



Artículos

- [La cirugía de cabeza y cuello, una especialidad emergente](#)
- [Introducción](#)
- [Hitos históricos en cirugía de cabeza y cuello](#)
- [Desarrollo de la especialidad en Venezuela](#)
- [Aportes venezolanos a la cirugía de cabeza y cuello](#)
- [La experiencia de los hospitales nacionales](#)
- [Educación y entrenamiento](#)
- [La Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas](#)
- [Experiencia multidisciplinaria emergente](#)
- [Conclusión](#)
- [Referencias bibliográficas](#)

Juan Carlos Valls Puig

vallstru@hotmail.com

Especialista de Cirugía General y Cirugía Oncológica
- Profesor Agregado. Director del Curso de Ampliación en Cirugía de Cabeza y Cuello. Jefe de la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología. Escuela Luís Razetti. Universidad Central de Venezuela

Nelsimar Palacios

Especialista en otorrinolaringología
Profesor Instructor por concurso. Coordinadora del Postgrado Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

Maria Isabel Valdivia

Especialista en Cirugía General y Otorrinolaringología
Consulta de cirugía de cabeza y cuello. Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

Monografías docentes

La cirugía de cabeza y cuello, una especialidad emergente

Fecha de recepción: 17/03/2020

Fecha de aceptación: 23/03/2020

De la interacción entre cirujanos y otorrinolaringólogos emergió la cirugía de cabeza y cuello como especialidad. Se define como todas aquellas habilidades necesarias para la resolución de las patologías quirúrgicas en el área cérvicofacial. Su desarrollo comprende varias categorías, las enfermedades inflamatorias de tratamiento quirúrgico, las lesiones congénitas, los traumatismos y las neoplasias. La evolución de la especialidad en Venezuela vino determinada por la formación de varios médicos, en algunos de los principales centros quirúrgicos internacionales, durante los periodos de influencia europea y norteamericana de la cirugía nacional. Servicios y cátedras de distintas especialidades enseñan la cirugía de cabeza y cuello en sus respectivas categorías. La grave crisis sanitaria representa un reto para los especialistas que la realizan en el país.

Palabras Claves: Cirugía de cabeza y cuello, cirujanos venezolanos

Title

Head and neck surgery, an emerging specialty

Abstract

The interaction between otorhinolaryngologists and surgeons emerge the surgery of head and neck like speciality. His definition represents all skills necessary to resolve the surgical pathology in the area of head and neck. His development includes inflammatory diseases, congenital lesions, the traumatismos and the neoplasms. Many venezuelans trained in international surgical centres allow the incorporation, reproduction and teaching of the procedures in Venezuela. Services of different specialties learn the head and neck surgery in his respective categories. The deterioration of institution produces a challenge his development.

Key Word

Head and neck surgery, venezuelans surgeons

Introducción

Se define la cirugía de cabeza y cuello como todas aquellas habilidades necesarias para la resolución de las patologías quirúrgicas en el área cérvicofacial. El campo de acción de la especialidad comprende varias categorías, incluye las enfermedades inflamatorias de tratamiento quirúrgico, las lesiones congénitas, los traumatismos, las neoplasias benignas y malignas, entre otras. Varias especialidades y subespecialidades se vinculan en su extensión, John M Lore lo definió como un abordaje ecuménico entre las distintas disciplinas ⁽¹⁾.

Los progresos en su desarrollo se atribuyen a una serie de investigadores de diferentes periodos en distintas partes del mundo, que lograron avances en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías ⁽²⁾.

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 la evolución de la cirugía de cabeza y cuello como una especialidad emergente en el mundo y en Venezuela. Para una adecuada comprensión del tema, el texto se desarrolla por apartados que describen cada una de las categorías descritas previamente. En paralelo a la descripción nacional se menciona la experiencia en una de las instituciones donde labora el autor. Se incluye una reflexión sobre la necesidad de la instrucción en nuestro país y la crisis sanitaria actual que afrontamos los especialistas venezolanos.

Hitos históricos en cirugía de cabeza y cuello

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. Guillaume Dupuytren y Wilhelm Von Ludwig refirieron respectivamente, el riesgo mortal del flegmón extenso cervical y la celulitis difusa de la región sublingual, conocida como “angina de Ludwig” ^(3,4).

