

ALTERNATIVAS QUIRURGÍCAS EN LA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Juan Carlos Valls Puig ¹

RESUMEN: *La situación sanitaria que marco el segundo decenio del nuevo milenio en el país, seguido del apagón nacional en el 2019 y la reciente Pandemia por la COVID 19 ha determinado una serie de dificultades que nos vemos obligados a enfrentar para la atención de los pacientes. Cada una de las categorías en que se divide las patologías relacionadas con la cirugía de cabeza y cuello, se han asociado con un importante incremento de algunas enfermedades y un aumento en el número de complicaciones de otras. Las traqueostomías por obstrucción de la vía aérea, el drenaje de abscesos cervicales, las ligaduras quirúrgicas por hemorragias y las gastrostomías para derivación de la vía digestiva, representan los principales procedimientos quirúrgicos ejecutados a lo largo del decenio mencionado. Los pacientes oncológicos se asociaron a un considerable aumento en la dificultad quirúrgica. Algunas alternativas para la evacuación de colecciones purulentas, la reactualización de intervenciones clásicas como la laringofisura, y la aplicación de nuevos conceptos en trauma cervical penetrante, significan algunas innovaciones terapéuticas que han emergido. Las nuevas tecnologías han surgido como opción para la enseñanza académica. La Pandemia por la COVID 19 es un desafío agregado en la evaluación de los enfermos.*

PALABRAS CLAVE: *cirugía de cabeza y cuello, cirujanos venezolanos, situación sanitaria.*

ABSTRACT: *The sanitary situation in the second decade of the new millennium in Venezuela, the blackout in 2019 and the COVID 19 pandemic produce many difficulties in the attention of the patients. The categories than divide the head and neck surgery, present an increment in some pathologies and other complications. Tracheostomies for obstruction of the air way, the evacuation of cervical abscesses, the surgical ligature in the haemorrhages and the gastrostomies for derivate the digestive tract, represent the principal procedures in the decade. The oncology patients present very surgical difficulties. Many alternatives for the evacuation of abscesses, the actualization of classical surgeries and the application of new concepts in trauma cervical penetrant, emerged like therapeutics options. The new technologies represent a new alternative in the academic learned. The COVID 19 pandemic is a challenge in the attention of patients.*

KEY WORDS: *head and neck surgery, venezuelan surgeons, situation sanitary*

INTRODUCCIÓN

Desde mediados de la segunda década del nuevo milenio, la situación sanitaria que vive Venezuela, ha determinado una serie de dificultades que obstaculizan la atención de los pacientes que acuden a los centros asistenciales ¹. Inicialmente la reducción en los insumos, el deterioro en los equipos, la ausencia de tratamientos oncológicos adyuvantes y la migración de especialistas, seguido del apagón nacional en el 2019 y el confinamiento por la reciente pandemia por la COVID 19, coronavirus disease, representan algunos de los obstáculos a enfrentar ^{2,3}.

Se define la cirugía de cabeza y cuello como todas aquellas habilidades necesarias para la resolución de las patologías quirúrgicas en el área cervicofacial. El campo de acción de la especialidad comprende varias categorías, incluye las enfermedades inflamatorias de tratamiento quirúrgico, las lesiones congénitas, los

traumatismos, las neoplasias benignas y malignas, entre otras. Varias especialidades y subespecialidades se vinculan en su extensión, John M Lore lo definió como un abordaje ecuménico entre las distintas disciplinas ⁴.

Según la literatura consultada se ha constatado un importante incremento de algunas patologías cervicofaciales y sus complicaciones asociadas a la situación sanitaria ^{1-3,5}. El propósito del presente artículo es la descripción de las alternativas e innovaciones terapéuticas aplicadas en su manejo quirúrgico. Para facilitar su comprensión, el texto fue dividido en unas consideraciones generales y en las principales categorías de la especialidad.

DESARROLLO

Consideraciones generales

El promedio general anual de atención en las consultas de cabeza y cuello se ha mantenido estable desde finales de la primera década del nuevo milenio hasta el 2018. La profundización de la situación económica y social asociado al confinamiento por la COVID 19, ha ocasionado dificultades en la evaluación de los pacientes y la realización de diagnósticos

¹ Profesor Agregado. Médico Cirujano. Especialista de Cirugía General y Cirugía Oncológica. Jefe de la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina Dr. Luís Razetti. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-4019-2150.

Recibido: 02/11/2021
Aceptado: 14/12/2021

apropiados, demoras en la ejecución de estudios paraclínicos y retrasos en el procesamiento de las muestras ⁵.

