

---

---

# CASOS CLÍNICOS

---

---

## Da conservação do nervo facial nas parotidectomias

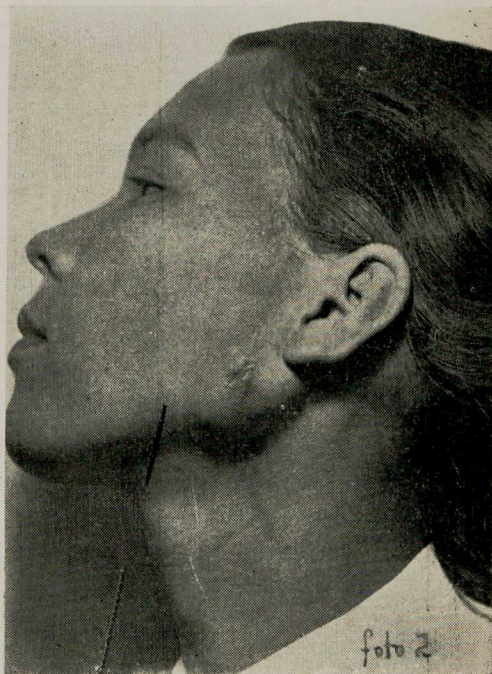
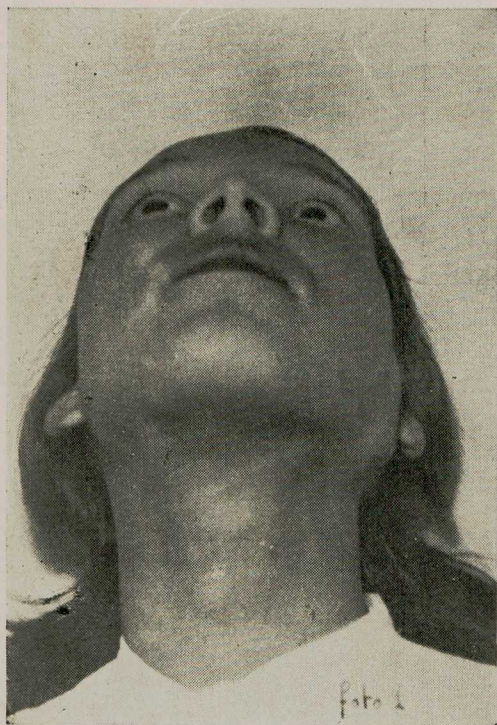
EGBERTO MOREIRA PENIDO BURNIER

Cirurgião e Chefe de Cirurgia Torácica do S. N. C.

A parotidectomia total é frequentemente acompanhada de secção do nervo facial. A conservação do nervo da mímica da face é incompatível com uma cirurgia radical da glândula, bastando para tanto que recordemos o trajeto do nervo facial desde sua origem aparente no bulbo até suas terminações. Depois de um curto trajeto para baixo, penetra na parótida e na sua intimidade di-

vide-se em dois ramos: o cérvico e o têmporo-facial. Só depois destes troncos, ditos primários, é que vem a subdivisão dos nervos para os diversos músculos da face, divisão esta que ainda se faz na intimidade do parênquima da glândula.

As relações da parótida com o facial, no adulto, variam muito comparativamente com as do fêto de poucos meses.



Fotos 1 e 2 — Concretizando o tratamento cirúrgico conservador nos tumores mixtos da parótida, relataremos o caso de Z.C.O. registro 22.493, portadora de um tumor mixto recidivado da parótida à esquerda. Este caso constitui um dos melhores documentários das dezenas de casos semelhantes. Foi internada em 20-6-1952.



Foto 3 — Cicatriz operatória de parotidectomia sub-total, 13 dias após a intervenção, verificando-se o certo grau de edema facial, ainda existente.

