

Modified rhytidectomy incision for parotidectomy

Shemen L, Wolf J, Turner J.

Operative Tech Otolaryn 2006;17:210-3

"Sí conseguimos la misma exposición con una incisión quirúrgica que conlleva mejores resultados estéticos para el paciente, deberíamos de esforzar de obtenerla"

- Dr. S. Cohen 1988

No olvidemos que la primera meta del cirujano en el manejo de los tumores de parótida es la erradicación completa de la enfermedad. Por lo que, es muy importante realizar un abordaje quirúrgico suficiente para garantizar la extirpación de la glándula así como la integridad del nervio facial. A lo largo de la historia, se han descrito diferentes técnicas de parotidectomía por grandes autores como Carnadine (1907), Adson (1923), Finochietto (1941) o Blair (1970). Todos ellos buscan proporcionar el mayor campo quirúrgico posible obteniendo los mejores resultados estéticos para el paciente. En este estudio los autores proponen una modificación de la incisión de ritidectomía que es prolongada a la región cervical y a la región occipital.

Todos los pacientes fueron operados bajo anestesia general y la posición recomendada fue de decúbito supino con hiperextensión y leve rotación contralateral del cuello. La incisión se basa en una incisión preauricular que comienza en el trago y desciende inferiormente hasta bordear el lóbulo, terminando en el surco aurículo-mastoideo. No se traza ninguna incisión a nivel occipital en la línea de implantación capilar o a nivel cervical. Por lo tanto, en principio, las ramas del nervio aurículo-temporal podrían preservarse. El colgajo de piel es bastante manejable para permitir una exposición excelente del tumor y de la glándula así como la disección del nervio facial. En caso de necesidad, el cirujano puede si fuera necesario prolongar la incisión a nivel occipital o cervical. En el estudio se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico de tumoración benigna de parótida confirmada mediante punción aspiración con aguja fina y menores de 4,5 cm. de tamaño. En 7 casos el diagnóstico era de adenoma pleomorfo en 2 casos era tumor de Warthin y en un caso era un hemangioma venoso. El periodo de seguimiento fue de tres meses. En ningún paciente se observó una parálisis facial permanente, en cambio 3 pacientes se revelaron paresia facial transitoria que se resolvieron espontáneamente a los tres meses. Tampoco se observó un incremento en el tiempo quirúrgico en relación a otras técnicas. En conclusión, se recomienda esta incisión en pacientes jóvenes con tumores benignos de parótida menores de 4 cm que demandan un buen resultado cosmético.

Mortality and causes of death after multimodality treatment for advanced oral and oropharyngeal cancer

Wutzl A, Ploder O, Kermer C, Millesi W, Ewers R, Klug C.

Am Assoc Oral Maxillofac Surg 2007;65:255-60.

En los estadios avanzados de cánceres de la cavidad oral (CCO), el control locoregional de la enfermedad mediante un tratamiento multidisciplinario es la exigencia común para la mayoría de los médicos. La combinación de un tratamiento quirúrgico con radio y quimioterapia suponen una probabilidad de control local de la enfermedad en un 80% a los 5 años. En diferentes estudios, se ha identificado la recidiva del tumor como principal causa de la mortalidad en CCO, pero se considera que existen otros factores que tienen un impacto significativo en la supervivencia. La relación entre el tabaco y el alcohol como factores de riesgo para los CCO está claramente demostrada, pero también, tienen una gran incidencia en la aparición de otros cánceres en otros órganos que pueden ser la causa de mortalidad como segundos tumores primarios, los cuales diferentes artículos tasan en un 7-15%. Asimismo la mayoría de estos segundos tumores se localizan en cabeza y cuello, el pulmón o tracto digestivo alto. Las autopsias son con diferencia la mejor manera de conseguir máxima información de las causas de mortalidad en pacientes con CCO avanzado, aunque a lo largo de los últimos años en todo el mundo han descendido aproximadamente en un 10-20% la frecuencia de los mismos.

Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo 222 pacientes con CCO en estadios avanzados entre los años 1990 y 2000. Todos los pacientes del estudio eran englobados en los estadios T2-T4 y sin evidencia clínica de metástasis a distancia; 142 pacientes (63%) eran clasificados en el estadio IV y en 129 pacientes (58%) el tumor se localizaba en el suelo de boca. Las causas de la muerte eran investigadas mediante autopsias o en su defecto con certificados de defunción o historias médicas. El periodo de supervivencia media tras la intervención quirúrgica era de 75,3 meses. En el año 2002 de los 222 pacientes del estudio habían fallecido 91, de los cuales 46 (20.7%) murieron por recidiva tumoral, siendo la causa más común; la mayoría de éstos fallecieron en un intervalo de 36 meses postratamiento. Como otras causas de muerte, 18 pacientes (8,1%) fallecieron por un segundo tumor primario; 12 pacientes murieron antes de 1 mes postoperatoriamente por diferentes complicaciones derivadas de la cirugía y otros 15 pacientes por otras enfermedades graves sistémicas. La incidencia de metástasis a distancia era del 10% y dos tercios de estas metástasis coexisten en pacientes con recidiva tumoral locoregional; en cambio, solamente un tercio de pacientes tienen una enfermedad metastásica aislada. Como conclusión, podemos incidir en la importancia de la aparición de recidivas locoregionales como la primera causa de mortalidad en pacientes con CCO; asimismo, la importancia de realizar un exhaustivo despistaje para segundos tumores primarios.