



11209
2 ej 92

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza

Instituto Mexicano del Seguro Social

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL**

DISECCION RADICAL DE CUELLO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

E S P E C I A L I S T A E N

C I R U G I A G E N E R A L

P R E S E N T A :

DR. ESTEBAN VARGAS MONTIEL

ASESOR: DR. MARCO ANTONIO PIZARRO

SECCION DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL HECMR



MEXICO, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- I INTRODUCCION**
- II ASPECTOS HISTOPATOLOGICOS**
- III INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES**
- IV ANATOMIA QUIRURGICA DEL CUELLO**
- V TECNICA QUIRURGICA**
- VI COMPLICACIONES**
- VII SUPERVIVENCIA Y RECURRENCIA**
- VIII HIPOTESIS DE TESIS**
- IX MATERIAL Y METODOS**
- X RESULTADOS**
- XI DISCUSION Y CONCLUSIONES**
- XII BIBLIOGRAFIA**

I INTRODUCCION

La Disección Radical del Cuello en el manejo del cáncer de cabeza y cuello fue considerada como un procedimiento separado, cuando en realidad debe ser considerada - como una linfadenectomía de las áreas de ganglios linfáticos asociados con sitios primarios del cáncer de cabeza y cuello, y como parte del tratamiento quirúrgico de estas neoplasias.

Aunque los cánceres de cabeza y cuello fueron tratados a fines de 1800 y principios de 1900, esto fue hecho en lesiones tardías, la mortalidad fue tan alta como del - 50 % y las tasas de recurrencia en pacientes sobrevivientes fue del 75 %. En 1906 GRILE describió lo que ha sido conocida como la DISECCION RADICAL DE CUELLO, para la remoción de los ganglios linfáticos cervicales del - cuello, en bloque, envueltos en una fascia, comprendiendo de la mandíbula a la clavícula.

La clave de la disección, como originalmente fue descrita, fue la remoción de la vena yugular interna y su tejido linfático. Posteriormente el músculo esternocleidomastoideo fue también incluido para una mejor exposición. Subsecuentemente, la resección en bloque fue modificada e incluyó el nervio espinal accesorio (BLAIR Y BROWN), y el tejido linfático del triángulo cervical - posterior, para remover los ganglios linfáticos cervicales completamente. La inclusión de tales estructuras en la disección en bloque fue hecha para evitar una incompleta remoción del tejido linfático y comprometer el - control de la enfermedad metastásica.

Cirujanos de cabeza y cuello en todo el mundo propusieron la disección radical de cuello en el tratamiento - quirúrgico para el carcinoma metastásico de los ganglios linfáticos cervicales.

Esto fue aceptado por la asociación con su baja mortalidad y la supervivencia lograda, la cual no tuvo signifi-
cante mejoría después de la introducción de la radiación. Las tasas de recurrencia observadas cuando el tejido removido no presenta evidencias de metástasis ha sido del 7.5 % y cuando hay metástasis en la pieza disecada es del 26 %. (12, 13, 18).

En 1940 los cirujanos de cabeza y cuello comenzaron a tener mejores resultados, Hayes Martin menciona cuatro razones para esto:

- 1.- La disponibilidad de la anestesia intratraqueal para la protección de las vías aereas durante la ciru-
gia.
- 2.- La introducción de antibióticos y control de las in-
fecciones.
- 3.- Las transfusiones sanguineas para compensar las per-
didas durante la cirugía.
- 4.- La disponibilidad para obtener injertos de piel, pa-
ra cerrar los defectos después de la incisión radical.

Posteriormente otros dos factores adicionales fueron agregados, mejorando los resultados y reduciendo la mortalidad.

- 1.- El reconocimiento por Batson, que el sistema venoso cervical paravertebral es mayor que el sistema yugu-
lar, por lo que la disección radical de cuello bila-
teral es posible cuando esta indicada, ya sea al mismo tiempo o en forma diferida.
- 2.- El drenaje por succión después de la cirugía, permi-
te una aspiración de sangre, suero y exudado de toda la herida y que el tejido viable sea aproximado asegurando una curación primaria, previniendo la mortalidad asociada con la pérdida de colgajos.

La pérdida de la función del músculo trepecio, al cual es inervado por el nervio espinal accesorio, representa el más importante evento contra la disección radical de cuello, por todas las secuelas que lleva consigo, con una morbilidad a largo plazo. Por lo que preservación ha sido uno de los principales puntos de controversia.

En 1945 Dargent propuso salvar el nervio espinal accesorio en casos selectos de disección del cuello, cuando los ganglios linfáticos cervicales no estaban envueltos por metástasis. Bocca (1953), Pietrantonio (1959) y Skolnik (1967) propusieron la preservación del nervio espinal accesorio en disecciones electivas del cuello. El acceso conservativo fue desarrollado más tarde por Bocca y Pignataro en 1968, en que describieron la preservación del músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular interna, la glándula submaxilar y el nervio espinal accesorio. Esta "Disección conservativa del cuello" representa una disección radical de todo el espacio lateral del cuello junto con el sistema linfático, sin sacrificio de estructuras vitales adjuntas. Ellos expresan la opinión de que el sacrificio de estas estructuras no aumentan en nada la radicalidad de la operación, pero simplemente hace el procedimiento más rápido y fácil. Ballantyne en 1960 comenzó a explorar la posibilidad de una resección sencilla de todos los grupos de ganglios con alto riesgo de ser envueltos por metástasis, y nervios, vasos y musculos que no estuvieran invadidos por cáncer fueran preservados. En 1970 Bocca y colaboradores popularizaron la disección funcional del cuello. A partir de todas estas publicaciones, existen varios tipos de disecciones modificadas de cuello, dentro de las cuales se encuentran:

- Dissección suprahiodea:** En la que los ganglios submentales y suprahiodeos son removidos.
- Dissección supraomohiodea:** En la que los ganglios submentales, submaxilares, subdigástricos, cervicales posteriores y yugular medio son removidos.
- Dissección anterior modificada:** En que los ganglios subdigástricos, medioyugulares y yugulares inferiores son removidos.
- Dissección posterior:** En la que los ganglios superiores, medios e inferiores cervicales son removidos.
- Dissección inferior:** En la que los ganglios cervicales posteriores, supraclaviculares y yugulares inferiores son removidos.
- Dissección funcional:** En que los ganglios submentales, - submaxilares, subdigástricos, medioyugulares, yugulares superiores, - medios e inferiores y cervicales - posteriores son removidos.

En 1975 Conley, aviso que más modificaciones que son aplicadas a la dissección clásica en bloque, puede llevar a fallar en el esfuerzo para controlar el cáncer. Salvar la vena yugular interna, el músculo esternocleidomastoideo y el nervio espinal accesorio, pueden reducir la efectividad de la operación y el pronóstico. (18,23)

II ASPECTOS HISTOPATOLOGICOS

Se han reportado una amplia variedad de sitios primarios de cáncer de cabeza y cuello, en los que es necesaria la disección radical de cuello, siendo los siguientes:

Cavidad Oral: Labios
Mucosa Bucal
Encias
Piso de la boca
Lengua

Faringe: Amígdalas
base de la lengua
Seno piriforme
Fosa tonsilar
Epiglotis

Laringe: Cuerdas vocales

Glándulas

Salivales: Parotida
Submaxilar
Sublingual

Glándula tiroides:

Glándulas sebáceas:

Glándulas lagrimales:

Hipofaringe:

Piel:

Dentro del grupo de la cavidad oral la neoplasia más frecuente es el Carcinoma eodermoide, los mismo que el grupo de faringe, en los que se refiere a las glándulas de los diferentes tipos, el adenocarcinoma el más frecuente. A nivel de piel se puede presentar el carcinoma epidermoide y el melanoma.

