

Diseción de cuello. Evolución histórica*

Dr. Oscar Rodríguez Grimán

Individuo de Número

“Aunque ha habido avances recientemente en muchos problemas quirúrgicos, el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello pareciera que no ha recibido la debida atención ni ha progresado como estos campos. Estos casos infelices son considerados muchas veces como espectros en la consulta. El tratamiento operatorio se ve perjudicado por la tradición y los convencionalismos, y el trágico final de una mayoría de estos casos ha hecho perder la confianza de los legos y aún de profesionales”.

Así comenzaba George Crile (1) el trabajo presentado en la sección de cirugía y anatomía de la Asociación Médica Americana en junio de 1906, en el que describe por primera vez la disección radical de cuello. El fundamento de estas operaciones fue dado por el trabajo de Hitchings quien revisó 4 500 casos en la literatura médica de lesiones de la cabeza y cuello (excluyendo las lesiones tiroideas) y encontró que sólo en 1 % de los casos había propagación fuera del área de cabeza y cuello y que la muerte de los pacientes se debía a enfermedad locorregional no controlada. Por eso Crile proponía una escisión en bloque del primario y los ganglios con los linfáticos interpuestos en continuidad (siguiendo la doctrina que Halstead aplicó a la mama). Su serie de 132 operaciones la inició entre 1888 – 1889, con la premisa de que en algún momento al inicio el cáncer es curable por ser una enfermedad local; señalaba como las principales complicaciones: infección, hemorragia, shock, y agotamiento.

La bronco aspiración la evitaba empacando la faringe. La hemorragia arterial la controlaba con el cierre temporal de la carótida primitiva y la ligadura de la carótida externa. El paciente era operado

semisentado con presión homogénea en los miembros inferiores y el abdomen por debajo del reborde costal para lo que diseñó un traje neumático de goma. La anestesia era a base de éter (suministrado a través de tubos nasales) y morfina, y como anestesia tópica, cocaína.

Consideraba que las operaciones incompletas eran perjudiciales y en presencia de ganglios palpables hacía una disección radical incluyendo la yugular interna (por su estrecha relación con los linfáticos) y la externa, el nervio espinal, el músculo esternocleidomastoideo y el omohioideo con los grupos ganglionares submentoniano, submaxilar, las cadenas laterales linfáticas profundas (yugular, espinal y cervical transversa) y los linfáticos superficiales (cadenas yugular externa y anterior). Las estructuras no linfáticas (venas y músculos, el nervio espinal) y la glándula submaxilar son removidos para facilitar el acceso a las estructuras linfáticas. Incluía los ganglios subauriculares del grupo parotídeo (2) con la cola de la parótida que se remueve para facilitar el acceso a la inserción posterior del vientre posterior del digástrico y facilitar la ligadura de la yugular interna en su extremo superior.

Se remueve también el plexo cervical superficial desde sus raíces de origen hasta sus ramas terminales: cervical transversa, auricular, mastoidea, supraclavicular y supra-acromial.

La mortalidad operatoria en los vaciamientos de cuello era del 13 % y era más elevada en la operaciones combinadas. Podemos comparar estas cifras con las de Mac Comb (3) de 3,2 % para las disecciones de cuello simples de 4,9 % para las operaciones combinadas.

En ausencia de ganglios palpables removía sólo el área de drenaje linfático del primario (disección

* Trabajo de incorporación como Individuo de Número, Sillón XX, presentado en la sesión de la Academia Nacional de Medicina el día 03 de febrero de 2005.

selectiva de cuello).

La incisión era una T (o era una Y aplanada) y en el desarrollo de los colgajos no incluía el músculo platisma.

En sus manos las escisiones radicales eran cuatro veces más efectivas que las operaciones menos radicales.

Con los progresos de las radiaciones (Regaud y Coutard, Coutard y Baclesse) la disección de cuello perdió ascendencia en el tratamiento de las lesiones de cabeza y cuello. Fue reactualizada a partir de 1934 por Hayes Martín (4) en el Servicio de cabeza y cuello del *Memorial Hospital* de Nueva York, gracias a los progresos de la anestesia, las transfusiones y la disponibilidad de las sulfamidas y los antibióticos, aunque ya se sabía que las metástasis a distancia en las lesiones de cabeza y cuello pueden ser tan altas como el 23 % (en 254 casos de autopsia). Martín modificó la técnica de Crile incluyendo el platisma en los colgajos para disminuir la posibilidad de necrosis de los mismos con exposición y eventual ruptura de las carótidas. No removía los linfáticos superficiales por que estos sólo están tomados cuando hay bloqueo tumoral de los linfáticos profundos y esto haría a estos pacientes irrescatables. Estableció la incisión en doble Y de rutina para la disección de cuello.

