

Evolución histórica de las incisiones faciales y cervicales en Cirugía Oncológica

Juan Carlos Valls Puig*

Mary Cruz Lema de Valls**

* Especialista de Cirugía General y Cirugía Oncológica. Profesor Agregado. Jefe de Cátedra de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina Luís Razetti. UCV. Caracas

** Instructor por concurso. Universidad Nacional Abierta. Caracas.

Correspondencia: Servicio de Otorrinolaringología. Piso 7. Hospital Universitario de Caracas.

Correo electrónico: vallstru@hotmail.com. Recibido Octubre 10, 2017

RESUMEN

El cirujano de cabeza y cuello debe manejar una amplia variedad de incisiones versátiles. Su selección se apoya en los principios generales de exposición adecuada, viabilidad de los colgajos, cobertura apropiada, adaptabilidad y reconstrucción conveniente. Las heridas quirúrgicas faciales, cervicales y cérvico faciales han evolucionado progresivamente de acuerdo al incremento en la radicalidad del procedimiento, la asociación de radioterapia previa, los estudios de irrigación cutánea, la comprensión de las vías de diseminación linfática y a la incorporación de nuevas tecnologías. Han cambiado de intervenciones limitadas a selectivas. Latinoamérica y Venezuela han contribuido al desarrollo y progreso de las incisiones.

Palabras clave: Cirugía oncológica. Evolución histórica. Incisiones faciales y cervicales.

SUMMARY

The head and neck surgeon should be familiar with several versatile incisions. The general principles are adequacy exposure, safety of the flaps, adaptability and good reconstruction. The evolution of facial, cervical, and cervico facial incisions include the increased in the radicality of the procedure, the augment of previous radiotherapy, the knowledge of the arterial supply to the cervical skin and the patterns of nodal metastases, and the incorporation of news technologies. They changed from limited intervention to selective. Latinoamerica and Venezuela play an important role in this evolution.

Key words: Oncological surgery. Historical evolution. Facial and cervical incisions.

Introducción

El cirujano debe conocer y manejar una amplia variedad de incisiones versátiles que le permitan una adecuada extirpación de las neoplasias faciales y cervicales ⁽¹⁾. La herida quirúrgica es parte integral de la operación y no un acceso rutinario como en otros campos operatorios ⁽²⁾. El tipo de trazo dependerá del procedimiento previsto ⁽³⁾. Debe anticipar el comportamiento y diseminación de un cáncer específico ⁽⁴⁾. Los principios generales para su selección incluyen exposición adecuada del tumor y los ganglios linfáticos comprometidos, viabilidad de los colgajos, cobertura apropiada de los vasos cervicales principales, adaptabilidad para incluir estructuras adicionales o estomas, y considerar la reconstrucción con el aspecto estético ^(1, 2, 4). Numerosos abordajes quirúrgicos se han descrito, recomendado, condenado y redescubierto en el siglo pasado.

Algunos son de uso corriente, siguiendo su descripción original o con algunas variaciones. Otras son de interés académico ⁽⁵⁾. Se hizo una revisión documental de la literatura nacional e

internacional utilizando las técnicas de lectura crítica de Richard Paul y Linda Elder, tomando en cuenta las referencias más importantes a criterio del autor, para posteriormente describir la evolución histórica de las incisiones faciales, cervicales y cérvico faciales en la remoción de los tumores de cabeza y cuello.

Desarrollo histórico de las incisiones

1) Incisiones faciales para parotidectomía

Los abordajes a la región parotídea, iniciaron en 1841 y 1849, con el de Berard, con dos trazos en “X”, y la de Sánchez Toca, en cruz preauricular ⁽⁶⁾ (**Fig 1a y 1b**). Le siguieron otros hasta principios del siglo XIX, que incluían resecciones parciales de la glándula.

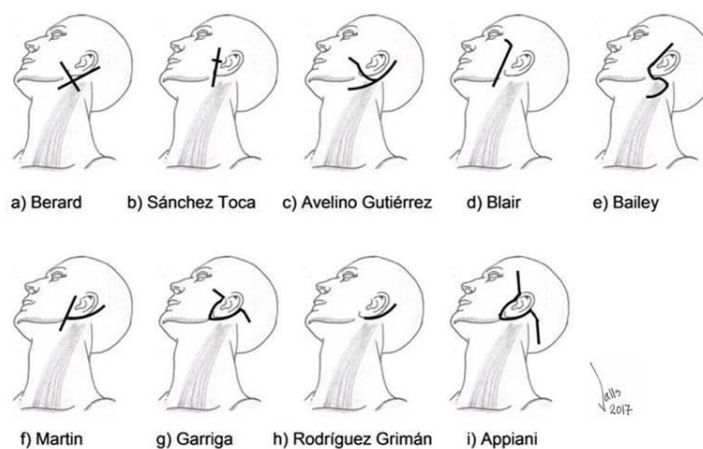


Fig 1. Incisiones faciales para parotidectomía.

La primera descripción específica para una parotidectomía se debe al cirujano español, Avelino Gutiérrez en 1911 ⁽⁶⁻⁸⁾. Consta de dos heridas, una facial y otra cervical ⁽⁶⁾. En palabras del autor: “*se traza una incisión que comienza en la unión de la arcada cigomática con el hueso malar, por delante del trago, sigue el arco hasta el pabellón, desciende por el, pero al mismo ras, hasta el lóbulo; contornea el lóbulo, asciende por el surco auricular mastoideo hasta la base de la apófisis mastoides; redesciende siguiendo sobre el músculo esternocleidomastoideo hasta la altura del hioides*” ⁽⁶⁾. Proporcionaba una interesante visión del campo operatorio ⁽⁷⁾ (**Fig 1c**).

Previo a 1921, el tratamiento quirúrgico de la parótida se limitaba a la exposición del tumor y su remoción con preservación de las ramas del séptimo par que fuesen encontradas. Walter Sistrunk sugirió la identificación de la rama mandibular, continuando en sentido retrogrado hacia el tronco, y completar la disección de todas sus divisiones antes de extirpar el tumor ⁽⁹⁾. En 1934, R. Janes desarrolló la técnica de aislar el tronco del nervio facial entre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo y el vientre posterior del músculo digástrico para seguir en sentido anterogrado por sus ramas ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Diversas modificaciones a la incisión descrita por Avelino Gutiérrez le siguieron en Latinoamérica y el mundo como las de Adson&Ott, Redon, Finochietto, Pilheu, entre otras. Con

variaciones en la técnica de identificación del nervio facial ^(6,7,13). Sin embargo, la más frecuentemente practicada en el tratamiento de las neoplasias parotídeas constituye la modificada de Blair. Inicialmente descrita por Vilray Papin Blair, en 1917 ⁽¹⁴⁾ y modificada por Hamilton Bailey en 1941 ⁽¹⁵⁾. Ofrece una amplia exposición para la identificación del tronco del nervio facial, sus ramas y la neoplasia ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ (**Fig 1d y 1e**).

