

# Desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela

Dr. Juan Carlos Valls Puig<sup>1</sup>

## RESUMEN

*El desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela comprende varias categorías, las enfermedades inflamatorias de tratamiento quirúrgico, las lesiones congénitas, los traumatismos, las neoplasias y las cirugías plásticas reconstructivas. La incorporación, reproducción y enseñanza de las técnicas quirúrgicas innovadoras vino determinado por la formación de varios cirujanos venezolanos en algunos de los principales centros quirúrgicos internacionales. El Hospital Vargas y el Instituto Oncológico Luis Razetti representaron los principales centros de desarrollo inicial de los procedimientos cervicofaciales en distintos períodos. En la actualidad, servicios y cátedras de distintas especialidades en diversos hospitales realizan y enseñan la cirugía de cabeza y cuello en sus respectivas categorías. Numerosas dificultades asociadas a la grave crisis sanitaria, han convertido un desafío su desarrollo. Actualmente, las universidades nacionales no ofrecen el título conducente a la especialidad de cirugía de cabeza y cuello.*

**Palabras clave:** *Cirugía de cabeza y cuello, cirujanos venezolanos, Luis Razetti, Bernardo Guzmán.*

<sup>1</sup>Especialista de Cirugía General y Cirugía Oncológica. Profesor Agregado. Jefe de la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología. Escuela Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela. Cirujano Especialista Hospital Pérez de León 2 y Hospital Ortopédico Infantil.

Correspondencia: Juan Carlos Valls Puig. Cátedra-Servicio de Otorrinolaringología. Piso 7. Hospital Universitario de Caracas. Urbanización Los Chaguaramos. Tel: 0212 6067470-0212 6067471. Correo electrónico: vallstru@hotmail.com. Consignado el 06 de abril de 2020 a la Gaceta Médica de Caracas.

## SUMMARY

*The development of head and neck surgery in Venezuela comprise many categories inflammatory diseases, congenital pathologies, penetrating neck trauma, neoplasias and plastics surgeries. Many Venezuelans surgeons trained in international surgicals centres allow the incorporation, reproduction and teaching of the procedures in Venezuela. Before others trained in national hospitals continued the intervention. Hospital Vargas and Institute Oncology Luis Razetti represent the mains centres of the development of these kinds of procedures in different periods. Services of different specialties learn the head and neck surgery in his respective categories. The deterioration of institution produces a diminution in the number of surgeries. The national universities don't offer the title of the specialty.*

**Key words:** *Head and neck surgery, venezuelan surgeons, Luis Razetti, Bernardo Guzman.*

**Conflicto de interés.** En cuanto a la presente revisión histórica no ha habido ningún conflicto de interés. Su contenido y finalidad ha sido con fines de divulgación del conocimiento científico.

## INTRODUCCIÓN

Luis Razetti, el ilustre maestro, indicó en 1917 que las intervenciones quirúrgicas en cuello están rodeadas de dificultades y que el cirujano estaba obligado a modificar la técnica según las circunstancias. Sugirió seleccionar los

procedimientos más idóneos realizados por los grandes maestros y enseñarlo a los estudiantes. También reconoció las dificultades para la innovación en nuestro medio por las limitaciones económicas de las instituciones (1).

Según los textos especializados se define la cirugía de cabeza y cuello como todas aquellas habilidades necesarias para la resolución de las patologías quirúrgicas del área cervicofacial, que no incluye el cráneo, columna vertebral, ni el sistema nervioso central. El campo de acción de la especialidad comprende varias categorías, que engloban las enfermedades inflamatorias de tratamiento quirúrgico, las lesiones congénitas, los traumatismos, las neoplasias y los procedimientos reconstructivos, entre otras. Varias especialidades y subespecialidades se vinculan en su extensión, John M Lore lo definió como un abordaje ecuménico entre las distintas disciplinas (2). Los progresos en su desarrollo se atribuyen a una serie de investigadores de diferentes períodos en distintas partes del mundo, que lograron avances en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías (3).

Durante el siglo XIX, el descubrimiento de la anestesia general y la antisepsia, permitió a tres cirujanos europeos Theodor Billroth, Theodor Kocher y Sir Henry Trentham Butlin emerger como líderes en el tratamiento de las neoplasias de cabeza y cuello. Manuel García, instructor de canto en París, popularizó la técnica de laringoscopia indirecta con un espejo dental (4). Al cirujano norteamericano George Crile se acredita la difusión a principios del siglo pasado de la disección radical de cuello, la remoción sistemática en bloque de todas las estructuras linfáticas y no linfáticas laterocervicales por metástasis (5,6). Cirujanos aliados de la Primera Guerra Mundial ejecutaron las primeras reconstrucciones cervicofaciales en heridos por metralla, y aplicaron la cervicotomía exploradora inmediata de las hemorragias en heridos provenientes del Frente Occidental (7). Seguidamente Walter Sistrunk de Rochester diseñó su intervención para la extirpación del quiste tirogloso (8).

La radioterapia surgió como una alternativa para el tratamiento de los tumores de cabeza y cuello, en virtud de los descubrimientos de Roentgen, Becquerel y los esposos Curie. Sin

embargo, en la década de los treinta, Hayes Martin un radioterapeuta y cirujano del servicio de cabeza y cuello del *Hospital Memorial Sloan Ketterin Cancer Center* de Nueva York, constató el escaso alcance del tratamiento radiante en los pacientes con cáncer de laringe y lentamente lo abandonó. Se convirtió en un proponente de la cirugía radical (9). A este último y su escuela se reconoce el mérito del perfeccionamiento y la divulgación de numerosas técnicas operatorias de cabeza y cuello (10). La aparición a principio de la década de los noventa, de los tratamientos preservadores de órgano utilizando combinaciones de quimioterapia con radioterapia cambió el rumbo de la cirugía para los carcinomas escamosos de laringe, orofaringe e hipofaringe (4).

La incorporación, reproducción y enseñanza de las técnicas quirúrgicas innovadoras en Venezuela desde finales del siglo XIX vino determinado por la formación de varios cirujanos venezolanos en algunos de los principales centros quirúrgicos internacionales, seguido de su retorno a la patria. Sus discípulos entrenados en centros hospitalarios nacionales continuarían con sus enseñanzas. La evolución de los distintos procedimientos cervicofaciales coincidió con los períodos de influencia europea y norteamericana en la cirugía venezolana (11).

Raimundo Andueza Palacios inauguró el Hospital Vargas de Caracas en 1891, representó el principal nosocomio del primer período con Luis Razetti, Pablo Acosta Ortiz y Emilio Conde Flores, más adelante Franz Conde Jahn, Julio García Álvarez, Francisco Montbrum entre otros. Recibieron su instrucción en el viejo continente y laboraron en las cátedras de clínica quirúrgica y otorrinolaringológica. Todos miembros de la Academia Nacional de Medicina. Parangonando los esfuerzos del héroe griego que obtuvo el fuego del Monte Olimpo, Esteban Garriga Michelena los refirió como los Prometeos venezolanos, en vista que trajeron los conocimientos relevantes de Europa y tuvieron que luchar en nuestra patria para aplicarlos (12). El período de influencia europea en Venezuela se extendió hasta 1945 (11).

El segundo período está representado inicialmente por el Instituto Oncológico Luis Razetti con Bernardo Guzmán Blanco, Armando Márquez Reverón y Oscar Rodríguez Griman,

los cuales se formaron en la escuela de Hayes Martin. Todos también fueron miembros de la Academia Nacional de Medicina, les seguirían sus discípulos como Esteban Garriga Michelena. Posteriormente otros hospitales y especialistas desarrollarían su experiencia en la especialidad (10). La superposición de varios galenos en orden cronológico como cirujanos generales, otorrinolaringólogos, cirujanos oncólogos y cirujanos plásticos, han contribuido al progreso de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela.

Se hizo una revisión documental de la literatura nacional e internacional utilizando las técnicas de lectura crítica de Richard Paul y Linda Elder, tomando en cuenta las referencias más importantes a criterio del autor, para describir el desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela. Para una adecuada comprensión del tema fue necesario dividir el texto en las categorías descritas previamente. El renglón de las neoplasias fue separada por localizaciones anatómicas. Se describe el nacimiento y desarrollo de la cirugía plástica. En paralelo a la descripción nacional se menciona la evolución de la especialidad en el mundo y en las instituciones donde labora el autor. Se finaliza con una reflexión sobre la crisis sanitaria actual y la necesidad de la instrucción de la especialidad en nuestro país.

### 1) Enfermedades inflamatorias de tratamiento quirúrgico

En Europa, algunos cirujanos describieron a lo largo del siglo XIX, varios procesos patológicos relacionados con infecciones cervicales. Coincidirían en la importancia del drenaje quirúrgico inmediato. El francés Guillaume Dupuytren refirió el flegmón extenso cervical, y el riesgo mortal de compresión de la vía aérea (13). Los alemanes Wilhelm Von Ludwig y James Israel señalaron respectivamente, el probable compromiso de la vida del paciente por sepsis debido a la celulitis difusa de la región sublingual, conocida como “angina de Ludwig”, y la presencia del parásito *Actinomyces israelii* en las pulpas dentarias, causante de la actinomicosis humana (14,15).

Robert Koch, microbiólogo alemán, aisló el bacilo que lleva su nombre, causante de la tuberculosis. A mediados de la segunda década del siglo pasado, Charles Dowd en Nueva

York indicó la extirpación quirúrgica de toda la cadena ganglionar cervical para adenopatías comprometidas por tuberculosis o actinomicosis. La intervención se asemejaría a la descrita previamente por George Crile, pero preservando algunas estructuras no ganglionares (6).

En el Hospital Vargas fueron reportados varios drenajes de abscesos cervicales profundos y la extirpación de algunos ganglios tuberculosos desde finales del siglo XIX hasta 1918 (16,17). Luis Razetti argumentó las causas infecciosas como posibilidades diagnósticas en la etiología de las masas cervicales (1). En el año 1947, Franz Conde Jahn resaltó el valor de la intervención terapéutica temprana en los procesos infecciosos cervicales profundos, señalando el mal pronóstico del tratamiento tardío (14). Alejandro Calvo Laird y Francisco Montbrum indicaron la ejecución de vaciamientos ganglionares en pacientes con escrófulas (10,18).

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 precoz reduce la mortalidad (19). Desde el año 2010, en la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se ha incrementado la incidencia de los abscesos cervicales profundos de resolución quirúrgica respecto a otros períodos, asociado a la grave crisis sanitaria. Con aumento en la severidad y en el número de complicaciones (20-22) (Figura 1).

Una reciente publicación multidisciplinaria sobre el manejo operatorio de infecciones infrecuentes de cabeza y cuello, reconoció que la tuberculosis atípica, la actinomicosis y la mucormicosis comparten su rara ocurrencia y la eventual terapéutica quirúrgica. El drenaje de material purulento, el desbridamiento de áreas necróticas y la extirpación de escrófulas representaron las principales intervenciones realizadas en la serie (15). Vicens de Solbas y col. en otro artículo, destacó la importancia del tratamiento quirúrgico inmediato de la mucormicosis (23) (Figura 2 a-d).

