

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”

“DR. ANTONIO FRAGA MOURET”

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS EN PACIENTES INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE DE DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO POR CÁNCER DE
TIROIDES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO
NACIONAL “LA RAZA”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. ALVARO ALONZO ANGULO FRANCO

ASESOR:

DR. MARCO ANTONIO PISCILSALAZAR

Dr. Jesús Arenas Osuna



MÉXICO, D. F.

2010



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.

Dr. Jesús Arenas Osuna
Jefe de la División de Educación en Salud

Dr. José Arturo Velásquez García
Titular del Curso Universitario en Cirugía General

Dr. Alvaro Alonzo Angulo Franco
Residente de Cirugía General

NO. DE REGISTRO: R-2009-3501-15

ÍNDICE

Resumen.....	4
Antecedentes científicos.....	6
Material y métodos.....	12
Resultados.....	13
Discusión.....	20
Conclusiones.....	23
Bibliografía.....	24
Anexos.....	27

RESUMEN

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO POR CÁNCER DE TIROIDES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”

Objetivo: Identificar la frecuencia de complicaciones posoperatorias en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de disección radical de cuello por cáncer de tiroides.

Diseño: Retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo y abierto, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza del 1º de Enero del 2004 y el 31 de Diciembre del 2008 en pacientes intervenidos quirúrgicamente de disección radical de cuello por cáncer de tiroides. Se registró la morbilidad. Análisis estadístico mediante estadística descriptiva.

Resultado: Se estudiaron 89 sujetos, con rango de edad entre 19 y 83 años. La cirugía realizada con mayor frecuencia fue la TT+DRMC III. La morbilidad fue: hipocalcemia 37.68%, disfonía 11.59% y lesión de vena yugular interna 8.51%.

Conclusiones: La morbilidad de la disección radical de cuello fue del 57.78%

Palabras clave: Complicaciones, disección radical de cuello.

SUMMARY

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS THAT UNDERWENT RADICAL NECK DISSECTION DUE TO THYROID CANCER IN NATIONAL MEDICAL CENTER “LA RAZA” SPECIALITIES HOSPITAL.

Objective: Identify the frequency of postoperative complications in patients that underwent radical neck dissection surgery due to thyroid cancer.

Design: Retrospective, observational, descriptive transversal and open study in the National Medical Center “La Raza” Specialities Hospital from 1st January 2004 and 31 December 2008 of patient files that underwent radical neck dissection due to thyroid cancer. Morbidity was registered. Statistic analysis was made with descriptive statistics.

Results: A total of 89 subjects were studied, between 19 to 83 years old. The surgery that most patients underwent was the TT + MRND III. The most common complications were: hypocalcaemia in 37.68%, dysphonia in 11.59% and internal jugular vein injury in 8.51%.

Conclusions: Morbidity of radical neck dissection was 57.78%.

Key words: Complications, radical neck dissection.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DISECCIÓN DE CUELLO

Siguiendo la doctrina que Halstead aplicó a la mama, Crile la describe por primera vez en 1906 proponiendo una resección en bloque del tumor primario y los ganglios, incluyendo la vena yugular interna y la externa, el nervio espinal, el músculo esternocleidomastoideo y el omohioideo; posteriormente Martin y Lindberg la modifican. (1)

En la actualidad la mayoría de los cirujanos prefieren realizar una disección de cuello funcional que además de preservar estructuras no linfáticas, brinda mejores resultados estéticos y se confieren los mismos resultados terapéuticos oncológicos. (2)

CLASIFICACIÓN DE LAS DISECCIONES DE CUELLO

En 1991 la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello propuso una sola nomenclatura para todas las variantes de este procedimiento. La disección radical de cuello modificada consiste en la preservación de una, dos o las tres estructuras no ganglionares con disección de los niveles I a V, donde el tipo I preserva el nervio espinal accesorio, el tipo II preserva éste y la vena yugular interna y el tipo III preserva ambos y el músculo esternocleidomastoideo. En la disección selectiva de cuello además de estas tres estructuras no ganglionares se preservan uno o dos grupos ganglionares y puede ser supraomohioidea, lateral, anterolateral, posterolateral o del compartimento central. La disección de cuello extendida se puede extender para remover estructuras no ganglionares que rutinariamente no se resecan. Finalmente de acuerdo a la presencia o no de metástasis ganglionares cervicales, la disección radical de

cuello podrá ser electiva en pacientes sin ganglios metastásicos o terapéutica en los pacientes con metástasis ganglionares clínicamente evidentes. (3)

Las metástasis linfáticas en cáncer metastásico de tiroides bien diferenciado se presentan en alrededor del 10-15% de los pacientes. Las indicaciones clásicas para la disección de cuello incluyen tratamiento de cáncer metastásico de cuello, sin embargo con el paso del tiempo estas indicaciones se han modificado por el empleo de quimioterapia y radioterapia. (4)