En su obra “Surgery and diseases of the Mouth and Jaws”, el profesor de cirugía oral Vilray Papin Blair, de la Universidad de Washington, describe su trazo. Inicia en la mitad del borde inferior del cigoma, en dirección posterior al pabellón auricular y desciende frente al trago hasta 4 cms por debajo del ángulo de la mandíbula. En varios esquemas, muestra la exposición adecuada de los bordes de la glándula parótida con las ramas terminales del nervio facial en su margen anterior ⁽¹⁴⁾. El cirujano inglés Hamilton Bailey del Royal Northern Hospital la modificó, para completar la parotidectomía. La emplazó lo mas cercana posible al cartílago auricular. El extremo inferior lo extendió a la apófisis del mastoide, para continuar por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Señaló la identificación y preservación del tronco del séptimo par junto al mastoide, seguido de la remoción de la glándula ⁽¹⁵⁾. En la literatura es también conocida como en “S” itálica ⁽¹⁹⁾. Autores franceses la denominan en bayoneta ⁽²⁰⁾.

Hayes Martin en 1951 ⁽²¹⁾ y Beahrs & Adson en 1958 ⁽¹²⁾ incorporaron un trazo retroauricular que se origina en el lóbulo, seguido de una técnica anterograda del séptimo par ⁽⁷⁾. En Venezuela, representaron el abordaje y la técnica preferida por autores como Bernardo Guzmán Blanco ⁽²²⁾ y Carlos Hernández ⁽²³⁾. La incisión fue sustituida por Esteban Garriga Michelena y Oscar Rodríguez Grimán por variedades estéticas de su propia autoría ^(24, 25). (**Fig 1f, 1g y 1h**). El cirujano argentino Erdulfo Appiani en 1967 ⁽⁷⁾, describió un abordaje periauricular conocido como “Lifting modificado” para la remoción de tumores benignos ⁽¹⁶⁾, popularizado en Venezuela por Mijares & col ⁽⁸⁾. Iniciado en la región temporal, desciende y contornea el lóbulo de la oreja. Continúa en dirección oblicua, descendente y posterior. Oculto en la línea de implantación del cuero cabelludo. Previene la aparición del Síndrome de Frey ⁽⁷⁾ consecuencia de la reinervación anómala de las fibras parasimpáticas seccionadas del nervio auriculotemporal dentro de las ramas simpáticas pseudomotoras cutáneas ^(16 - 18) (**Fig 1i**).

2) Incisiones para disecciones cervicales

Han cambiado progresivamente y pueden agruparse de acuerdo al incremento en la radicalidad del procedimiento ^(26, 27), la cobertura de los vasos cervicales sometidos a radioterapia previa ^(4, 28, 29), los estudios de irrigación cutánea del cuello ⁽³⁰⁾, a la comprensión de las vías de diseminación linfática ⁽³¹⁾ y a la incorporación de nuevas tecnologías ⁽³²⁾.

2.a) Incisiones para disecciones cervicales parciales.

La importancia del sistema linfático como vía para la diseminación de neoplasias malignas por intermedio de sus colectores y el impacto en el pronóstico del paciente, se acredita al cirujano francés Henri Francois Le Dran en 1757. Le seguirían James Syme y Rudolf Virchow. La publicación del trabajo de Küttner sobre la anatomía de los linfáticos de la lengua, se acompañó de la apreciación de la necesidad de remover el tumor primario con los ganglios linfáticos ^(5,6).

Theodor Kocher describió la primera incisión lateral cervical para el tratamiento de tumores de lengua en conexión con los ganglios linfáticos proximales o submandibulares en 1880.

En Londres, Henry Butlin la uso con idénticos propósitos ^(27,33,34). Varios trazos le siguieron. Küttner y De Quervain confeccionaron un colgajo en forma de “V”, seccionando y levantando el músculo esternocleidomastoideo cerca de su extremo superior e inferior, respectivamente. Dowd describió incisiones paralelas para la extirpación parcial de ganglios con tuberculosis ⁽³⁵⁾. En Worms, Armknecht ⁽³⁶⁾ diseñó una herida quirúrgica que inició en la punta del mastoide transcurre por el borde inferior de la mandíbula hasta la sínfisis del mentón.

En el punto medio, ejecutó una extensión en dirección del borde anterior del músculo citado, hasta su inserción en la clavícula. Son reconocidos en la literatura como abordajes de disecciones cervicales parciales para extracción de adenopatías sospechosas de contener metástasis tumorales o escrófulas ^(7, 35) (**Fig 2a, 2b, 2c, 2d y 2e**). En Venezuela, Luís Razetti ⁽³⁷⁾ refirió en 1917, la remoción bilateral de ganglios cervicales durante la extirpación de una neoplasia lingual.

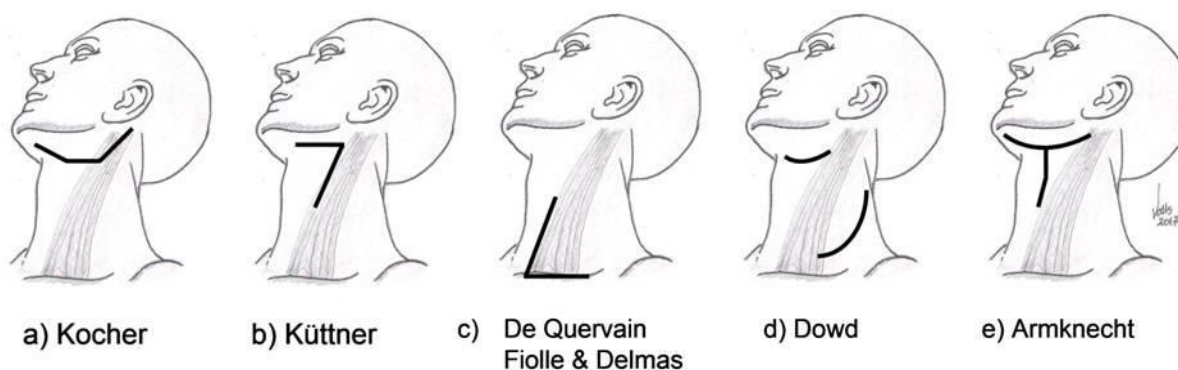


Fig 2. Incisiones para disecciones cervicales parciales.