Respecto a los turnos quirúrgicos, se constató una tendencia hacia la disminución de los cupos electivos y a un incremento de los turnos de emergencia, durante la segunda década del nuevo milenio ². Los últimos asociados al aumento de las patologías infecciosas cervicofaciales profundas, a las complicaciones por la progresión de la etapa tumoral en los pacientes oncológicos y algunas heridas por traumatismos penetrantes ^{1,6,7}.

En el año 2018, más de dos tercios del número total de intervenciones quirúrgicas de emergencia ejecutadas correspondieron a drenajes de abscesos cervicales y traqueostomías por obstrucciones de la vía aérea superior. Los cupos electivos correspondieron a tomas de biopsias de lesiones sospechosas de neoplasias por laringoscopia directa, endoscopia nasal o a cielo abierto por cuello. Se realizaron algunas extirpaciones radicales de tumores cervicofaciales. En los siguientes dos años, la mayoría de los procedimientos operatorios correspondieron a derivaciones de la vía aérea superior por distintos motivos ^{1,2}.

Enfermedades infecciosas de tratamiento quirúrgico

Una reciente publicación señaló que las infecciones cervicales profundas de manejo operatorio se habían cuadruplicado desde inicios de la segunda década del nuevo milenio. Con mayores criterios de severidad, incremento en el número de días de hospitalización, aumento en el número de complicaciones e indicadores desfavorables. La necesidad de ejecutar traqueostomías por compromiso de la vía aérea, la presencia de complicaciones respiratorias y el frecuente ingreso a la unidad de cuidados intensivos determinaron un manejo multidisciplinario ⁸.

La etiología más común en las infecciones cervicales profundas fue la odontogena. El periodo de mayor incidencia correspondió entre los años 2016 y 2017, en clara relación con las dificultades por parte de los pacientes para la realización de la higiene bucal, la asistencia a las consultas odontológicas y la adquisición de los antibióticos ⁹.

Las dificultades para la resolución definitiva de los quistes congénitos, coincidió con la aparición de abscesos cervicales extensos como complicación por sobreinfección de los

primeros. Algunos requirieron la ejecución de traqueostomías por el compromiso de varios espacios en cuello ¹.

Según el último consenso de la sociedad venezolana de otorrinolaringología, el manejo de las infecciones cervicales profundas debe ser multidisciplinario. Ha de considerarse someter al paciente a intervención quirúrgica inmediata en caso de compromiso de la vía aérea, septicemia y sospecha de gangrena gaseosa. El reconocimiento temprano reduce la mortalidad ¹⁰.

El compromiso de varios espacios cervicofaciales, el elevado número de fascitis necrotizantes y la aparición de algunos casos de mucormicosis facial, determinaron la realización de varias innovaciones. Para el drenaje efectivo de las colecciones purulentas o el desbridamiento de tejido necrótico, se requirió la incorporación de varias incisiones cutáneas, en ocasiones utilizadas en procedimientos oncológicos ^{8,11}. Drenajes artesanales como el de Watterman, utilizados en las patologías infecciosas de cavidad abdominal, fueron de especial ayuda en cuello ¹². La evacuación de las colecciones purulentas con anestesia local respetando las normas de bioseguridad contra la Covid 19 en

casos seleccionados, representó una alternativa reciente con buenos resultados (Figura 1 a-c).

La extensión y gravedad de algunos procesos infecciosos determinó el surgimiento del concepto de cirugía de revisión o “second look”, en vista de la necesidad de varias intervenciones quirúrgicas para apreciar directamente la evolución del drenaje y desbridamiento ¹³. Otros requirieron resección de extensos segmentos de piel necrótica, seguido de complejos procedimientos de reconstrucción. Un caso de mucormicosis se acompañó de exenteración orbitaria.

La tuberculosis cervical ha emergido como nueva causa frecuente de consulta. Algunas infecciones cervicofaciales atípicas también fueron descritas ¹⁴. La biopsia de las masas en cuello estuvo indicada para el diagnóstico diferencial del creciente número de casos de infecciones por mycobacterias. El drenaje de material purulento y el desbridamiento de áreas necróticas representaron las principales intervenciones quirúrgicas. Se realizaron algunos tipos de disecciones de cuello para el tratamiento de escrófulas extensas por mycobacterias atípicas resistentes al tratamiento médico ^{1,9,15}.