En las neoplasias de cabeza y cuello se utiliza la clasificación del Comité de Estadificación del Cáncer de cabeza y cuello, el cual se refiere a los relevos ganglionares cervicales.

NO Ganglios cervicales no palpables.

N1 Ganglio cervical palpable, solitario menor de 3 cm.

N2 Múltiples ganglios cervicales o solitario mayor de 3 cm y menor de 6 cm.

N3 ganglios cervicales palpables mayores de 6 cm o fijo.

En la literatura mundial se han encontrado ganglios linfáticos positivos microscópicamente en estudios patológicos. Croft reporta una incidencia de 40 % y Jesse de 20 % en estadio NO. Esta variación es sorprendente, y esto más probablemente está relacionado con la diligencia con que el espécimen resecaado es examinado. Linderg descubrió la frecuencia de metástasis regionales de acuerdo al sitio del tumor primario, de los 10 sitios estudiados, el grupo ganglionar más frecuentemente envuelto fue el grupo digástrico y posteriormente le siguieron los grupos cervicales posteriores superior, medio e inferior, por lo que se confirma que la porción superior del nervio espinal accesorio se encuentra en una área que frecuentemente está envuelta por metástasis cervicales por cáncer primario de cabeza y cuello.

Algunos otros autores han reportado en la literatura una incidencia de ganglios no palpables microscópicamente positivos que varía de 20 a 50 % por carcinoma de los 2/3 anteriores de la lengua y de 38 % por carcinoma del seno piriforme.

Se han realizado estudios para determinar el sitio de grupos ganglionares que más frecuentemente se ven involucrados con metástasis con los siguientes resultados. Cuando se encontrare un carcinoma epidermoide, los grupos ganglionares que más estuvieron envueltos por metástasis fueron los yugulares superiores y medios (cavidad oral y orofaringe).

Cuando se encuentre un adenocarcinoma, se determinó que esta variedad de neoplasia es la que más frecuentemente da metástasis a distancia e involucra al grupo de ganglios yugulares inferiores más frecuentemente.

En un carcinoma anaplasico o indiferenciado, se encontró una distribución igual de metástasis ganglionares en los diversos grupos ganglionares. Lo mismo sucedió con el melanoma.

Con lo que respecta al carcinoma metastásico de origen oculto se demostró que un 30 % de los casos se realiza el diagnóstico transoperatoriamente, otro 30 % se identifica el primario después de la cirugía, y en el resto de los pacientes nunca se encuentra el primario, con una supervivencia de estos pacientes a los 2 años del 29 a 48 %. Otros estudios con lo que respecta al melanoma han demostrado que los sitios más frecuentes de metástasis han sido los ganglios cervicales posteriores inferiores, parotídeos y yugulodigástricos.

Otro estudio con lo que respecta al carcinoma del tiroides han reportado la presencia de metástasis en promedio de 1 a 20 ganglios por especimen disecado con un total de 10 a 90 ganglios.

Este estudio demostró los sitios más frecuentes de metástasis por carcinoma de tiroides:

| | |
|-------------------------------|------|
| Ganglios yugulares superiores | 21 % |
| Ganglios yugulares medios | 80 % |
| Ganglios yugulares inferiores | 64 % |
| Ganglios supraclaviculares | 31 % |
| Ganglios espinales | 10 % |
| Ganglios submandibulares | 10 % |
| Ganglios submentales | 2 % |

(2, 3, 6, 8, 9, 12, 15, 17, 18)

III INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones:

- a. La existencia de metástasis operables en los ganglios cervicales secundariamente a un tumor primitivo de cabeza y cuello, constituye la única indicación incuestionable de disección cervical. Más aún, es preciso que se haya controlado el tumor primitivo con alguna terapéutica previa, o tiene que ser potencialmente controlable mediante un tratamiento concomitante.
- b. La disección cervical, se recomienda de ordinario en casos de adenopatías metastásicas cervicales operables, originadas en un carcinoma epidermoide primitivo oculto (presumiblemente originado en cabeza y cuello), pero se realizará sólo después que manos experimentadas hayan buscado una y otra vez el tumor primitivo.
- c. Cuando se secciona el maxilar inferiores (lengua 1/3 posterior, encía) y se exponen tejidos cervicales altos.

Contraindicaciones:

- a. No se practicará una disección cervical en casos de un tumor primitivo incontrolado o incontrolable. Con Mayor frecuencia la disección cervical está contraindicada por tratarse de lesiones muy avanzadas, es decir cuando resulta imposible la extirpación completa del tumor primitivo y de las masas cervicales. La fijación pretraqueal o prevertebral en muchas ocasiones es difícil de determinar y constituye una causa habitual de inoperabilidad. La invasión amplia de la piel suele ser una contraindicación a la disección sobre todo si hay invasión a los linfáticos superficiales.

b. La contraindicación mas obvia a la disección cervical consiste en la existencia de metástasis a distancia, ya que dichas metástasis hacen imposible el control total de la lesión. Ha de señalarse que las metástasis a distancia son raras, excepto en el caso de tumores primitivos amplios o recidivantes con metástasis ganglionares regionales.

IV ANATOMIA QUIRURGICA DEL CUELLO

En la constitución de la musculatura del cuello entran músculos de diversos origen.

1.- Derivados de los arcos viscerales:

a. Derivados del primer arco visceral:

Músculo milohiideo

Ventre anterior del músculo digástrico

b. Derivados del segundo arco visceral:

Músculo estilohiideo

Ventre posterior del músculo digástrico

Platisma

c. Derivados de los arcos branquiales:

Músculo esternocleidomastoideo

2.- Músculos propios del cuello:

a. Anteriores:

Músculo esternohiideo

Músculo esternotiroides

Músculo tirohiideo

Músculo omohiideo

Músculo Genihiideo

b. Laterales:

Músculo escaleno anterior

Músculo escaleno medio

Músculo escaleno posterior

c. Prevertebrales:

Músculo largo del cuello

Músculo largo de la cabeza

Músculo recto anterior de la cabeza

Topográficamente, los músculos del cuello se dividen en los siguientes grupos:

Músculos superficiales del cuello:

1. **Músculo platisma:** Está situado por debajo de la piel sobre la lámina superficial de la fascia cervical, - en forma de una capa delgada. Se inicia a nivel de la segunda costilla y se inserta en el borde de la mandíbula y en las fascias parotídea y maseterica. Se encuentra inervado por el nervio facial. Tracciona la piel del cuello y tracciona hacia abajo el ángulo de la boca, lo que tiene importancia en la mímica facial.
2. **Músculo esternocleidomastoideo:** Se encuentra por debajo del platisma, se inicia en el manubrio del esternón y en la extremidad esternal de la clavícula y por arriba se inserta en el proceso mastoideo y en la línea nuchal superior, se encuentra inervado por el nervio espinal y VII. Sus funciones son las siguientes, en su contracción unilateral hace inclinar hacia su lado la porción cervical de la columna vertebral, al propio tiempo tiene lugar el levantamiento de la cabeza, con rotación de la cara hacia el lado opuesto. Su contracción bilateral mantiene la cabeza en posición vertical.