2.b) Incisiones para disecciones cervicales radicales hasta 1951

La primera disección radical de cuello se efectuó en 1888 por un cirujano polaco, Franciszek Jawdyński. Publicó el procedimiento en la *Gazeta Lekarska*, una revista polaca. Al referirse a la herida quirúrgica, indicó: “Efectué la incisión desde el ángulo de la mandíbula hasta la unión esternoclavicular” ^(26,27, 38). Posteriormente, George W. Crile en Cleveland, popularizó e ilustró la disección cervical radical en dos publicaciones de 1905 y 1906, demostrando con sus resultados, la efectividad del procedimiento en controlar la enfermedad regional metastásica ^(39,40). Adoptó el concepto reportado por William Halsted, de incluir todos los ganglios linfáticos durante las mastectomías en el cáncer de mama ⁽⁵⁾. En su primer artículo describió dos abordajes. El trazo que comienza en la sínfisis mentoniana, transcurre a lo largo del maxilar inferior hasta la apófisis mastoideas, desde cuyo punto se dobla hacia abajo. El segundo, el más conocido, rodea en parte la circunferencia del cuello por debajo del maxilar inferior seguido de una extensión central en dirección a la clavícula. Se enmarcaba en el denominado, método de Crile que incluía, anestesia por intubación, vigilancia con sostenimiento de la presión sanguínea por medio de un funda neumática, uso de pinzas hemostáticas sobre arterias y disección en bloque de niveles ganglionares de drenaje cervical, incluido el músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna ⁽³⁵⁾. En las ilustraciones conservaba el nervio espinal ^(41,42). James Barret Brown y Frank Mc Dowell

modificaron el segundo, extendiendo el extremo inferior hasta sobrepasar la clavícula ⁽⁴³⁾. En la literatura se les conoce como en “Y” ⁽⁴⁴⁾ o en “T” (Fig 3a, 3b, 3c y 3d).

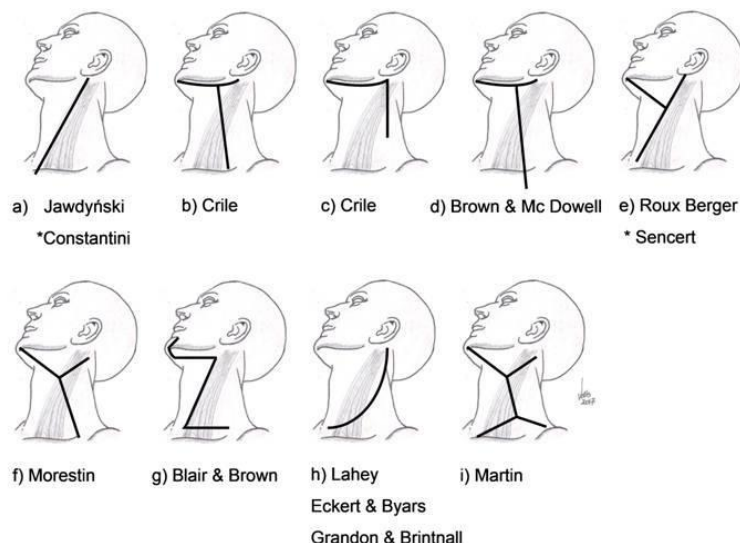


Fig 3. Incisiones para disección cervical radical hasta 1951.

* En cervicotomías exploradoras durante la primera guerra mundial.

En Francia, surgieron seguidores de la disección radical como J. Roux Berger e Hipolito Morestin. Resaltaron las bondades del procedimiento y diseñaron sus propios trazos ^(6,45) (Figura 3e y 3f). Durante la primera guerra mundial, algunos notables cirujanos como Jean Fiolle, J. Delmas, Louis Sencert y Henry Constantini incorporaron algunas incisiones de linfadenectomías cervicales en las cervicotomías exploradoras por heridas penetrantes ocurridas en el campo de batalla ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾ (Fig 2c, 3a y 3e). En un artículo relativo a 131 pacientes con cáncer de cavidad oral difundido en 1933, el mismo Vilray Papin Blair y James Barret Brown representaron el trazo en “Z”, para operaciones combinadas con disección cervical en uno de los esquemas ⁽⁵⁰⁾ (Fig 3g). Sería recomendada su elaboración por etapas, de acuerdo a la presencia o no de adenopatías ⁽³⁾.

La primera ilustración del artículo sobre manejo quirúrgico del cáncer de tiroides publicado en 1940 por Frank Lahey, evidenció su incisión en “J”. Reconoció su valor para la exposición y remoción del lóbulo neoplásico y los ganglios adyacentes ⁽⁵¹⁾. Charles Eckert y L. T. Byars la aplicaron para la extirpación en bloque de todos los ganglios cervicales en continuidad con la lobectomía ⁽⁵²⁾. Posteriormente, Eugene Grandon y Edgar Brintnall diseñaron un trazo semejante, para los tumores escamosos de la vía aéreo digestiva superior, adaptable en su altura, a la ubicación de la neoplasia primaria. Inicia en la apófisis mastoides, continua a lo largo del borde anterior del músculo trapecio. La rama transversal se emplazaba en un nivel más elevado o igual a la incisión de Eckert & Byars, cuando se asociaba con procedimientos en cavidad oral o laringe. La denominaron “utility” o de utilidad por su fácil ejecución, seguía las líneas de tensión, con exposición adecuada, rápida cicatrización, amplia base de irrigación, protegía la bifurcación carotídea, escaso defecto cosmético y adaptable a operaciones combinadas en cuello ⁽⁵³⁾.

Se podía practicar posterior a radioterapia ⁽⁵⁴⁾. La acumulación de secreciones en un bolsillo inferior se ha descrito como complicación ⁽⁵⁵⁾. En algunos textos y artículos se le conoce

indistintamente por el nombre de sus autores, así como “Utility”, en “J” o en “Palo de hockey”. (Fig 3h). En los casos bilaterales se le conoce como en “delantal” (19,44,56).

La técnica de disecciones cervicales radicales fue redefinida por Hayes Martín en 1951. Estableció las bases del tratamiento para el manejo del paciente con cáncer de cabeza y cuello. Describió, ilustro y nombró su incisión, como la doble “Y” o doble trifurcada. Destacó su adecuada exposición y capacidad de extensión superior e inferior (57) (Fig 3i). La correcta planificación y extensión de las disecciones cervicales fue sugerida por Huffman y col. Representaron un esquema de incisiones abreviadas en letras “Y”, “T”, “J”, “Z” y doble “Y”. El abordaje adecuado incluye los límites anatómicos de la disección. Abajo la clavícula, arriba el borde inferior de la mandíbula, adelante la línea media y atrás el borde anterior del trapecio (44).