Las metástasis cervicales ocurren en 30-80% de los casos con carcinoma papilar tiroideo y aunque muchos cirujanos realizan una resección limitada o individual de nódulos linfáticos (cosecha de bayas) no es un procedimiento indicado. (5)

Las formas familiares de cáncer medular de tiroides presentan metástasis en 68-80% de los pacientes (6)

En un pequeño grupo de pacientes con metástasis a nódulos del cuello el origen primario puede no identificarse, incluso después de una investigación extensa. Estos incluyen un 3-7% de neoplasias malignas de la cabeza y cuello. (7)

La cirugía se considera el único tratamiento exitoso para este tipo de pacientes según lo referido por la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos en 1996. (8)

La extensión de la disección linfática y la necesidad de una disección linfática profiláctica aún es motivo de debate. (9)

La extensión de la disección linfática de cuello debe individualizarse para cada paciente con cáncer de tiroides en base a una etapa precisa y evaluación pronóstica de cada paciente donde la disección radical modificada en manos de cirujanos experimentados es un procedimiento seguro con baja incidencia de complicaciones. (10)

Dependiendo de la etapificación de los nódulos, la opción más usual del tratamiento de éstos incluye la disección radical o modificada del cuello y radioterapia, y aunque

también se ha sugerido la adición de quimioterapia a estas modalidades terapéuticas, no se emplea de rutina. (11)

Algunos cirujanos sugieren que la disección linfática profiláctica no debe indicarse en pacientes con cáncer papilar o folicular de tiroides, ya que las metástasis linfáticas pueden researse cuando se vuelven evidentes clínicamente y la supervivencia de los pacientes tratados profilácticamente es similar a aquellos tratados terapéuticamente. (12)

Otro grupo de cirujanos refieren que la disección radical de cuello no debe realizarse a menos que el tumor invada la vena yugular interna y el músculo esternocleidomastoideo, y recomiendan que la disección se haga en dirección centrífuga de los compartimentos centrales y laterales, es decir del centro del tumor a los nódulos linfáticos periféricos. (13)

La mayoría de los expertos recomiendan tiroidectomía total y disección radical modificada unilateral en casos esporádicos de cáncer medular de tiroides, y disección radical modificada bilateral en casos de cáncer medular de tiroides hereditario. (14)

En aquellos pacientes con enfermedad avanzada que no respondieron completamente al tratamiento conservador se sugiere la realización de disección de cuello postratamiento, lo cual debe planearse y realizarse en el transcurso de 6 semanas después de terminada la quimio-radioterapia, ya que pasado este período se desarrolla fibrosis progresiva de los tejidos aumentando la dificultad técnica del procedimiento lo cual aumenta la morbilidad posoperatoria y potencialmente la progresión del tumor. (15)

La única contraindicación absoluta para la disección de cuello es la irresecabilidad quirúrgica, lo cual se determina en el preoperatoriamente o en el transoperatorio por el cirujano o en base a estudios de imagen dependiendo de las características del tumor. (16)

OBJETIVOS DE LA DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO

Extirpar toda enfermedad ganglionar metastásica, etapificar adecuadamente a los pacientes, detectando metástasis ganglionares ocultas en pacientes N0 y ofrecer la menor morbilidad sin comprometer los dos objetivos anteriores. (17)

ANATOMÍA DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS DEL CUELLO

Descrita inicialmente por Rouviere en 1938, los ganglios cervicales han recibido diversas nomenclaturas para cada una de las localizaciones anatómicas, hasta que en 1991 se adopta mundialmente la clasificación esquemática establecida por el servicio de Tumores de Cabeza y Cuello del Hospital Memorial Sloan-Kettering Cancer Center con el objetivo de estandarizar la nomenclatura anatómica y clasificar adecuadamente las diversas disecciones del cuello (Niveles I al VII). (18)

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO

Puede simplificarse en seis pasos: 1) incisión y elevación de colgajos, 2) disección del compartimento anterior, 3) control de la vena yugular interna, 4) movilización de la grasa supraclavicular, 5) disección y resección del espécimen, 6) cierre. (19)

Sacrificar el nervio espinal accesorio se traduce en disfunción del músculo trapecio caracterizado por hombro caído, flexión anterior y abducción lateral del hombro limitados, limitación de la rotación de la escápula y cambios electromiográficos. (20)

COMPLICACIONES DE LA DISECCION RADICAL DE CUELLO

La mayor parte de estas complicaciones suelen ser leves, sin embargo pueden ocurrir complicaciones graves, que pongan en peligro la vida del paciente, entre las que se incluyen principalmente lesiones vasculares importantes o sección de estructuras

nerviosas. El mejor tratamiento de las complicaciones vasculares graves tales como exposición o ruptura de arteria carótida, trombosis, o ruptura de la vena yugular interna es la prevención, lo cual puede lograrse mediante un adecuado conocimiento de la anatomía del cuello y disección cuidadosa. (21)