Músculos de la región anterior del cuello:

Músculos suprahioides:

1. **Músculo milohioides:** Se inicia en la línea milohioides de la mandíbula, dirigiéndose medialmente terminando en un rafe tendinoso que se extiende desde la cara interna del mentón hasta el cuerpo del hioides. La parte posterior del músculo se inserta en el cuerpo del hioides, ambos músculos constituyen un suelo muscular, diafragma de la boca, que cierra por abajo la cavidad oral.

2. **Músculo digástrico:** El vientre anterior situado en la cara inferior del diafragma de la boca, se inicia en la fosa digástrica de la mandíbula y se dirige hacia atrás y lateralmente, hacia el hueso hioides. El vientre posterior se inicia en la ranura digástrica del proceso mastoideo y se dirige hacia abajo oblicuamente hasta continuarse con el vientre anterior, el tendón intermedio se une al cuerpo y cuerno mayor del hioides.
3. **Músculo estilohiideo:** Desciende oblicuamente desde el proceso estiloides del temporal hacia el cuerpo del hioides, formando dos fascículos (hoja del digástrico) para dar paso al tendón intermedio del músculo digástrico.
4. **Músculo genihioideo:** Se extiende sobre el músculo milohiideo, a lo largo del rafe, desde la espina mental de la mandíbula hasta el cuerpo del hioides.

Funciones: Los cuatro músculos son elevadores del hueso hioides y son antagonistas de los músculos de la masticación, hacen descender la mandíbula, excepto el estilohiideo. También contribuyen en la deglución.

Músculos infrahioides:

1. **Músculo esternohiideo:** se inicia en la cara posterior del manubrio del esternón, de la articulación esterno-clavicular y de la extremidad esternal de la clavícula, corre hacia arriba hasta insertarse en el borde inferior del hueso hioides. Tracciona hacia abajo el hueso hioides.
2. **Músculo esternotiroideo:** Situado por atrás del anterior, se inicia en la cara posterior del manubrio del esternón y en el cartilago de la I costilla, se dirige hacia arriba y se inserta en la cara lateral del cartilago tiroideo. Hace descender la laringe.

3. **Músculo Tirohiodeo:** Se extiende desde la línea oblicua del cartilago tiroideo hacia el cuerpo y cuerno mayor del hueso hioides. Su función estando fijo el -hueso hioides, es traccionar hacia arriba la laringe.
4. **Músculo omohiodeo:** Está compuesto de dos vientres, -unidos entre sí casi en ángulo recto por un tendón -intermedio. El vientre inferior, se inicia medialmente a la incisura escouler, pasa a través del espacio preescaleno por detrás del esternocleidomastoides, donde a través de su tendón intermedio se continúa con el vientre superior dirigido casi verticalmente hacia arriba, hacia el cuerpo del hioides. Las funciones de este músculo son la de traccionar hacia abajo el hioides y coopera a la dilatación de los -troncos venosos importantes situados en el espesor -de la fascia cervical.

Músculos laterales profundos insertados en las costillas.

1. **Músculo escaleno anterior:** se inicia en los tubérculos anteriores de los procesos transversos de la III -VI vértebras cervicales y se inserta en el tubérculo anterior de la I costilla. Por delante del surco de la arteria subclavia.
2. **Músculo escaleno medio:** Se inicia en el tubérculos anteriores de los procesos transversos de todas las vértebras cervicales y se inserta en la I costilla, por detrás del surco de la arteria subclavia.
3. **Músculo escaleno posterior:** Se inicia en los tubérculos posteriores de las tres vértebras cervicales inferiores y se inserta en la cara exterior de la II -costilla. Las funciones de estos músculos es elevar las costillas superiores, actuando como músculos inspiratorios.

flexiona hacia adelante la porción cervical de la columna, y por su contracción unilateral, flexionan y hacen girar hacia su lado la columna vertebral.

Músculos prevertebrales:

1. **Músculo largo del cuello:** Compuesto de tres fascículos de fibras; a. uno que va de la cara anterior del cuerpo de las tres vértebras torácicas superiores y las tres cervicales inferiores hacia la cara anterior de la II a la IV vértebras cervicales. b. fascículo oblicuo superior que va de los tubérculos anteriores de los procesos transversos, de la III a la V vértebras cervicales, al tubérculo anterior del atlas y al cuerpo del axis. c. oblicuo inferior que se inicia en el cuerpo de las tres vértebras torácicas superiores, y se insertan en el tubérculo anterior de los procesos transversos de las V y VI vértebras cervicales.
2. **Músculo largo de la cabeza:** Se inicia en los tubérculos anteriores de los procesos transversos de la III a VI vértebras cervicales, y se inserta en el proceso basilar del occipital.
3. **Músculos rectos, anterior y lateral de la cabeza:** Se extienden desde las porciones laterales del atlas y transversos del mismo hacia el hueso occipital.

Funciones: El anterior y largo de la cabeza, flexionan la cabeza hacia adelante. El largo del cuello al flexionarse provoca inclinación lateral.

Topografía del cuello:

Comprende cuatro regiones que son:

Región posterior: está situada por detrás del borde lateral del músculo trapecio, constituyendo la región de la nuca.

Región lateral:

Se encuentra por detrás del esternocleidomastoideo, estando limitada por delante por este músculo, por abajo por la clavícula y por detrás por el trapecio.

La región esternocleidomastoidea:

Corresponde a la proyección de dicho músculo.

Región anterior:

Se halla por delante del esternocleidomastoideo, estando limitada por detrás por este músculo, y por delante por la línea media del cuello y por arriba por el borde inferior de la mandíbula.

Las regiones anterior y lateral, se subdividen en una serie de zonas triangulares por el músculo omohioideo, que atraviesa esas zonas oblicuamente hacia abajo y atrás, - entrecruzándose con el esternocleidomastoideo.

Trigono omoclavicular:

Limitado por el esternocleidomastoideo por delante, el vientre inferior del omohioideo por arriba y clavícula - por abajo. (región lateral).

Trigono carotídeo:

Por el que pasa la arteria carótida, formado por el esternocleidomastoideo por detrás, el vientre posterior - del digástrico por delante y arriba, y el vientre superior del omohioideo por delante y abajo. (región anterior)

Trigono submandibular:

En el se encuentra la glándula submandibular, formado - por el borde inferior de la mandíbula por arriba y los dos vientres del digástrico.

Fascias del cuello:

Las fascias del cuello reflejan la topografía de los órganos de la región cervical.

1. Fascia superficial del cuello:

Constituye una parte de la fascia general superficial (subcutánea) del cuerpo y se continúa sin interrupción en las regiones vecinas. Contiene en su espesor al músculo platisma.