2.c) Incisiones para disecciones cervicales radicales surgidas posterior a radioterapia preoperatoria a altas dosis.

Desde la descripción original de George Crile hasta finales de la década de los cincuenta, el tipo de trazo estaba determinado esencialmente por una adecuada exposición. La incisión en “Y”, la “Z” y la doble “Y” fueron las más usadas (5,30). La manipulación cuidadosa de los tejidos, la hemostasia rigurosa y el uso de drenajes de succión, se acompañaban de una casi ausencia de complicaciones (30). El aumento en la aplicación de radiaciones preoperatorias a altas dosis (4,29), ocasionó un ascenso en la morbilidad relacionada con la incisión, como necrosis, dehiscencias de las heridas o rupturas de la arteria carótida (29,30,55,58). Se implicó el daño en la microvasculatura de la piel cervical asociado a la cantidad del tratamiento radiante (28,29,58). Estas fallas estimularon el deseo de diseñar trazos para prevenir estas dificultades. La cobertura de la bifurcación de la arteria carótida por un colgajo bien irrigado fue la premisa más importante, seguido de una buena exposición y finalmente el aspecto estético. Lentamente se abandonó la doble “Y” de Martin (58).

El primer abordaje diseñado para una exposición adecuada y cobertura apropiada de los vasos cervicales, alejando la rama vertical de la bifurcación carotídea, corresponde al gran colgajo anterior descrito por Schobinger en 1957 (59). John Conley, reportó una modificación, caracterizada por una segunda incisión del ápex del colgajo a la apófisis mastoideas. Como desventaja, se indicó la necrosis del borde superior cuando es ejecutado de manera extensa (60). Son conocidas como en forma de “boomerang” (56). (Fig 4a y 4b)

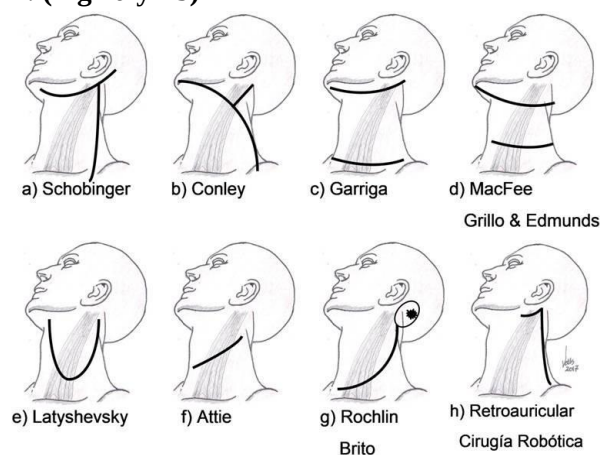


Fig 4. Incisiones para disección cervical radical posterior a radioterapia en altas dosis.

Apoyados en las complicaciones descritas, los trastornos de cicatrización y la poca estética de los trazos conocidos, Esteban Garriga Michelena en Caracas (61) y William MacFee en New York

⁽⁵⁾, publicaron su doble incisión transversa, durante el año 1960. Ambas paralelas entre si, sin cruces, convergencias o ángulos. Un colgajo central en forma de puente, más ancho en el primero que en el segundo, movilizable hacia arriba y abajo. Recomendadas por numerosos cirujanos por seguir las líneas transversas naturales, cicatrización optima y conservar la estética ^(4,19,62,63). Ambos autores no se conocieron, se trató de una simultaneidad histórica ^(19,64). Hermes Grillo y Henry Edmunds la emplearon en las recaídas post radioterapia ⁽⁶⁵⁾ (**Fig 4c y 4d**)

El colgajo superior largo o delantal lateral ^(56,66) y la incisión única transversa lateral ⁽⁵⁸⁾, fueron divulgados por Latyshevsky-Freund y Joseph Attie, respectivamente. Se les atribuyo una cobertura segura de los vasos cervicales y exposición adecuada ^(2,4,19,58) pero un edema molesto, asociado a la interrupción del drenaje venoso en el primero ⁽³⁰⁾ (**Fig 4e y 4f**). En Venezuela el crédito por haber practicado la primera disección radical de cuello se otorga al Dr. Hermógenes Rivero quien la realizó en 1939 en el Instituto de Oncología “Luís Razetti”. El Dr. Bernardo Guzmán Blanco la convirtió en una operación de rutina ^(67,68, 69). En los trabajos de Rodríguez Grimán⁽⁶⁷⁾, Bernardo Guzmán ⁽⁶⁸⁾ y Francisco Montbrun ⁽⁷⁰⁾ la incisión más practicada fue la de Martin, seguido de los trazos de Garriga. La de Schobinger fue popularizada por Marquez Reveron⁽⁷¹⁾. Jorge González Celis señaló la de Roux-Berger ⁽⁷²⁾. Terán sugirió la de Lahey por patología tiroidea ⁽⁷³⁾. Garriga García & Brito en su atlas fotográfico, recomiendan el “palo de hockey”, Schobinger y la del mismo Garriga Michelena⁽¹⁹⁾. En la cátedra de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas corresponden a las de Eckert y Byers asociado al elevado número de laringectomías practicadas ^(63,74).

El abordaje para la extirpación de los ganglios linfáticos posterolaterales del cuello, fue descrito por Rochlin ⁽⁷⁵⁾. Edgar Brito y col, lo aplicaron y difundieron en nuestro país ⁽⁷⁶⁾. Confeccionaron una incisión de dirección vertical y oblicua que añade la lesión primaria ubicada en la región posterior y se extiende hasta el borde anterosuperior del trapecio (**Fig 4g**). La descripción de una técnica funcional que incluía la preservación del nervio espinal, el músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna, disminuyendo la significativa morbilidad y deformidad que acompañaba a las disecciones cervicales radicales, correspondió a Oswaldo Suárez en la Universidad de Córdoba (Argentina) en 1963. No refirió predilección por ningún trazo ⁽⁷⁷⁾. Ettore Bocca y Cesar Gavilán publicaron el procedimiento de Suárez en la literatura inglesa ⁽⁷⁸⁾ e iberoamericana ⁽⁷⁹⁾, respectivamente. El primero recomendó la incisión en palo de Hockey y el segundo la doble “Y” de Martin. En nuestro país, durante la década de los ochenta, Oswaldo Henriquez, otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, realizó las primeras intervenciones funcionales en el Instituto Oncológico Luís Razetti.

2.d) Incisiones aparecidas luego de los estudios de irrigación arterial cutánea cervical.