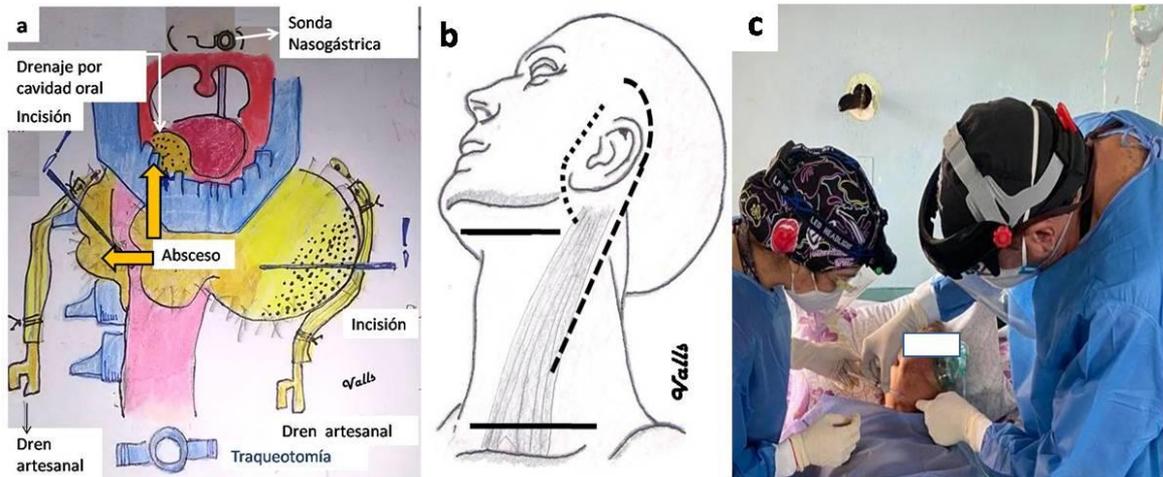


Figura 1. Esquemas e imagen de innovaciones en el manejo quirúrgico de las infecciones profundas cervicofaciales. a) Drenaje por incisiones bilaterales de colección purulenta cervical izquierda, que se extendía al otro lado y a cavidad oral. Uso de drenajes artesanales del tipo Waterman. b) Incisiones cutáneas utilizadas originalmente para procedimientos oncológicos. Líneas continuas, Doble de Garriga. Líneas discontinuas, abordaje de Fish tipo A. Líneas punteadas, trazo de Blade. c) Punción o incisión mínimamente invasiva con anestesia local a la cabecera del paciente, con medidas de bioseguridad ante el Covid 19.

Fuente: Elaboración propia.

Neoplasias

Una publicación a mediados de la segunda década del nuevo milenio indicó que la dificultad para la adquisición y cumplimiento de los protocolos quimioradiantes preservadores de órgano en cáncer de laringe, se asoció con un incremento en la frecuencia de laringectomías totales de rescate, con una mayor incidencia de complicaciones como las fístulas faringocutáneas y recidivas, además de una menor tasa de supervivencia al compararla con la literatura internacional. Estos hallazgos y los mejores resultados de la cirugía primaria, cuestionaron la aplicación de

los tratamientos preservadores quimioradiantes en nuestro medio ¹⁶.

El número de laringectomías tanto primarias como de rescate han venido disminuyendo hasta su desaparición en los últimos años. La dificultad para acceder a los tratamientos quimioradiantes determinó un súbito ascenso de las traqueostomías por obstrucción de la vía aérea en pacientes con cáncer de laringe ^{2,16}.

Otros procedimientos como las disecciones cervicales de distintos tipos también disminuyeron ¹⁷. Las dificultades para la adquisición de los respectivos tratamientos han determinado la progresión de la etapa tumoral de las distintas neoplasias de

cabeza y cuello. Ocasionalmente ocasionando obstrucción de la vía aérea superior, hemorragias y sobreinfección tumoral que requirieron ser resueltas por cupos de emergencia ².

Los objetivos de los procedimientos quirúrgicos paliativos serían mejorar la calidad de vida de los enfermos reduciendo la sintomatología sin el efecto añadido de las complicaciones postoperatorias. La cirugía sería dirigida a las consecuencias de las neoplasias ^{18,19}. Las traqueostomías y las gastrostomías simbolizan las principales intervenciones de carácter paliativo en la literatura consultada y en el presente estudio ^{20,21}. Ambos procedimientos fueron ejecutados según la técnica abierta.