2. Lámina superficial de la fascia propia del cuello:

Abarca todo el cuello como un manguito fibroso, cubriendo los músculos supra e infrahiodeos, las glándulas salivales y los vasos y nervios. Por arriba se inserta en la mandíbula y el proceso mastoideo, continuándose en la cara con las fascias parotídea y maseteríca. Por abajo se inserta en el borde anterior del manubrio esternal y en la clavícula.

3. Lámina profunda de la fascia propia del cuello:

Sólo está desarrollada en la parte media del cuello, por detrás de los músculos esternocleidomastoideos, en donde se halla extendida en forma de trapezoide en un espacio triangular limitado por arriba por el hueso hioides, por los lados por los omohioides y por abajo por la clavícula y el esternón.

4. Fascia endocervical del cuello:

Rodea los órganos cervicales (laringe, tráquea, glándula tiroidea, faringe, esófago y vasos importantes).

5. Fascia prevertebral:

Cubre por delante los músculos prevertebrales y los esclenos, e insertándose en los procesos transversos de las vértebras, crea una vainita para los músculos citados.

Ganglios linfáticos de cabeza y cuello:

Los ganglios linfáticos están dispuestos simétricamente a cada lado de cabeza y cuello, en cadenas circulares y verticales, y comprenden los siguientes grupos.

a. Ganglios Occipitales:

Drenan la linfa de los vasos linfáticos de la zona posterolateral de las regiones temporal, parietal y occipital de la cabeza.

b. Ganglios Retroauriculares:

Recogen la linfa de las regiones arriba mencionadas y también de la cara posterior del pabellón de la oreja, del meato acústico externo y de la membrana timpánica.

c. Ganglios Parotídeos superficiales y profundos:

recogen la linfa de la frente, sienes, zona lateral de los párpados, cara exterior del pabellón de la oreja, articulación temporomandibular, glándula parótida, glándula lagrimal, paredes del meato acústico externo, membranas del tímpano y la tuba auditiva.

d. Ganglios Submandibulares:

Recogen la linfa del bulbo del ojo, musculatura mímica, mucosa de las mejillas, labios, encías, glándulas mucosas de la cavidad oral, glándulas submandibulares y sublinguales.

e. Ganglios submentales:

Recogen la linfa de las mismas zonas que los ganglios submandibulares y además de la punta de la lengua.

f. Ganglios Bucales:

Recogen la linfa de la mucosa de las mejillas y del músculo bucinador.

g. Ganglios Retrofaringeos:

En ellos afluye la linfa de la mucosa nasal y de sus anexos, senos neumáticos, paladar óseo y blando, raíz de la lengua, rinofaringe y orofaringe así como la - del oído medio.

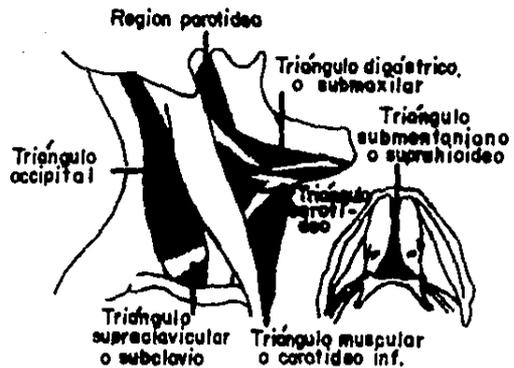
La linfa de todos estos grupos ganglionares es recogida por los ganglios cervicales, los cuales se dividen en 2 grandes grupos: Ganglios cervicales superficiales y profundos: Los ganglios cervicales superficiales se subdividen en anteriores situados debajo del hueso hioides, y los laterales situados a lo largo de la vena yugular externa. Los ganglios cervicales profundos están dispuestos en forma de cadenas a lo largo de la vena yugular interna, que se dividen en superiores, medios e inferiores, a lo largo de los nervios espinales (ganglios espinales) y de la arteria transversa del cuello (supraclaviculares).

Además en el cuello se distinguen los ganglios prelaringeos, pretiroideos, pretraqueales y traqueales (ambos lados de la tráquea).

De los ganglios cervicales profundos son dignos de atención, el ganglio yugulodigástrico, que está situado sobre la vena yugular interna a nivel del cuerpo del hioides. El cual al recibir la linfa de los vasos aferentes del tercio posterior de la lengua, aumenta extraordinariamente de volumen en los casos de neoplasia de la lengua.

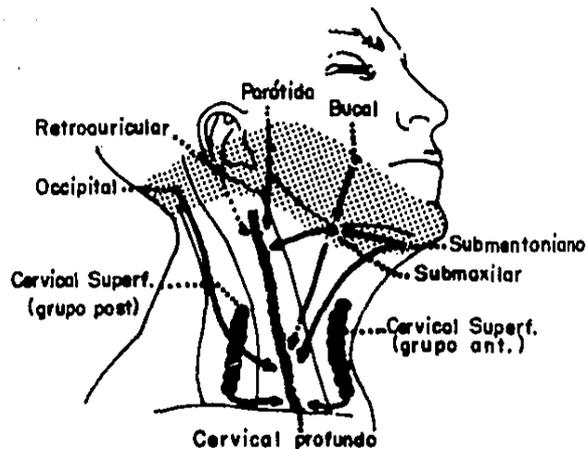
Otro ganglio que destaca es el yuguloomohiideo, el cual se encuentra junto a la vena yugular interna directamente sobre el músculo omohiideo. Recibe la linfa de la lengua directamente o mediante los ganglios submentales y submandibulares, a donde pueden difundir las células cancerosas.

La desembocadura de los ganglios cervicales profundos del lado derecho es en el conducto linfático derecho o directamente en el ángulo venoso derecho. Y el izquierdo en el conducto torácico o directamente en el ángulo venoso izquierdo. (figuras 1, 2, y 3.).



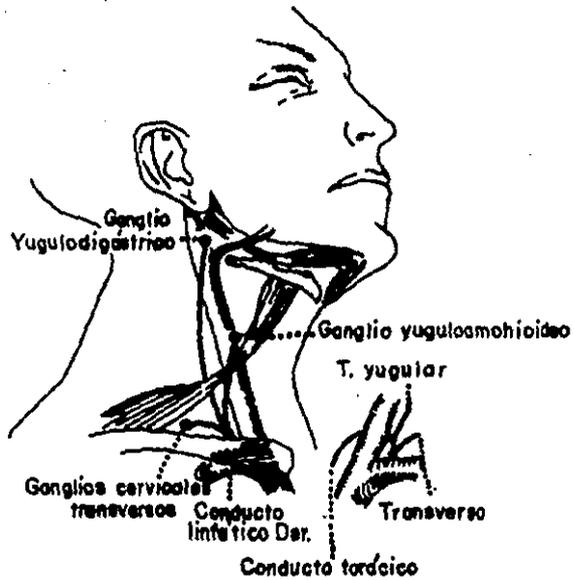
DIBUJO 1

TRIANGULOS DEL CUELLO



DIBUJO 2

A). DRENAJE LINFÁTICO DE CABEZA Y CUELLO



DIBUJO 3

8). GLANGLIOS LINFATICOS CERVICALES PROFUNDOS

V TECNICA QUIRURGICA

Los márgenes periféricos de la operación son:

Superior: cuerpo del maxilar inferior, tercio inferior de glándula parótida y apofisis mastoides.