Desde principios del siglo pasado la anatomía de la vascularidad del cuello no fue investigada. Dos yugoslavos, Vinko Kambic un otorrinolaringólogo y Antón Sirca un anatomista, publicaron en 1967, el primer estudio de vascularidad cutánea cervical ⁽⁸⁰⁾. Seguirian Freeland & Roger ⁽⁸¹⁾. Ambos grupos inyectaron tinta india o microfil en la red arterial y venosa de cadáveres de recién nacidos y adultos. Obtuvieron interesantes premisas. Los vasos arteriales cutáneos cervicales transcurren en dirección vertical, no transversal.

La existencia de anastomosis en la línea media entre ambos lados está pobremente desarrollada. La mitad superior de la piel del cuello esta irrigada por ramas descendentes

provenientes de la arteria facial, submentoniana, tiroidea superior y esternocleidomastoidea. La mitad inferior esta suplida por divisiones ascendentes de las arterias cervical transversa, supraescapular y clavicular superficial. Perforan el músculo platisma y conforman una fina red superficial, que transcurre en la misma dirección. Durante la confección de los colgajos y la linfadenectomía, las ramas verticales son seccionadas, pero la fina red superficial permanece intacta, estableciéndose alternativas de suministro sanguíneo. El drenaje venoso del cuello es descendente principalmente a las venas yugulares anteriores y externas. El trazo más apropiado será aquel correctamente emplazado, que no comprometa la irrigación del colgajo y su drenaje venoso. El diseño de las heridas quirúrgicas debe incluir el conocimiento de la anatomía vascular cervical (2,30,80,81) **(Fig 5a).**

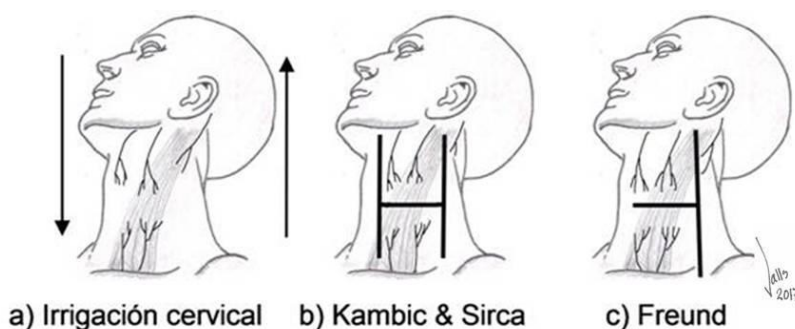


Fig 5. Irrigación arterial cutánea cervical e incisiones aparecidas luego de estudios ^(9- 11).

Kambic & Sirca recomendaron la incisión en “H” o $\frac{3}{4}$ de “H”, colocada entre las ramas arteriales ascendentes y descendentes principales ⁽⁸⁰⁾. Freund incorporó un componente vertical en el extremo posterior de un trazo único transversal, por detrás del borde anterior del trapecio, lejos de la arteria carótida. El colgajo quedaba suplido adicionalmente por la arteria occipital. Brindan una excelente exposición, se adhieren a la dirección de la irrigación vascular y se señaló una disminución de las complicaciones en los pacientes previamente irradiados ^(1-3,81). En la cátedra de otorrinolaringología ⁽⁷⁴⁾ fueron las preferidas durante los años noventa. **(Fig 5b y 5c).**

2.e) Incisiones para disecciones cervicales selectivas y nuevas tecnologías.

A principios de la década de los setenta, se comprendieron las vías de diseminación linfática cervical. Las neoplasias del tracto aerodigestivo superior se propagaban de manera predecible y secuencial a ganglios linfáticos regionales. Las metástasis en salto ocurrían muy raramente ^(42,82). Surge el concepto de las disecciones cervicales selectivas en el “M.D. Anderson Cancer Center” en Houston. Son removidos el grupo de ganglios que están en alto riesgo de contener metástasis, de acuerdo a la localización del tumor primario ⁽⁸³⁾. El sistema de localización de los ganglios linfáticos del cuello por niveles del “Memorial Sloan-Kettering Cancer Center” y la nomenclatura de los tipos de linfadenectomía cervical se estandarizaron a nivel mundial ⁽⁴²⁾.

Con la evolución a procedimientos selectivos, algunas incisiones históricas o tradicionales eran innecesarias y otras fueron reevaluadas. De acuerdo al tipo de linfadenectomía se usaron

determinados trazos. En las que incluyen los niveles I al III, conocidas como supraomohioideas, fueron abordadas por modificaciones discretas del tipo en utility, delantal lateral, la única transversa o el “boomerang”. Permitieron su aplicación en operaciones combinadas de cavidad oral. Para los niveles II al IV, nombradas como laterales, el abordaje de preferencia fue en “palo de Hockey” o el doble de Garriga. Facilitó las intervenciones en tiroides, laringe y faringe ^(19,31). La incorporación de nuevas tecnologías como la robótica, han permitido el acceso a áreas difíciles a través de heridas estéticas con seguridad oncológica ⁽³²⁾ (**Fig 4h**).

3) Incisiones para neoplasias cervicofaciales

La inclusión de adenopatías cervicales, extendiendo la herida quirúrgica de la parotida en sentido descendente hacia el cuello es mencionado por Vilray Papin Blair en su obra ⁽¹⁴⁾. W. Keenla prolongo hasta la clavícula ⁽³⁵⁾. En 1957, Hayes Martin señaló en una ilustración, la incorporación de un trazo preauricular a su incisión cervical en las parotidectomías por cáncer ⁽²¹⁾, Bernardo Guzmán la practicó ⁽²²⁾. Alejandro Calvo Laird la mencionó en una publicación ⁽⁸⁴⁾. Esteban Garriga M. incorporó la modificada de Blair a su doble trazo ⁽²⁴⁾ (**Fig 6a y 6b**).

El estudio de las incisiones cervicofaciales como una entidad única, para la remoción de neoplasias que se acompañaban de parotidectomía y disección cervical, se acredita a Erdulfo Appiani y a otros cirujanos argentinos ^(6,7,85). Sustentado en que los colgajos deben poseer largos pediculos que garanticen su irrigación, el primero describió un trazo de colgajo único, con amplia exposición para cirugías radicales. La inició en la región preauricular, siguió el contorno de la base del lóbulo de la oreja y la descendió verticalmente junto al músculo esternocleidomastoideo, sobrepasando la clavícula. En años posteriores, extendió el extremo superior a la región temporal y la herida cervical la adosó a la línea de implantación del cabello. La denominó cérvico craneofacial, indicando las ventajas de mantenerla oculta en algunos segmentos. Movilizó el músculo trapecio, como cobertura de las áreas de defecto estético ^(7,21). Luís A. Samengo traslado la herida cervical a la línea media anterior ⁽⁸⁵⁾ (**Fig 6c y 6d**).