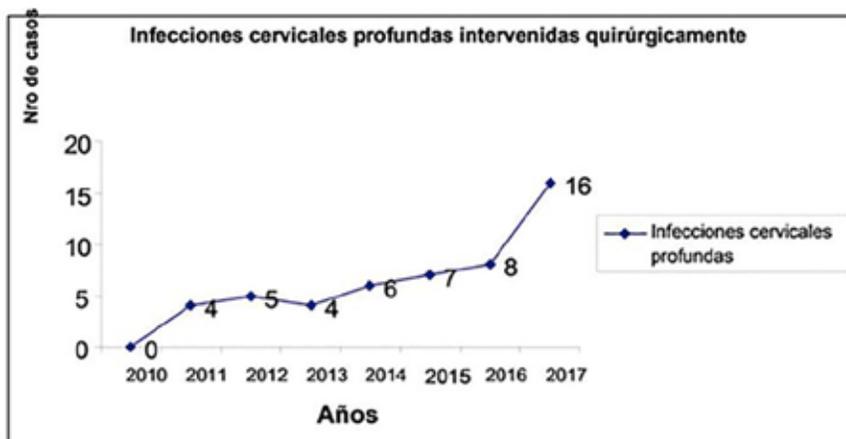


Figura 1. Incidencia de infecciones cervicales profundas desde el año 2010 al 2017 (22). Gráfico propio del autor (JCVP).

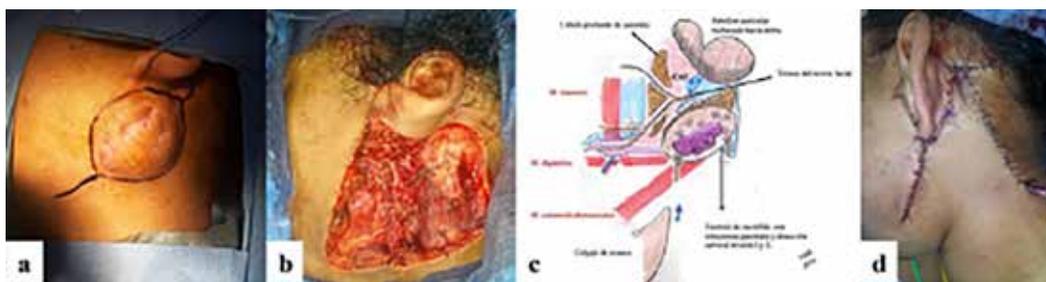


Figura 2. Exéresis quirúrgica extensa de masa cervical por *Mycobacterium Avium*. a) escrófula cercana al ángulo de la mandíbula. b) parotidectomía superficial y disección cervical selectiva. c) esquema de la cirugía con las estructuras anatómicas. d) colgajo de avance para el cierre del defecto cutáneo. Imágenes y esquema del autor (JCVP).

## 2) Trauma cervical

En la clásica monografía de George Henry Makins, intitulada “*On Gunshot Injuries to the Blood-Vessels*”, señaló un manejo expectante de las heridas cervicales penetrantes durante la Primera Guerra Mundial. Las secuelas como los aneurismas fueron intervenidas quirúrgicamente días o semanas después del evento. El tipo de procedimiento más común en todos los casos, sería la ligadura de los vasos comprometidos (24). Sin embargo, numerosos manuscritos y textos, constatan que cirujanos franceses del conflicto mencionado, J. Delmas, J. Fiolle, L. Sencert y H. Constantini racionalizaron y aplicaron la cervicotomía exploradora inmediata en los heridos provenientes del Frente Occidental (7).

Durante la Segunda Guerra Mundial, Hamilton Bailey recomendó el mismo procedimiento de la misma manera que los cirujanos galos mencionados. A mediados de la década de los cincuenta, cirujanos civiles trasladaron la exploración quirúrgica obligatoria de las heridas cervicales penetrantes del ámbito militar a los escenarios urbanos. Esta conducta se asoció con un incremento de las intervenciones operatorias sin hallazgos (24). Lentamente, algunos estudios sugirieron que aquellos heridos sin signos claros de lesión podrían ser observados, complementado con investigaciones apropiadas como los imagenológicos y endoscópicos. Surgió así, el manejo selectivo de las lesiones cervicales y un cambio al viejo dictado (25).

El elevado número de ligaduras de aneurismas de las arterias cervicales de manos de cirujanos como Guillermo Michelena, Pablo Acosta Ortiz y Luis Razetti revelarían un manejo no operatorio de los hematomas por lesiones penetrantes en Venezuela (24). Fue referida una sutura de la membrana tirohioidea en una herida de la laringe por intento propio de degollamiento, en la segunda década del siglo pasado en el Hospital Vargas (17). En las siguientes décadas Domingo Luciani, con Jesús Rhode como ayudante, ocluiría la arteria carótida primitiva en una malformación arteriovenosa, el paciente sería controlado por L. López Viloría. En la Cruz Roja Venezolana, antiguo Hospital Internacional, Corachan García realizó una angiografía de la arteria carótida. Oscar Rodríguez Griman y Esteban Garriga removieron por vía transfaringea, un proyectil alojado en la base de cráneo de un agente policial. Quintana señaló su experiencia en heridas arteriales cervicales (11,25). El primer reemplazo de la arteria carótida por una prótesis artificial en el mundo, fue ejecutado por Rubén Jaén Centeno en nuestro país, en un herido por arma de fuego en 1958 (25<sup>a</sup>).

Desde la década de los ochenta el trauma penetrante asociado a la violencia social ha venido incrementándose progresivamente, ha ascendido de la séptima causa de mortalidad en la población venezolana a ocupar el tercero y cuarto lugar en los últimos diez años (24). Según Fernando Rodríguez Montalvo, representa la primera causa de mortalidad entre los 5 y 44 años de edad (26). Varias instituciones del país han publicado series de pacientes con lesiones cervicales penetrantes y han indicado el reto que significan las heridas cervicales, la importancia del examen clínico, la diferenciación entre los tipos de conducta, y resaltaron el valor del equipo multidisciplinario (24). Algunas revisiones bibliográficas de servicios de cirugía y otorrinolaringología describieron las ventajas y desventajas de ambas tendencias, y desarrollaron protocolos estandarizados para el abordaje de este tipo de lesiones (25,27,28).

### 3) Lesiones congénitas

R. Hunczowski describió los quistes y las fístulas branquiales por primera vez en 1789. La interpretación de una serie de estudios embriológicos, permitieron precisar la etiología

de este tipo de patología a H. Meyer a finales de los años treinta del siglo pasado. Las anomalías congénitas por debajo del hueso hioides estarían comunicadas con la faringe (29). La ecosonografía surgió como el estudio estándar para el diagnóstico de estas lesiones (4).

Varios quistes cervicales fueron extirpados en la Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital Vargas durante la segunda década del siglo XX. Las diferencias clínicas entre los quistes y las masas cervicales fueron señaladas por los Prometeos venezolanos en 1917(1,17,30).

Desde 1957 hasta finales de los setenta, Bernardo Guzmán, Carlos Hernández, Heredia y Grippa, y Aure y col. señalaron hasta veinte casos de fístulas y quistes tiroglosos, sometidos a intervención quirúrgica en varios centros. Indicaron el alto número de recidivas posterior a cirugías incompletas, y el valor de un procedimiento apropiado que incluya el trayecto fistuloso hasta la base de la lengua (31-34). El Hospital de Niños, J.M. De los Ríos publicó un estudio de pacientes tratados por abordaje transoral para exéresis de tiroides lingual (35).

La crisis social y económica ocasionó una disminución progresiva de los turnos quirúrgicos electivos para la resolución definitiva de los quistes congénitos, en la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología a partir del 2012. Esto coincidió con la aparición de abscesos cervicales extensos como complicación por sobreinfección de los quistes (36) (Figura 3).

### 4) Neoplasias

En relación con los dos períodos de la cirugía venezolana, Cesar Rodríguez indicó en 1961 que los grandes maestros se formaron en Francia y que las enseñanzas de las escuelas francesas imperarían en nuestra medicina hasta finales de la década de los treinta. Con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, nuestra juventud médica venezolana se desplazó a Norteamérica. El descubrimiento de los nuevos antibióticos, el uso masivo de transfusiones sanguíneas y los adelantos en anestesiología, permitieron a los cirujanos norteamericanos empezar una nueva era en el tratamiento de las neoplasias. El ingreso de Bernardo Guzmán Blanco al Instituto Oncológico Luis Razetti en el año 1945, inició una etapa de grandes procedimientos quirúrgicos para el

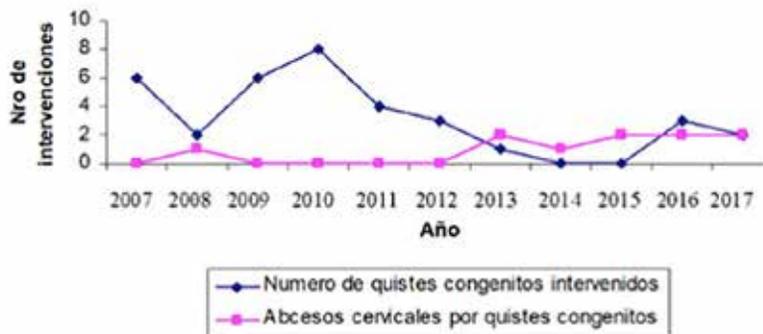


Figura 3. Intervenciones quirúrgicas por quistes congénitos y drenaje operatorio de abscesos cervicales extensos por patología quística sobreinfectada. Grafico propio del autor (JCVP).

tratamiento de los tumores y el establecimiento de un programa de residencias, como en el mejor instituto de cáncer en Norteamérica (37). Fundó el quinto servicio de cirugía de cabeza y cuello en el mundo, una nueva generación de cirujanos con entrenamiento en el área oncológica cervicofacial surgiría (10,37<sup>a</sup>).

Dos congresos representaron la oportunidad para mostrar su amplia experiencia en cirugía de cabeza y cuello, el Primer Congreso Venezolano de Cirugía de 1951 y el Tercer Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología de 1954, ambos celebrados en Caracas (38,39). En el último expuso su ponencia titulada: “Vaciamiento radical de cuello”. Su conferencia inició con la definición del procedimiento y resaltó el mérito de la escuela de Hayes Martin en haber iniciado este tipo de cirugía a mayor escala. Refirió la serie más larga en neoplasias de cabeza y cuello tratadas quirúrgicamente reportada en el país hasta el momento, 160 linfadenectomías radicales cervicales por tumores de cavidad oral, laringe, tiroides y parótida, realizadas en el Instituto Oncológico Luis Razetti. Indicó que el crédito por haber practicado la primera disección radical de cuello en Venezuela se otorga al Dr. Hermógenes Rivero, quien la realizó a finales de la década de los años treinta en el instituto mencionado. Este último combinó en su formación la experiencia americana en la Universidad de Columbia de Nueva York y la europea en el Hospital Americano de París (10).