Inferior: Clavicula.

Posterior: Borde anterior del trapecio.

Anterior: Espacio submentoniano encima del hioides, sigue la línea media hasta el hueso supraesternal.

Profundida: Hasta músculos prevertebrales y laterales de la columna cervical.

La incisión utilizada es de acuerdo al sitio del tumor primario, nosotros utilizamos de preferencia la incisión en palo de hockey o la de Mac Fee (figura 4). Ya que estas son las de menor necrosis de los colgajos producen. Se siguen los siguientes pasos para la disección.

- a. Se separan colgajos cutáneos por debajo del músculo cutáneo del cuello para descubrir los órganos adyacentes.
- b. Se colocan dos ligaduras en la vena yugular externa y se corta, se corta la hoja anterior de la aponeurosis cervical profunda que cubre por detrás la capa de tejido graso. Esta incisión que corta ramas de los nervios cervicales cutáneos se continuara hacia adentro para seccionar el músculo esternocleidomastoideo cerca de sus inserciones clavicular y esternal.

- c. Se tracciona hacia arriba el músculo esternocleidomastoideo, se identifica la vena yugular interna, se liga con seda OO con puntos de trasfijión y dos libres. Se realiza la incisión en la capa media de la aponeurosis cervical profunda. Esta incisión cortará el tendón intermedio del omohiideo.
- d. Se corta la "cubierta aponeurótica" del omohiideo y se secciona el músculo para descubrir el cojincillo de grasa que cubre el escaleno anterior.
- e. Se despega el tejido "en bloque" en dirección cefálica por disección con bisturi y se descubre el músculo y los elementos neurovasculares adyacentes. Se corta el vientre superior del omohiideo en su inserción en el hueso hioides.
- f. El tejido en bloque despegado se separa hacia arriba y hacia adentro a medida que se corta el músculo esternocleidomastoideo cerca de su inserción en la apofisis mastoides.
- g. Al seccionar el polo inferior de la glándula parótida hay que tener cuidado de diseccionar y ligar la vena facial posterior incluida, con seda 000.
- h. La arteria facial (rama de la carótida externa) que cursa en un canal de la cara posterior de la glándula submaxilar, y la vena anterior que se encuentra en la cara anterior de la glándula se toman con dos pinzas y se cortan, ligandose con seda 000.

Hay que evitar la lesión de la rama mandibular del - nervio facial, se coloca por delante de los vasos fa ciales. Su corte produce flacidez inmediata del lado homolateral del labio inferior, que se acentua al no ver los labios.

- i. La glándula submaxilar, se lleva hacia abajo, se se- para el músculo milohiideo para descubrir el conduc- to maxilar (de Wharton) en la cara del hiogloso y su relación con el nervio lingual por arriba y con el - nervio hipogloso por abajo. Se liga la porción supo- rior de la vena yugular interna con seda 00 transfig- tivo y libre, que se encuentra en el fondo de la glán- dula parótida cortada y el músculo esternocleidomasto- ideo.
- j. Se continua en dirección cefálica el despegamiento - del tejido en bloque por disección con bisturi, apre- ciándose con claridad la arteria carotida.
- k. Se termine la disección radical del cuello, mostrando se los órganos que integran el campo operatorio.
- l. Se colocan drenajes tipo Drenovac (succión continua) y se procede a afrontamiento de colgajos cutáneos, - suturandose músculo superficial del cuello con crómi- co 000 y la piel con dermalon 000.



A.- INCISIONES DE McFee



B.- INCISION EN BASTON DE HOCKEY

VI COMPLICACIONES

Las complicaciones en la disección radical de cuello se han reportado desde un 11 % hasta 54 %, estas se han clasificado en dos grandes grupos; las que son posibles en cualquier tipo de cirugía, y las específicas a la disección cervical. Solo se haran consideraciones a las específicas de la intervención. (6).

Hemorragia:

Se presente a veces durante la operación o bien en los periodos postoperatorios inmediatos o tardíos, la hemorragia durante la cirugía puede prevenirse mediante disección cuidadosa. La hemorragia del postoperatorio precoz es rara. La hemorragia tardía es siempre grave y a menudo fatal, y puede deberse a rotura de la arteria carótida.

Embolia gaseosa:

Es una complicación rara consecutiva a la lesión de un vaso. Secundaria a los cambios ciclicos en la presión intratorácica asociados a la respiración, causan a veces la aspiración de aire en una vena lesionada.

Neumotórax:

Es otra complicación rara, suele atribuirse erróneamente a lesión de la pleura apical en la base del cuello, pero raramente es esta la causa. El neumotórax es una secuela del enfisema medistínico y resulta de la aspiración del aire al mediastino después de haber abierto la capa media de la fascie cervical profundo. Al acumularse aire en el mediastino puede provocar la rotura de la pleura en uno o en ambos lados.

Fistulas orocutáneas o faringocutáneas:

Es posible que se presenten cuando el tumor primitivo es resecado en continuidad con la disección radical. Cuando la resección ha sido muy amplia y cuando el paciente ha estado sometido previamente a radioterapia, son mayores las probabilidades. En los casos de resección amplia, los defectos quedan cerrados a tensión; en los casos de radio terapia previa, los tejidos cicatrizan de manera defectuosa a causa del edema, la fibrosis y la disminución de la vascularización. Las fistulas suelen desarrollarse al cabo de 5 a 10 días de la operación.

Necrosis de los colgajos cutáneos:

Esto se presente como complicación del tipo de incisión utilizada, por lo que es preciso elegir con cuidado el tipo de incisión.

Rotura de arteria carótida:

Es la complicación más temida de la disección radical de cuello. Ocurre cuando la piel que cubre el vaso se ha nc cruzado o cuando se ha desarrollado una fiatula, que deja el vaso al descubierto. La rotura ocurre más a menudo entre los 12 y 24 días que siguen a la operación. Si la arteria hubiera quedado expuesta, su rotura es inminente por lo cual debe ligarse profilácticamente. Moore ha publicado una mortalidad del 17 % cuando se realiza una li gadura electiva de la carotida, frente a una mortalidad del 38 % cuando la ligadura fue obligatoria. Las complicaciones cerebrales resultaron doblemente frecuentes en este último grupo. En casos de rotura con shock la morta lidad fue del 57 %.

La infección de la herida quirúrgica:

Es una complicación de importancia, constituye una secuela relativamente rara de la disección radical del cuello siendo poco frecuente incluso en las operaciones combinadas.

Lesión de Nervios:

Es una secuela constante de la disección radical de cuello, ya que algunas estructuras que se resecan siempre y otras que corren el peligro de ser lesionadas inadvertidamente. De ordinariamente se sacrifica el nervio espinal accesorio, que tiene como consecuencias un síndrome ampliamente estudiado. Nahum y colaboradores fueron los primeros en describir lo que llamó la atención como "síndrome de hombro", en 1961. que resulta por la disfunción del músculo trapecio después de una disección radical de cuello.