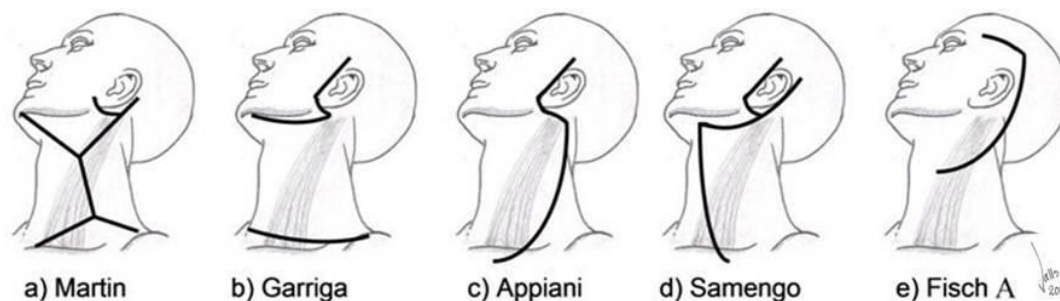


Fig 6. Incisiones cervico faciales para neoplasias malignas.

En 1a década de los ochenta, Ugo Fisch describió tres accesos craneofaciales laterales para la base de cráneo y fosa infratemporal. Indicados en tumores glomícos, colesteatomas y carcinomas

de la región. Identificados con letras mayúsculas, el tipo A permite la disección cervical, además de la mastoidectomía radical (**Fig 6e**) ⁽⁸⁶⁾. En la literatura al referirse al uso de incisiones combinadas de parotidectomías con disección cervical, se recomienda la simple extensión pre o retroauricular de los trazos comunes para disección cervical. Sin consideraciones a los conceptos de irrigación o adaptabilidad ^(16- 18, 56, 87, 88).

Motivado a la necesidad de un abordaje quirúrgico en pacientes con neoplasias malignas auriculares o faciales, con o sin radioterapia previa, que brindara exposición adecuada, aplicable a diversos procedimientos combinados, adaptable a los hallazgos intraoperatorios, emplazable según las premisas de irrigación arterial y con mínimas complicaciones, se documentó, desarrolló y modificó desde el año 2010, la experiencia en una incisión de uso común, la modificada de Bailey seguida de una extensión en “J” ^(16-18,56,87,88), para que cumpliera estos fines en la cátedra servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario. Se denominó colgajo cervicofacial superior adaptable (**Fig 7**). Combina los conceptos de los colgajos preauriculares y la exposición del nervio facial de Vilray Papin Blair ⁽¹⁴⁾ y Hamilton Bailey ⁽¹⁵⁾, las premisas de irrigación cutánea cervical identificadas por Kambic & Sirca ⁽⁸⁰⁾, con la adaptabilidad del procedimiento de acuerdo a la ubicación del tumor primario de Grandon & Brintnall ⁽⁵³⁾. es conocida como “Francisque”, por la similitud de su silueta al segur empleado por los pueblos francos durante la alta edad media.

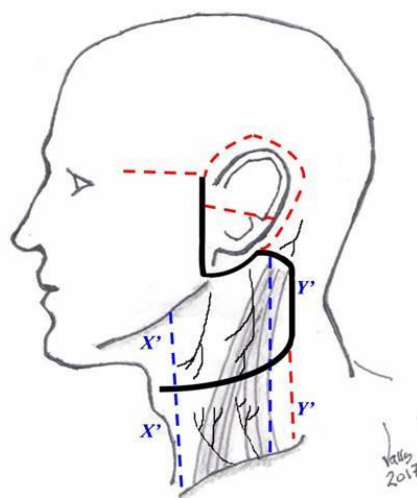


Fig 7. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable para neoplasias malignas.
(con letras y líneas interrumpidas azules distancia de bordes inf de mandíbula y sup de clavícula a rama transversal del abordaje. Los trazos interrumpidos rojos representan extensiones adaptables)

Conclusión

A lo largo del siglo pasado, se han descrito, recomendado, condenado y redescubierto una serie de diferentes abordajes quirúrgicos para la extirpación de neoplasias faciales y cervicales. Sucesivos cirujanos de diversas nacionalidades y en distintos periodos cronológicos fueron pioneros en el diseño de las intervenciones oncológicas y de las heridas quirúrgicas. Cabe citar a Theodor Kocher, Avelino Gutiérrez, Vilray Papin Blair, George W. Crile, D. Rochlin y Ugo Fisch.

Algunos como J. Roux Berger, Frank Lahey, Hamilton Bailey, Hayes Martin, R.

Schobinger, Joseph Attie y Vinko Kambic las delinearon por necesidades surgidas en los procedimientos. Varias incisiones han trascendido su uso en cirugía oncológica para incorporarse en el manejo de patologías infecciosas o heridas de guerra. En Argentina y Venezuela, Erdulfo Appiani y Esteban Garriga M. fueron innovadores en los abordajes quirúrgicos. Otros como Oscar Rodríguez Griman y Edgar Brito aplicaron interesantes modificaciones a los trazos originales. En la cátedra de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se ha caracterizado e impulsado el colgajo superior adaptable, sustentado en diversos conceptos y premisas históricas. Para cumplir los principios generales de exposición, vascularidad, cobertura, adaptabilidad y reconstrucción apropiada, las heridas quirúrgicas han evolucionado progresivamente de acuerdo al incremento en la radicalidad del procedimiento, la cobertura de los vasos cervicales sometidos a radioterapia previa, los estudios de irrigación cutánea del cuello, la comprensión de las vías de diseminación linfática y la incorporación de nuevas tecnologías. Han cambiado de intervenciones limitadas a selectivas. Las incisiones faciales y cervicales en cirugía oncológica están en permanente evolución.