Los procedimientos realizados se acompañaron de dificultades adicionales para su ejecución, motivadas a la elevada etapa tumoral que poseen los pacientes para el momento de la consulta. Otra reciente publicación indicó el incremento en el número de traqueotomías de emergencia con anestesia local, ante la imposibilidad de lograr la intubación traqueal con el laringoscopio convencional. El 60,2% de las derivaciones de la vía aérea presentaron una reducción de la luz del espacio glótico por debajo del

veinte por ciento. Las complicaciones durante y posteriores a la cirugía también aumentaron. Los tratamientos quimioradiantes no fueron recibidos o fueron administrados de manera incompleta en más de un tercio de la serie ². Los casos electivos también se acompañaron de dificultades quirúrgicas intraoperatorias y de morbilidad postoperatoria. La suma de todos estos aspectos contribuyó al incremento sostenido de los turnos de emergencia de los últimos años y a la necesidad de un manejo complejo y multidisciplinario.

La colocación de prótesis endovasculares o la embolización vascular son señalados como las opciones contemporáneas para la oclusión de las hemorragias en las patologías cervicofaciales ²¹⁻²³. La ligadura operatoria de los vasos arteriales del territorio comprometido, continúa siendo una alternativa hemostática valiosa. Desde mediados de la primera década del nuevo milenio, han sido sometidos más de treinta pacientes al procedimiento descrito, por pérdidas hemáticas en distintas localizaciones tumorales. La arteria carótida externa representó el vaso arterial más frecuentemente ocluido quirúrgicamente (Figura 2a-c).

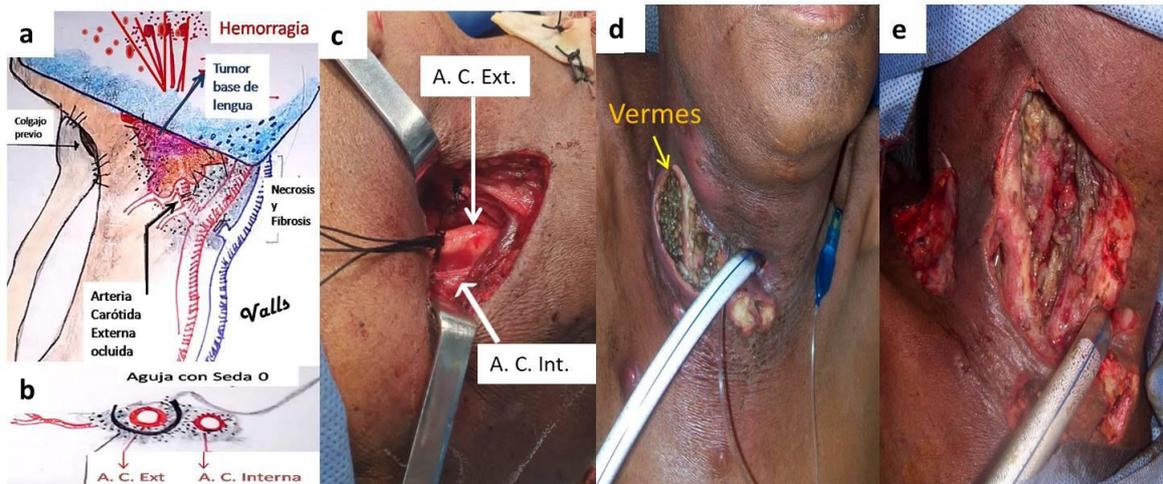


Figura 2. Esquemas e imágenes del manejo paliativo de complicaciones en pacientes con recaídas post tratamiento. a). Oclusión de la arteria carótida externa por hemorragia profusa de neoplasia en base de lengua. b) Ante la presencia de extensa área de necrosis y fibrosis post actínica de difícil disección, se procedió a bordear la cara posterior del vaso arterial con material de sutura. c) Ligadura de arteria carótida externa (A.C. Ext) por hemorragia en cáncer de amígdala. Arteria carótida interna (A. C. Int). d) Recaída local de carcinoma de laringe, con necrosis extensa purulenta y fétida con vermes. e) Extracción de vermes, drenaje de colección y desbridamiento extenso, seguido de colocación de apósitos con antibiótico en ungüento.

Fuente: Elaboración propia.

El 30% de los pacientes sobrevivió más de un año posterior a la intervención³.

El enfermo con lesiones tumorales externas fúngiformes sufre de agotamiento físico y ansiedad. El primero ocasionado por el debilitamiento del proceso de crecimiento neoplásico y la segunda por la dificultad en la interacción social. La citoreducción tumoral con el desbridamiento del tejido necrótico y el retiro de vermes, puede disminuir el dolor, la fetidez, la infección, el exudado y la posibilidad de una hemorragia mayor²⁴. Aunque no es la

primera opción de tratamiento, el procedimiento quirúrgico representó una alternativa paliativa eficaz en nuestro medio (Figura 2d y e).