Este síndrome consiste de los siguientes signos y síntomas: dolor de hombro, abducción limitada del hombro, - disminución del rango de movimientos activos, deformidad anatómica, incluyendo escapula sobresaliente, caída y postración del trapecio.

Bateman sostiene que el músculo trapecio es un importante parte del mecanismo suspensor del hombro. La parálisis del trapecio permite la caída del hombro y rotación anormal de la escapula en abducción, y causa considerables molestias y dolor en el hombro. Cuando el trapecio se encuentra débil o paralizado, la escapula es inestable y la inclinación hacia un costado es comunmente observada después de la disección radical del cuello.

Nahum atribuye que el síndrome de hombro, es debido a la parálisis del músculo trapecio después de la destrucción del nervio espinal accesorio. Ellos atribuyen el dolor a la fuerza realizada por otros músculos para sostener el hombro y evitar la inclinación o caída, tales como el músculo romboides y elevador de la escapula. Además la incapacidad de la articulación del hombro es caracterizado por limitación del movimiento debido a la pérdida de la estabilidad escapular secundaria a la parálisis del músculo trapecio, y agravada por el dolor debido al estiramiento del romboides y el elevador de la escapula. La periarteritis de la articulación escapulo humeral puede también ser un factor en algunos pacientes.

Otros nervios que pueden ser lesionados incluyen; ramas cutáneas del plexo cervical, plexo braquial, nervio supraescapular, nervio frénico, tronco simpático cervical nervio vago y nervio hipogloso.

Lesión del conducto torácico:

También es muy rara y cuando se produce hay una fistula linfática persistente (linforrea), que es más fácil de evitar que de curar.

Edema facial:

Esta complicación puede presentarse en forma moderada a grave y depende de la ligadura unilateral o bilateral de la vena yugular interna. (8, 10, 19 y 24).

VII SUPERVIVENCIA Y RECURRENCIA

La recurrencia lograda por diversos autores ha variado de acuerdo al tipo de disección realizada.

Como la disección radical de cuello se considera como un método efectivo para el control de las metástasis por cáncer de cabeza y cuello. Sin embargo se han reportado recurrencias de 21 a 36 % para los diferentes cánceres de cabeza y cuello, después de la disección radical solamente. Otros autores mencionan que la recurrencia del carcinoma en cuello se manifiesta dentro de los 2 años siguientes de la cirugía en el 91 % de los casos. Behrs reporta 29 % de recurrencia a los 5 años. Y André y colaboradores en un reporte de 232 casos encontraron una recurrencia solo del 4 %, comparandola con el 26 % de otros autores que utilizaron la disección conservativa. Otros autores como Bartelink que valora la combinación de radioterapia con disección radical de cuello, encontró una recurrencia del 38 %, y por la alta tasa de recurrencia que el reporta, identifica varios factores significantes para la recurrencia.

- a. Comprobación histológica de diseminación extraganglionar.
- b. La fijación preoperatoria de ganglios al examen físico.
- c. El número de ganglios positivos.
- d. El grado de diferenciación del carcinoma.
- e. La recurrencia del tumor primario antes de la disección radical del cuello. (13,21)

VIII HIPOTESIS DE LA TESIS

Una de las vías finales del drenaje linfático de las diferentes regiones de la cabeza y cuello, antes de llegar al sistema venoso son las cadenas linfáticas yugulares profundas que se localizan en cuello, con sus respectivos grupos linfáticos, por lo que en las neoplasias que se originan en la cavidad oral (lengua, piso de la boca, antro, faringe, hipofaringe), glándulas salivales y glándula tiroidea; la primera manifestación clínica de estas neoplasias en un alto porcentaje de casos es la presencia de adenomegalias cervicales, por lo que cuando es posible realizar la resección de la neoplasia primaria conjuntamente con la disección radical de cuello, es posible la curación en un buen porcentaje de los casos. Además se ha demostrado que en neoplasias primarias de cabeza y cuello en las que clínicamente no existen adenomegalias, hasta en un 50% de casos en los que se ha realizado una disección radical de cuello se han encontrado ganglios metastásicos.

Otro punto que no ha llamado la atención es el de que para que un ganglio con metástasis se palpado clínicamente necesita crecer cuando menos 1 cm, y que un ganglio de esta dimensión que este sustituido completamente por tumor solará 10^9 células tumorales.

Por lo que en pacientes que presentan alguna neoplasia de las regiones de cabeza y cuello consideramos que la disección radical de cuello permite en un alto porcentaje de casos el control de la neoplasia.

IX MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a disección radical de cuello en el periodo comprendido del 1o julio 1984 al 30 de junio 1986. En el servicio de Cirugía de Cabeza y cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza.

Fueron en total 32 pacientes, 12 masculinos y 20 femeninos, con un rango de edad de 14 a 81 años (media 47.5). De los 32 pacientes, solamente 17 (53.1%) presentaban algún sintoma acompañante, ya que en todos los casos el motivo de su envío había sido por presencia de alguna tumoración en cuello o adenomegalia en estudio, siendo los más frecuentes; dolor, disfagia y disfonía. Cuadro 1.

Durante la exploración física a su ingreso al servicio se encontró tumoración en cuello en 25 pacientes 78.1% y en 7 pacientes fue negativo, se encontró adenomegalias en 17 pacientes 53.1 %.

El diagnóstico de neoplasia se sospecho preoperatoriamente en 26 pacientes 81.2 % y en los restantes 6 pacientes se confirmó transoperatoriamente, siendo las siguientes neoplasias las reportadas histológicamente, cuadro 2.

Los sitios primarios de las neoplasias fueron los siguientes, cuadro 3.

Se realizaron 35 disecciones radicales de cuello, bilateralmente en 3 pacientes, del tipo clásico fueron 25 (71.4 %), de lado derecho 14 y de lado izquierdo 11, - del tipo modificada solo fueron 4, 3 de lado derecho y 1 de lado izquierdo.

De las disecciones radicales 10 de estas fueron en forma diferida 28.5 %, 7 clásicas y 3 modificadas. Cuadro 4.

Se efectuaron además 30 cirugías primarias, que incluyen las siguientes:

| | |
|---------------------|------|
| Tiroidectomía total | 20 |
| Parotidectomía | 5 |
| Maxilectomía | 1 |
| Tumorectomía | 4 |
| total | = 30 |

Otros tipos de cirugías efectuadas fueron:

| | |
|---------------------------|-----|
| Tumorectomía por recidiva | 1 |
| Traqueostomía | 5 |
| Yeyunostomía | 1 |
| Gastrostomía | 1 |
| Cirugía de caceris | 1 |
| total | = 9 |

El tiempo de estancia hospitalaria fue de (mínimo 6 días y máximo de 34 días con un promedio de 9 días).

El tiempo de seguimiento de los pacientes fue de 2 meses hasta 28 meses después de la cirugía.

X RESULTADOS

Se observaron un total de 12 complicaciones transoperatorias, que representa un 37.5 %, las cuales se muestran en el cuadro 5.