Esteban Garriga Michelena realizó el posgrado de cirugía oncológica a principio de la década de los cincuenta. Continuo como primer adjunto al lado de Bernardo Guzmán. La muerte temprana de este último, lo llevan a ejercer la jefatura del Servicio de Cabeza y Cuello hasta el año 1991. Fue Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina (40).

En 1945, Alejandro Calvo Laird, ingresó como asistente de residente de posgrado a la Residencia de Cancerología en el Hospital Memorial de Nueva York. Realizó pasantías por todos sus servicios. En diciembre de 1946, se embarcó rumbo a Venezuela. Fundó el servicio de oncología del Hospital Vargas. Junto a otros visionarios, estableció la Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Su obra más importante fue la creación del Hospital Oncológico Padre Machado, el cual se inauguró el 17 de octubre de 1959. Dirigió la institución durante 20 años, combinando su función administrativa con la práctica clínica y su labor docente (41).

#### a) Cavidad nasal y senos paranasales

La primera maxilectomía la realizó Lizars en 1820, seguidamente el procedimiento se popularizó en Europa. A principios del siglo pasado, Moure describió el uso de la rinotomía lateral para el tratamiento de los tumores de cavidad nasal (4). Los primeros cirujanos que realizaron formalmente un abordaje endoscópico del seno maxilar a través del meato inferior

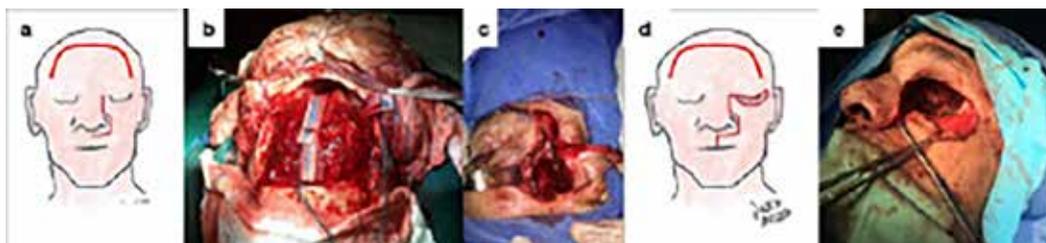
o la fosa canina, fueron Spielberg y Maxwell Maltz en los años veinte, la denominaron antroscopia y sinuscopia, respectivamente (41<sup>a</sup>). La publicación en la década de los sesenta del trabajo de Ketcham y Van Buren representó la primera serie de un abordaje craneofacial para neoplasias malignas de senos paranasales, bajo una visión multidisciplinaria. Casson y col. describieron el degloving mediofacial para lesiones benignas. La incorporación de la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear facilitaron el diagnóstico, clasificación por etapas y seguimiento de las neoplasias de cabeza y cuello. La introducción de la arteriografía con embolización permitió la remoción de tumores vasculares. Varios neurocirujanos y otorrinolaringólogos iniciaron de manera interdisciplinaria la cirugía endonasal endoscópica como tratamiento de este tipo de patologías (9,42).

Desde finales del siglo XIX fueron registradas varias maxilectomías por neoplasias a cargo de varios cirujanos y otorrinolaringólogos en el Hospital Vargas (16,17). Pablo Acosta Ortiz señaló una maxilectomía por un osteosarcoma (30). En 1917, Luis Razetti recomendó la ligadura de la arteria carótida para la resección de un tumor del maxilar superior (1). Los primeros angiofibromas juveniles fueron tratados por Emilio Conde Flores y Franz Conde Jahn, el primero por la vía natural y el segundo por rinotomía lateral (43,44). Antonio Rodríguez de Lima acompañó una exenteración orbitaria al procedimiento de exéresis del maxilar en el Servicio de Oncología a mediados de la década de los cincuenta (45).

Bernardo Guzmán y col. precisaron en un estudio multidisciplinario, el manejo terapéutico

de los tumores de antro en 1960 (46). Al maestro Edgar Brito se le acredita el primer abordaje craneofacial por neoplasias (47). Padrón y Ferrer indicaron el valor del diagnóstico precoz para que el tratamiento quirúrgico fuese menos radical. Al 70 % de los pacientes se les practicó exenteración orbitaria. La combinación con radioterapia mejoró la supervivencia (48).

En la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, Francisco Aurrecochea y Ali Ortiz intervinieron los primeros angiofibromas juveniles, realizando maxilectomía parcial, traqueostomía y ligadura de ambas arterias carótidas externas. El primero por rinotomía lateral y el segundo por abordaje traspalatino (49,50). Gustavo Alfaro Mata describió en 1996, su experiencia en trece pacientes sometidos a distintos accesos quirúrgicos. Reconoció al abordaje craneofacial anterior, como de una excelente exposición para exéresis de la lesión y reconstrucción del defecto óseo (51); popularizó en nuestra institución, el abordaje de degloving medio facial para la extirpación de neoplasias vascularizadas, previa arteriografía y embolización con Gelfoam® (52). En un reciente artículo multidisciplinario, se evaluaron cuarenta y cuatro pacientes con tumores de cavidad nasal y senos paranasales a quienes se les practicó intervención quirúrgica con intención curativa. Los procedimientos oscilaron desde las maxilectomías parciales o totales, hasta los abordajes craneofaciales anteriores. El tratamiento operatorio puede ser complejo, debido a la frecuente necesidad de resección de parte del esqueleto facial y a la proximidad de estructuras como el ojo y el encéfalo (49) (Figura 4a-e).



**Figura 4.** Esquemas y fotos de un abordaje craneofacial anterior por neoplasia etmoidal que invade la base del cráneo. a) incisión bicoronal y rinotomía lateral. b) defecto quirúrgico visto desde el lado craneal. c) defecto quirúrgico visto desde el lado facial. d) incisión bicoronal y trazo de Weber Ferguson con extensión circunferencial subciliar y supraciliar por un adenocarcinoma etmoidal que invade la órbita e) exenteración orbitaria. Esquemas e imágenes propias del autor (JCVP).

Otros servicios de otorrinolaringología han publicado su experiencia en la exéresis de angiofibromas por distintos tipos anatómicos de incisiones (53,54).

#### **b) Cavidad oral**

Previo al siglo XIX era reconocido que porciones de la lengua podían ser removidas por vía intraoral, sin embargo, para lesiones extensas era requerido otro tipo de acceso. Regnoli en 1838 uso un abordaje suprahioideo para acceder al piso de la boca, seguidamente Theodor Billroth modificó el trazo hasta el ángulo de la mandíbula para una mayor extensión en la resección (9). El concepto de disección cervical electiva se atribuye al británico, Sir Henry Trentham Butlin. Refirió un incremento del 13 % en la sobrevida de los pacientes con cáncer de lengua sin adenopatías palpables sometidos a extirpación ganglionar profiláctica (10).

Luis Razetti indicó que la vía de abordaje natural es la ideal para las neoplasias de cavidad oral limitadas a la punta o los bordes. Para aquellas con invasión del piso de la boca o con presencia de adenopatías, era necesaria la realización de una brecha artificial. Recomendó la vía suprahioidea de Regnoli-Billroth como una de las que ofrece el mejor campo operatorio. En un paciente con un tumor extenso de cavidad oral procedió a ejecutar una traqueotomía, la ligadura de la arteria carótida y extirpo toda la neoplasia visible incluida la lengua, el piso de la boca, los ganglios linfáticos de la región, la amígdala ipsilateral y parte del velo del paladar. La cavidad fue rellenada con una cura yodoformada que se renovaba todos los días con buena evolución (55). Otras intervenciones similares serían reportadas hasta 1918 (17).

La radioterapia fue aplicada como la principal modalidad de tratamiento para el cáncer de cavidad oral por Sojo y Payares, durante la década de los treinta en correlación con lo señalado en la literatura internacional (56). Bernardo Guzmán Blanco destacó en el mencionado congreso de 1954, el nacimiento del termino “Comando” en las operaciones combinadas para neoplasias de cavidad oral, en relación con las acciones drásticas y radicales de los comandos británicos liderados por Lord Louis Mountbatten durante la Segunda Guerra Mundial. Fueron definidas como aquellos procedimientos que incluían traqueostomía,

vaciamiento radical de cuello y resección de la mandíbula. Justificó su ejecución y refirió la realización de treinta y seis intervenciones de este tipo (10). Esteban Garriga Michelena uso una malla metálica para el defecto consecutivo a la resección de la mandíbula (57).

En el Servicio de Oncología del Hospital Vargas, Alejandro Calvo Laird comunicó la realización de algunas operaciones comando para neoplasias de cavidad oral (58). Varios conceptos desarrollados desde finales de la década de los cincuenta hasta los años setenta en Venezuela y el mundo, rediseñaron la cirugía de cabeza y cuello, especialmente la relacionada con los tumores de cavidad oral. Schobinger confeccionó el gran colgajo anterior para una exposición adecuada y cobertura apropiada de los vasos cervicales, Armando Márquez Reverón lo popularizó en Venezuela. Esteban Garriga Michelena en Caracas y William MacFee en Nueva York, publicaron la doble incisión transversa con un colgajo central en forma de puente. Ambas recomendadas para el abordaje externo de la cavidad oral (59). La técnica de linfadenectomía cervical evolucionó desde el procedimiento radical clásico de George Crile a la disección funcional de cuello descrita por Oswaldo Suárez en 1963; continuaría la radical modificada y la selectiva desarrolladas por Jesse, Ballantyne y Byers, cirujanos del hospital M.D. Anderson en Texas (60-62). Antonio Rodríguez De Lima practicó una disección cervical suprahioidea bilateral, señalada como profiláctica por la ausencia de ganglios clínicamente palpables en un paciente con un tumor de mandíbula (45). El concepto de las resecciones preservadoras de la mandíbula fue popularizado en la escuela de Hayes Martin (42). Durante la década de los ochenta, Oswaldo Henriquez, otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, realizó las disecciones cervicales radicales modificadas en el Instituto Oncológico Luis Razetti. Desde finales de los años noventa hasta la actualidad, varios estudios de casuísticas nacionales de linfadenectomías incluídas las neoplasias de cavidad oral, constatan la evolución a los procedimientos modificados y selectivos (10).

Desde el Hospital Oncológico Padre Machado, Juan Liuzzi y col. observaron que el sexo femenino represento un factor de riesgo para recaída local y regional, en 92 pacientes con

diagnóstico de cáncer de cavidad oral sometidos a intervención quirúrgica (63). En el Hospital Universitario de Caracas, fueron reportados procedimientos de extirpación de neoplasias de la cavidad oral asociados con distintos tipos de disecciones cervicales (64) (Figura 5a-e). Para mayor información sobre la evolución de las disecciones de cuello en Venezuela se remite al lector al cuarto número del año pasado de la presente revista (10).