Agradecimientos al Dr. Jaime Valls, al personal de la biblioteca del Centro Medico de Caracas en San Bernardino y del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

REFERENCIAS

- 1) Suen J, Stern S. Cancer of the neck. In: Myers E, Suen J, editors. Cancer of the Head and Neck. Third Edition. W.B. Saunders Company; 1996:462-484.
- 2) Arena S. Incisions. Laryngoscope. 1975; 85 (5): 823-828.
- 3) Clarke H. Fundamentos y técnica del vaciamiento radical del cuello. Clín Quir North Am 1961; Feb: 189-199.
- 4) Kerth J, Sisson G. Disección radical de cuello en el carcinoma de cabeza y cuello. Clín Quir North Am 1973 (Feb): 179
- 5) Mac Fee W. Transverse Incisions for neck dissection. Ann Surg 1960;151(2): 279-284.
- 6) Florián M. Bases Anatómicas de la Cirugía de Cabeza y Cuello: antecedentes históricos. Buenos Aires. Editorial Librería Akadia. 2010.
- 7) Appiani E, Delfino M. Plastic incisions for Facial and Neck tumors. Ann Plast Surg 1984;13: 335-352.
- 8) Mijares A. Abordaje periauricular en las lesiones de la glándula parótida. Rev Ven Oncol 2011; 23(3): 154-164.
- 9) McCune W. Total parotidectomy in tumors of the parotid gland. Arch Surg. 1951; 62: 715-723.
- 10) Janes R. Surgical treatment of tumors of the salivary glands. Surg Clin N Am. 1943;23: 1429-1439.
- 11) Montbrun F. El facial parotídeo y sus aplicaciones quirúrgicas. Bol Soc Ven Cir. 1967; XXI:573-584.
- 12) Beahrs O. Anatomía quirúrgica y técnica de la parotidectomía. Clin Qui N Am. 1977; Jun: 479-493.
- 13) Pilheu F, Guerrero J, Kañevsky L. Tumores de la Parotida. Act Oncol Venez 1972; 5: 35-52.
- 14) Blair VP. Surgery and diseases of the mouth and jaws. 3er edit. St Louis. CV Mosby; 1918. 492-523.
- 15) Bailey H. The Treatment of Tumours of the Parotid Gland. Brit J Surg 1941; 28(3): 337-346.
- 16) Larian B. Parotidectomy for Benign Parotid Tumors. Otolaryngol. Clin North Am 2016; 49: 395-413.
- 17) Saade R, Bell D. Benign Neoplasms of the Salivary Glands. In: Flint P, Robbins Th. (Edit). Cummings Otolaryngology. Head and Neck Surgery. 6ta edition. Elsevier Saunder, 2015; 86: 1238-1257.
- 18) Sunwoo J, Tomeh Ch. Malignant Neoplasms of the Salivary Glands. In: Flint P, Robbins Th. Editors. Cummings Otolaryngology. Head and Neck Surgery. 6ta edition. Elsevier Saunder, 2015; 87: 1258-1280.
- 19) Garriga Garcia E, Brito E. Disección de Cuello. Tumores de Cabeza y Cuello. Atlas Fotográfico [Internet].

- 2014: 10-94. Disponible en: <http://www.tumoresdecabezaycuelloatlas.blogspot.com-.url>.
- 20) Petelle B, Sauvaget E. Parotidectomies. In :Encycl Med Chir. Paris; Elsevier SAS; 2003: 46-510.
- 21) Martin H. Operations for Parotid Tumors. En: Martin H. Surgery of Head and Neck Tumors. Hoeber Harper Book; 1957: 321-335.
- 22) Guzman Blanco B, Peña L. Afecciones de Glándulas Salivares. Centro Med Caracas 1955; 5: 19-24.
- 23) Hernandez C. Tratamiento Quirúrgico de los Tumores de la Glándula Parótida. Bol Soc Venez Cir 1966; XX: 1201.
- 24) Garriga Esteban. Incisión estética en la parotidectomía. Centro Med Caracas 1994; 102: 33-38.
- 25) Rodríguez O. Nuevo abordaje de las lesiones parotídeas. Gac Med Caracas 1999; 107(2): 227-231.
- 26) Ferlito A, Rinaldo A. Neck dissection: past, present and future? J Laryngol Otol 2006; 120: 87-92.
- 27) Rinaldo A, Ferlito A. Early history of neck dissection. Eur Arch Otorhinolaryngol 2008; 265: 1535.
- 28) Ellis M. Surgical techniques following irradiation of the neck. J Laryng 1963; 77: 872-908.
- 29) Catlin D. Irradiación preoperatorio para disección cervical. Clín Quir North Am 1967; Oct: 1131-1137.
- 30) Hetter S. Neck Incisions Relative to the cutaneous vasculature of the neck. Arch Otolaryng. 1972; 95: 84 - 87.
- 31) Robbins KT. Incisions for neck dissection modifications. Laryngoscope. 1994; 104: 1041-1044.
- 32) Woo Y, Chang E. Robotic approaches to the neck. Otolaryngol. Clin North Am. 2014; 47: 433-454.
- 33) Tracy J. A Brief History of Cervical Lymphadenectomy. In: Raja Kummoona, editor. Neck Dissection- Clinical Application and Recent Advances..Intech; 2012: 7-22.
- 34) Shedd D. The work of Henry T. Butlin. Am J Surg 1997; 173: 234-236.
- 35) Andrews W. Cirugía del cuello. En: Keen W, editores. Cirugía, tratado teórico-practico de patología clínico quirúrgico. Tercera edición. Salvat; 1917; III (35): 285-348.
- 36) Armkrecht W. Hei lungs ergebnissebe im Lippenkrebs. Deutsche Zeitschriftfur Chirurgie 1906; 85: 641-656.
- 37) Razetti L. La traqueostomía preliminar en la cirugía de los maxilares, de la lengua y de la faringe. Lecciones y notas de cirugía clínica. Imprenta Nacional. Caracas. 1917: 191-195.
- 38) Ferlito A .European surgeons were the first operation form neck dissection. Laryngoscope 2007; 117:797-802.
- 39) Crile GW. On the surgical treatment of the head and neck. Trans South Surg Gynecol Assoc 1905; 18: 108-127.
- 40) Crile G. Excision of cancer of the head and neck. JAMA 1906; 47:1780-1785.
- 41) Rodríguez O. Disección de cuello. Evolución histórica. Gac. Med. Caracas 2005; 113(4):544-551.
- 42) Kepal N Patel. Neck Dissection: Past, Present, Future. Surg Oncol Clin North Am. 2005; 14: 461-477.
- 43) Brown J. Neck dissections for metastasic carcinoma. Surg, Gyn Obst 1944; 79: 115-124.
- 44) Huffman WM, Lierbe D. Neck Dissections. Plast Reconstruct Surg 1953; 11: 115-146.
- 45) Roux Berger J. L' Exerese Chirurgicale des Tumeurs Malignes de la Region Carotidienne. La Presse Medicale. 1920; 84: 827-828.
- 46) Delmas J, Fiolle J. Carotide Primitive et Jugulaire Interne. In: Masson et cie, (editeurs). Technique chirurgicale. Découverte des vaisseaux profonds. Libraires de L'Academie de Medecine 120. Paris. 1917;(XI): 101-110.
- 47) Sencert L. Blessures des vaiseaux du cou et aneurismes du cou. En: Masson et cie, editeurs. Les blessures des vaiseaux. Paris : Libraires de l'Academie de Médecine 120 ; 1917 : 130- 151.
- 48) Constantini H. Blessures des gros vaisseaux du cou et de leurs branches. La Presse Medicale 1918; 6 (Jan): 51 - 52.
- 49) Lejars F. Plaies du cou. En: Masson et cie, éditeurs. Traite de chirurgie d'urgence. Neuvième ed. Paris : Libraires de l'Académie de Médecine 120 ; 1936 :156-175.