Aunque debemos de tomar en cuenta que la mayoría de estas lesiones que se mencionan como la lesión del nervio recurrente, del facial, del cervico facial presentaban invasión tumoral.

Como complicaciones postoperatorias inmediatas se presentaron 22 en 18 pacientes que corresponde a un 56.2 % las cuales se muestran en el cuadro 6.

Cabe mencionar que de éstas 11 fueron consecuencia de la lesiones de los nervios por invasión tumoral, y de las infecciones de las heridas quirúrgicas estas se presentaron en pacientes en los que fue necesario realizar traqueostomía.

De las complicaciones tardias se presentaron en 15 pacientes 46.8 %, las cuales se muestran en el cuadro 7. siendo una de estas una tromboembolia pulmonar masiva en un paciente con carcinoma papilar de tiroides.

Los resultados histopatológicos de los especímenes quirúrgicos se reportaron ganglios metastásicos en 27 que representa el 84.4 % y negativos en 5 15.6 %. Con un mínimo de 1 y un máximo de 54, promedio de 22.5% siendo positivos de 1 a 52 con promedio de 10.7 %.

Solo hubo una defunción la cual se presento en el postoperatorio tardio, en un paciente concarcinoma papilar de tiroides, que presento una tromboembolia pulmonar masiva.

En diez pacientes que fueron operados por carcinoma de tirocides y que presentaron rastreo gammagrafico positivo recibieron una dosis de I 131, respondiendo satisfactoriamente a este tratamiento 4 pacientes, 4 pacientes fueron enviados a radioterapia externa por presentar recidiva y 5 pacientes estuvieron fuera de cualquier tratamiento oncológico; uno con carcinoma adenoquistico de parótida derecha que presento actividad tumoral en rama superior de maxilar derecho y que se le detectó metástasis a craneo por TAC, otro paciente con carcinoma foliular de tirocides, el cual presento actividad tumoral - en cuello a los 7 meses de la disección radical, se le practicó cirugía de caceris, y a pesar de esto volvió a presentar actividad tumoral en cuello bilateralmente con infiltración al nervio laríngeo recurrente, otro paciente con carcinoma anaplásico de tirocides, el cual presentó metástasis a pulmón, otro paciente con carcinoma epidermoide de antro maxilar izquierdo que presentó recurrencia de la neoplasia en el piso de la orbita a los 5 meses y que no respondió a radioterapia. Otro paciente con carcinoma anaplásico de tirocides el cual presentó - al mes de su cirugía metástasis pulmonares, y el último paciente con carcinoma epidermoide de hipofaringe.

Se encontró recurrencia en 8 pacientes (25 %), encontrándose en este grupo los 5 pacientes que se encontraban fuera de tratamiento.

XI DISCUSION Y CONCLUSIONES

La disección radical de cuello todavia tiene una prominente posición y juega un papel vital en el manejo quirúrgico del cáncer de la cabeza y cuello, ya sea para el control de las metástasis regionales de la enfermedad o para detectar enfermedad subclínica microscópica. Reportes en la literatura han encontrado en promedio un 36 % de ganglios linfáticos positivos microscópicamente Croft encontró un 40 % y Jesse un 20 % en pacientes que clinicamente no presentaban adenomegalias en cuello.

Actualmente existe un interes renovado por la combinación de la radioterapia con la disección radical de cuello, pero los resultados hasta la fecha no son todavia suficientemente convincentes para una valoración decisiva, ya que varios reportes de está combinación de tratamiento no han demostrado ninguna diferencia cuando se comparan con la disección radical de cuello solamente.

De los resultados obtenidos en nuestro estudio, encontramos que las complicaciones postoperatorias que representaron el 56.3 de los pacientes, aunque hay que recordar que muchas de estas se debieron a la invasión tumoral que presentaban varias de estas estructuras, nuestros resultados son muy semejantes a los reportados por Mohamed S. Razack que fueron de 54 %, además la mortalidad postoperatoria de nuestro estudio que fue de 3.1 % es también muy semejante a la reportada en la literatura. Con lo que respecta a la tasa de supervivencia que fue de 96.9 %, la cual no es muy fidedigna, ya que el seguimiento de nuestros pacientes fue en promedio de solamente 15 meses, y la supervivencia reportada por Oliver H. Beahrs es de 32 % a los 5 años.

La recurrencia de nuestros pacientes fue del 25 %, que es muy semejante a la reportada por otros autores a los 2 años de seguimiento (en patología maligna general de cabeza y cuello.

De los resultados obtenidos nosotros concluimos que la disección radical de cuello puede ser utilizada en el manejo de algunos pacientes con evidencias clínicas o patológicas de enfermedad neoplásica del cuello y en el tratamiento de algunas lesiones primarias de células es camosas de la cabeza y cuello, conocidas o asociarse con una significante incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos cervicales. Como por ejemplo de esto tenemos el cáncer de labio que tiene metástasis en memos del 10 % de todos los casos, por lo que una disección radical de cuello en ausencia de linfadenopatía clínica no es necesaria; y una lesión primaria de la larínge que se asocia con metástasis en el 75 % de los casos una disección radical de cuello en todos los casos es una garantía.

Por todo lo anterior concluimos que la Disección radical de cuello debe ser considerada como una operación curativa y no paliativa. Esto no quiere decir que no se consiga nunca un resultado paliativo, sino que la intervencción no se lleva acabo teniendo como objetivo único el alivio sintomático. Ya que si no puede researse del todo (macroscopicamente) la masa metastásica, el paciente no obtendrá un beneficio significativo. (6, 13, 24).

CUADRO 1

SINTOMA DE PRESENTACION:

| | |
|------------------------|-----------|
| DOLOR | 10 |
| DISFONIA | 4 |
| DISFAGIA | 4 |
| DISNEA | 2 |
| HIPERTIROIDISMO | 1 |
| PERDIDA DE PESO | 2 |
| ASFIXIA | 1 |
| APAQUIA | 1 |
| CEFALEA | 1 |
| PIROSIS | 1 |

CUADRO 1

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

| | MASC. | FEM. |
|---------------------------------------|-------|------|
| CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES | 6 | 12 |
| CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES | 0 | 1 |
| CARCINOMA ANAPLASICO DE TIROIDES | 0 | 1 |
| CARCINOMA ADENOQUISTICO DE PAROTIDA | 0 | 1 |
| CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PAROTIDA | 1 | 1 |
| CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE DE PAROTIDA | 0 | 2 |
| CARCINOMA EPIDERMOIDE DE HIPOFARINGE | 1 | 1 |
| CARCINOMA DE ANTRO MAXILAR IZQUIERDO | 1 | 0 |
| MELANOMA PABELLON AURICULAR DERECHO | 1 | 0 |
| CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LARINGE | 1 | 0 |
| DESCONOCIDO | 0 | 1 |
| LINFOMA HISTIOCITICO * | 1 | 0 |
| TOTAL | = 12 | 20 |

* En este paciente se tomo biopsia de ganglio cervical la cual fue reportada como carcinoma indiferenciado y el definitivo fue reportado como linfoma histiocitico.

