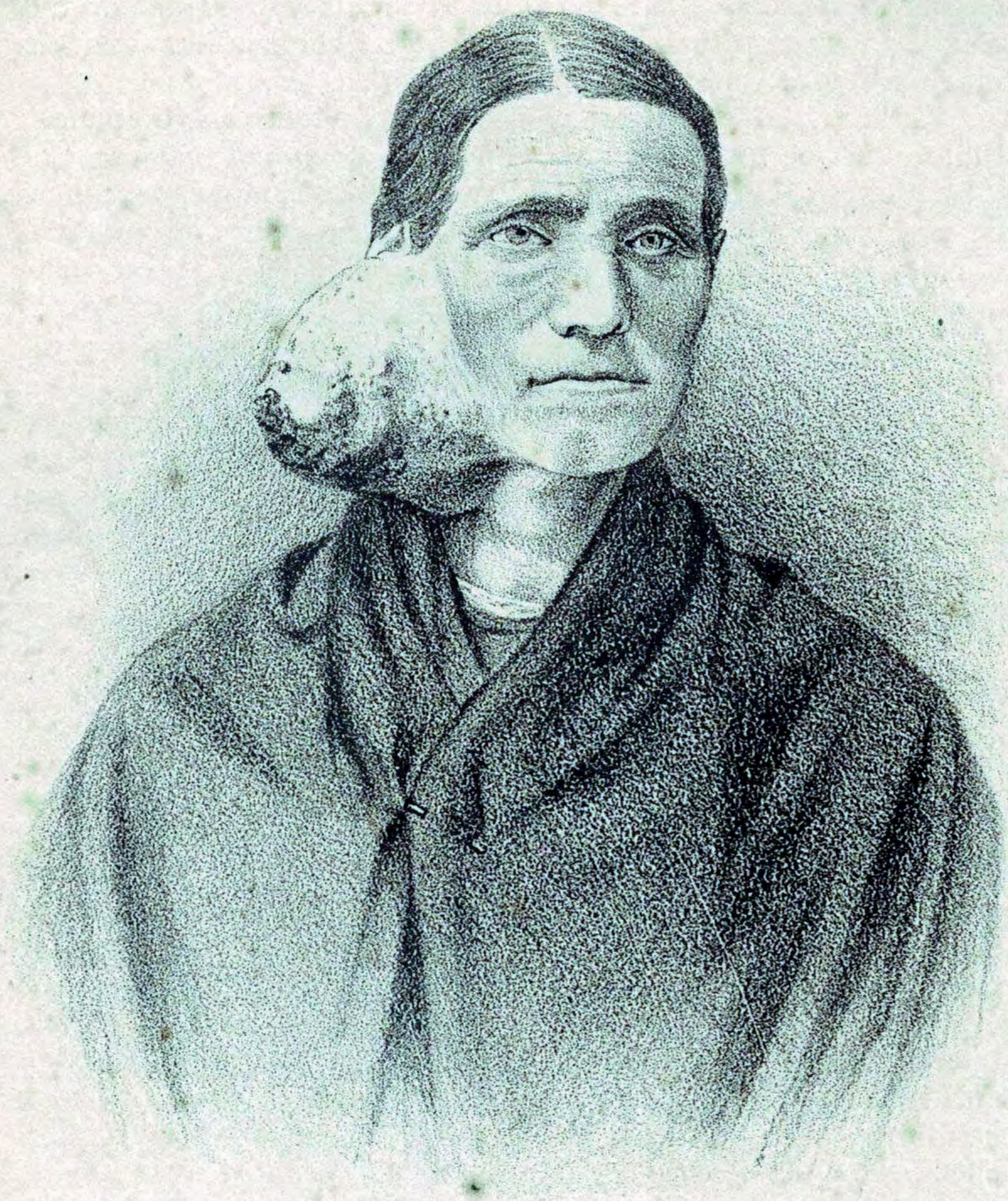
El interesante caso que voy á describir, notable por el excesivo volúmen del tumor desarrollado en la glándula parótida, me anima á dar cuenta de su historia clínica.