- 50) Blair V, Brown J. The treatment of cancerous cervical lymph-nodes. *Ann Surg* 1933; 98: 650-661.
- 51) Lahey F, Hare H, Warren S. Carcinoma of the Thyroid. *Ann Surg* 1940; 112: 977
- 52) Eckert Ch, Byars LT. The surgery of papillary carcinoma of the thyroid gland. *Ann Surg* 1952; 83-89.
- 53) Grandon E, Brintnall E. A Utility neck incision. *Arch Otolaryngol*. 1960; 72: 743-745.
- 54) Johnson J, Myers E. Management of Complications of Head and Neck Surgery. In: Myers E, Suen J. Editors. *Cancer of the Head and Neck*. Third Edition. W.B. Saunders Company; 1996: 35-42.
- 55) Shumrick D. Related head and neck surgery and reconstruction. In: Paparella and Shumrick, Editors. *Otolaryngology*. Vol 3. Head and Neck. W.B. Saunders Company; 1973: 816-818.
- 56) Robbins T, Samant S, Ronen O. Neck Dissection. En: Flint P, Robbins T, Haughey B., (Edit). *Cummings, Otolaryngology, Head and Neck Surgery*. 6ta edicion. Elsevier Saunders; 2015: 1837-1861.
- 57) Martín HE, Del Valle B, Ehrlich H. Neck dissection. *Cancer* 1951; 4: 441-449.
- 58) King D. Cirugía radical de cabeza y cuello en pacientes irradiados. *Clín Quir North Am* 1965; Junio: 567 - 572.
- 59) Schobinger R. The use of a long anterior skin flan in radical neck resections. *Ann Surg* 1957; 146: 221 - 223.
- 60) Babcock W, Conley J. Neck Incision in Block Dissection. *ArchOtolaryng* 1966: 84; 554-557.
- 61) Garriga Michelena E. Nueva incisión en el tratamiento quirúrgico de los tumores de la cabeza y el cuello. *Bol Soc Ven Cir* 1960; 14: 210-237.
- 62) Jurkiewicz M, Bostwick J. Anatomia quirurgica del cuello. *Clin Quir North Am*. 1974; Dic: 1269-1276.
- 63) Valls JC. Experiencia en disecciones cervicales. Trabajo de ascenso a la categoría de Asistente. Cátedra de Clínica Otorrinolaringológica, Escuela Luís Razetti. Universidad Central. 2013.
- 64) Ravelo J. Juicio critico al trabajo de incorporación "Disección radical del cuello". *Gac Méd Caracas*. 2005; 113 (4).
- 65) Grillo H, Edmundo H. Radical neck dissection after irradiation. *Ann Surg* 1965; March: 361-364.
- 66) Latichevsky A, Freund II. Long Upper Flap Incisión for Radical Neck Dissection. *Surgery* 1960; 47: 206 - 209.
- 67) Rodríguez O. Vaciamiento de cuello. *Bol Soc Ven Cir* 1971; XXV (117): 118-160.
- 68) Guzman B, Erminy A. Vaciamiento radical de cuello. *Memorias del III Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología*. Caracas, Venezuela. 1954; 385-436.
- 69) Benitez G, Paris A. Cátedra de Clínica y terapéutica "C". Parte 1. *Rev Fac Med*. 2012; 35 (2): 43-49.
- 70) Montbrun F. Vaciamiento ganglionar de cuello en cirugía general. *Bol Soc Ven Cir*. 1965; 19(3): 483 -495.
- 71) Marquez Reveron A. El uso de un gran colgajo anterior o incisión de Schobinger. *Acta Onc Ven*. 1969; II: 81-84.
- 72) González Celis J. Cirugía del cáncer del cuello. Ciclo de conferencias. *Soc Ven Cir*. 1953:7-14.
- 73) Teran A. Nuestra experiencia en tumores malignos de cabeza y cuello. *Act Oncol Venez* 1974; VII : 15 - 61.
- 74) Valls J C. Experiencia en laringectomías totales en el hospital Universitario de Caracas. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2016; 67 (Julio-Sept). Disponible en: <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=125&n=5375>.
- 75) Rochlin D. Posterolateral neck dissection for malignant neoplasms. *Sur GynObst* 1962; Sep 369-373.
- 76) Brito E, Pacheco C, Garriga E. Disección posterolateral del cuello. *Rev Ven Onc* 1998; 10 (1): 18-28.
- 77) Suárez O. El problema de las metástasis linfáticas y alejadas del cáncer de laringe e hipofaringe. *Rev Otorrinolaringol*. 1963; 23:83-89.
- 78) Bocca E, Pignataro O, SasaKi C. Functional Neck Dissection. *Arch Otolaryngol* 1980; 106: 524-527.
- 79) Gavilán C, Blanco A. El Vaciamiento Funcional Radical Cervico ganglionar. *Act ORL Iber-Amer* 1972; 23 (5): 703

- 80) Kambic V, Sirca A. H incisión-method of choice for radical neck dissection. J Laringol Otol 1977; 91: 383 - 390.
- 81) Freeland A, Rogers J. The Vascular Supply of the Cervical Skin. Laryngoscope 1975; 84: 714-725.
- 82) Lindberg R. Distribution of cervical lymph nodes metastasis. Cancer 1972; 29:1446-1449.
- 83) Jesse R, Ballantyne AJ, Larson D. Radical or modified neck dissection. Am. J. Surg 1978; 136:516 - 519.
- 84) Calvo A. Algunas consideraciones sobre la cirugía de los tumores. Memorias del I Congreso Venezolano de Cirugía. Estado Sucre. 1951: 448-462.
- 85) Samengo L. Incisión cervicofacial para disección radical del cuello. Prensa Med Arg 1970; 57: 1181-1182.
- 86) Branovan D. Accesos craneofaciales laterales para la base del cráneo. Clín Otorr North Am 2001; 6: 1159 - 1180.
- 87) Lore J, Medina J. La glándula parótida y el tratamiento de la neoplasia maligna. En: Lore J, Medina J, Editores. Atlas de cirugía de Cabeza y Cuello. 4ta edición. Editorial Medica Panamericana; 2005: 886.
- 88) Shah JP, Patel SG. Ganglios Linfáticos Cervicales. Cirugía y oncología de cabeza y cuello. Tercera edición. St. Louis: Mosby; 2003. 353 - 394.