Para el doctor Martín había dos modalidades de la disección de cuello: profilácticos (electivos) y curativos (terapéuticos). Proponía los terapéuticos en todos los casos de ganglios palpables. Aceptaba los electivos cuando para el tratamiento del primario era indispensable el abordaje a través del cuello y practicaba la resección en bloque del primario y los ganglios y conductos linfáticos aunque hubiese necesidad de sacrificar elementos óseos (los linfáticos van adosados al periostio); si la lesión era de la línea media indicaba el vaciamiento bilateral. Esta operación podía tener hasta el 20 % de mortalidad operatoria. Por eso Tollefsen practicaba la disección de cuello de un lado y el vaciamiento suprahioideo del lado opuesto en las lesiones medianas de la cavidad oral.

En opinión del Dr. Martín, la observación de un cuello negativo hasta la aparición de metástasis para practicar la disección de cuello, no desmejoraba la sobrevida del paciente. Esto era importante en los casos que metastatizacen poco (cáncer (Ca) del labio) o que pueden dar metástasis cruzada (Ca de lengua).

Las deformidades podrían ser significativas y la

política del servicio era esperar hasta 5 años para iniciar las reconstrucciones por temor a que una recidiva interrumpiera el proceso que era lento y doloroso.

La morbilidad asociada por la sección del nervio espinal es fundamentalmente la disfunción del hombro: dolor en el hombro, limitación de la abducción del hombro y la scapula alata, descrita en 1961 (5). Parecería lógico que la preservación del nervio espinal evitaría estos problemas y esta fue la segunda modificación que se le hizo a la operación de Crile.

Asimismo se demostró que los músculos no contenían linfáticos (6) y por consiguiente la preservación del esternocleidomastoideo no influenciaría la radicalidad del procedimiento y podía mejorar el resultado cosmético y pudiera disminuir la incidencia de los estallidos de carótida.

Basándose en los estudios anatómicos de Pernkopf (7) el profesor de la Universidad de Córdoba (Argentina) Oswaldo Suárez (8), estableció que el tejido celuloadiposo con los vasos y ganglios linfáticos del cuello está contenido en un sistema de compartimientos que en la parte externa envuelve los músculos y vasos, pero estas estructuras sólo tienen una relación de contigüidad y por consiguiente disecando las envolturas fasciales de los músculos y vasos sanguíneos, se puede remover el tejido celuloadiposo del cuello con su contenido linfático respetando estructuras funcionalmente importantes, tales como los músculos, venas, glándulas submaxilares y los plexos cervicales, aun aquellas como el nervio espinal y el hipogloso que atraviesa compartimientos fasciales pueden ser preservadas.

De allí que se denominará esta operación como disección funcional. Suárez basó su estudio en la observación y experiencia de 1 318 casos de tumores de la laringe e hipofaringe de los que 803 presentaban ganglios palpables. Escrito en español y en una revista de poca difusión este trabajo pasó desapercibido hasta que Bocca que aprendió la técnica observando a Suárez (9) publicó en 1964 una comunicación sobre la disección funcional de cuello (10) y posteriormente en 1984 una serie de 1 500 disecciones funcionales (11). La primera comunicación en inglés fue publicada en 1967 por Bocca (12) de allí que en la literatura de habla inglesa se le conozca como disección funcional de Bocca. Posteriormente Calearo y Teatini describieron la técnica muy detalladamente (13).

Para Ferlito (9) la disección funcional de cuello no es una modificación de la disección radical sino un procedimiento quirúrgico distinto basado conceptualmente en los compartimientos fasciales del cuello y tan radical desde el punto de vista oncológico como la operación descrita por Crile.

La disección de cuello modificada es cuando se extirpan todos los linfáticos como en la disección radical pero se conservan 1 ó más estructuras no linfáticas: nervio espinal, vena yugular interna, mencionando después del calificativo (disección de cuello modificada), con preservación de tales estructuras.

Los trabajos de Bocca (11), Deutchs (14), Jessé (15), Lingerman (16) demostraron resultados comparables en pacientes N0 – N1, y aún mejores con las operaciones conservadoras. Bocca lo explica señalando que las operaciones funcionales son a menudo bilaterales para lesiones de la línea media y en aquellas que metastatizan en un porcentaje elevado a los ganglios del cuello.