### c) Laringe

La primera tirotomía o laringofisura para la remoción de un cáncer intrínseco fue realizada en

1851 por Gordon Buck en Estados Unidos. La técnica de laringoscopia indirecta fue refinada por el otorrinolaringólogo inglés, Morrel MacKenzie. En Viena, a Theodore Billroth se le acredita la primera laringectomía total por cáncer en 1873. A finales del siglo diecinueve, Theodore Gluck reportó los principios de desinserción de la porción superior de la laringe, separación de la faringe en forma descendente, confección de la traqueostomía a la piel y la faringografía. Perier removió la laringe, seccionando la traquea inicialmente y ascendiendo de manera retrograda hacia la faringe (9,64<sup>a</sup>,65) (Figura 6 a y b).

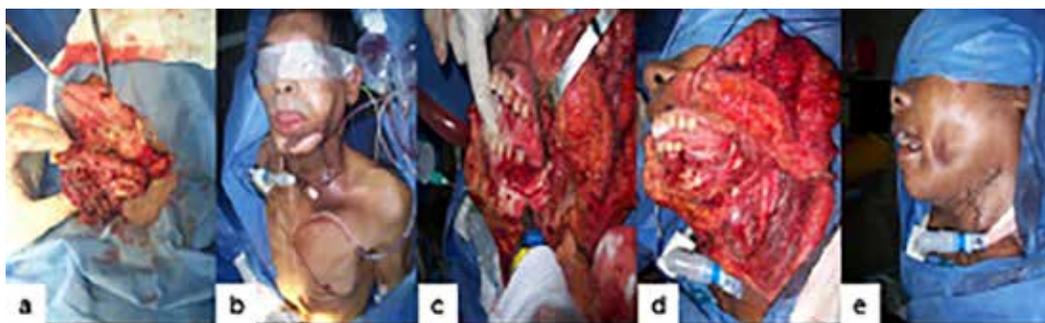


Figura 5. Procedimientos quirúrgicos para resección de neoplasias de cavidad oral con su reconstrucción. a) Operación tipo Comando, *Commando* (*combined mandibulectomy and neck dissection*) para tumores de piso de boca. b) Reconstrucción con colgajo miocutáneo pectoral del paciente de la letra "a". c) Resección segmentaria de mandíbula por lesión de reborde alveolar inferior. d) Disección cervical selectiva. e) Reconstrucción con cierre primario del paciente de las letras "c y d". Imágenes propias del autor (JCVP).

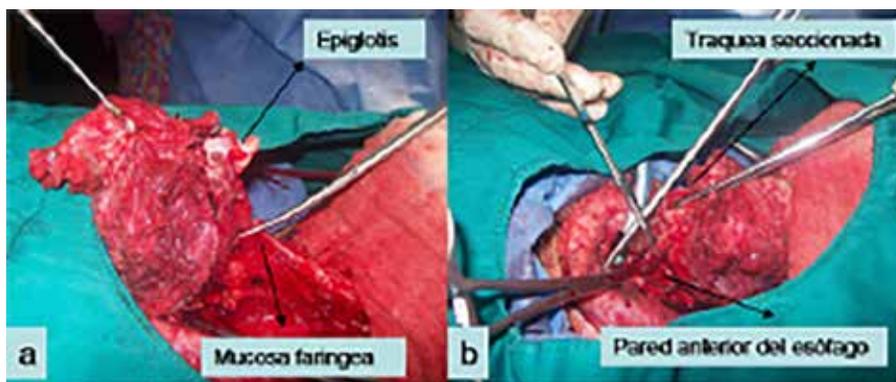


Figura 6. a) Maniobra de Gluck, desinserción de la porción superior de la laringe y separación de la faringe en forma descendente. b) Maniobra de Perier, separación de la pared de la tráquea de la cara anterior del esófago. Imágenes propias del autor (JCVP).

Cinco años después de la primera laringectomía total, el mismo Theodor Billroth realizaría la primera hemilaringectomía vertical; Theodor Gluck la popularizaría en Europa. A Chevalier Jackson se le atribuye la primera resección endoscópica de un cáncer de laringe en Philadelphia en la segunda década del siglo XX. Justo Alonso en Uruguay, dividió la laringe horizontalmente para practicar las laringectomías supraglóticas en 1947. El procedimiento fue perfeccionado por Joseph Ogura a finales de los años cincuenta. Los estudios anatómicos de la laringe permitieron el desarrollo de las laringectomías parciales y los resultados oncológicos mostraron ser idénticos a la laringectomía total. Sin embargo, la extirpación completa de la glotis continuaba siendo un reto para la cirugía funcional por las dificultades en la rehabilitación respiratoria y fonatoria (4,66).

El tratamiento en el mundo ha evolucionado desde la laringectomía total a finales del siglo diecinueve, hasta los procedimientos quirúrgicos parciales o conservadores de voz a mediados del siglo veinte. Stewart Strong y Geza Jako adaptaron el uso del láser con CO<sub>2</sub> para los tumores laríngeos (4,67).

En Venezuela, Luis Razetti practicó en 1914, la primera laringectomía en el país, uso la vía retrograda ascendente de Perier. El paciente falleció 40 días más tarde por complicaciones respiratorias (68). Franz Conde Jahn realizó la primera laringectomía con éxito curativo en Venezuela, combinando las técnicas de Perier y de Gluck en 1941. El paciente sobrevivió 22 años, falleciendo después, por un segundo primario en esófago (65).

Durante el primer congreso señalado, Bernardo Guzmán Blanco presentó la experiencia de cinco años con cincuenta laringectomías totales, resaltando el valor de la cirugía como tratamiento. Indicó la confección del estoma traqueal en forma de ovalo como aporte personal (38). Cirujanos de diversos centros publicaron casuísticas mayores de veinte pacientes en distintos períodos, refiriendo las indicaciones, procedimientos diagnósticos como la laringoscopia directa y las técnicas quirúrgicas de las laringectomías totales (67,69-71). George Oblitas y col. señalaron la experiencia del Instituto Oncológico Luis Razetti, comparando la sobrevida de

los pacientes a las distintas modalidades de tratamiento de acuerdo a su etapa (72).

Respecto a los procedimientos parciales, Julio García Álvarez efectuó la primera tirotomía total para la remoción de papilomas laríngeos en un menor de 7 años en el Hospital Vargas en 1935 (73). En el Instituto Oncológico Luis Razetti se realizó la primera laringectomía funcional oncológica por Lisandro Lopez Villoria, posteriormente Esteban Garriga Michelena ejecutaría la primera laringectomía supraglótica y aportaría la primera reconstrucción inmediata con colgajo bipediculado a una cordectomía amplia por laringofisura, durante la década de los sesenta (66). Seguidamente realizó la laringectomía glótica en 1971, que representaría según su creador la primera división transversal de la laringe para extirpar una lesión glótica en su totalidad. Resultando dos planos, el primero a través de los ventrículos de Morgagni y el segundo por la región subglótica. Finalmente las bandas ventriculares fueron avanzadas a las apófisis vocales para conformar una nueva glotis, conservando la función fonatoria, respiratoria y deglutoria (74). Publicaciones posteriores hasta alcanzar los 115 pacientes, confirmaron la seguridad oncológica de la intervención (75,76). Luego a través de la misma laringotomía transversal incluirían neoplasias con extensión subglótica o ejecutaría aritenoidectomías para la parálisis de las cuerdas vocales (66). Márquez y col., Sarmiento y col. y Salas y col., el primero en el Hospital Oncológico Padre Machado y los dos últimos en distintos centros del estado Carabobo, refirieron su experiencia en cuatro pacientes sometidos a cirugías preservadoras de laringe de primera intención o rescate, con diversos procedimientos como la cordectomía y las laringectomías glótica, supracricoidea, frontolateral y horizontal supraglótica. Demostraron la seguridad oncológica del procedimiento, la preservación funcional laríngea y la necesidad de un buen seguimiento (77-79)

En la Cátedra de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, Dolores Vicens de Solbas, Wilson Vinuesa, Edgardo López Hernández, Mónica Saavedra y Ana Papapietro, reportaron el manejo diagnóstico y terapéutico del cáncer de laringe. En un reciente artículo de cuarenta pacientes sometidos a

laringectomía total de primera intención o de rescate posterior a tratamiento preservador de órgano, se confirmó que el procedimiento posee el principal rol para el tratamiento del cáncer de laringe localmente avanzado. El elevado número de intervenciones de salvamento, sus complicaciones y recidivas, podría cuestionar la aplicación de los tratamientos preservadores quimiorradiantes en nuestro medio por la dificultad para su adquisición y cumplimiento, asociado a la grave crisis sanitaria (67).

#### **d) Tiroides y paratiroides**

La primera tiroidectomía con éxito se atribuye al cirujano francés Pierre Desault en 1791. Posteriormente fueron reportadas cerca de 70 intervenciones con una mortalidad del 41 % hasta mediados del siglo XIX. Theodor Billroth inició una serie de intervenciones quirúrgicas para bocios sofocantes en 1860, sin embargo, lo abandona doce años después por la gran mortalidad. Las hemorragias incontrolables la convirtieron en una cirugía prohibida (9).

Desde la Universidad de Zurich, Theodor Kocher describió su experiencia y los refinamientos progresivos en la técnica quirúrgica sobre la glándula tiroides, en sucesivos reportes durante un período de más de 40 años a partir de 1872. Reconoció el mixedema y el cretinismo como complicaciones de su extirpación total. Descendió la tasa de mortalidad operatoria de 12,8 % en la primera década a 0,5 % en 1917. Fue el primer cirujano en recibir el Premio Nóbel por sus trabajos en fisiología, patología y cirugía de la glándula descrita. Es reconocido universalmente como el padre de la cirugía tiroidea (64<sup>a</sup>,80).

La primera descripción en detalle de la tetania posttiroidectomía y las lesiones del nervio recurrente se acredita a Anton Wölfler. En Norteamérica la técnica de Kocher sería adoptado por William Halsted, le seguirían George Crile y Frank Lahey. A este último se reconoce la descripción y difusión de la técnica quirúrgica contemporánea de amplia exposición con visualización del nervio recurrente y las glándulas paratiroides (9). Mandl de Viena realizó la primera paratiroidectomía por una osteosis de Recklinghausen en 1925 (81).

Placido Daniel Rodríguez Rivero efectuó en 1914, la primera tiroidectomía en Puerto Cabello,

Venezuela. Un paciente de 22 años con un bocio quístico a predominio del lóbulo izquierdo que desplazaba la tráquea. La descripción del procedimiento señaló que se extirpó la lesión, el istmo y según palabras del cirujano, “se cortó en el tejido glandular sano, dejando un pequeño muñón para evitar la herida del nervio recurrente”. La cirugía conservadora como la tiroidectomía parcial representó la operación de elección para las patologías benignas, reservando la tiroidectomía total para las neoplasias malignas. El temor a la tetania, cretinismo y mixedema en el posoperatorio justificaba estas aseveraciones (82).