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 ⁽⁵⁾. Al primero se le acredita la primera laringectomía total por cáncer en 1873. Cinco años después ejecutaría la hemilaringectomía vertical. El segundo describió su experiencia y los refinamientos progresivos en la técnica quirúrgica sobre la glándula tiroidea, en sucesivos reportes durante un periodo de más de 40 años. Reconoció el mixedema y el cretinismo como complicaciones de su extirpación total. 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 ⁽⁶⁾. Al último se atribuye el concepto de disección cervical electiva en pacientes con cáncer de lengua sin adenopatías palpables, así como algunos refinamientos en la resección de ese tipo de neoplasias ⁽⁷⁾.

A principios del siglo pasado, Moure describió el uso de la rinotomía lateral para el tratamiento de los tumores de cavidad nasal ⁽⁸⁾. 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 ⁽⁹⁾. 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 ⁽¹⁰⁾.

Durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) 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 ⁽¹¹⁾. Cirujanos franceses aplicaron la cervicotomía exploradora inmediata de los hematomas y hemorragias en heridas provenientes del Frente Occidental ⁽¹²⁾.

En 1921, Walter Sistrunk sugirió para la extirpación de las neoplasias parótideas, la identificación de la rama mandibular del nervio facial, continuando en sentido retrogrado hacia el tronco, y completar la disección de todas sus divisiones ⁽¹³⁾. También diseñó su intervención para la extirpación del quiste tirogloso. La interpretación de una serie de estudios embriológicos, permitieron precisar la etiología de las fístulas y quistes branquiales 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 ⁽¹⁴⁾.

Mandl de Viena realizó la primera paratiroidectomía por una osteosis de Recklinghausen en 1925 ⁽¹⁵⁾. En la década de los treinta, Hayes Martin un 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 se convirtió en un proponente de la cirugía radical ⁽⁸⁾. A este último y su escuela se reconoce el mérito del perfeccionamiento y la divulgación de numerosas técnicas operatorias de cabeza y cuello.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Hamilton Bailey recomendó la cervicotomía exploradora al igual que los cirujanos galos de la Gran Guerra ⁽¹²⁾. Justo Alonso en Uruguay, dividió la laringe horizontalmente para practicar las laringectomías supraglóticas en 1947 ⁽¹⁴⁾.

La publicación en la década de los sesenta del trabajo de Ketcham & Van Buren representó la primera serie de un abordaje craneofacial para neoplasias malignas de senos paranasales. Casson & col. describieron el degloving mediofacial para lesiones benignas. Varios neurocirujanos y otorrinolaringólogos iniciaron de manera interdisciplinaria la cirugía endonasal endoscópica como tratamiento de este tipo de patologías ⁽¹⁶⁾.

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. El concepto de las resecciones preservadoras de la mandíbula fue popularizado en la escuela de Hayes Martin. La era de la reconstrucción inmediata cervicofacial inicio con los colgajos musculocutáneos, descritos por Bakamjian de Buffalo y Stephen Ariyan en Yale, respectivamente ⁽¹⁴⁾.

En la década de los ochenta, cirujanos civiles sugirieron que aquellos heridos sin signos claros de lesión podrían ser observados, complementado con investigaciones apropiadas. Surgió así, el manejo selectivo de las lesiones cervicales penetrantes ⁽¹⁷⁾. Posteriormente, el abordaje sin zonas apareció como una alternativa para el manejo conservador de este tipo de traumatismos ⁽¹⁸⁾.

El nacimiento de la especialidad

En Estados Unidos, varios aspectos permitieron definir el especialista en cirugía de cabeza y cuello. Inicialmente la especialidad surgió y fue definida 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 postgrado, habilitaron el pensamiento quirúrgico para las cirugías cervicofaciales. Lentamente aparecieron programas de entrenamiento para otorrinolaringólogos interesados en este tipo de procedimientos ⁽¹⁶⁾. Hoy en día varias especialidades conviven en la Sociedad de Cirujanos de Cabeza & Cuello y en la Sociedad Americana de Otorrinolaringología - Cirugía de Cabeza & Cuello. Ambas unificadas en la Sociedad Americana de Cabeza & Cuello, trabajan bajo un concepto multidisciplinario y ofrecen cursos de especialización bajo una visión global ⁽¹⁹⁾. La experiencia norteamericana sería reproducida en el mundo ⁽⁵⁾.

Desarrollo de la especialidad en Venezuela

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 periodos de influencia europea y norteamericana en la cirugía venezolana ⁽²⁰⁾.