La disección radical de cuello, bilateral simultánea está indicada cuando hay ganglios palpables en ambos lados del cuello y un procedimiento en 2 tiempos (con seis semanas de intervalo) atenta contra el principio oncológico de no cortar a través de tumor. Con un intervalo de 3 semanas la mortalidad operatoria fue de 15 % (17). En la serie de Moore (18) del *Memorial Hospital* de 234 casos de vaciamiento radical bilateral simultáneo no se reporta la mortalidad operatoria (que era estimada en un 20 %).

La morbimortalidad se debe al aumento de la presión venosa intracraneal, a la reducción del flujo venoso colateral, a la estasis linfática que condicionan edema cerebral, la liberación de hormona anti-diurética con retención de agua, e hiponatremia por dilución que puede llevar a confusión, convulsiones y coma y al edema local que favorece la infección (19,20). Estas complicaciones no existen cuando se practica una disección de cuello bilateral funcional.

Asimismo Bocca señaló que se obtenían mejores resultados con la disección funcional electiva que si se observaba el cuello y luego se hacía una disección terapéutica. Esto se explicaría por que la extensión extra capsular puede hallarse en ganglios menores de 1 cm (21) que son de mal pronóstico para las recidivas locales, metástasis a distancia y un intervalo libre de enfermedad más corto.

Cachin (22) del Instituto Gustav–Roussy demostró que los pacientes con carcinoma de la orofaringe tenían una sobrevida de 65 % con ganglios negativos, que se reducía a 33 % con ganglios positivos y a 15 % en presencia de extensión extracapsular. Ésta estaba presente en 65 % de los casos clínicamente N0 y patológicamente positivos y en 75 % de los pacientes N2. Esto explicaría por que los pacientes en observación pueden volver a control con una voluminosa adenopatía y también explica los buenos resultados obteniendo por Fletcher con la irradiación electiva de los cuellos N0 (23).

Spiro y Strong, (24) del mismo servicio del Dr. Martín, en una serie de 563 carcinomas de lengua, de los que 185 fueron tratados por glossectomía parcial solamente y se observaron los cuellos, en los que desarrollaron metástasis. Ulteriormente el tratamiento fue exitoso en sólo un 35 %. Un 60 % de los pacientes murió de enfermedad no controlada en el cuello. Posteriormente reportaron una mejor sobrevida en pacientes con disección de cuello electiva (25).

Se ha reconocido el valor de las disecciones electivas para estadificación y mejor conocimiento de los factores pronósticos y la eventual indicación de tratamientos complementarios.

La imagenología actual (tomografía axial computarizada, resonancia magnética) ha contribuido a precisar la presencia de ganglios en cuellos clínicamente negativos sin poder precisar los cuellos negativos, ya que un 50 % de los ganglios metastásicos son menores de 5 mm y se escapan a la capacidad de resolución de estas técnicas (26). La imagenología por nanopartículas aún en fase experimental puede contribuir a precisar esto en el futuro.

Otro factor de mal pronóstico que ha sido descrito recientemente por José (27) son los depósitos tumorales en partes blandas, sin relación con adenopatías. Aparecen solas en un 10,3 % de casos de carcinomas escamosos del tracto aerodigestivo superior y asociados a la extensión extracapsular en un 13,5 % (total: 23,9%). Estos depósitos disminuyen la sobrevida y el intervalo de enfermedad en comparación con los pacientes N0 y con los pacientes sin extensión extracapsular. No hay diferencia entre los pacientes con depósitos tumorales en partes blandas y los pacientes con extensión extracapsular.

El trabajo fundamental de Lindberg (28) definió las áreas de avenamiento linfático de las diferentes localizaciones del primario en cabeza y cuello y esto

ha sido también descrito por los clínicos. Así Frazell encontró que en los Ca papilar del tiroides con ganglios palpables hay metástasis al grupo submaxilar en 13 % de los casos y en los casos N0 clínicos y N1 patológicos sólo en el 5 %, por eso Attie no practicaba disección submaxilar en estos casos. Asimismo Shaha (29) encontró que en los casos de piso de boca clínicamente negativos sólo había metástasis en el triángulo posterior en un 5 %.