En el cuello se encuentran muchos nervios, los cuales deben intentar protegerse durante el procedimiento, sin embargo, a pesar de esto muchos pacientes experimentan alteraciones en su función. El nervio espinal accesorio inerva el musculo trapecio y esternocleidomastoideo, si se lesiona puede ocurrir limitación funcional importante de éstos músculos y dolor en el hombro, aunque puede haber ocasiones en los que esté indicada su resección. La mayoría de las series reportan una tasa de lesión del nervio espinal accesorio de aproximadamente 25-50%. Existen otros nervios que controlan la lengua, el diafragma, la musculatura de los labios, los músculos de la deglución, de las cuerdas vocales o nervios sensitivos, y si estos son lesionados, puede ocurrir disfagia temporal, dificultad para hablar, e incluso respirar. Estas lesiones ocurren más raramente, sin embargo mientras mas extensa sea la resección mayor es la probabilidad de dañarlos, situación que puede ocurrir hasta en un 3.7% de los casos. (22)

El conducto torácico contiene linfa y desemboca en la parte baja del cuello, mayormente hacia la izquierda. Se considera una delicada estructura que puede lesionarse durante la disección de nódulos linfáticos en la base del cuello y si ocurre quilorrea después del procedimiento quirúrgico, puede ser necesaria terapéutica específica adicional e incluso tratamiento quirúrgico. Esta rara complicación se reporta en 1-2% de los casos aproximadamente. (23)

También suele ocurrir complicaciones metabólicas, como la hipocalcemia hasta en un 23% de los casos aproximadamente, situación que suele ser temporal y que suele responder adecuadamente a la administración de calcio oral. (24)

Otras complicaciones menos graves, pero no menos importantes incluyen necrosis de la piel en un 18.3%, infección de herida en 14.1%, hematomas en 4.2%, necrosis de colgajos en 4.2%. (25)

MATERIAL Y MÉTODOS

❖ OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de las principales complicaciones posoperatorias en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de disección radical de cuello por cáncer de tiroides en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza en un período de tiempo comprendido entre el 1° Enero del 2004 y el 31 Diciembre del 2008, para lo cual se diseñó un estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo y abierto donde se revisaron los expedientes clínicos de pacientes intervenidos quirúrgicamente de disección radical de cuello por cáncer de tiroides. Se registraron las complicaciones consignadas en el expediente clínico en una base de datos. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva utilizando el Programa SPSS versión 15.

RESULTADOS

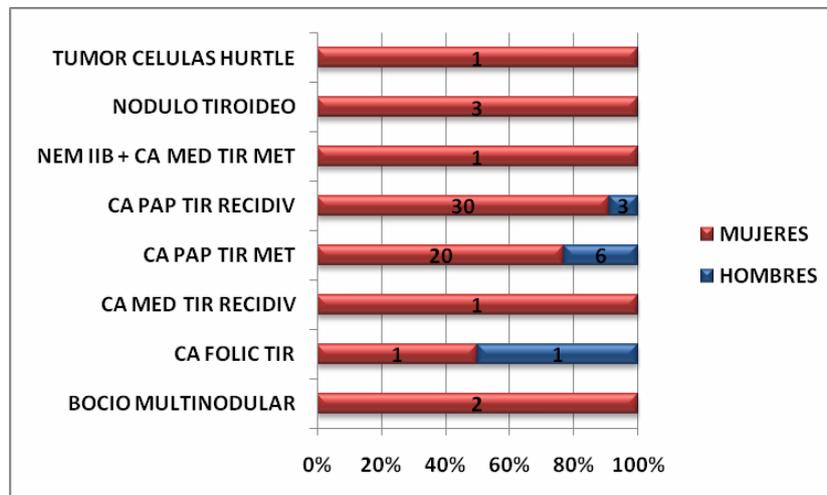
Se estudiaron 89 pacientes; de los cuales se excluyeron 19 (21.34%) por no contar con expediente clínico y otro sujeto (1.12%) porque se le realizó traqueostomía previa la disección ganglionar.

La muestra se constituyó con 69 casos; 59 (85.5%) fueron mujeres y 10 (14.5%) hombres.

La edad mostró un rango de 19 a 83 años, con una media de 50.5 años, mediana de 49 años y moda de 49 años (8.7%).