El Hospital Vargas de Caracas desde su inauguración en 1891, representó el principal nosocomio del primer periodo con Luís Razetti, Pablo Acosta Ortiz y Emilio Conde Flores, mas 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 ⁽²¹⁾. Refirieron la ejecución de drenajes de abscesos cervicales profundos, la extirpación de ganglios tuberculosos, la reparación de heridas, la ligadura de aneurismas arteriales posterior a traumatismos y la remoción de quistes congénitos. Indicarón el tratamiento quirúrgico de neoplasias de cavidad oral, de ambos maxilares y de angiofibromas nasales. Realizaron traqueotomías por distintas etiologías ^(18,22-24). Luís Razetti practicó en 1914, la primera laringectomía en el país. El paciente falleció 40 días más tarde por complicaciones respiratorias ⁽²⁵⁾. Franz Conde Jahn realizó el mismo procedimiento pero con éxito curativo en Venezuela en 1941. El paciente sobrevivió 22 años, falleciendo después, por un segundo primario en esófago ⁽²⁶⁾. Respecto a los procedimientos parciales, Julio García Álvarez efectuó la primera tirotomía total para la remoción de papilomas laringeos en un menor de 7 años en el Hospital Vargas en 1935 ⁽²⁷⁾.

Aunque la primera parotidectomía con conservación del nervio facial se acredita a Guillermo Michelena en 1857 ⁽²⁸⁾ y la primera tiroidectomía total en 1914 a Placido Daniel Rodríguez Rivero en Puerto Cabello ⁽²⁹⁾, ambos procedimientos fueron ejecutados con frecuencia en el nosocomio capitalino por los cirujanos mencionados y por otros que les sucederían ^(6,30, 31). En 1933, Carlos Travieso & Alfredo Borjas extirparon un adenoma paratiroideo inferior derecho por una enfermedad fibroquística de Recklinghausen ⁽¹⁵⁾. El periodo de influencia europea en Venezuela se extendió hasta 1945 ⁽²⁰⁾.

El segundo periodo esta 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 en Nueva York y retornarían a la patria, después de finalizada la Segunda Guerra Mundial ⁽¹⁴⁾.

El ingreso de Bernardo Guzmán Blanco al Instituto Oncológico Luís Razetti en el año 1945, inicio una etapa de grandes procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de los tumores y el establecimiento de un programa de residencias, como en el mejor instituto de cáncer en Norteamérica. En distintos congresos y publicaciones refirió las series mas largas de neoplasias de cabeza y cuello tratadas quirúrgicamente para el momento en el país, incluidas neoplasias de senos paranasales, cavidad oral, laringe, tiroides y parótida. Fundó el quinto servicio de cirugía de cabeza y cuello en el mundo. Surgiendo una nueva generación de cirujanos con entrenamiento en el área oncológica cervicofacial ^(7,14,32-35).

Durante el Tercer Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología de 1954 en Caracas, expuso su ponencia titulada: "Vaciamiento radical de cuello". Destaco el nacimiento del termino "Comando" en las operaciones combinadas 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. Refirió 160 disecciones cervicales radicales por tumores en distintas localizaciones de cabeza y cuello y convirtió el procedimiento en una operación de rutina. Además, reconoció que el crédito por haber practicado la primera intervención de este tipo en Venezuela se otorga al Dr. Hermógenes Rivero, quien la realizó a finales de la década de los años treinta en el Instituto Oncológico Luís Razetti ⁽³³⁾.

Armando Márquez Reverón y Oscar Rodríguez Griman, publicaron su experiencia en el área de cirugía oncológica de cabeza y cuello, mediante varias series de pacientes intervenidos quirúrgicamente. Sus opiniones fueron establecidas en diversos artículos de revisión. Destacaron publicaciones relativas a neoplasias tiroideas y disecciones de cuello en ambos autores ⁽³⁶⁻⁴⁰⁾. El primero popularizo el gran colgajo anterior de Schobinger para una exposición adecuada y cobertura apropiada de los vasos cervicales ⁽⁴¹⁾. Refirió una casuística de 42 pacientes sometidos a laringectomías totales por tumores laringeos ⁽⁴²⁾. El segundo recomendó la incisión de Joseph Attie o única transversa y ejecutó la disección del compartimiento central en caso de presencia de adenopatías ⁽³⁸⁾.

A principio de la década de los cincuenta, Esteban Garriga Michelena realizó el postgrado de cirugía oncológica y continuo como primer adjunto al lado de Bernardo Guzmán. La muerte temprana de este ultimo, lo llevan a ejercer la jefatura del Servicio de Cabeza y Cuello hasta los años noventa ⁽⁴³⁾.

En el Instituto Oncológico Luis Razetti se realizó la primera laringectomía funcional oncológica por Lisandro López 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 ⁽⁴⁴⁾.