Por consiguiente se hacía cirugía excesiva cuando se practicaba la disección de cuello radical o funcional, indiscriminadamente a todos los pacientes y surgió el concepto de la cirugía selectiva de cuello. Sólo se deberían remover los grupos ganglionares de mayor riesgo de metástasis para cada localización, posición esta que había sido aceptada por Crile (1), pero tajantemente rechazada por Martín para quien sólo la operación radical era aceptable. De nuevo viene del propio servicio de Martín el rechazo a esta posición cuando publican sus resultados con la disección supraomohioidea (30) que habían venido practicando desde 1980 para las lesiones de la cavidad oral, que incluye los grupos submentoniano, submaxilar y los yugular superior y medio encontrando un 31% de metástasis microscópicas en 83 casos operados selectivamente (con 3 casos de extensión extracapsular). Sólo tuvieron 3 recidivas: 1 en el área operada y dos fuera del campo operatorio.

La conducta posterior en estos casos (completar una disección radical, irradiar u observar), se escapa al propósito de esta revisión.

La eficacia del vaciamiento selectivo, incluyendo sólo los ganglios yugulares, y la porción interior del triángulo posterior para las lesiones laringeas (supraglóticas y transglóticas) ha sido confirmada en un estudio prospectivo comparándolo con la disección radical en casos de cuello negativo donde la sobrevida global y el porcentaje de recidivas son similares (31).

En cuanto al tiroides no está claro del todo el valor pronóstico de las metástasis ganglionares en el carcinoma aun diferenciado. El vaciamiento electivo de rutina no mejora la sobrevida, aunque la mayoría de las recidivas ocurren en el cuello. No está claramente demostrada la superioridad de una disección terapéutica sobre una linfadenectomía limitada. El tratamiento ganglionar puede estar limitado a la disección del compartimento visceral y el mediastino superior y/o a la llamada disección postero-lateral que incluye los grupos yugular medio e inferior y la cadena cervical transversa.

Para las lesiones de la piel de la cara (región malar, porción externa de la órbita, porción posterior de la mejilla) y la región temporal la disección de cuello, cuando indicada, debe incluir una parotidectomía superficial para extirpar los ganglios parotídeos.

Para las lesiones de la piel y cuero cabelludo por detrás del plano coronal que pasa el trago, está indicada una disección de nuca con una disección postero-lateral de cuello (32,33).

Después de obtener buenos resultados con las disecciones limitadas en casos electivos el próximo paso fue ensayarlas en casos terapéuticos con el conocimiento que aún después de las disecciones radicales el porcentaje de recidivas es alto (alrededor del 20 %), que en cuellos N0 clínicos y N1 patológicos el control de la enfermedad es similar en la cirugía funcional y la cirugía radical y que en ausencia de factores que alteren el flujo linfático normal (cirugía previa, radiaciones, ganglios voluminosos), la progresión de la enfermedad cervical es predeterminada y no hay flujo de la cadena yugular al triángulo posterior (34).

Medina y Byers (35) reportaron una serie de disecciones supraomohioideas que incluía 114 pacientes con ganglios palpables (la mayoría N1) con un 80 % patológicamente positivo. Las recidivas locales fueron 10 % para los que no tenían extensión extracapsular y 24 % en presencia de ganglios numerosos o extensión extracapsular que se reducía a 15 % con la adición de radioterapia.

La disección selectiva estaría indicada en pacientes con enfermedad metastásica limitada, y si al examen del espécimen se encuentra enfermedad más avanzada, la radioterapia complementaria mejoraría el control local (36). Una revisión reciente de la experiencia de 10 años del *Oregón Health Sciences University* y la *Universidad de Conecticut Health Center 1989 - 1998* y el *Memorial Slean Kettering Cancer Center 1995 - 1998* de pacientes con cuellos clínicamente positivos, con ganglios móviles (menor de N3) de carcinoma escamoso de cabeza y cuello sin tratamiento previo y más de dos años de seguimiento, en los que la cirugía practicada fue disección supraomohioidea para las lesiones de la cavidad oral y la orofaringe y una disección lateral (ganglios yugulares para las lesiones laringeas e hipofaringeas), se añadió radioterapia a los pacientes con extensión extracapsular o con ganglios positivos a varios niveles.

Un total de 106 pacientes llenaron los requisitos, el primario era T3-T4 y estaban igualmente distribuidos entre N1 y N2.