Los turnos electivos se concentraron en la obtención de muestras histológicas para el diagnóstico de neoplasias y en aquellos tipos histológicos como los sarcomas, estos últimos en vista de que poseen poca respuesta a los tratamientos quimioradiantes. La caracterización de la incisión cervicofacial del colgajo superior adaptable representó una adecuada alternativa para el abordaje quirúrgico de las neoplasias en cabeza y cuello

^{5,25}. Algunos procedimientos clásicos como el abordaje de Cadwell Luck y la laringofisura fueron retomados para garantizar una toma de muestras histológicas efectivas (Figura 3a-e).

Trauma cervical

El trauma penetrante asociado a la violencia social ha venido incrementándose progresivamente desde la década de los ochenta, ha ascendido de la séptima causa de mortalidad en la población venezolana a ocupar el tercero y cuarto lugar en los últimos diez años ⁶. Según Fernando Rodríguez Montalvo, representa la primera causa de mortalidad entre los 5 y 44 años de edad ²⁶.

La tendencia mundial en el trauma cervical penetrante viene determinada por la conducta selectiva y más recientemente por el abordaje sin zonas. Sin embargo, las restricciones en la tecnología o su ausencia las 24 horas del día, son motivos para que la mayoría de las decisiones quirúrgicas se tomen en base al juicio clínico, optando por la cervicotomía exploradora inmediata. La baja morbilidad, la relativa corta estadía hospitalaria, el costo efectivo y la mayor precisión sobre los estudios paraclínicos invocarían esta política

^{6,27,28}. Diversos estudios en la literatura recomiendan la ejecución por parte de cada institución de sus propios algoritmos de trabajo, de acuerdo a su experiencia y recursos ²⁹.

Varias instituciones del país han publicado series de pacientes con lesiones cervicales penetrantes y han indicado el reto actual que significan este tipo de heridas, la importancia del examen clínico, la diferenciación entre los tipos de conducta terapéutica, y resaltaron el valor del equipo multidisciplinario ^{6,30}. Algunas revisiones bibliográficas de servicios de cirugía y otorrinolaringología describieron las ventajas y desventajas de las distintas tendencias de atención al herido, y desarrollaron protocolos estandarizados para el abordaje de este tipo de lesiones ^{31,32}.

En la presente década, la obtención y uso de armamento militar por algunos grupos delictivos en zonas densamente pobladas, ha venido determinando la aparición de una modalidad más agresiva de violencia urbana. Se ha caracterizado por conflictos cerrados, con heridas destructivas y de difícil acceso para su evacuación. El manejo de este tipo de lesiones requiere la incorporación de nuevas estrategias como la cirugía de

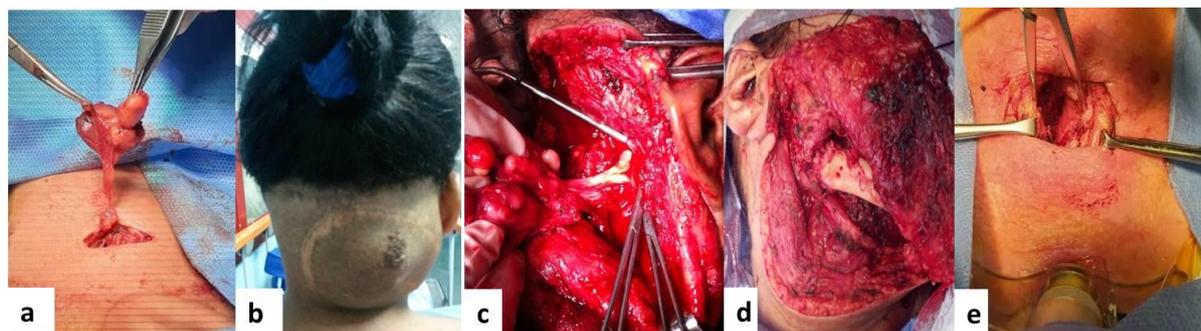


Figura 3. Imágenes y esquema de intervenciones quirúrgicas electivas de neoplasias. a) Biopsia excisional de masa cervical. b-c) Extirpación de neurofibroma cervical posterior. d) Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable para resección de masa cervical. e) Laringofisura por tumor laríngeo.

Fuente: Elaboración propia.

control de daños, la hipotensión resucitativa, la prevención de la hipotermia y la coagulopatía ⁷. Las heridas por intentos de autólisis también se incrementan en los periodos de dificultades ³³. La reciente enfermedad Covid 19 representa un desafío agregado en el abordaje de los pacientes con traumatismos ³.

La cercanía de las estructuras vitales en el cuello determina que las heridas producidas por proyectiles de alta velocidad incrementen la morbilidad y mortalidad. La transferencia elevada de energía puede ocasionar traumatismos distantes a la trayectoria del proyectil ³⁴.