Bonifacia Lloreda, natural del lugar de Cueto, de 48 años de edad, viuda, sin antecedentes morbosos y de buena salud habitual hasta que se presentó el padecimiento objeto de esta historia. En el año de 1880 empezó á notar una ligera elevación dura é indolente en la región parotidea del lado derecho, que al cabo de ocho meses tenia el volúmen de una naranja de regulares dimensiones. Inquietada por el desarrollo progresivo del tumor se presentó en mi consulta en el mes de Enero de 1881 pudiendo observar que éste, del tamaño arriba expresado, era duro, abollado, sin adherencias á la piel y bastante movable no ocasionando por otra parte molestia ninguna á la enferma, que conservaba indemne de toda infección el estado general. La propuse, sin embargo, la operación, que fué aceptada, y en el mes de Febrero del mismo año verifiqué la extirpación del neoplasma, operación fácil por haberse desarrollado en la parte superficial de la glándula parótida y ser ligeras las adherencias á los tegidos inmediatos. Cicatrizó por primera intención la herida á los ocho dias, quedando únicamente una fístula salival que tardó dos meses en desaparecer. El tumor pesó 90 gramos, crugía al corte del bisturí ofreciendo la superficie de sección el aspecto de un tegido blanquecino y granuloso sumamente denso, limitado por bandas ó tabiques de tegido fibroso abrigantado, y además tres ó cuatro cavidades quísticas en su interior.

Perdí de vista á esta mujer hasta el 1.^o de Septiembre de 1889 que de nuevo se presentó en mi consulta con un enorme tumor en la misma región anteriormente operada, y acerca del desarrollo del cual me refirió lo siguiente: á los ocho meses de

la operación advirtió señales de reproducción en el mismo sitio, notando en él un nuevo abultamiento de pequeño tamaño, duro é indoloro, que por espacio de siete años no la ocasionó molestia alguna, ni tuvo gran sufrimiento; pero á principios del año último y sin traumatismo ni causa ocasional que lo explicase empezó á crecer rápidamente, se la presentaron dolores intensos en las sienes, cara y cuello, y se ulceró su superficie. Esta intolerable situación fué causa de que acudiera una vez más á solicitar los recursos del arte.

En la región parotídea del lado derecho tenia un voluminoso tumor, del que puede formarse idea por la lámina primera que á esta historia clínica acompaña, que hacia inclinarse la cabeza de este lado, de forma conoidea, con ancha base de implantación. Por la parte superior comprimía fuertemente el conducto auditivo externo, deformando el pabellón de la oreja cuyo lóbulo formaba parte de él, y por la inferior de la base llegaba hasta la mitad de la región lateral del cuello. En el vértice habia una extensa ulceración debida á la mortificación de la piel por la excesiva distensión, dando paso á los botones carnosos de la superficie del neoplasma, pero sin ofrecer el aspecto sanioso y crateriforme de las ulceraciones cancerosas. La piel de la cara anterior tambien estaba ulcerada á trechos, aunque en menores proporciones que en el vértice. Su consistencia era dura con alguna resistencia ó elasticidad, y abollado ó desigual. Por la parte interior estaba acompañado de tres nudosidades del tamaño de una pequeña nuez, constituídas por la degeneración de los ganglios linfáticos del cuello. La piel surcada por venas dilatadas se hallaba tensa y adelgazada y de color rosado, sin adherencias á las partes profundas sobre las cuales se deslizaba fácilmente. El músculo externo-cleido-mastoideo se encontraba rechazado hacia fuera é intimamente unido á la producción morbosa, circunstancia que se apreciaba bien poniéndole en contracción, y por la parte anterior las adherencias eran con el músculo masetero: de aquí, que la movilidad fuera muy limitada de atrás hácia adelante sobre todo cuando estos músculos entraban en tensión, y mayor de arriba á abajo. Como más atrás he indicado, la enferma sufría dolores intensos en la cara y cuello dependientes de la compresión de los nervios aurículo-temporal y cervicales superficiales. El estado general era bueno, no había síntomas que indicasen una generalización neoplásica aunque la nutrición estaba algún tanto decaída. La falta de infección unida á la movilidad que aún tenia el tumor apesar de



su gran volúmen me hicieron juzgar el caso como operable, parecer que fué también el de mi distinguido compañero el Dr. Vega, con cuyo concurso y el de los Sres. Hontañón y Casuso practiqué la operación el 13 de Septiembre de 1889.

Anestesiada la enferma circunscribí el tumor por dos incisiones elípticas por no ser posible conservar la piel para cubrir la pérdida de substancia resultante, desprendiéndole después del músculo masetero por su parte anterior y por la posterior me fué necesario reseca parte del externo-cleido-mastoideo quedando de él solo las fibras más externas.