Ninguno tenía evidencia de metástasis en el triángulo posterior, la supervivencia a los 5 años fue de 68,8 % (88,1 % en N1 y 40 % en N2a y 50,1 % en N2b y 30 % en N2c. La recidivas fueron de 5,7 %, y de 21,9 % cuando había extensión extracapsular. Las recidivas fueron en el campo operatorio, no hubo recidivas fuera del área linfática predeterminada o en el triángulo posterior.

Concluyen los autores que las disecciones selectivas están indicadas en los cuellos N1-N2 con ganglios pequeños, no fijos, excluyendo los pacientes con ganglios voluminosos fijos o evidente extensión extracapsular sin cirugía o radioterapia previa con resultados comparables a los obtenidos con cirugías más extensas.

Con un refinamiento de la técnica de disección supraomohioidea se ha propuesto excluir el receso submuscular (37); asimismo cuando se practica la disección del triángulo posterior en lesiones escamosas de mucosas en cabeza y cuello se ha propuesto excluir el nivel más alto (que corresponde al receso submuscular llevando el límite posterior al borde anterior del trapecio) (38).

Dos técnicas novedosas se han incorporado con el objetivo de reducir y precisar aún más las indicaciones de la disección de cuello: 1. El ganglio centinela que tan exitosamente se ha aplicado a los melanomas y a los carcinomas de mama.

Un ganglio centinela negativo obviaría la necesidad de disección de cuello. 2. Se determinaría la posición del (o los) ganglios centinelas por linfocentellografía y luego podría hacerse una biopsia con aguja fina dirigida por ultrasonido (39) o cirugía abierta para extirpar el (o los) los ganglios comprometidos. Numerosos estudios no han aclarado cual sería el verdadero valor de esta técnica que aún debe considerarse en etapa experimental, incorporando todas las interrogantes sobre el valor de tinción como hematoxilina - eosina en el diagnóstico de la micrometástasis, la conveniencia de incorporar la inmunohistoquímica con un anticuerpo contra la citoqueratina y propio valor de la micrometástasis ya que utilizando técnicas de biología molecular, como reacción en cadena de la polimerasa de la transcriptasa reversa, se ha incrementado la frecuencia de las mismas (40).

La tomografía por emisión de positrones (PET)

con F18 fluorodeoxiglucosa que es una prueba de alta especificidad aunque de menor sensibilidad puesto que su capacidad de resolución es de más de 4-5 mm (las micrometástasis son más pequeñas). En el estudio de Kovacs (40) los pacientes positivos al PET se consideraron clínicamente positivos y los negativos fueron sometidos a la técnica de ganglio centinela.

Como vemos de esta exposición, la cirugía de cuello ha venido de más a menos, siguiendo la misma tendencia minimalista que la cirugía de la mama.

Clasificación de las disecciones de cuello puesta al día. Revisiones propuestas por *The American Health a Neck Society* y la *American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery* julio 2002 (41).

Se utiliza el sistema de niveles para la localización de la enfermedad ganglionar del cuello usada en el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*.

Nivel I Grupo submentoniano IA

Grupo submaxilar IB

Nivel II Grupo yugular superior

IIA por debajo de nervio espinal

IIB receso submuscular

Nivel III Grupo yugular medio

Nivel IV Grupo yugular superior

Nivel V Triángulo posterior

VA Cadena espinal

VB Cadena cervical transversa y ganglios supraclaviculares

Nivel VI Compartimiento visceral

Nivel VII Mediastino superior (no aceptado)

Clasificación de la disecciones de cuello

1. Disección radical de cuello

Incluye los niveles del I-V desde el borde inferior del maxilar inferior a la clavícula y del borde externo del músculo esternohioideo y vientre anterior del digástrico contralateral al borde anterior del trapecio. Incluye el nervio espinal, el plexo cervical superficial desde sus raíces, las venas yugular interna y externa, los músculos esternocleidomastoideo y omohioideo. No incluye el grupo occipital ni el grupo mastoideo o retroauricular y del grupo parotídeo sólo los

ganglios subauriculares, que son removidos con la cola de la parótida y del origen de la yugular externa (vena carótida externa de Sebilau), no incluye los ganglios buccinadores (o de la transversal de la cara), los retrofaringeos o los del compartimiento visceral.

2. Disección de cuello modificada

Se aplica a las operaciones en que se extirpan los 5 niveles ganglionares pero se preservan una o más estructuras no linfáticas (nervio espinal, plexo cervical superficial, vena yugular interna, esternocleidomastoideo, glándula submaxilar).