Seguirían otras tiroidectomías catalogadas como subtotales por idéntica patología, de manos de Luis Razetti, Pedro Blanco Gasperi, Domingo Luciani, Hermogenes Rivero, Francisco Montbrun, Jorge González Celis entre otros. En su trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina intitulado “Mi primer centenar de tiroidectomías”, Pedro Blanco Gasperi reconoció su limitada experiencia en el tratamiento del cáncer de tiroides, reducida a cinco pacientes, con un deceso por complicaciones de la vía aérea. Recomendó y ejecutó la tiroidectomía total para la citada neoplasia y describió de manera teórica la extirpación de los ganglios linfáticos cervicales (83). La primera intervención con sentido oncológico de una neoplasia maligna del tiroides se acredita a Aquiles Erminy y Alberto Rivero quienes realizaron una hemitiroidectomía con vaciamiento cervical radical ipsilateral en el Instituto Oncológico Luis Razetti, seguido de una buena sobrevida (84). Sucesivos estudios sugirieron procedimientos parciales como la lobectomía o hemitiroidectomías para el tratamiento de los tumores malignos del tiroides, reservando la tiroidectomía total para las patologías benignas como el bocio, las variedades foliculares, el compromiso de ambos lóbulos, las metástasis linfáticas bilaterales o por enfermedad a distancia (80).

En 1933, Carlos Travieso y Alfredo Borjas extirparon un adenoma paratiroideo inferior derecho por una enfermedad fibroquística de Recklinghausen. Señalaron la extirpación de una lámina de parénquima glandular, con la intención de practicar una paratiroidectomía fisiológica. Refirieron mejoría clínica y bioquímica de la paciente (81).

Dos publicaciones definieron la técnica quirúrgica sobre la glándula tiroides. La primera a cargo de Francisco Montbrum y Duillo Pizzolante en 1957, quienes describen el procedimiento de Frank Lahey para las resecciones amplias de manera segura, identificando el nervio recurrente en todo su trayecto cervical y la ligadura selectiva de los pedículos vasculares en el denominado triángulo recurrential (85). Ocho años después, Armando Márquez Reverón enfatizó su experiencia personal con los mismos aspectos (86). Luis Arturo Ayala y col. basados en los conceptos descritos, lograron identificar todas las estructuras, incluidas las glándulas paratiroides, en el 76,8 % de los procedimientos. Recomendaron la reimplantación de las glándulas paratiroides devascularizadas en el músculo esternocleidomastoideo (87). Miguel Vasallo y Franklin García refirieron su experiencia quirúrgica en patología de paratiroides en el Hospital Universitario de Caracas (88,89).

Según varios autores, entre ellos algunos del Instituto Oncológico Luis Razetti, la disección cervical radical sería el principal procedimiento indicado en los pacientes con neoplasias malignas de la glándula tiroides en la década de los cincuenta y sesenta. Posteriormente le seguiría la linfadenectomía cervical radical modificada y sería reducida a aquellos con ganglios palpables (80,90). Oscar Rodríguez Griman, ejecutó la disección del compartimiento central en caso de presencia de adenopatías. Señaló la aplicación del yodo radioactivo como diagnóstico y tratamiento (91).

En la primera década y finales de la segunda del nuevo milenio, el consenso nacional de tiroides recomendó el tipo de tratamiento quirúrgico para el cáncer de tiroides, de acuerdo a una serie de criterios del paciente y de la neoplasia. Las disecciones del compartimiento central y lateral están recomendadas de manera terapéutica en la presencia de adenopatías clínicamente evidentes o identificadas durante el acto operatorio (92,93).

#### e) Glándulas salivales

Varios cirujanos europeos describieron la realización de cirugías sobre las glándulas salivales a partir del siglo XVII. Inicialmente las resecciones de la glándula parótida incluirían el sacrificio del nervio facial; a mediados del siglo

XIX el tratamiento implicaría la exposición del tumor y su remoción con preservación de las ramas del séptimo par que fuesen encontradas (94). En 1921, Walter Sistrunk sugirió antes de extirpar el tumor, la identificación de la rama mandibular del nervio facial, continuando en sentido retrógrado hacia el tronco, y completar la disección de todas sus divisiones. Posteriormente, R. Janes, desarrolló la técnica de aislar el tronco del nervio entre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo y el vientre posterior del músculo digástrico para seguir en sentido anterógrado por sus ramas (95).

Diferentes tipos de incisiones fueron ideadas para el abordaje de las neoplasias de parótida. El trazo más frecuentemente utilizado fue inicialmente descrito por el profesor de cirugía oral Vilray Papin Blair de Washington en 1917. El cirujano inglés Hamilton Bailey la modificó para completar la parotidectomía. Ofrece una amplia exposición para la identificación del tronco del nervio facial, sus ramas y la neoplasia (59). La herida quirúrgica más común para las lesiones de glándula submaxilar sería la cervicotomía transversa referida por Sebilleau (94).

En 1848, Eliseo Acosta realizó la extirpación parcial de la parótida por primera vez en Venezuela (11). La primera parotidectomía con conservación del nervio facial se acredita a Guillermo Michelena en 1857 (96). Fue un hecho insólito que dio motivo para que sus colegas dudaran y el tuviera que solicitar a sus maestros en la Academia Nacional de Francia que lo acreditaran competente, los cuales respondieron que había obrado como un cirujano capaz y sus deducciones debían gozar de los honores de la veracidad (11).

Cirujanos desde la última década del siglo XIX, como Luis E Rodríguez, Pablo Acosta Ortiz, Alfredo Celis Pérez, Jorge González Celis, Domingo Luciani entre otros, realizaron parotidectomías o publicaron artículos y tesis doctorales relacionadas con tumores de las glándulas salivales. En el Primer Congreso Venezolano de Cirugía, O'Daly y Bruni Celli revisaron 62 casos de tumores de glándulas salivales y los compararon desde el punto de vista patológico con la literatura internacional del momento (97). Francisco Montbrum en

un estudio de veinte cadáveres, estableció las relaciones anatómicas del nervio facial desde su salida del agujero estilomastoideo y su transcurrir por la glándula parótida (98). En el Instituto Oncológico Luis Razetti, Bernardo Guzmán refirió cuatro tumores parotídeos con prolongación faríngea que fueron sometidos a extirpación quirúrgica por vía transoral, previa traqueostomía y ligadura de la arteria carótida externa, con buena evolución (99).

Desde el año 1955 hasta el inicio del milenio, varias instituciones hospitalarias capitalinas, incluida la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, desarrollaron su experiencia quirúrgica en procedimientos operatorios sobre las glándulas salivales, en series mayores de veinte pacientes. La cirugía más frecuente sería la parotidectomía superficial por adenomas pleomórficos; algunos recomendaron la técnica anterógrada y otros la retrógrada para la identificación del nervio facial. Fue señalado hasta un 47 % de parálisis faciales. Incisiones como la modificada de Blair fueron las más habituales. La ubicación de las neoplasias malignas y el tipo histológico más frecuentes serían la submaxilar y los carcinomas escamosos. Sugirieron la disección radical en caso de tumores malignos para todas las localizaciones glandulares. La inflamación crónica por litiasis representó la indicación quirúrgica más común por patología benigna (33,34,100-110).

El adenoma pleomórfico de lóbulo profundo de parótida representó la variedad histológica más frecuentemente extirpada por abordaje trans-cervico parotídeo en 41 pacientes con diagnóstico de tumores parafaríngeos, en una reciente publicación del Instituto Oncológico Luis Razetti (111). Alirio Mijares y col. describieron un abordaje mínimamente invasivo para la remoción de tumores benignos de la glándula parótida y las complicaciones de las cirugías de las glándulas salivales mayores (112, 113).

##### **5) El nacimiento de la cirugía plástica y reconstructiva**

Los conflictos militares descritos representaron el nacimiento de la cirugía plástica, se ejecutaron las primeras reconstrucciones en heridas por metralla. Las técnicas de los injertos y los colgajos evolucionaron para cubrir las estructuras

perdidas en las lesiones cervicofaciales (114). En el Hospital Vargas de Caracas, Pablo Acosta Ortiz realizó la extirpación de una neoplasia del pabellón auricular y fue referida una resección parcial del maxilar superior por traumatismo facial por arma de fuego, en la segunda década del siglo pasado (17).

El doctor Domingo Luca Romero es reconocido como el primer cirujano plástico de nuestro país. Fue formado en la ciudad de Nueva Orleans. Al principio de los años cincuenta, llega al país proveniente de la prestigiosa universidad de Duke, Carolina del Norte, el doctor Antonio Rodríguez de Lima, quien establece los servicios de cirugía plástica de los hospitales Vargas y Miguel Pérez Carreño. En Maracaibo el Dr. Rafael Soto Matos quien cursó estudios en Galveston, Texas, fundó el servicio del hospital universitario de Maracaibo. José Ochoa dio los primeros pasos para la formación de la primera cátedra del Hospital Universitario de Caracas (11,115,116,117).

La experiencia aprendida en las dos grandes guerras mundiales se trasladó a los defectos operatorios de las cirugías radicales (9,114). A. Rodríguez de Lima indicó varios procedimientos reconstructivos posteriores a traumatismos o a la extirpación quirúrgica de tumores en el área de cabeza y cuello (45). Bernardo Guzmán Blanco se apoyó en los cirujanos plásticos reconstructivos para la corrección de los defectos de las operaciones "Comando" (10). Los márgenes apropiados y los colgajos faciales como el pediculado o la Zplastia, fueron referidos como de utilidad para la reconstrucción en tumores de piel (118-120). Chow y col. reportaron su experiencia en el manejo de traumatismos cervicofaciales resaltando el valor de los estudios radiológicos y la cirugía (121).

La era de la reconstrucción inmediata cervicofacial inició con los colgajos deltopectoriales y del pectoral mayor, descritos por Bakamjian de Buffalo y Stephen Ariyan en Yale, respectivamente (42). Seguidamente, los colgajos microvasculares libres permitieron menor deformidad en el sitio donante y receptor. Han facilitado la utilización de colgajos con mucosa como el yeyuno para la reconstrucción de la hipofaringe, y con hueso para la reconstrucción de la mandíbula (122). José R. Troconis

Elorga y col. y Alberto Pérez Morell y col. publicaron artículos elaborados en los hospitales oncológicos nacionales sobre procedimientos de reconstrucción de defectos en cabeza y cuello que incluyen colgajos locales, deltopectoriales y microquirúrgicos (123-126). Otras alternativas para el cierre de fístulas antrales y nasales fueron referidas (127).