En esta primera parte de la operación se ligaron las arterias transversal de la cara, occipital, auricular posterior, facial y varias arteriolas musculares, unas antes y otras después de su sección. Al llegar à las partes profundas y tratando de separarle con los dedos y el bisturí de los tegidos vecinos à los cuales se unía por el intermedio de una cápsula fibrosa, se presentó à la vista la carótida externa con unión tan íntima al tumor que un momento creimos precisa su ligadura y solo con una detenida disección pudo conservarse tan importante vaso, lo mismo que la vena yugular. Después fué fácil desprenderle de la aponeurosis de revestimiento de la cavidad parotidea, destacándose en el fondo de esta la apófisis estiloides y músculos à ella insertos, que vienen à formar el tabique de separación entre la glándula y el paquete vásculo-nervioso profundo.

Realizada la extracción del voluminoso neoplasma quedó una gran excavación limitada por el ángulo del maxilar hácia adelante, la apófisis mastoides hácia atrás, por arriba la porción ósea del conducto auditivo externo y en el fondo la apófisis estiloides, cruzando esta cavidad la carótida y vena yugular externa. Reconstituidos por medio de suturas el pabellón y lóbulo de la oreja, y suturada la herida en la región del cuello se rellenó la excavación parotidea de gasa iodofórmica, completando la cura con un tubo de desagüe y abundante capa de algodón absorbente.

Las consecuencias de la operación fueron sencillas y benignas. La enferma no presentó movimiento febril y el apósito primero se dejó colocado ocho días por la falta de supuración y de reacción general que indicase fenómenos sépticos. Al levantar la cura hallamos unidos los puntos de sutura y cubierto el resto de la superficie cruenta de mamelones carnosos, iniciándose en los bordes la cicatrización. Esta continuó sin incidente ninguno, si bien de una manera muy lenta, su marcha habitual,



terminando al mes y medio próximamente. La cicatriz formada quedó un poco fruncida en la parte central, por la retracción del tejido inodular, no ocasionando por esto gran deformidad, como se advierte en la segunda lámina que acompaña á la historia, pudiendo notarse en ella además la parálisis facial, accidente inevitable en la extirpación de la glándula parótida.

Los caracteres macroscópicos del tumor eran los siguientes: su peso se elevaba á la cifra de 620 gramos. Estaba constituido por dos porciones, una mayor que era la parótida degenerada y la otra más pequeña por la unión de tres ganglios linfáticos hipertrofiados del tamaño de una nuez pequeña, formando un todo con la glándula á expensas de una membrana fibrosa envolvente de bastante resistencia. La porción mayor crugía al corte del bisturí y la superficie de este corte estaba constituida por un estroma de tejido fibroso muy resistente, y los espacios irregulares limitados por estos tabiques fibrosos, rellenos de una substancia granulosa, amarillenta y como lardácea, pero sin las cavidades quísticas que se observaron en la producción primitiva.

La falta de análisis histológico, complemento necesario para conocer de una manera exacta la naturaleza de toda producción anormal, me obliga á hacer algunas ligeras consideraciones sobre los tumores parotídeos que justifiquen el título de *sarcoma de la parótida* con que encabezó la historia que antecede.

En los tumores sólidos de la parótida existen muchos síntomas comunes que hacen difícil el diagnóstico sin ayuda del microscopio; pero al lado de estos ofrecen algunos signos diferenciales que bastan para clasificarles de una manera aproximada. Entre estos caracteres, el de mayor importancia es á mi juicio el de la mayor ó menor movilidad que gozan, circunstancia que se observa casi siempre en aquellos que la clínica conoce con el nombre de benignos ó tumores mixtos. Relacionando este caracter con el neoplasma en que me vengo ocupando bastaba la movilidad que en él se advertía para desechar el carcinoma, el lipoma profundo, que se desarrolla á expensas de la capa celulosa existente entre la apofisis estiloides y la glándula parótida, y el angioma; en estos tumores sus elementos constitutivos se encuentran fusionados con los de los tegidos inmediatos sin interposición de capa aisladora de ninguna especie, y de aquí la inmovilidad grande que ellos tienen: bastaba pues este dato para separar á nuestro tumor de este grupo.