A parótida nasce de um brôto epitelial do faringe primitivo, e em seu crescimento em direção à goteira retro mandibular, se divide em 2 porções. A primeira porção do tubo, por vacuolização, vai dar no futuro o canal excretor da glândula (Stenon), enquanto que a porção terminal do brôto epitelial se multiplica e vai constituir seus lóbulos; um lóbo interno, que será a porção menor, que se estende além dos limites da fossa e se espalha no sentido do trajeto do canal de Stenon, por sobre a chamada região masseterina. Nos indivíduos moços cuja glândula ainda se mantém íntegra de qualquer infecção, se cortar-

mos a glândula num sentido frontal verificaremos que a sua configuração lembra a de um *U* invertido, ou no máximo a configuração de um *H*. Os ramos do *U* são os lóbulos e o traço de união entre os ramos pode ser considerada como o istmo da parótida. Pois bem, o nervo facial no seu trajeto extra-craniano está colocado justamente por sob o traço de união dos ramos do *U* invertido da parótida. Seja pelos processos inflamatórios sofridos pela glândula, seja pela situação anatômica do tecido glandular comprimido de um lado pelo esqueleto ósseo, que constitui a fossa parotidiana e de outro lado pelo fascia superficialis, o platisma e a pele, os dois lóbulos da parótida formam entre si, conexões de tal maneira íntima que somente pela embriologia era possível explicar porque os nervos, tais como os vasos, que têm uma origem mais ou menos autoctone, poderiam estar contidos no tecido de uma glândula que emigrou na sua formação; é que os ramos do *U* sofreram uma aproximação entre si e fecharam-se sobre o nervo como se fecham as páginas de um livro.

Por esse mesmo motivo vamos verificar quão difícil se torna a dissecação do nervo facial do centro para a periferia, e quão difícil é, se não impossível, a retirada total da glândula sem ferir o referido nervo.

Se nos tumores malignos da parótida esta preocupação acha-se abolida, é máxima, obrigatória, humana e social

nos tumores benignos. Mas, como devemos nós conduzir frente a tumores que tenham em si um potencial de malignidade, que não sendo malignos frequentemente recidivam e se cancerizam? Tal, a polêmica que de muitos e muitos anos vem se reproduzindo por duas grandes diretrizes. Se para uns os tumores mistos gozam de um conceito de benignidade que à luz da clínica e da moderna anátomo-patologia, não pode hoje corresponder à realidade dos fatos, não vamos cair no erro de outro extremo como querem Montier e Redon que baseados somente na anatomia patológica, disposição e caráter invasor das células tumorosas, sentenciam por demais rude o conceito de tumor misto, opinião que é aceita por Pierre Duval. Este assunto já foi cogitação nossa, quando em 1943, em Tese de Concurso para Docência de Clínica Cirúrgica, defendemos no "Estudo dos tumores da Parótida" o tratamento conjugado desse tipo de tumores pela cirurgia e radioterapia. Ainda hoje, seguimos este conceito e admitimos que o tumor misto é um carcinoma anátomo-patologicamente falando, pelo menos em potencial, mas não sentenciamos para todos eles a parotidectomia total. Observamos, para orientar a nossa conduta o aspecto clínico do tumor, sua evolução e aspecto anátomo-patológico de acordo com sua divisão nos quatro grupos de Walter Sheldon.

O prognóstico dos tumores mistos é sempre muito reservado, visto a fre-



Foto 4 — Peça operatória de Z.C.O. operada em 13-8-952 no Instituto de Câncer.

quência das recidivas e as prováveis degenerações malignas. A maioria das cifras dadas como índice de recidiva, não correspondem à verdadeira significação do fato, pôsto que, raros são os doentes que são seguidos por mais de 5 anos e porque os tumores da parótida podem recidivar depois de 15 a 20 anos.

Assim vejamos, Kennore em 29 enfermos de secção da parótida com conservação do facial, observou 5 recidivas ou sejam 18%.