En el 2005, se determinaron las pautas de diagnóstico y tratamiento del melanoma maligno, en un consenso nacional y multidisciplinario (128). Fueron indicados resultados satisfactorios en el mantenimiento de la comisura labial con fascia lata o malla de polipropileno en 19 pacientes con neurotomía quirúrgica del nervio facial por tumores de parótida (129). El manejo de las quemaduras cervicofaciales fue divulgado y actualizado por Ramón Zapata Sirvent (115).

En la cátedra servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se intervinieron varios pacientes en conjunto con la cátedra servicio de cirugía plástica para la reconstrucción de defectos mucocutáneos por sarcomas, tumores de piel y cavidad oral. Se realizaron varias reparaciones de fístulas faringocutáneas. El procedimiento más frecuente realizado fue la rotación de colgajos músculo-cutáneos (67,130).

### **La educación y adiestramiento de la especialidad**

A partir de la década de los noventa, varios libros, artículos y consensos nacionales elaborados por instituciones, especialistas y sociedades científicas han ofrecido lineamientos en sus campos de acción. La unidad de politraumatizados del Hospital General del Este desarrolló protocolos estandarizados para el manejo del trauma cervical penetrante (28).

Desde principios del nuevo milenio, tres artículos de revisión escritos por Oscar Rodríguez Griman y Esteban Garriga García están dedicados a la comprensión de las neoplasias de cabeza y cuello (5,122,131). Algunos consensos de las sociedades venezolanas de oncología y otorrinolaringología establecieron pautas para el manejo de algunos tumores cervicofaciales y de las infecciones cervicales profundas (19,92,93,128,132,133). Varios libros digitales sobre cirugía oncológica de cabeza y

cuello, elaborados por Esteban Garriga García y Edgar Brito, ofrecen un enfoque práctico y novedoso de temas oncológicos para las nuevas generaciones de médicos y especialistas (134-136). El académico Cesar Rengel recopiló la literatura científica publicada por Armando Márquez Reverón, describiendo sus casuísticas y sus aportes en el tratamiento de los tumores cervicofaciales (137).

En Estados Unidos, varios aspectos permitieron definir el especialista en cirugía de cabeza y cuello. Inicialmente la especialidad surgió y fue concebida en el servicio oncológico de cirugía de cabeza y cuello de Hayes Martin. Seguidamente en los servicios de otorrinolaringología, la retroalimentación con los cirujanos oncólogos, el desarrollo de las laringectomías parciales con criterios preservadores, y la inclusión de un año de cirugía general como requisito para el posgrado, habilitaron el pensamiento quirúrgico para las cirugías cervicofaciales. Lentamente aparecieron programas de entrenamiento para otorrinolaringólogos interesados en este tipo de procedimientos (42). Hoy en día varias especialidades conviven en la Sociedad de Cirujanos de Cabeza y Cuello y en la Sociedad Americana de Otorrinolaringología - Cirugía de Cabeza y Cuello. Ambas unificadas en la Sociedad Americana de Cabeza y Cuello, trabajan bajo un concepto multidisciplinario y ofrecen cursos de especialización bajo una visión global (138).

Hermogenes Rivero durante el juicio crítico al trabajo de incorporación de Franz Conde Jhan a la Academia Nacional de Medicina, afirmó que los otorrinolaringólogos eran también cirujanos generales a mediados de la década de los cuarenta (139). Servicios y cátedras de cirugía oncológica, cirugía general, otorrinolaringología y cirugía plástica han desarrollado e instruido la especialidad en sus respectivas categorías. Los de oncología quirúrgica evalúan principalmente las neoplásicas. El trauma cervical penetrante y algunos tipos de tumores en los de cirugía general. Las patologías tumorales benignas y malignas, así como las infecciosas en los de otorrinolaringología. Las reconstrucciones son exclusivas de los servicios de cirugía plástica. Actualmente, las universidades nacionales no ofrecen el título conducente a la especialidad de cirugía de cabeza y cuello.

Hoy en día, el campo de acción de la cirugía de cabeza y cuello cuenta con una serie de tecnologías y especialistas de distintas disciplinas que permiten el diagnóstico oportuno y el tratamiento correcto de varias de sus patologías, según refiere Alirio Mijares Briñez (140).

**Experiencia multidisciplinaria. Realidad actual**

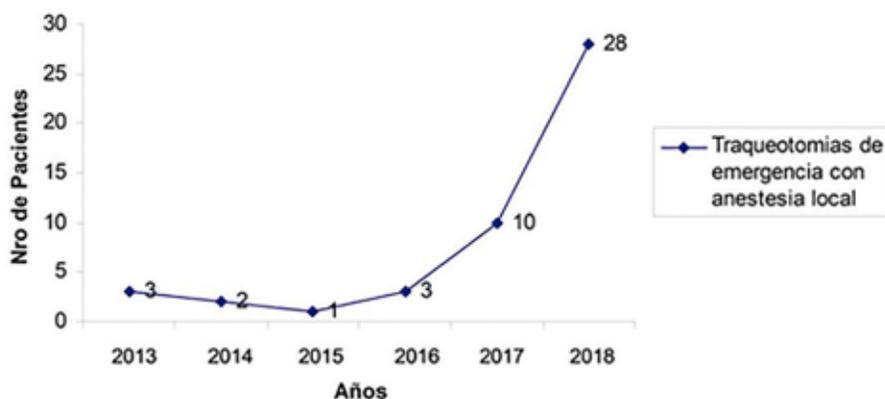
En las consultas de cirugía de cabeza y cuello de la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, del Hospital Pérez de León 2 y del Hospital Ortopédico Infantil, instituciones donde labora el autor (JCVP), se han publicado varios artículos en distintos períodos de tiempo, resaltando el valor del manejo multidisciplinario en algunas categorías y algunas innovaciones propias en el tratamiento quirúrgico de algunas neoplasias (10,24,25,49,67,80,95,130). Se realiza docencia de pregrado y posgrado a los residentes de otorrinolaringología y cirugía general.

Desde la inauguración del Hospital Universitario de Caracas en el año 1956, la consulta de cabeza y cuello ha sido dirigida por varios especialistas de distintas especialidades, en orden cronológico Franz Conde Jahn, Cesar Rodríguez, Oscar Rodríguez Griman y Peter Baptista. Numerosos cirujanos de cabeza y cuello de prestigio internacional fueron invitados por

la cátedra para ofrecer sus conocimientos, como Michael Portmann, Ettore Bocca, Esteban García Ibáñez, Alonso Gavilán, Eugene Myers, Paulo Ponte, entre otros (141).

Sin embargo, la crisis sanitaria conllevó a una importante migración de especialistas, a la reducción en los insumos, y recientemente la falta de agua y electricidad (142). En la consulta mencionada, se evidenció una tendencia hacia la casi desaparición de los cupos electivos y a un incremento de los turnos de emergencia por obstrucciones de la vía aereodigestiva, hemorragias y patologías infecciosas desde el año 2013 (36). Los pacientes oncológicos se asociaron a un considerable aumento en la dificultad quirúrgica. En una serie multidisciplinaria reciente se reflejó un importante ascenso de las traqueotomías de emergencia con anestesia local, ante la imposibilidad del anesthesiólogo de entubar la vía aérea por la presencia de extensas neoplasias, en ocasiones sin diagnóstico y sin tratamiento previo (143) (Figura 7).

Estos hallazgos se suman a la falla en los protocolos quimiorradiantes en cáncer de laringe, el incremento del trauma cervical penetrante y de las infecciones cervicales profundas. Todos relacionados con la grave crisis sanitaria en que se encuentra sumergido el país (22,25,67). El último Papa Magno indicó que el personal sanitario es custodio y servidor de la vida humana (144). Esteban Garriga Michelena



**Figura 7.** Número de traqueotomías de emergencia con anestesia local realizadas en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas. Gráfico propio del autor (JCVP).

señaló la importancia de que nuestra sociedad permita preservar e incrementar el fuego del conocimiento, imprescindible para el adecuado desarrollo de la medicina, de la misma manera que Heracles libero a Prometeo (12).

### CONCLUSIÓN

El desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela comprende varias categorías, las enfermedades inflamatorias de tratamiento quirúrgico, las lesiones congénitas, los traumatismos, las neoplasias y las cirugías plásticas reconstructivas. La incorporación, reproducción y enseñanza de las técnicas quirúrgicas innovadoras vino determinado por la formación de varios cirujanos venezolanos en algunos de los principales centros quirúrgicos internacionales. La evolución de los distintos procedimientos cervicofaciales coincidió con los períodos de influencia europea y norteamericana en la cirugía venezolana.

El Hospital Vargas de Caracas representó el principal nosocomio del primer período, con Luis Razetti, Pablo Acosta Ortiz y Emilio Conde Flores, le seguirían Franz Conde Jahn, Francisco Montbrum, Antonio Rodríguez de Lima entre otros. A partir de 1945, el Instituto Oncológico Luis Razetti con Bernardo Guzmán Blanco, Armando Márquez Reverón, Oscar Rodríguez Griman y Esteban Garriga Michelena simbolizaron el inicio de la influencia norteamericana. Posteriormente otros hospitales y especialistas desarrollarían su experiencia.

Servicios y cátedras de distintas especialidades realizan y enseñan la cirugía de cabeza y cuello en sus respectivas categorías. La grave crisis sanitaria, ha convertido un desafío su desarrollo. Actualmente, las universidades nacionales no ofrecen el título de la especialidad en cirugía de cabeza y cuello.