Entre los movibles, es decir, entre aquellos que por estar



envueltos en una cápsula fibrosa se hallan aislados en cierto modo de los tejidos vecinos, no adquiriendo con ellos adherencias muy íntimas, tenemos como más frecuentes, y no por el orden que aquí les damos el adenoma, el fibroma, el mixoma, el linfoma, el encondroma y el sarcoma. Los tres primeros son ordinariamente pequeños, lisos, de forma regular y de consistencia resistente ó elástica por igual; el linfoma es generalmente múltiple; el encondroma, que adquiere á veces gran volumen y ofrece marcha rápida es irregular, muy duro al tacto, sin elasticidad ninguna, caractéres que no ofrecía el de nuestra operada. Este, en efecto, era duro, de consistencia desigual, voluminoso, resistente, abollado y movable, cualidades que los autores asignan á los sarcomas. Si á estos síntomas agregamos su reproducción y la degeneración de tres ganglios linfáticos cervicales, las probabilidades para establecer el diagnóstico clínico se convierten en verdadera certidumbre.

Si en las ligeras consideraciones anteriores se ve la importancia que tiene la movilidad del tumor para facilitar su diagnóstico, se convierte en capital cuando se trata de apreciar la conveniencia de la operación.

La intervención quirúrgica en las degeneraciones parotideas ha sido y es una de las cuestiones más controvertidas de la cirugía, y entre los autores se encuentra mucha divergencia de opiniones al establecer las indicaciones y contraindicaciones de la extirpación, principalmente de los tumores profundos y voluminosos. La causa de tan opuestas apreciaciones se explica teniendo en cuenta la importancia vascular de la región y su disposición anatómica, que me voy á permitir recordar sumariamente. La glándula parótida alojada en la excavación de su nombre está atravesada por la arteria carótida externa, vena yugular externa y nervio facial; y separada de la faringe y paquete vásculo-nervioso abyacente, compuesto de la yugular interna, carótida interna, nervios neumogástrico, espinal y glosofaringeo por el intermedio de la apofisis estiloides y músculos estiloides. Además la parótida envía una prolongación faríngea formando como una hernia al través de la hendidura estiloidea (Tillaux), y esta disposición que dificulta la disección completa de la glándula en el cadáver sin herir los vasos profundos, se hace sumamente difícil en el vivo cuando se trata de la separación de una parótida atacada de una degeneración completa, siempre que la producción anormal no se halle aislada de los tejidos ambientes por una envoltura fibrosa. Así lo han com-

prendido eminentes anatómicos y experimentados cirujanos, como Tillaux, que juzgan temerario al que emprende la extirpación de una degeneración cancerosa ó maligna de la glándula, y nos dice textualmente: "vale más dejar morir á un enfermo que matarle.,," Estas dificultades han sido también la causa de que algunos ardientes operadores se hayan visto precisados á dar por terminada su operación antes de la extirpación completa de la parte alterada, siendo detenidos por la imposibilidad de verificarla, dejando la parte más profunda del tumor en el sitio. M. Ceccherelli piensa que se debe seguir la extirpación completa, incluso la porción fanríngea; los grandes peligros que hay que correr para llegar á este punto, que no evita la ligadura preventiva de la carótida externa, me hacen desechar este parecer. Y como una intervención incompleta ni satisface las exigencias de la ciencia, ni reporta tampoco beneficios al enfermo, de aquí que rechace estas operaciones cuando de antemano no se tiene una garantía, que cual la movilidad del tumor, haga prever la seguridad de llevarla á feliz término.

No dudo que algunos habilísimos cirujanos, gloria de nuestro país, puedan permitirse alguna aventura en la extirpación de las degeneraciones completas de la glándula, fiados de sus especiales condiciones; pero los que militan en la modesta esfera del que suscribe, creo deben detenerse, en las operaciones de esta región, en los límites que dejo indicados. Y este parecer ya de antiguo formado por mí, le encuentro hoy robustecido después de ver las dificultades que la extirpación lleva consigo, aún en los que gozan de movilidad ó están encapsulados. ¿Qué hubiera ocurrido de haber recaído mi operación en un tumor adherente? Una decepción para mí como cirujano y un sufrimiento infructuoso para el enfermo.

Así, pues, y concretando mi pensamiento acerca de la oportunidad de la intervención quirúrgica en los tumores de la glándula parótida, creo que la operación está indicada siempre que el tumor goce de movilidad. Por voluminoso que aquél sea, si es movable, no pasará de la escavación, no será difícil la destrucción de las adherencias, se encontrará aislado de los vasos y nervios profundos, y aparte de los riesgos inherentes á cualquier operación verificada en este delicado sitio, puede sin embargo emprenderse en la seguridad de llevarla á feliz término; mientras que no estando en estas circunstancias, la inseguridad en el resultado y los grandes peligros que hay que arrostrar hacen que deba en general ser rechazada.