La gravedad de las lesiones ha determinado la ejecución de procedimientos poco frecuentes o la asociación de conceptos como el

emplazamiento de sondas vesicales en el trayecto de las heridas, la cirugía de control de daños o la zona cero ^{6,35}. Se realizaron algunas innovaciones como la colocación de prótesis artesanales por laringofisura, en heridas laríngeas (Figura 4 a-c).

La Pandemia por COVID-19

La rápida diseminación del síndrome de dificultad respiratoria aguda asociado al coronavirus 2, SARS-CoV-2, hasta convertirse en pandemia ha implicado un cambio en la disposición de los recursos existentes y un aumento en el riesgo de exposición de los trabajadores sanitarios. Aquellas especialidades relacionadas con el manejo de la vía aérea como otorrinolaringólogos y cirujanos de cabeza y cuello, entre otros, representan algunos de los

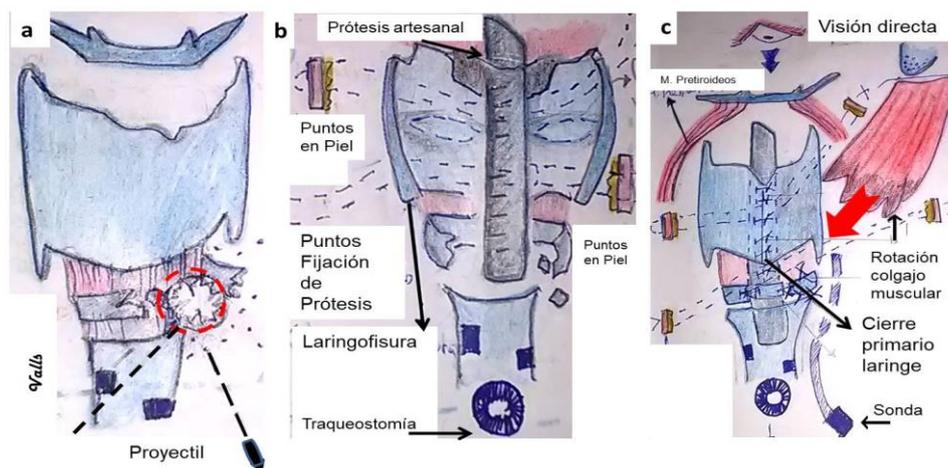


Figura 4. Esquema de tratamiento quirúrgico aplicado a paciente con herida por proyectil percutido por arma de fuego en región laríngea. a) trayectoria del proyectil con destrucción de hueso cricoides. b) Emplazamiento de prótesis artesanal en la endolaringe, a través de laringofisura y reconstrucción de la laringe. Colocación de material de sutura en prótesis a piel. Traqueostomía. c) Ubicación final de prótesis artesanal bajo visión directa por laringoscopia seguido de anudada de puntos de fijación en piel. Cierre de laringofisura. Rotación de musculo esternocleidomastoideo sobre área reparada. Colocación de sonda de drenaje.

Fuente: Elaboración propia.

grupos de mayor riesgo. Numerosas guías y lineamientos han emergido para mantener la apropiada atención de los pacientes y evitar el contagio del personal de salud ³⁶.

La disponibilidad y el uso de los equipos de protección personal, PPE, han significado de gran importancia para el manejo de los pacientes con patologías cervicofaciales.

La educación en pandemia

Desde principios del nuevo milenio, varios libros, artículos y consensos nacionales elaborados por instituciones, especialistas y sociedades científicas han ofrecido

lineamientos para el tratamiento de las patologías quirúrgicas de cabeza y cuello en cada una de sus categorías ^{1,10,32}.

La docencia de pregrado y postgrado no se ha detenido ⁹. La situación sanitaria y el confinamiento por la COVID 19 han determinado severas dificultades para la enseñanza de los primeros y el entrenamiento práctico de los segundos. Sin embargo, las Tecnologías de la Información y la Comunicación, TIC, a través de ordenadores, tabletas electrónicas y teléfonos inteligentes han surgido como alternativas para el cumplimiento teórico de los programas de pregrado y postgrado.

Se han publicado varios artículos en distintos periodos de tiempo, resaltando el valor del manejo multidisciplinario en algunas categorías y algunas innovaciones propias en el tratamiento quirúrgico de algunas neoplasias ^{6,13,25,30}. La noble y permanente labor de diversos servicios de bibliotecas de instituciones sanitarias privadas ha colaborado en la adquisición de las publicaciones nacionales e internacionales.