**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. Razetti L. Lecciones y notas de cirugía clínica. Caracas: Imprenta Nacional; 1917:93-195.
2. Lore J, Medina J. Prefacio. En: Lore J, Medina J, editores. Atlas de cirugía de Cabeza y Cuello. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007.p.XIII-XXIX.
3. Conley J, Vonfraenkel P. Historical aspect of head and neck surgery. *Ann Oto Rhin Laryn.* 1956;65(3):643-655.
4. Myers E. Surgery of the head and neck. *Int J Head & Neck Sci.* 2017;1(1):1-4.
5. Rodríguez Griman O. Disección de cuello. *Gac Méd Caracas.* 2005;113(4):544-551.
6. Andrews W. Cirugía del cuello. En: Keen W, editor. Cirugía, tratado teórico-practico de patología clínico quirúrgico. 3ª edición. Salvat; 1917;III(35):285-348.
7. Valls P. Trauma cervical penetrante en la Primera Guerra Mundial. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2018;73.
8. Sistrunk W. The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann Surg.* 1920;71:121-124.
9. Mc Gurk M. Head and neck cancer and its treatment. *Brit J Oral Max Surg.* 2000;38:209-220.
10. Valls J. Evolución de las disecciones de cuello en Venezuela. *Gac Méd Car.* 2019;127(4):324-338.
11. Plaza F. Historia de la cirugía. *Rev Cen Med Car.* 1978;XVII(59):5-33.
12. Garriga Michelena E. Luis Razetti, cirujano. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Caracas: Editorial Ateproteca; 2005.p.135-142.
13. Goldwyn R. Guillaume Dupuytren : His character and contributions. *Bull N Y Acad Med.* 1969;45(8):750-760.
14. Conde Jahn F. Angina de Ludwig. *Arch Venez Soc Otorrinolaringol, Oftalmol Neurol.* 1947;(Vol II):30-38.
15. Valls J, Papa I, Tabacco F, Trevison L, Brito E. Manejo quirúrgico de las infecciones atípicas de cabeza y cuello. *Rev Fac Med.* 2019;42(1).
16. Razetti L. Extracto de "La Cirugía en Caracas, 1897". *Bol Inst Onc Luis Razetti.* 1962;V(4y5):110-112.
17. Razetti L. 1 000 operaciones ejecutadas en el servicio de clínica quirúrgica del Hospital Vargas. *Gac Méd Caracas.* 1918;XXV(9):89.
18. Calvo A, Merenfiel R. Algunas consideraciones sobre la cirugía de los tumores de la cabeza y cuello. Proveniente de las Memorias del 1er Congreso Venezolano de Cirugía. Estado Sucre, Venezuela. 1951:442-443.
9. Infecciones Profundas de Cuello. Consenso de

- Infecciones 2015-2019. Soc Venez Otorrinolaringol. 105-114.
20. Díaz AM, Baptista P, Hernández N, Trevison L. Infecciones profundas de cabeza y cuello. Acta ORL Cir Cab Cuello. 2003;31.
  21. Vaamonde M, Papa I, Valls JC. Infecciones cervicales profundas: criterios de severidad y manejo médico-quirúrgico. Acta ORL. 2018;II(Nov). Por aparecer.
  22. 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 ORL. 2018;II(Nov). Por aparecer.
  23. Solbas D, De León A. Complicaciones de las Sinusitis. Rev Cent Med Car. 2000;45:32.
  24. 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 Caracas. 2020;128(4):59-71.
  25. Valls P. Manejo contemporáneo del trauma cervical penetrante. Vitae Academia Biomédica Digital. 2018;71.
  - 25<sup>a</sup>. Jaén Centeno R. Reflexiones sobre el desarrollo de la cirugía cardiovascular. Rev Soc Ven Cir. 2013;52:139.
  26. Montalvo FR. Enfoque integral del politraumatizado. Gac Méd Caracas. 2004;112 (3).
  27. Sileo V, Torres E. Trauma Cervical. Acta ORL. 1997;9(2):63-72.
  28. Vivas L, Ottolino P. Trauma cervical. En: Rodríguez M, Viteri Y, editores. Manual del Paciente Politraumatizado. 3<sup>a</sup> edición. Caracas: Edit Disinlimed; 2008;12:144-176.
  29. Lahey F, Harlan N. Branchial cysts and sinuses. Ann Surg. 1941;113:508-512.
  30. Acosta Ortiz P. Lecciones de clínica quirúrgica. Caracas: Tipografía el Cojo; 1911:87-137.
  31. Guzmán B. Tratamiento de los quistes tiroglosos. Gac Méd Car.acas. 1957;LXIV:9-24.
  32. Hernández C. Tratamiento de los quistes y fístulas del conducto tirogloso. Bol Soc Ven Cir. 1965;XIX:657-665.
  33. Heredia J, Grippa F. Tumores de Cuello y Glándulas Salivares. Bol Soc Ven Cir. 1972;26(128):973-983.
  34. Aure C, Mederos N, Rodríguez D, Arevalo G. Tumores de la región del cuello. Bol Hosp Univ Car. 1978;14(2):116-128.
  35. Pereda Y, Sánchez F, Alvarado J. Tiroides lingual. Acta ORL. 2017;19(2):68-69.
  36. Informes de la consulta de cirugía de cabeza y cuello de la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas. 2013-1018.
  37. Rodríguez C. Premio Luis Razetti. Bol Inst Oncol Luis Razetti. 1961;IV(6):186-190.
  - 37<sup>a</sup>. Barrios G. Reseña histórica de la oncología en Venezuela. Rev Soc Ven Hist Med. 2018;67(1-2).
  38. Guzmán B. Cáncer de laringe. Proveniente de las Memorias del I Congreso Venezolano de Cirugía; Estado Sucre, Venezuela. 1951:448-462.
  39. Guzmán B, Erminy A. Vaciamiento radical de cuello. Proveniente de Memorias del III Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología; Caracas, Venezuela. 1954:21-24.
  40. Esteban Garriga Michelena. [Internet] .Disponible en: <http://estebangarrigamichelena.blogspot.com/p/referencias-garriga-michelena-esteban.html>.
  41. Moreno L. Alejandro Calvo Lairret. Un hombre útil. Rev Soc Ven Hist Med. 2011;60(1-2).
  - 41<sup>a</sup>. Souza A. Evolución histórica de la cirugía endoscópica nasosinusal y de base de cráneo. Rev Soc Ven Hist Med. 2018;57.
  42. Myers E. The evolution of head and neck surgery. Laryngoscope. 1996;106:929.
  43. Conde E. Dos casos de fibromas nasofaríngeos. Gac Méd Caracas. 1914;XXI(10):126-127.
  44. Conde Jahn F. Un caso de fibroma nasofaríngeo. Bol Hosp. 1939;9:279-284.
  45. Rodríguez de Lima A. Casos de cirugía plástica. Bol Hosp. 1954;III(1-2):3-127.
  46. Guzmán Bernardo, Garriga E, Landaeta R. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de los senos paranasales. Acta ORL. 1960;III(3):69-145.
  47. Brito E, Paruta J, Castro J. Abordaje craneofacial de los tumores de orbita. Presentado en el III Congreso Venezolano de Oncología, 1987. Video disponible en el archivo audiovisual de la biblioteca del Instituto de Oncología Luis Razetti.
  48. Padron J, Ferrer S. Tumores del antro maxilar. Rev Ven Onc. 1989:49-54.
  49. Valls J, Alfaro G, Papa I. Tratamiento quirúrgico de los tumores de cavidad nasal y senos paranasales. Rev Fac Med. 2020;43(1).
  50. Ortiz A. Abordaje transpalatino en el angiofibroma juvenil. Acta ORL. 1990;2(2):12-18.
  51. Alfaro G. Angiofibroma nasofaríngeo. Abordaje quirúrgico. Trabajo de ascenso para la categoría de asistente. Cátedra de Clínica Otorrinolaringológica de la Escuela Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela. 1996.
  52. Alfaro G, López R. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil. Acta ORL. 2005;17(1):13-16.
  53. Fleming M, Pinto E, Rodrigo E, Garcia T. Angiofibroma juvenil. Rev Soc Med Qx Hosp Em Perez Leon. 1990;XXIV(2):89-95.
  54. Ledesma J, Aguilar I. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil. Acta ORL. 1999;2(2):69-73.
  55. Razetti L. De los epitelomas de la boca y su

- tratamiento. *Gac Méd Caracas*. 1896;IV(1):3-5.
56. Landaeta Sojo T, Landaeta Payares H. Tratamiento del cáncer de la lengua y del piso de la boca. *Rev Pol Car*. 1936;27(abril):1819-1828.
  57. Garriga M E. Reconstruction immediate et mediate de la perte tissulaire postoperatoire consécutive a la resección du maxillaire inferieur. *Rev Lar Otor et Rhin*. 1956;77(7-8).
  58. Calvo A, Merenfiel R. Algunas consideraciones sobre la cirugía de los tumores de la cabeza y cuello. Proveniente de las Memorias del 1er Congreso Venezolano de Cirugía. Estado Sucre, Venezuel. 1951:442-443.
  59. Valls J, Lema MC. Historia de las incisiones cervicofaciales en cirugía oncológica. *Rev Soc Ven Hist Med*. 2018;57.
  60. Valls J, Brito E, Trevison L, Palacios N. Disecciones cervicales selectivas en el Hospital Universitario de Caracas. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2018;74(Abril-Junio).
  61. Jesse R, Ballantyne AJ, Larson D. Radical or modified neck dissection. *Am J Surg*. 1978;136:516-519.
  62. Robbins K. Adding clarity to the historical evolution of the nek dissection. *Head & Neck*. 2019;1-9.
  63. Liuzzi J, Estanga N, Núñez C, Pacheco C, Gardie J. Factores pronósticos en el carcinoma de células escamosas de cavidad oral. *Rev Ven Onc*. 2007;19(2).
  64. Valls JC. Experiencia en disecciones de cuello. *Rev Fac Med*. 2018;41(1).
  - 64<sup>a</sup>. Blanco C. Evolución histórica de la cirugía: siglos XIX, XX y XXI. *Rev Soc Ven Cir*. 2013;62(1-2).
  65. Conde F. Primera laringectomía total en Venezuela. *Gac Méd Car*. 1944;LI(5):46-58.
  66. Garriga E. Aportes a la cirugía funcional oncológica de la laringe. En: López JE, Briceño Iragorry L, editores. Colección Razetti. Caracas: Editorial Ateproteca; 2007(Vol IV):173-230.
  67. Valls JC. Experiencia en laringectomías totales en el Hospital Universitario de Caracas. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2016;67(Julio-Sept).
  68. Razetti L. Laringectomía por vía retrógrada ascendente. *Gac Méd Caracas*. 1914;XXI(21):220-223.
  69. De Lima J. Cáncer de la laringe. *Bol Inst Onc Luis Razetti*. 1961;IV(6):166-174.
  70. Serra E, Coutinho R, Sorgi M. Cáncer de la laringe en el Hospital Padre Machado. *Acta Oncol Ven*. 1972;V(1-2):5-12.
  71. Mata J, Vasquez J, Montes A, Zamora M, Rivas J. Cirugía definitiva en los carcinomas extensos de la laringe. *Rev Ven Oncol*. 1996:11-18.
  72. Oblitas G, Colon V, Fuentes MB. Tratamiento del cáncer de laringe experiencia en el Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti". *Rev Venez Oncol* 2011;23(3):165-174.
  73. Garcia Alvarez J. Tirotomía por papilomas laríngeos. *Bol Hosp*. 1936;1:32-35.
  74. Garriga E. Laringectomía glótica total conservando las funciones respiratoria y fonatoria. *Gac Méd Caracas*. 1972;80:523-533.
  75. Garriga E. Laringectomía glótica total. *Gac Méd Caracas*. 1994;102(2):151-162.
  76. Garriga Michelena E, Henriquez O, Colina J, Garriga García E. 25 años de la laringectomía glótica. *Rev Ven Onc*. 1997;9:176-182.
  77. Márquez P, Liuzzi, Da Cunha M, Garriga E, Bascetta J. Cirugía preservadora de laringe. *Rev Ven Oncol*. 2016;28(2):92-97.
  78. Sarmiento P, Perfetti W, Fernandez A, Scarton J. Experiencia de 14 años en laringectomía horizontal supracricoidea. *Rev Ven Oncol*. 2015;27(4):226-231.
  79. Salas G, Berretini H, Gerberth R, Duval H. Laringectomías parciales una alternativa quirúrgica en tumores de la laringe. *Rev Soc Ven Oncol*. 2018;30(1):57-60.
  80. Valls J, Alford M, Brito E, Trevison L, Blanco A. Manejo quirúrgico del cáncer de tiroides. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2018;75.
  81. Travieso C, Borjas A. La primera paratiroidectomía en Venezuela. *Rev Pol Car*. 1938;40:2727-2736.
  82. Rodríguez P. Bocio quístico. Tiroidectomía. Curación. *Gac Méd Car*. 1914;21:177-178.
  83. Blanco Gasperi P. Mi primer centenar de tiroidectomías. *Gac Méd Car*. 1947;55:47-128.
  84. Erminy A, Rivero A. El adenocarcinoma papilar de la glandula tiroides. *Bol Soc Ven Cir*. 1950;III(21):169-182.
  85. Montbrum F, Pizzolante D. Bocio Mi experiencia personal sobre la tiroidectomía. IV Congreso Venezolano de Cirugía. Prensa Médica Venezolana. 1957:917-960.
  86. Márquez Reverón A. Experiencia personal en 150 tiroidectomías. *Bol Soc Ven Cir*. 1965;19(3):546-570.
  87. Ayala L, Souchon E. Cirugía del tiroides. Técnica que minimiza complicaciones. *Rev Ven Cir*. 1986;39(2):9-13.
  88. Vasallo M, Aponte M, Sanchez F, Eichelbaum E. Cancer de paratiroides. 2006;18(1).
  89. Lameda V. Tratamiento quirúrgico de hiperparatiroidismo primario. Trabajo especial de investigación para optar al título de especialista en cirugía general. Caracas: UCV; 2017.
  90. Teran A. Nuestra experiencia en tumores malignos de cabeza y cuello. *Act Oncol Ven*. 1974;VII(1):15-61.
  91. Rodríguez Griman O. Cáncer del tiroides. *Acta Oncol Ven*. 1969;II(2 y 3):59-71.