Las estructuras preservadas deben ser específicamente señaladas (vemos que ignoran la disección funcional).

3. Disección de cuello selectiva (DCS):

Se preservan uno o más de los grupos ganglionares del I-V extirpando los ganglios de mayor riesgo de acuerdo al primario.

Para las lesiones de la cavidad oral: extirpación de los grupos I-III. Las ramas cutáneas del flexo cervical y el borde posterior del esternocleidomastoideo marcan el límite posterior. El límite inferior es la unión del omohioideo y la vena yugular interna.

En los pacientes con carcinoma de la parte oral de la lengua debería incluirse el nivel IV. Para las lesiones en la línea media del piso de la boca y la cara inferior de la lengua debe hacerse una disección bilateral I-III.

Para las lesiones orofaríngeas los grupos ganglionares I-III, los ganglios laterales de la faringe y los retrofaringeos.

Para la hipofaringe; grupos I-III y ganglios retrofaringeos. El nivel IIB puede preservarse en estas lesiones: la disección sería IIA-III-IV. Para las lesiones laringeas II-IV o IIA-III-IV.

En las lesiones bilaterales la disección sería D.C.S. bil II-IV.

Cuando se remueven los ganglios retrofaringeos debe especificarse D.C.S. II-IV con ganglio retrofaringeos.

Si se remueven los ganglios viscerales como en los casos de laringe e hipofaringe por debajo del nivel de la glotis el procedimiento es D.C.S. II-IV-VI.

Para las lesiones en la línea media en la parte baja y media anterior del cuello D.C.S.VI, incluye los ganglios paratraqueales, precricicoideo (delfiano) peritiroideos y recurrenciales del hioides a la escotadura supraesternal. El límite lateral son las carótidas.

Cuando se extirpan los ganglios mediastinales superiores se designa D.C.S. VI ganglios mediastinales.

En los casos de tiroides con ganglios supraclaviculares se designa D.C.S. II-V-VI.

Para las lesiones de piel y cuero cabelludo por detrás del plano coronal a nivel del trago se remueven los ganglios occipitales, mastoideos (retroauriculares) y los niveles II-V, por delante del trago se remueven los ganglios parotídeos, faciales y los niveles II-III-VA y la cadena yugular externa.

Para las lesiones de la cara:

Se remueven los ganglios parotídeos y faciales y los niveles I-III.

4. Disecciones de cuello extendidas:

Se señalan los grupos ganglionares extirpados y las estructuras no linfáticas extirpadas.

REFERENCIAS

1. Crile G. Excision of cancer of the head and neck with special reference to the plane of dissection based on one hundred thirty two operations. *JAMA*. 1906;47:1780-1785.
2. Rouviere H. Linfáticos de la cabeza y el cuello. Anatomía humana descriptiva y topografía. Tomo I. Ed. Bailly-Barellien-Madrid; 1968:232-236.
3. Mac Comb WB. Mortality from radical neck dissection. *Am J Surg*. 1968;115:332-354.
4. Martín HE, Del Valle B, Ehrlich H, Cahan WC. Neck dissection. *Cancer*. 1951;4:441-449.
5. Nahum AM, Mullally W, Maimor LA. Syndrome resulting from radical neck dissection. *Arch Otolaryngology*. 1961;74:424-425.
6. Truffert P. Le Cou: Anatomie topography: les aponeurosis, les loges. París L. Arnette 1922.
7. Pernkoff E. Cuello. Anatomía topográfica humana. Tomo III Editorial Labor SA Barcelona, Madrid 1960.
8. Suárez O. El problema de las metástasis linfáticas y alejadas del cáncer de laringe e hipofaringe. *Rev Otorrinolaringol*. 1963;23:83-89.