Aspecto humano del medico

El último Papa Magno indico que el personal sanitario es custodio y servidor de la vida humana ³⁷. Por décadas, los médicos venezolanos salen al encuentro de las necesidades de este tipo de pacientes, esforzándose en ofrecer las mejores opciones y alternativas, iniciando caminos allí donde más urgentes son las necesidades y más escasas las atenciones ³⁸.

Los residentes representan la columna vertebral del hospital para su funcionamiento. Sin embargo, el médico no es ajeno a la situación sanitaria del país. Sufren con las limitaciones económicas y experimentan dificultades para su manutención, adquirir el transporte y

lograr actualizarse en los nuevos conceptos de la especialidad. Su perseverancia ha permitido mantener la atención en los actuales momentos ³⁹.

CONCLUSIONES

La situación sanitaria que atraviesa el país ha determinado una serie de dificultades a las que nos vemos obligados a enfrentar para la atención de los pacientes. Se ha evidenciado un importante incremento de algunas patologías cervicofaciales y un aumento en el número de complicaciones de otras enfermedades. Las traqueostomías por obstrucción de la vía aérea, el drenaje de abscesos cervicales, las ligaduras quirúrgicas por hemorragias y las gastrostomías para derivación de la vía digestiva, representan los principales procedimientos quirúrgicos ejecutados en la segunda década del nuevo milenio. Los pacientes oncológicos se asociaron a un considerable aumento en la dificultad quirúrgica. Algunas alternativas e innovaciones terapéuticas han emergido para su manejo quirúrgico. La Pandemia por la COVID 19 es un desafío agregado en la evaluación de los enfermos.

AGRADECIMIENTOS

A la licenciada Mary Cruz Lema de Valls, al personal de la biblioteca del Instituto de Medicina Experimental y del Centro Médico de Caracas en San Bernardino por su colaboración y trabajo en el proceso editorial de esta publicación.

REFERENCIAS

1. Valls J. Desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela. *Gac Med Caracas*. 2020; 2: 159-178.
2. Valls J, Tabacco F, Exraño L, Falcon G, Guevara K, Valdivia M. Experiencia en traqueotomías abiertas de emergencia con anestesia local. *Vitae Academia Biomédica Digital*. [Internet] 2019; 77 (Enero–Febrero). [Citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjLlbGd8oT0AhW1QzABHeK8B60QFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fvitae.ucv.ve%2Findex_pdf.php%3Fmodule%3Darticulo_pdf%26n%3D5936%26rv%3D142&usg=AOvVaw0BP82TKU0pG3jSyDMqHriA
3. Valls J, Alfaro G, Papa I, Blanco A, Altuve L, Lacle J. Ligadura quirúrgica de vasos arteriales en situaciones de emergencia. *Rev Fac Med*. 2021; 44 (1):37-51.
4. Lore J, Medina J. Prefacio. En: Lore J, Medina J, Editores. *Atlas de cirugía de Cabeza y Cuello*. 4ta edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2007. p XIII-XXIX.
5. Valls J, Blanco A, Estraño L, Albarran G, Saavedra G, Fraga M. Diagnóstico quirúrgico de la masa cervical. *Revista Vitae academia Biomédica Digital*. [Internet] 2021; 86 [Citado 01 de noviembre de 2021].
6. Valls J, Herrera C, Guevara E, Rojas G. El abordaje “sin zonas” y otros conceptos nuevos en el manejo del trauma cervical penetrante. *Gac Méd Car*. 2020; 128(4): 59-71.
7. Valls J. Trauma urbano moderno en Caracas. *Rev Digital Postgrado* [Internet] 2021; 10 (1): e 255. [Citado 10 Octubre de 2021]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiXk-rO9oT0AhUWSDABHfPEADcQFnoECAQQAQ&url=http%3A%2F%2Fsaber.ucv.ve%2Fojs%2Findex.php%2Frev_dp%2Farticle%2Fview%2F20298%2F144814486615&usg=AOvVaw08280THO5JXkllx76RtQDp
8. Valls JC, Papa I, Vaamonde MG. Incremento de las infecciones cervicales profundas de manejo quirúrgico durante los años 2016 y 2017 en el Hospital Universitario de Caracas. *Acta Otorrinolaringologica*. 2019; 30 (1):60-67.
9. Valls J, Palacios N, Valdivia M. La cirugía de cabeza y cuello, una especialidad emergente. *Vitae Academia Biomédica Digital*. [Internet] 2020; 81

s%2Fservlet%2Farticulo%3Fcodigo%3D6833012&usg=AOvVaw1RyBS3GSIPAvjp8TK1ipzb.