Pierre Duval e Henry Redon fizeram uma comparação na percentagem de recidivas em casos de tumores mistos, tomando-as como índice de maligni-

dade, desde que tomaram 2 grupos de casos de igual número e praticaram num a parotidectomia total e no outro conservaram o facial. Verificaram que o número de recidivas era mais ou menos igual nos dois grupos e concluíram: tal fato é demonstrativo porque além de serem tomados números iguais a percentagem de 20% de recidivas só poderá correr à conta de degenerações, porque admitimos que naquele grupo em que não foi conservado o facial, foi praticada uma cirurgia radical. Esta percentagem de 20% corresponde à grosso modo a percentagem de malignidade dada por Sheldon pelo seu estudo anátomo-patológico em 4 grupos, pela disposição das células em basket.

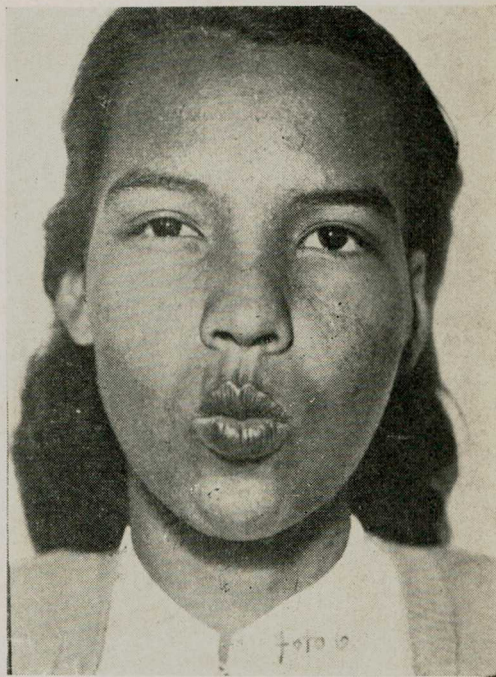
A recidiva não é apanágio dos tumores malignos, pois que a encontramos a todo momento em tumores benignos, como nos miomas uterinos, nos adenomas da tireóide, etc. Reforçando este conceito estão Benedict e Meigs, que em 44 tumores mistos não encontraram senão um degenerado, verificando, ao contrário, 17 recidivas em um total de 38,46%.

Wood em 37 operados conta com 17 recidivas, 46%, e admite este autor com Spring e Küttner que 25 a 28% das recidivas corram por conta de degenerações malignas. François Montier e Henry Redon reúnem 12 casos de tumores da parótida, sendo 9 de tumores mistos e concluem com estudo anátomo-patológico bem conduzido, que 4 já es-

tavam degenerados numa alta cifra de 44,44%. Tal fato, da recidiva depender da frequência da degeneração fato que é contra nosso pensar, é reforçado pelas afirmações de MacFarland: "A recidiva corre por conta não há dúvida dos processos de degeneração, mas a maioria das recidivas tem sua explicação numa intervenção incompleta". Já uma vez nos referimos a um caso particular da clínica do Dr. Alberto Coutinho, que é extremamente elucidativo: que operado já na quarta recidiva, inda conservava as características de tumor misto.

A nossa estimativa percentual de degeneração de tumor misto é de 33% ou seja 1/3 dos tumores mistos. Esta estatística está baseada em cerca de 140 casos de tumores salivares, sendo 70 de parótida.

Baseados nesses estudos anátomo-clínicos é que procuramos dar bases da parotidectomia com conservação do facial. Não é necessário nesta cirurgia o uso especial de aparelho de excitação nervosa, visto que o delicado pinçamento das terminações nervosas do facial, produz uma excitação suficiente para contrair a musculatura correspondente e basta que saibamos encontrar um pequeno ramo para que, seguindo-o centripetamente, cheguemos ao tronco principal e, com cuidado retiremos o tumor e glândula parótida na sua porção extra facial. A porção retro facial, também conhecida como porção retro mandibular, é quase incompatível de



Fotos 5 e 6 — Fotografia ainda no 13.º dia de operada, mostrando a paresia traumática do nervo facial, com os sinais de abaixamento da cauda da sobrancelha à esquerda, aumento da fenda palpebral desse lado, apagamento das rugas da fronte à esquerda e desvio da abertura bucal para a direita, sem contudo haver falta dos constritores orais.