DISECCIÓN DE CUELLO

9. Ferlito A, Rinaldo A, Suárez O. Often forgotten of functional neck dissection (in the non-spanish speaking literature). *Laryngoscope*. 2004;114:1177-1178.
10. Bocca E. Evidemant "fonctional" du cou dans la thérapie de principe des métastases ganglionnaire du cancer du la larynx (introduction a' la présentation d' un film). *J Fr. Otorhinolaryngol*. 1964;13:721-723.
11. Bocca E, Pignataro O, Olden C, Cappa C. Functional neck dissection: An evaluation and review of 843 cases. *Laryngoscope*. 1984;94:842-845.
12. Bocca E, Pignataro O. A conservation technique in radical neck dissection. *Am Otol*. 1967;76:975-978.
13. Calearo CV, Teatini G. Functional neck dissection. Anatomical grounds, surgical technique, clinical observations. *An Otol Rhinol Laringol*. 1983;92:215-222.
14. Deutchs E, Skolnik E, Friedman M, Hill J, Sharer K. The conservation neck dissection laryngoscope. 1985;95:561-565.
15. Jesse R, Ballantyne AJ, Larson D. Radical or modified neck dissection: A therapeutic dilemma. *Am J Surg*. 1978;136:516-519.
16. Lingerman RE, Helmus C, Stephens R, Ulm J. Neck dissection: Radical or conservative. *Ann Otol*. 1977;86:737-784.
17. Keith JD, Sisson GA, Becker GD. Radical neck dissection. *Surg Clin North Am*. 1973;53:179-187.
18. Moore OS. Bilateral neck dissection. *Surg Clin North Am*. 1969;49:277-291.
19. Mc Quarrie DG, Maybug H, Fergusson M, Sheur GR. A physiological approach to the problems of simultaneous bilateral neck dissection. *Am J Surg*. 1977;134:455-460.
20. Zacay G, Bedrin L, Horowitz Z, Peleg NC, Yakalom R, Kronenberg J, et al. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone or arginine vasopression secretion in patients following neck dissection. *Laryngoscope*. 2002;112:2020-2024.
21. Snow GB, Anyas AA, Van Scoden EA, Bartelek H, Hart AA. Prognostic factors of neck node metastasis. *Clin Otolaryngol*. 1982;7:215-219.
22. Cachin Y, Sancho-Garnier H, Micheau C, Marandas P. Nodal metastasis from carcinoma of the oropharynx Otolaryngol. *Clin North Am*. 1979;12:145-154.
23. Fletcher G.H. Elective irradiation of subclinical disease in Cancer of he head and neck. *Cancer* 1972;29:1450-1461.
24. Spiro RH, Strong EW. Epidermoid carcinoma of the mobile tongue. Treatment by partial glossectomy alone. *Am J Surg*. 1971;122:707-710.
25. Spiro RH, Strong EW. Epidermoid carcinoma of the oral cavity and oropharynx: Elective v/s therapeutic radical neck dissection as treatment. *Arch Surg*. 1973;107:382-384.
26. Don DM, Anzai Y, Lufkin RB, Fu YS, Calcaterra TC. Evaluation of cervical lymph nodes metastasis in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope*. 1995;105:669-674.
27. José J, Moor J, James W, Coateswoth AP, Jhonston C, Mac Lennan K. Soft tissue deposits in neck dissection of patients with head and neck squamous cell carcinoma: Prospective analysis of prevalence and its implications. *Arch otolaryng head and neck surg*. 2004;130:157-160.
28. Lindberg R. Distribution of cervical lymph nodes metastasis from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tract. *Cancer*. 1972;29:1446-1449.
29. Shaha AR, Spiro RH, Shah JP, Strong EW. Squamous carcinoma of the floor of the mouth. *Am J Surg*. 1984;148:455-459.
30. Spiro JD, Spiro RH, Shah JP, Sessions RB, Strong EW. Critical assessment of supraomohyoid neck dissection. *Am J Surg*. 1988;156:280-289.
31. Brazilian Head and Neck Cance rstudy goup. End results of a prospective trial on elective neck dissection v/s type III modified radical neck dissection in the management of supraglottic and transglottic carcinoma. *Head neck*. 1999;21:694-702.
32. Rochlin D. Posterolateral neck dissection. *Surg Ginecol Obstet*. 1962;115:369-373.
33. Goepport H, Jesse RH, Ballantyne AJ. Posterolateral neck dissection. *Arch Otolaryngol*. 1980;106:618-620.
34. Fisch VP, Siegel MF. Cervical lymphatic system as viewed by lymphography. *Am Otol Rhinol Laryngol*. 1964;73:869-882.
35. Medina JE, Byers RN. Supraomohyoid neck dissection: Rational, indications and surgical technique. *Head neck*. 1989;11:111-122.
36. Andersen PE, Warren F, Spiro J, Burningham A, Wong R, Wax M, et al. Results of selective neck dissection in management of the node positive neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;128:1180-1184.
37. Silvernan D, El-Hajj M, Strome S, Esclamado R. Prevalence of nodal metastasis in the submuscular recess (level IIB) during selective neck dissection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129:724-728.
38. Hamoir M, Desater Y, Gregoire V, Reychler H, Rombaux P, Lengele B. A proposal for redefining the boundaries