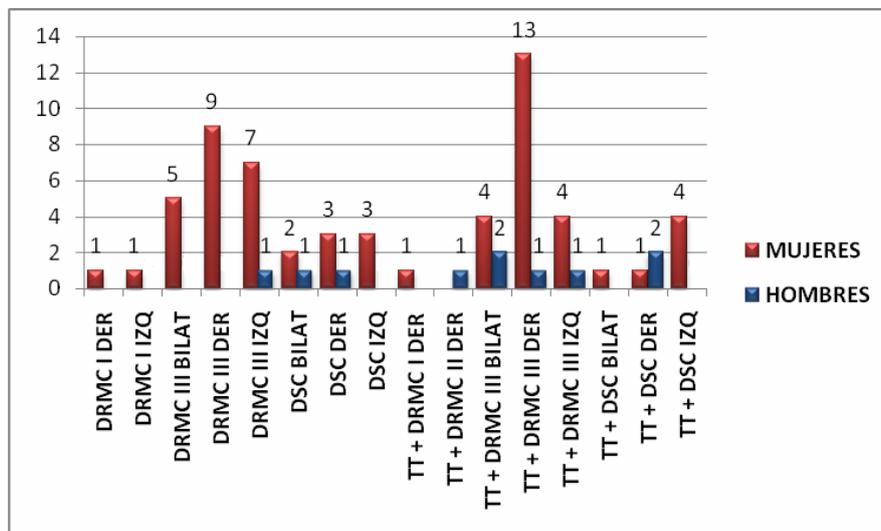
Los diagnósticos preoperatorios que indicaron el procedimiento quirúrgico fueron: cáncer (CA) papilar de tiroides recidivante 33 (47.82%), CA papilar de tiroides metastático 26 (37.69%), nódulo tiroideo 3 (4.34%), bocio multinodular 2 (2.90%), CA folicular de tiroides 2 (2.90%), CA medular de tiroides recidivante 1 (1.45%), tumor de células de Hürtle 1 (1.45%). El estudio transoperatorio de patología tiroidea con diagnóstico preoperatorio benigno, se reportó como CA papilar de tiroides, lo cual influyó en la decisión realizar la disección ganglionar. (Gráfica 1).

Gráfica 1: Frecuencia de diagnósticos preoperatorios por sexo.



Las disecciones ganglionares realizadas con mayor frecuencia fueron tiroidectomía total más disección radical modificada de cuello (TT + DRMC) tipo III derecha en 14 (20.28%), DRMC III derecha 9 (13.04%), DRMC III izquierda 8 (11.59%) y TT + DRMC III bilateral 6 (8.69%), el resto de los procedimientos realizados en menor frecuencia se expresan con mayor detalle en la gráfica 2.

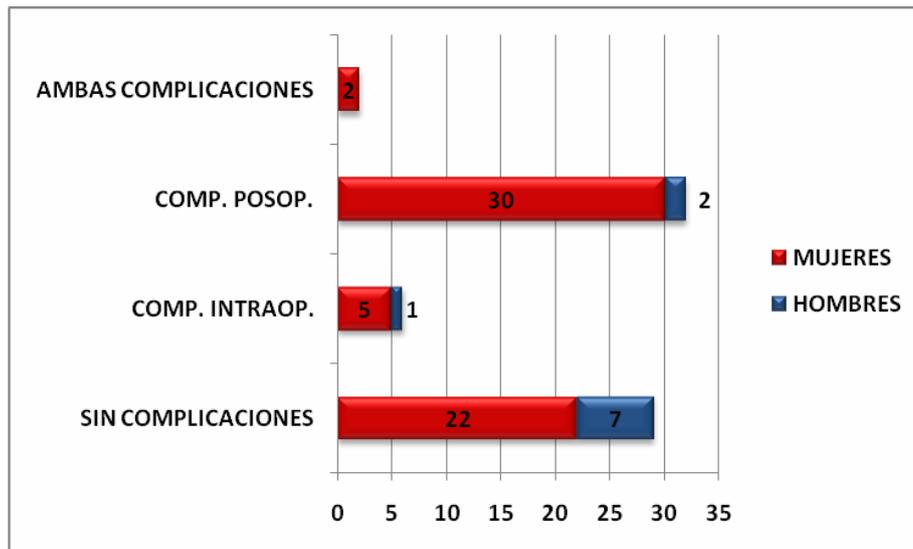
Gráfica 2: Cirugías realizadas por sexo.



TT: Tiroidectomía total
 DRMC: Disección radical modificada de cuello
 DSC: Disección selectiva de cuello

En cuanto a la frecuencia de complicaciones de acuerdo al género se encontró que en las mujeres 22 (31.8%) no presentaron morbilidad, 30 (43.48%) evolucionaron con una o más complicaciones postoperatorias, 5 (7.24%) presentaron una o más complicaciones intraoperatorias, y 2 (2.90%) con dos o más complicaciones intra y posoperatorias. Por lo que se refiere a los hombres 7 (10.15%) no presentaron complicaciones, 1 (1.45%) presentó una o más complicaciones intraoperatorias y 2 (2.90%) evolucionaron con una o más complicaciones posoperatorias. (Gráfica 3).

Gráfica 3: Frecuencia de complicaciones por sexo.