ser retirada, como já nos referimos, com a conservação do nervo facial. Para que tal sucedesse seria mister uma tática improvisada e que necessitaria sem dúvida alguma de retirada por partes do resto da glândula. E, seria esta uma conduta aconselhável? Já que a extensão do tumor nos fala, ainda que veladamente, da sua degeneração, e, se as recidivas já são freqüentíssimas quando não se fragmentam a glândula e o tumor, qual não seria a percentagem de recidivas em tal tipo de cirurgia? Se vale a pena correr o risco de recidiva num tumor misto pequeno e bem loca-

lizado, perguntamos se nos assiste o direito de praticar uma cirurgia incompleta do ponto de vista da cancerologia na tentativa vã de conservar uma função, pondo em risco a vida do paciente. Na cirurgia da parótida, nas chamadas parotidectomias subtotais, a dissecação dos filetes faciais é por vezes muito difícil. Em linhas gerais praticamos uma incisão bastante longa, cuja conformação lembra a de um Y cujo ramo anterior partindo do ante-tragus se encontra com um outro ramo que vem da ponta da mastóide ao nível do lóbo da orelha, descendo daí para baixo



Fotos 7, 8 e 9 — Fotografias tiradas 7 meses depois de operada, observando-se a regressão total dos sintomas parésicos do facial à esquerda. Assim: na foto 7, verificamos a perfeita oclusão das fendas palpebrais; na foto 8, a centralização do orifício bucal e a perfeita simetria dos sulcos naso-genianos, índice de perfeita inervação dos bucinadores; na foto 9, a perfeita e simétrica regularidade das pregas da fronte. — Conclusão: preservação anatômica e funcional do nervo facial em cirurgia da parótida, por tumor mixto recidivado.

até alguns centímetros do ângulo da mandíbula.

Dissecamos os retalhos cutâneos para diante e para trás deixando descoberta a face externa da glândula e do tumor, dissecando principalmente para diante além do limite anterior da glândula. É no tecido gorduroso da região geniana, na projeção de uma linha que une o conduto auditivo externo à comissura labial, que vemos, com dissociação romba em sentido transverso, os filetes labiais do nervo. Descoberto este filete seguimo-lo centripidamente como já falamos; dissecâmo-lo por baixo da

glândula até os troncos primários do nervo facial. A glândula parótida durante a dissecação é levantada pelo auxiliar por pinças de Allis ou por pontos transfixantes da glândula. Não é necessário insistir da necessidade da iluminação perfeita. Nos casos de cistos e de pequenos tumores da glândula parótida a enucleação ainda é um processo muito bom, pois que dispensa a trabalhosa e minuciosa dissecação dos filetes, faciais.

Não fôsse a colaboração à cirurgia que é dada pelas irradiações post-operatórias, não seríamos capazes de de-



fender uma cirurgia incompleta em tumores potencialmente malignos. Ainda utilizando-nos de dados de nossa tese de Concurso de Docência, podemos di-

zer que os resultados obtidos somente com a cirurgia, isolada do rádio e dos raios X, são por demais precários. Os melhores resultados obtidos são os conjugados de cirurgia-rádio ou cirurgia-raios X. A técnica de utilização de tubos de rádio no leito nos tumores extirpados pela cirurgia foi abandonado devido a aquisição de aparelhos de Raios X mais potentes e do aparecimento de técnicas e de técnicos mais perfeitos.

O tratamento conjugado é exaltado por Ahldon do Rádio Hemmet e por Quick e Johnson do Memorial Hospital, em especial.

Nós em particular fazemos irradiar nossos pacientes em todos os tumores da parótida com exceção dos tumores benígnos, e dos císticos e especialmente fazemos irradiar aqueles tumores mistos em que conservamos o facial, uma vez que pela própria natureza da intervenção, incompleta cancerologicamente falando, esta irradiação se impõe.