18. Forbes J. Palliative surgery in cancer patients. Recent results Cancer Res. 1988; 108: 134.

19. Jalisi S. Living with head and neck cancer. Oto Clin N am. 2009;42(1):171-184..

20. Kowalski L. Natural history of untreated head and neck cancer. Eur J Cancer. 2000; 36: 1032-1037.

21. Munday D. Problemas en el tratamiento paliativo. En: Cáncer recurrente de cabeza y cuello. Editor: Emaná H, Ang K. 1era edición 2015. Medellín: Amolca; 2015p 277-293.

22. Johnson J. Management of complications of head and neck surgery. En: Myers / Suen. Cancer of the Head and Neck. 3er Edition. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996. p 693-711.

23. De Sousa A, Inciarte L. La epistaxis y su manejo endoscópico. En: Aderito de Sousa. Cirugía endoscópica de nariz. Caracas: Mc Graw Hill; 2008. p 255-275.

24. Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. J Wound Care. 2000; 9 (1): 4-9.

25. Valls JC. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. Vitae Academia Biomédica Digital [Internet]. 2017; 72 (Octubre-Diciembre). Citado 05 de julio de 2020]. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiEiuyhjYX0AhV_QjABH](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiEiuyhjYX0AhV_QjABHSHCBvMQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Farticulo%3Fcodigo%3D6427202&usg=AOvVaw1VBakYEISOYsywmH4TSycx)

SHCBvMQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Farticulo%3Fcodigo%3D6427202&usg=AOvVaw1VBakYEISOYsywmH4TSycx.

26. Montalvo FR. Enfoque integral del politraumatizado. Gac Med Caracas. 2004; 112 (3).

27. Hom D, Maisel H. Penetrating and blunt trauma to the neck. En: Flint P, Haughey B, Valerie L, editors. Cummings of otolaryngology head and neck surgery. Vol II. Sixth edition. Philadelphia: Saunders; 2015. p 1872-1883.

28. Nason RW, Assuras G, Lipschitz, Burns C. Penetrating neck injuries. Can J Surg 2001; 44(2): 122-126.

29. Pakarinen TK, Leppaniemi A, Sihvo E, Hiltunen K, Salo J Management of cervical stab wounds in low volume trauma centres. Injury. 2006; 37: 440-447.

30. Valls P, Urra, E; Vaamonde, G ; Torbello, J; Serrano, A; Hinojosa, M. Manejo contemporáneo del trauma cervical penetrante. Vitae Academia Biomédica Digital [Internet]. 2017; 71. [Citado 15 julio 2021]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi22ubcgoj0AhVBT98KHVIZARUQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Farticulo%3Fcodigo%3D6431291&usg=AOvVaw0tQ12sKx9Zh8CUUGBHASHs>.

31. Sileo V, Torres E. Trauma Cervical. Acta ORL. 1997; 9(2): 63-72.

32. Vivas L, Ottolino P. Trauma cervical. En: Rodríguez M, Viteri Y, editores.

Manual del Paciente Politraumatizado. 3era edición. Caracas: Edit Disinlimes; 2008. p 144-176.

33. Avilán JM. La violencia en cifras de mortalidad. En: Lopez JE, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Vol II. Caracas: Editorial Atepoca; 2006. p. 469-490.

34. Breeze J, Masterson L, Banfield G. Outcomes from penetrating ballistic cervical injury. J R Army Med Corps. 2011; 158 (2): 96-100.

35. Valls J. M.A.R.C.H. Un cambio en el esquema de atención inicial del politraumatizado. Rev Fac Med. 2021; 44 (3): 44-56.

36. Parilli D, Baptista P, Marcano M, Goncalves S, Shalal D, Chiossone J. Covid 19 Infection and its influence in

otorhinolaryngology- Head and neck surgery, Int Arch Oto. 2020; 24(4): 527-534.

37. Juan Pablo II. Carta encíclica, El Evangelio de la Vida. Caracas: Ediciones Trípode; 1995. p 102.

38. Plaza F. Historia de la cirugía. Rev Cen Med Car. 1978; XVII (59): 5-33.

39. Ponce D. Catástrofe de la salud venezolana. Gac Med Car. 2019; 127(1): 1-4.

CORRESPONDENCIA

Juan Carlos Valls Puig. Dirección: Cátedra-Servicio de Otorrinolaringología. Piso 7. Hospital Universitario de Caracas. Urbanización Los Chaguaramos. Teléfono: 0212 6067470-0212 6067471. Dirección de correo electrónico: vallstru@hotmail.com.