De las 11 complicaciones intraoperatorias identificadas 6 (54.55%) correspondieron a lesión de la vena yugular interna y 2 (18.18%) a lesión del conducto torácico, mientras que de las 49 complicaciones posoperatorias identificadas, 26 (37.67%) correspondieron a hipocalcemia, 8 (11.59%) a disfonía y el resto se expone con mejor detalle en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de cada una de las complicaciones por sexo.

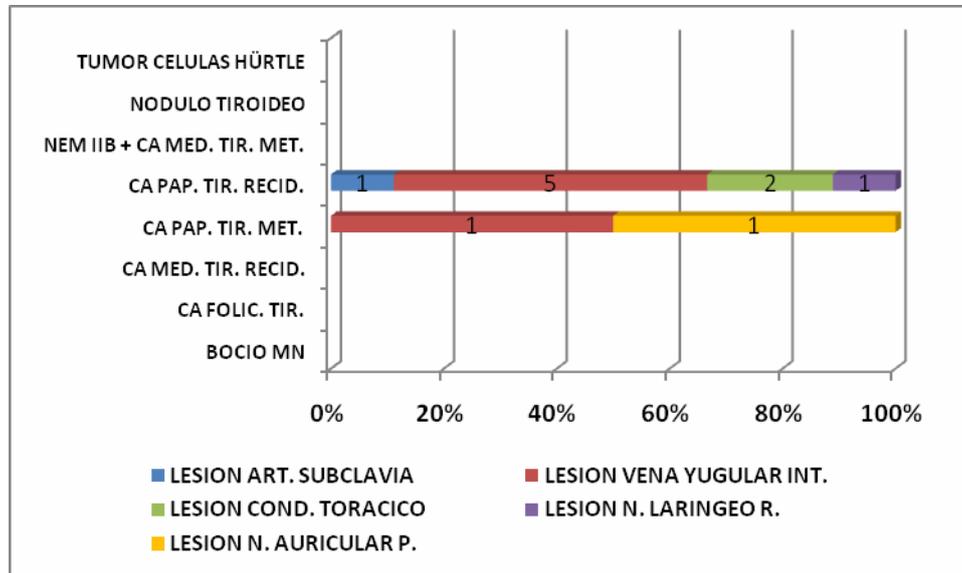
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS			
COMPLICACIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
LESION DE ARTERIA SUBCLAVIA	1 (9,09%)	0	1 (9,09%)
LESION DE VENA YUGULAR INTERNA	5 (45,45%)	1 (9,10%)	6 (54,55%)
LESION DE CONDUCTO TORACICO	2 (18,18%)	0	2 (18,18%)
LESION DE NERVIOS LARINGEO R.	1 (9,09%)	0	1 (9,09%)
LESION DE NERVIOS AURICULAR P.	1 (9,09%)	0	1 (9,09%)
TOTAL	10 (90,90%)	1 (9,10%)	11 (100%)

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS			
COMPLICACIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
ENFISEMA SUBCUTANEO DE TORAX	1 (2,04%)	0	1 (2,04%)
HIPOCALCEMIA ASINTOMÁTICA	13 (26,53%)	1 (2,04%)	14 (20,28%)
HIPOCALCEMIA SINTOMÁTICA	12 (17,39%)	0	12 (17,39%)
DOLOR DE HOMBRO	3 (4,34%)	0	3 (4,34%)
ATELECTASIA	1 (2,04%)	0	1 (2,04%)
EQUIMOSIS DE COLGAJOS	1 (2,04%)	0	1 (2,04%)
DISNEA	3 (4,34%)	0	3 (4,34%)
NEUMONIA TEMPRANA	0	1 (2,04%)	1 (2,04%)
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	1 (2,04%)	0	1 (2,04%)
ODINOFAGIA	2 (2,89%)	0	2 (2,89%)
DISFONIA	8 (11,59%)	0	8 (11,59%)
SEROMA	1 (2,04%)	0	1 (2,04%)
FISTULA QUILOSA	1 (2,04%)	0	1 (2,04%)
TOTAL	47 (68,11%)	2 (2,89%)	49 (100%)