- of level V the neck: Is dissection of the apex of level V necessary in mucosal squamous cell carcinoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128:1381-1383.
39. Nieuwenhuis EJ, Castelins JA, Pijpers R, et al. Wait – and-see policy for the N0 neck in early stage oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma using ultrasonography-guided cytology: is there a role for identification of the sentinel-node. *Head neck.* 2002;24:282-289.
40. Kovács A, Dobert N, Gua J, Menzel C, Biller R. Positron emission tomography in combination with sentinel node biopsy reduces the rate of elective neck dissection in the treatment of oral and oropharyngeal cancer. *J Clin Oncology.* 2004;22:3973-3980.
41. Robbins KT, Clayman G, Levine P, Medina J, Sessions R, Shaha A, et al, and the committee for head and neck surgery and oncology, American academy of otolaryngology head and neck surgery. Neck dissection classification up date revision proposed by the american head and neck society and the american academy of otolaryngology head and neck surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128:751-758.

...continuación de la pág. 543.

VI. Hay una gran pregunta que todo el mundo suele hacerme: ¿Quién provocó esta destrucción? ¿Fueron los norteamericanos? ¿Fueron los propios iraquíes? ¿Fueron bandas criminales?

La mayor parte de culpa la atribuyo a la administración actual de Estados Unidos, que desestimó todas las advertencias hechas y violó la Convención de La Haya de 1954 al no proteger los centros culturales y estimular los saqueos, lo que implica unas sanciones penales que no prescribirán. Tal vez por eso el presidente George W. Bush ha solicitado inmunidad para oficiales y soldados ante cualquier posible juicio en los tribunales penales internacionales. Tal vez por eso decidió reingresar a la Unesco, pese a que desde el gobierno de Ronald Reagan se consideraba a esta organización como una institución enemiga de Estados Unidos.

De igual modo, me atrevo a responsabilizar a miembros del régimen de Saddam Husein por utilizar los centros culturales como bases militares y poner las bibliotecas al servicio de una ideología. Con anuencia de los directivos del partido Baaz permitieron que se instalasen depósitos de municiones y francotiradores en puntos estratégicos, lo que puso en riesgo el patrimonio cultural.

Debo señalar que desde 2003, cuando apareció mi primer informe, fui objeto de amenazas por mis declaraciones y artículos, he recibido insultos y descalificaciones absurdas, y toda mi labor ha provocado molestias en la CPA. En 2004, fui declarado *persona non grata* por el Departamento de Estado de Estados Unidos por medio de su Misión Diplomática en España. Y todo por haber intentado contar esta verdad. No soy político, soy un experto,

en todo caso un escritor que no cree que el desorden y la violencia creciente en Bagdad hace propicia la reconstrucción porque supone poner en riesgo los volúmenes que se salvaron. Ninguna biblioteca, y eso hay que tenerlo presente, estará salvo mientras Irak sea un campo de batalla. Ningún asentamiento estará seguro mientras no haya soluciones políticas y no militares. He observado con profundo malestar que la propaganda estadounidense, por lo demás, no permite difundir lo que realmente ocurre a diario. Se sabe que dos o tres soldados estadounidenses mueren cada día, pero no se presentan las elevadas cifras de heridos y mutilados, no se dice que 40 soldados se han suicidado por el horror que ven, no se informa que hay más de 30 ataques permanentes y que quienes colaboran con los ocupantes extranjeros son linchados por sus vecinos. En septiembre fue atacado Piero Cordone, el representante cultural de la Coalición, y su chofer murió. Hay decenas de bibliotecarios detenidos y los que trabajan temen contar la verdad completa. El traductor que divulgó mi informe en árabe, Farouq Soullum, está detenido por dar una mala imagen de la Coalición. Sobre esto no se dice nada ¿Por qué? ¿Qué se intenta ocultar? Acaso la única respuesta posible a estas preguntas, y lo señalo para terminar, deba ir encabezada por este epígrafe: “la primera víctima de la guerra es la verdad”. La frase, conviene recordarla, no fue acuñada por un filósofo o un periodista. La dijo un congresista estadounidense, Hiram Warren Jonson, en 1917. Y lo peor es que los sucesos de Hiroshima, Nagasaki, Vietnam, Etiopía, Líbano, Afganistán e Irak, no cesan de darle la razón.

Muchas gracias