CUADRO 3

SITIOS PRIMARIOS DE LA NEOPLASIA:

| | | |
|--------------------|----|--------|
| TIROIDES | 20 | 62.5 % |
| PAROTIDA | 5 | 15.6 % |
| HIPOFARINGE | 2 | 6.2 % |
| ANTRO MAXILAR | 1 | 3.1 % |
| LARINGE | 1 | 3.1 % |
| PABELLON AURICULAR | 1 | 3.1 % |
| TEJIDO LINFATICO** | 1 | 3.1 % |
| ORIGEN OSCURO | 1 | 3.1 % |

** Inicialmente reportado como carcinoma indiferenciado y el definitivo como linfoma histiocítico.

CUADRO 4**DISECCIONES RADICALES DE CUELLO EFECTUADAS:**

| | DERECHA | IZQUIERDA | TOTAL |
|------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| DISECCIONES CLASICAS | 14 40% | 11 31.4% | 25 71.4% |
| DISECCIONES MODIFICADAS | 3 8.5% | 1 2.8% | 4 11.3% |
| DISECCIONES BILATERALES | 3 8.5% | 3 8.5% | 6 17 % |
| TOTAL - | 20 | 15 | 35 |

CUADRO 5

**COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE LA
DISECCION RADICAL DE CUELLO**

| | |
|------------------------------------|----|
| LESION DEL NERVIO RECURRENTE** | 4 |
| LESION NERVIO CERVICO FACIAL** | 1 |
| LESION DEL NERVIO FACIAL** | 2 |
| LESION DE PARES CRANEALES XI XII** | 1 |
| LESION DE VENA SUBCLAVIA | 1 |
| PERFORACION DE TRAQUEA | 1 |
| PERFORACION DE PLEURA | 1 |
| PERFORACION DE ESOPAGO | 1 |
| TOTAL = | 12 |

** Estas lesiones se debieron a que estos nervios
estaban tomados por la tumoración.

CUADRO 6

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS:

| | |
|------------------------------------|----|
| PAREZIA RAMA MANDIBULAR DEL FACIAL | 2 |
| PARALISIS FACIAL | 4 |
| DISPONIA | 5 |
| NEUMONIA | 2 |
| HEMATOMA | 1 |
| HIPOCALCEMIA | 1 |
| DISFAGIA | 1 |
| SIALORREA | 1 |
| LINFORREA | 1 |
| INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA** | 3 |
| TOTAL - | 22 |

** Estas se presentaron en pacientes a los que se les practico traqueostomia conjuntamente.

CUADRO 7

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDIAS:

| | |
|--------------------------------------|----------|
| SINDROME DE HOMBRO | 5 |
| HIPOPARATIROIDISMO | 3 |
| DISFONIA | 3 |
| PARALISIS FACIAL | 2 |
| FISTULA FARINGOTRAQUEAL | 1 |
| TROMBOEMBOLIA PULMONAR MASIVA | 1 |

total - 15

Bibliografia:

1. Don R. Goffinet, Willard E. Fee and Richard I. Goode. Combined Surgery and Postoperative Irradiation in the Treatment of Cervical Lymph Nodes. Arch Otolaryngol, 1984; 110:736-738.
2. Hector Santini, Robert M. Byers and Patricia F. Wolf. Melanoma Metastatic to Cervical and Parotid Nodes From an Unknown Primary Site. Am. J. Surg 1985; 150:510-512.
3. Kumao Sako, Frank C. Marchetta, Mohamed S. Rezaek et al. Modified Radical Neck Dissection for Metastatic Carcinoma of the Thyroid. Am. J. Surg. 1985;150:500-2.
4. Nathan W. Pearlman, F. Bing Johnson and Ralph C. Kennen. Modified Radical Neck Dissection and Postoperative Radiotherapy in Squamous Cell Head and Neck Cancer. 1985;150:488-490.
5. Emanuel M. Skolnik and Elise C. Deutsch. Conservative neck Dissection. Arch. Otol. 1984;101:105.
6. Mohamed S. Rezaek, Raul Baffi and Kumao Sako. Bilateral Neck Dissection. Cancer 1981;47:199-201.
7. P. M. Stell and T. A. Jones. Radical Neck Dissection. Laryngoscope 1983;93:106-107.
8. John R. Saunders, Richard M. Hirata and Darrel A. Jaques. Considering the Spinal Accessory Nerve in Head and Neck Surgery. Am. J. S. 1985;150:491-494.
9. Raymond F. Morgan, Richard M. Hirata, Darrell A. Jaques et al. Value of Contralateral Supraohyoid Neck Dissections. Am. J. Surg. 1983; 146:439-440.
10. Jack L. Gluckman, Charles M. Myer, John N. Aseff et al. Rehabilitation Following Radical Neck Dissection. Laryngoscope 1983;93:1083-1085.
11. S. S. Moorthy, Philip S. Gibbs, Alvin M. Loasso and col. Transient Paralysis of the Diaphragm Following Radical Neck Dissection. Laryngoscope 1983;93:642-644.
12. Nathan W. Pearlman, Arlen D. Meyers and Walter G. Sullivan. Modified Radical Neck Dissection for Squamous Carcinoma of the Head and Neck. Surg. Gynecol. Obstet. 1982;154:214-216.

13. Cliver H. Beahrs: Radical Neck Dissection: Its place in the treatment of cancer of the head and neck. *Sout. Med. J.* 1982;75:1551-1552.
14. E. Bocca, O. Fignaturo, C. Oldini and C. Cappa. Functional Neck Dissection: An Evaluation and Review of 843 casos. *Laryngoscope* 1984; 94: 942-945.
15. David E. Schuller, William H. Saunders, Andrew W. Miglets and col. Conservative Neck Dissection. *Arch. Otolaryngol* 1981; 107: 642-645.
16. Elise C. Deutsch, Emanuel M. Skolnik, Michael Friedman and col. The Conservation Neck Dissection. *Laryngoscope* 1985;95: 561-565.
17. Alan R. Shons, Fernando Magallanes and Donald McQuarrie. The Results of Agressive regional operation in the treatment of cancer of the floor of the mouth. *Surgery* 1984; 96: 29-33.
18. James H. Brandenburg and Carlton Y. S. Lee. The Eleventh nerve in Radical Neck Surgery. *Laryngoscope* 1981; 91: 1851-1858.
19. Bruce Leipzig, James Y. Suen, Jim L. English and col. Functional Evaluation of the Spinal Accessory Nerve After Neck Dissection. *Am. J. Surg.* 1983; 146:526-529.
20. Ronald H. Spiro, Guy DeRose and Elliot W. Strong. Cervical Node Metastasis of Occult Origin. *Am. J. Surg.* 1983; 146: 441-445.
21. Harry Bartelink, Klaas Breur, Guus Hart and col. The Value of Postoperative Radiotherapy as an Adjuvant to Radical Neck Dissection. *Cancer* 1983; 52: 1008-1013.
22. Carl E. Silver and Charles B. Croft. Elective Dissection of the Neck. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1979; 149: 65-68.
23. Robert M. Byers. Modified Neck Dissection. *Am. J. Surg.* 1985; 150: 414-421.
24. Steven Sobol, Christine Jensen, William Sawyer and col. Objective Comparison of Physical Dysfunction After Neck Dissection.