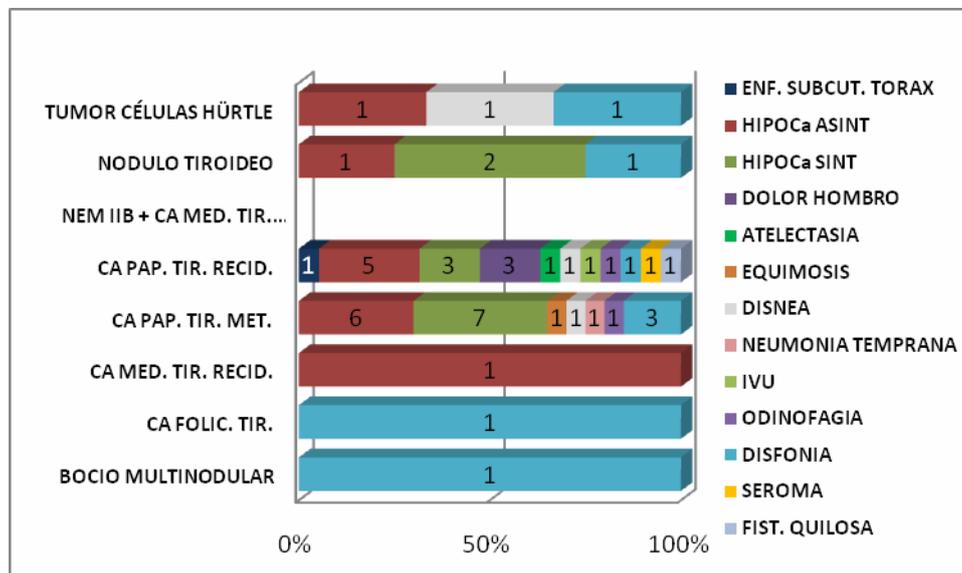
En cuanto al diagnóstico preoperatorio, 9 (81.82%) de los pacientes que fueron intervenidos por CA papilar de tiroides recidivante y 2 (18.18%) por CA papilar de tiroides metastásico presentaron alguna complicación intraoperatoria (Gráfica 6); mientras que 20 (40.82%) de los pacientes intervenidos por CA papilar de tiroides, 19 (38.78%) por CA papilar de tiroides recidivante, 4 (8.16%) por nódulo tiroideo, 3 (6.12%) por tumor de células de Hürtle, 1 (2.04%) por bocio multinodular, 1 (2.04%)

por CA folicular de tiroides y 1 (2.04%) por CA medular de tiroides recidivante, presentaron alguna complicación posoperatoria (Gráfica 7).

Gráfica 6: Frecuencia de complicaciones intraoperatorias por cada diagnóstico.



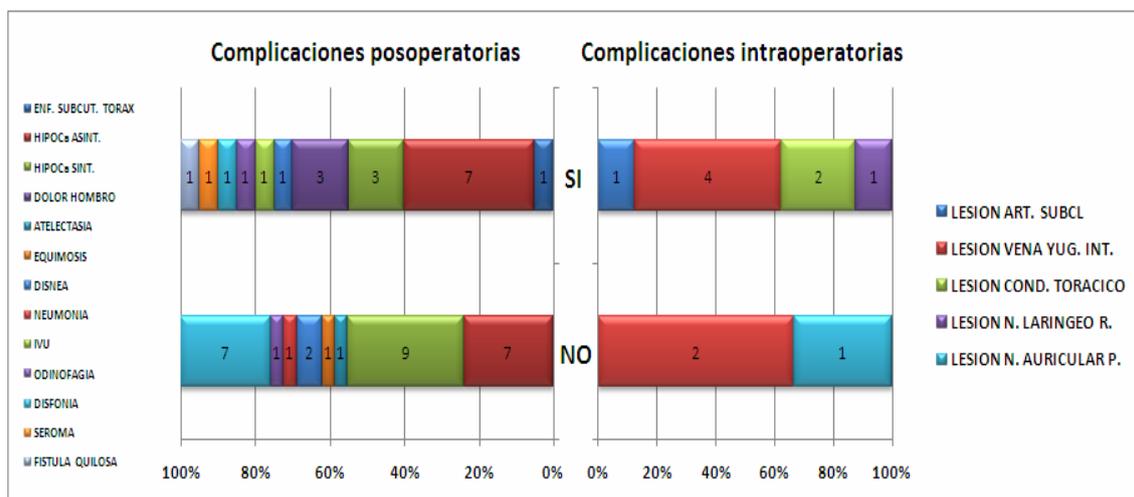
Gráfica 7: Frecuencia de complicaciones posoperatorias por cada diagnóstico.



Se realizaron en total 13 técnicas quirúrgicas distintas de disección ganglionar, 5 de ellas presentaron alguna complicación intraoperatoria. La DRMC III derecha tuvo la frecuencia más alta con 4 (36.37%). En cuanto a las complicaciones posoperatorias, la

Se encontró que 8 (72.72%) de las complicaciones intraoperatorias se presentaron en pacientes con el antecedente de cirugía de cuello previa y 3 (27.28%) no. En cuanto a las complicaciones posoperatorias, 29 (59.18%) se presentaron en pacientes que no tuvieron el antecedente mientras que las restantes 20 (40.82%) si. (Gráfica 10).

Gráfica 10: Frecuencia de complicaciones con antecedente de cirugía previa.



DISCUSIÓN

Según la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos la disección radical de cuello es considerada actualmente como el único tratamiento exitoso para el tratamiento de tumores malignos de la glándula Tiroides (8), procedimiento que como cualquier otro no está exento de presentar complicaciones, la mayoría de las cuales son leves pero también pueden ocurrir complicaciones graves que pongan en riesgo la vida de los pacientes (21).