92. Colina J, Pérez A, Mata J. Reunión de consenso en cáncer diferenciado del tiroides. *Rev Ven Oncol.* 2005;17(4):229-240.
93. Colina J, Mata J, Pinto Y. II Consenso de carcinoma diferenciado de tiroides. *Rev Ven Oncol.* 2020;32(1):41-76.
94. Florián M. Bases Anatómicas de la Cirugía de Cabeza y Cuello: antecedentes históricos. Buenos Aires: Editorial Librería Akadia; 2010.
95. Valls JC. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2017;72.
96. Benitez G. Dr. Guillermo Michelena Salias. *Rev Fac Med.* 2019;42(2).
97. O'Daly J, Celli Bruni. Contribución al estudio de los tumores de las glándulas salivares. *Memorias del 1er Congreso Venezolano de Cirugía.* 1951:335-352.
98. Montbrun F. El facial parotídeo. *Bol Soc Ven Cir.* 1967;XXI(95):573-584.
99. Guzmán B. Tumores de la prolongación faríngea de la glándula parótida. *Memorias del IV Congreso Venezolano de Cirugía.* 1957;2:887-896.
100. Guzmán B. Afecciones de las glándulas salivares. *Rev Cent Med Car.* 1955;5:19-33.
101. Hernández C, Blanco S, Plaza J. Tratamiento quirúrgico de los tumores de la glándula parótida. *Bol Soc Ven Cir.* 1966;92(XX):1201-1213.
102. Vargas P, Gonzalez A. Patología Salival. *Bol Soc Ven Cir.* 1971;25(1):7-26.
103. Carrasco J, Luongo J. Tumores de las glándulas salivares submaxilar y sublingual. *Arch Hosp Vargas.* 1975;XVII(1-2):91-110.
104. Aure C, Dellán N, Suere A. Tumores de la glándula parótida. *Bol Hosp Univ Car.* 1979;15(12):119-123.
105. Osechas N. Tumores de glándulas salivales. *Acta OncolVen.* 1987;20(3):17-50.
106. Henriquez M, Barazarte P, Beuses M. Adenoma pleomórfico de las glándulas salivales. *Rev Soc Ven Hosp Perez de Leon.* 1991;XXV(3):105-114.
107. García S, Rodríguez M, Vargas S, Sano R, Cedeño S. Patología tumoral de glándulas salivales mayores. *Acta ORL.* 2000;12(2):71-76.
108. Lalsie R, Mijares A, Franco J. Evaluación de la citología por punción aspiración con aguja fina en lesiones de las glándulas salivales mayores. *Rev Ven Onc.* 2004;16(1):3-15.
109. Carmona E. Experiencia quirúrgica en parotidectomía superficial y profunda. Tesis de grado. Hospital Ana Francisca Pérez II. Noviembre, 2015.
110. Tabacco F, Marín J. Neoplasias de parótida. Trabajo especial de investigación para optar al título de especialista en otorrinolaringología. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2017.
111. Velandia C, Leon R, Mata F, Morales D, Coello C. Factores clínicos y quirúrgicos de los tumores parafaríngeos. *Rev Ven Oncol.* 2019;31(3):165-174.
112. Mijares A, Liuzzi F, Agudo E, Brito E, Garriga E, Peti H. Abordaje periauricular en las lesiones de la glándula parótida. *Rev Ven Oncol.* 2011;23(3):154-164.
113. Mijares A, Leon A, Suarez C, Brancamontes A. Complicaciones en la cirugía de las glándulas salivales mayores. *Rev Ven Oncol.* 2020;32(2):126-146.
114. Converse J. Cirugía Plástica: el siglo XX. *Clin Quir N Am.* 1967:261-278.
115. Historia de la cirugía plástica en Venezuela. Disponible en: <http://sociedadvenezolanacirugiaplastica.org/#> .
116. Soto R. Notas para la historia de la cirugía plástica. *Cir Plast Reconst Venez.* 2001;3(2):170-173.
117. Garcia M, Yaselli D. El servicio de cirugía plástica del Hospital Vargas. *Arch Hosp Vargas.* 2002:88-99.
118. Larez R, Gryner M, Greyner H, Gomez B. Epiteliomas basocelulares y cirugía ambulatoria. *Acta Oncol.* 1982;(2-3).
119. Rodríguez O. Tumores de piel. Melanomas. *Acta Oncol.* 1984;(3-4).
120. Leon H, De Lima A, Rojas J, Ramirez M. Colgajos en la reconstrucción facial. *Rev Ven Oncol.* 2011;23(2):100-101.
121. Chow G, Useche M. Fracturas maxilofacial. *Cir Plast Reconst Venez.* 2007;9(2): 122-125.
- 122) Garriga García E, Brito E. Avances en oncología: cabeza y cuello. *Rev Cen Med Car.* 2006;51(1-2):28-37.
123. Troconis J. Reconstrucciones masivas en la cirugía de cabeza y cuello. *Acta Oncol.* 1974;(4).
124. Pérez Morell A, Castro J, Fernandez R. Importancia de la reconstrucción con colgajos microquirúrgicos en el Hospital Oncológico "Padre Machado". *Cir Plast & Reconst Venez.* 2001;3(2):157-159.
125. Perez Morell. Reconstrucción de lengua y piso de boca. *Rev Ven Oncol.* 2003;15(4):221-225.
126. Pérez Morell A, Lugo J, Sosa S. Maxilectomía total con preservación del contenido orbitario. Reconstrucción con colgajo microquirúrgico del recto abdominal. *Rev Ven Oncol.* 2006;18(1):43-48.
127. Cordero A, Pinto Y, Figueira J, Mata J, Leon R, Lopez J. Uso del colgajo pediculado miofascial temporal en cirugía reconstructiva posterior a maxilectomías con componente horizontal. *Rev Ven Oncol.* 2013;25(2):62-69.
128. Hernández Caty, Ruiz A, Maldonado G, Parada D. Reunión de consenso en melanoma maligno. *Rev Ven Oncol.* 2005;17(1):56-65.
129. Sarmiento P, Perfetti W, Gubaira J, Verdecchia D, Scarton J, Tellez R, Cobos M. Alternativa en el tratamiento de complicaciones quirúrgicas por

## CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO EN VENEZUELA

- neurotomía del nervio facial en la parotidectomía. *Rev Ven Oncol.* 2015;27(3):134-143.
130. Valls J, Vaamonde M, Estraña L, Scoglio G, Lacle J. Tumores de partes blandas en cabeza y cuello. *Rev Fac Medicina.* 2020;43(2).
131. Rodríguez-Griman O. Cáncer del tiroides. *Gac Méd Caracas.* 2001;109(4):468-487.
132. Ruiz M. Resultados de la reunión de consenso sobre el manejo del nódulo tiroideo. *Rev Ven Oncol.* 2003;15(2):122-123.
133. Mata J, Agudo E, Canela C, Colina J, Manso A, Rodríguez A et al. Consenso Nacional sobre Cáncer de Laringe. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Ven Oncol.* 2012;24(1):64-95.
134. Garriga Garcia E, Brito E. Tumores de cabeza y cuello. Un enfoque práctico. [Internet] Disponible en: [https://www.academia.edu/36496236/Tumores\\_de\\_Cabeza\\_y\\_Cuello\\_Tumores\\_de\\_Cabeza\\_y\\_Cuello](https://www.academia.edu/36496236/Tumores_de_Cabeza_y_Cuello_Tumores_de_Cabeza_y_Cuello).
135. Garriga Garcia E, Brito E. Tumores de Cabeza y Cuello. Atlas Fotográfico [Internet]. 2014:10-94. Disponible en: <http://www.tumoresdecabezaycuelloatlas.blogspot.com-,url.55>.
136. Garriga Garcia E, Brito E. Cirugía de la Tiroides. Un enfoque práctico. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://cirugiadelatiroides.blogspot.com/2014/06/cirurgia-de-la-tiroides-un-enfoque.html>.
137. Blanco C, editor. Armando Márquez Reverón. Caracas: Editorial Ateproca; 2010.
138. Sha J. The Making of a Specialty. *Am J Surg.* 1998;176:398-403.
139. Francisco H. Rivero. Juicio crítico al trabajo del Dr. Franz Conde Jahn. *Gac Méd Caracas.* 1944;LI(6):59-72.
140. Mijares Briñez A. El reto de los cirujanos de cabeza y cuello. *Rev Inf Cent Med Doc Trin.* 2011;3(1):23-25.
141. Plaza F. Hospital Universitario de Caracas. Recuento histórico. Ediciones del Rectorado de la UCV y Hospital Universitario de Caracas. Caracas. 1986:1012-1028.
142. Ponce D. Catástrofe de la salud venezolana. *Gac Méd Caracas* 2019;127(1):1-4.
143. Valls J, Tabacco F, Exraño L. Experiencia en traqueotomías abiertas de emergencia con anestesia local. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2018;77. Por aparecer.
144. Juan Pablo II. Carta encíclica, El Evangelio de la Vida. Caracas: Ediciones Trípode; 1995:102.