De acuerdo con lo descrito en la literatura, el diagnóstico preoperatorio más frecuente por el que se realizó la disección ganglionar en esta serie de casos fue el CA papilar de tiroides en 85.72% (59 pacientes), de los cuales las mujeres obtuvieron la mayor frecuencia (72.46%), ya que como sabemos esta patología se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino.

En el 94.94% de los procedimientos se realizó una disección ganglionar de cuello funcional, es decir, que además de preservar estructuras no linfáticas importantes como el nervio espinal accesorio, la vena yugular interna y el músculo esternocleidomastoideo, se les brindó mejores resultados estéticos (2).

Las complicaciones vasculares, como por ejemplo, lesión de la vena yugular interna, se presentaron en un 10.13% de los casos, en contraste a lo referido en la bibliografía (21).

El conducto torácico se lesionó con una frecuencia mayor la reportada, es decir, en 2 (2.89%) sujetos, uno de los cuales evolucionó con fístula quilosa cervical, complicación grave, pero poco frecuente (23).

La lesión a estructuras nerviosas, se presentó con una menor frecuencia, es decir, en 2.88% de los casos, en comparación con el 3.77% (22). Es importante señalar que en ningún caso se lesionó el nervio espinal accesorio, sin embargo en el posoperatorio

tardío algunos pacientes refirieron dolor en el hombro del lado operado (4.35%), probablemente debido a la presencia de fibrosis en el sitio quirúrgico por cicatrización o por haber recibido radioterapia.

Por otra parte las complicaciones metabólicas como la hipocalcemia, se presentaron en 26 (37.68%) pacientes, con una frecuencia mayor a la reportada previamente (24), de lo cual es importante resaltar que más de la mitad de éstos (14), presentó una hipocalcemia asintomática. Esta elevada frecuencia pudiera deberse a que a la mayoría de los sujetos en quienes se presentó esta complicación, se realizó tiroidectomía total más disección ganglionar de algún tipo (69.23%).

La disfonía fue otra complicación posoperatoria que se presentó con una frecuencia superior a la reportada previamente (22) con un 11.59%, aunque en la mayoría de los procedimientos no se reportó lesión a estructuras nerviosas, esto pudo deberse al proceso inflamatorio de la cicatrización, ya que este síntoma cedió espontáneamente. En cuanto a la duración de los procedimientos quirúrgicos realizados, se observó que en los procedimientos con menor duración, es decir, de 2 a 3 hrs, se presentó la mayor frecuencia de complicaciones tanto intraoperatorias como posoperatorias, lo cual puede atribuirse a una falta de disección cuidadosa; y en aquellos que duraron más, es decir, de 5 a 6 hrs, la frecuencia fue menor; sin embargo no hay datos en la literatura que pudiéramos comprar con estos resultados obtenidos.

La frecuencia de complicaciones intraoperatorias fue mayor (72.72%) en aquellos que tuvieron el antecedente de cirugía de cuello previa, es decir, que ya habían sido sometidos a tiroidectomía total o parcial, o a algún tipo de disección ganglionar, esto probablemente debido a la presencia de fibrosis y/o adherencias posoperatorias que distorsionaron la anatomía normal del cuello; mientras que las complicaciones

posoperatorias se presentaron en una frecuencia similar entre quienes si tuvieron el antecedente y quienes no.

Finalmente podemos inferir que la disección radical de cuello que se realiza en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza por cáncer de tiroides es segura, ya que se realiza según la técnica descrita con una frecuencia de complicaciones similares a las reportadas en la bibliografía.

CONCLUSIONES

La disección radical de cuello se practicó a mujeres con CA papilar de tiroides.

Las morbilidad intraoperatorias fue secundaria a: lesión de la vena yugular interna y lesión de conducto torácico.

Las complicaciones tempranas fueron hipocalcemia, disfonía y disnea.

La tiroidectomía total más disección radical modificada de cuello fue la técnica quirúrgica que presentó mayor morbilidad; se asoció con la duración del procedimiento fue de 2 a 3 hrs y/o existió el antecedente de cirugía previa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rodríguez O. Disección de cuello. Evolución histórica. *Gac Med Caracas* 2005; 113(4):544-551.
- 2.- Köybasioglu A, Bora A, Sabri S, Ileri F, Beder L, Özbilen S. Accesory nerve function after modified radical and lateral neck dissections. *Laryngoscope* 2000;110:73-77.
- 3.- Gallegos F, Martínez H, Flores R. La disección radical de cuello en el cáncer de vías aerodigestivas superiores (VADS). Indicaciones, extensión y radicalidad. *Cir Ciruj* 2002;70:369-376.
- 4.- Sahara AR. Management of the neck in thyroid cancer. *Otolaryngol Clin North Am* 1998;31:823.
- 5.- Khatri VP, Loree TR. A logical and stepwise operative approach to radical neck dissection. *Arch Surg* 2002;137(3):345-51.
- 6.- Fleming JB, Lee JE, Bouvet M, Schultz PN, Sherman SI, Sellin RV, et al. Surgical strategy for the treatment of medullary thyroid carcinoma. *Ann Surg* 1999;230:697-707.
- 7.- Aslani M, Sultanem K, Voung T, Hier M, Niazi T, Shenouda G. Metastatic carcinoma to the cervical nodes from an unknown head and neck primary site: is there a need for neck dissection? *Head Neck* 2007;29:585-290.
- 8.- McIver B, Hay ID, Giuffrida DF, Dvorak CE, Grant CS, Thompson GB, van Heerden JA, Goellner JR. Anaplastic thyroid carcinoma: a 50-year experience at a single institution. *Surg* 2001;130(6):1028-34.
- 9.- Yanir Y, Doweck I. Regional metastases in well-differentiated thyroid carcinoma: pattern of spread. *Laryngoscope*. 2008;118(3):433-436.

- 10.- Uchimo S, Noguchi S, Yamashita H, Wantabe S. Modified radical neck dissection for differentiated thyroid cancer: operative technique. *World J Surg* 2004;28:1199-1203.
- 11.- Nieder C, Ang KK. Cervical lymph node metastases from occult squamous cell carcinoma. *Curr Treat Options Oncol* 2002;3:33-40.
- 12.- Chen J, Tward J, Shrieve D, Hitchcock Y. Surgery and radiotherapy improves survival in patients with anaplastic thyroid carcinoma: Analysis of the surveillance, epidemiology, and end results 1983-2002. *Am Jour Clin Onc* 2008;31(5):460-464.
- 13.- Noguchi S, Murakami N, Yamashita H, Toda M, Kawamoto H. Papillary thyroid carcinoma: modified radical neck dissection improves prognosis. *Arch Surg*. 1998;133:276–280.
- 14.- Weber T, Schilling T, Frank T, Colombo M, Hinz U, Zieger R, Klar E. Impact of modified radical neck dissection on biochemical cure in medullary thyroid carcinomas. *Surgery* 2001;130(6):1044-1049.
- 15.- Narayan K, Crane CH, Kleid S, Hughes PG, Peters LJ, et al. Planned neck dissection as an adjunct to the management of patients with advanced neck disease treated with definitive radiotherapy: for some or for all? *Head Neck* 1999;21:606.
- 16.- Jong-Lyel R, Park J, Park C. Total thyroidectomy plus neck dissection in differentiated papillary thyroid carcinoma patients: pattern of nodal metastasis, morbidity, recurrence, and postoperative levels of serum parathyroid hormone. *Ann Surg* 2007;245(4):604-610.
- 17.- Shah S, Har-El G, Rosenfeld RM. Short term and long term quality of life after neck dissection. *Head Neck* 2001:954-961.
- 18.- Robbins KT, Medina JE, Wolfe GT, Levine PA, Sessions RB, Pruet CW. Standardizing neck dissection terminology. Official report of the academy's committee

for head & neck surgery and oncology. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1991;117:601-605.

19.- Lango M, O'Malley B, Chalian A. Neck dissection. ACS surgery: principles and practice 2004;6(2):1-8.

20.- Gimm O, Ukkat J, Dralle H. Determinative factors of biochemical cure after primary and reoperative surgery for sporadic medullary thyroid carcinoma. World J Surg 1998;22:562-8.

21.- Cleland-Zamudio SS. Wax MK. Smith JD. Cohen JI. Ruptured internal jugular vein: a postoperative complication of modified/selected neck dissection. Head Neck 2003;25(5):357-60.

22.- Cappiello J Piazza C, Nicolai P. The spinal accessory nerve in head and neck surgery. Curr Op Otolaryng Head Neck Surg. 2007;15(2):107-111.

23.- Gregor RT. Management of chyle fistulization in association with neck dissection. Otolaryng Head Neck Surg. 2000;122(3):434-9.

24.- Kupferman M, Patterson M, Mandel S, LiVolsi V, Weber RS. Safety of modified radical neck dissection for differentiated thyroid carcinoma. Laryngoscope 2004;114:403-406.

25.- Sakai A, Okami K, Onuki J, Miyasaka M, Furuya H, Iida M. Statistical analysis of post-operative complications after head and neck surgery. Tokai J Exp Clin Med. 2008;33(3):105-109.

ANEXOS

- Hoja de recolección de datos

1. Nombre: _____

2. Edad: _____

3. Género: M – F

4. Diagnóstico preoperatorio: _____

5. Cirugía programada: _____

6. Cirugía realizada: _____

7. Duración del procedimiento: _____

8. Complicaciones intraoperatorias: _____

9. Complicaciones posoperatorias: _____

10. Cirugía de cuello previa: Si – No