En 1945, Alejandro Calvo Lairet, ingresó como asistente de residente de post grado 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, donde fueron comunicadas la realización de algunos procedimientos quirúrgicos radicales para neoplasias de cabeza y cuello, como operaciones comando, disecciones radicales, exenteraciones orbitarias, reconstrucciones faciales etc ⁽¹⁴⁾.

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 ⁽⁴⁵⁾.

A. Rodríguez de Lima indicó a mediados de los años cincuenta en el Servicio de Oncología mencionado, la realización de una disección cervical suprahoidea bilateral señalada como profiláctica por la ausencia de ganglios clínicamente palpables ⁽⁴⁶⁾.

Seguidamente otros hospitales y especialistas desarrollarían su experiencia en la especialidad. La superposición de varios galenos en orden cronológico como cirujanos generales, otorrinolaringólogos, cirujanos oncológicos y cirujanos plásticos, han contribuido al progreso de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela ^(7,14).

Aportes venezolanos a la cirugía de cabeza y cuello

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 evitar las complicaciones ocasionadas por el uso de la radioterapia preoperatoria. Ambos autores no se conocieron, se trató de una simultaneidad histórica ^(7,13,47) (**Figuras 1a y b**). Seguidamente, el primero 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 ⁽⁴⁸⁾. Publicaciones posteriores hasta alcanzar los 115 pacientes, confirmaron la seguridad oncológica de la intervención ⁽⁴⁹⁾. Luego a través de la misma laringotomía transversal incluirían neoplasias con extensión subglótica o ejecutaría aritenoidectomías para la parálisis de las cuerdas vocales ⁽⁴⁴⁾.

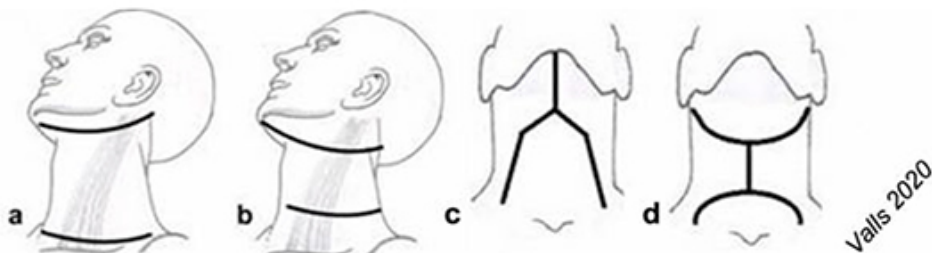


Figura 1. Incisiones para disección cervical radical surgidas posterior al uso de radioterapia preoperatoria. a) Garriga. b) Mc Fee. c) Márquez Reverón en “Y” invertida. d) Márquez Reverón en “H” acostada. **Esquema propio del autor (JCVP).**

Se le acredita el uso de una malla metálica para el defecto operatorio consecutivo a la resección de la mandíbula ⁽⁵⁰⁾. Bernardo Guzmán modificó el estoma traqueal para evitar el uso permanente de la cánula traqueal ⁽³²⁾. Otras heridas quirúrgicas fueron diseñadas por vaticos autores venezolanos para el abordaje de distintas lesiones en cabeza y cuello ⁽¹³⁾. Armando Márquez Reverón describió dos trazos centrales en forma de “Y” invertida y de “H” acostada para las linfadenectomías radicales cervicales bilaterales simultáneas ⁽⁷⁾. Esteban Garriga Michelena y Oscar Rodríguez Griman diseñaron nuevos abordaje retroauriculares para lesiones parótideas, con excelentes resultados cosméticos y que previenen el síndrome de Frey ^(51,52) (**Figura 1c y d**). Alirio Mijares popularizo el “Lifting modificado” para remoción de neoplasias

benignas en la glándula parótida ⁽⁵³⁾. Este último describió una nueva técnica quirúrgica que implica un abordaje por línea media, sin levantar los colgajos miocutáneos superior e inferior con el uso de bisturí armónico. Determinando la disminución en la incidencia de sangramientos, el tiempo quirúrgico y las complicaciones postoperatorias ⁽⁵⁴⁾.

La experiencia de los hospitales nacionales

Servicios y cátedras de cirugía oncológica, cirugía general y otorrinolaringología han desarrollado la especialidad en sus respectivas categorías. Los de oncología quirúrgica evalúan principalmente las neoplasias. El trauma cervical penetrante y algunos tipos de tumores en los de cirugía general. Las patologías infecciosas, benignas y malignas en los de otorrinolaringología ⁽¹⁴⁾.

Desde la década de los cincuenta, se han publicado series, consensos, revisiones y protocolos estandarizados para el manejo de pacientes con las categorías infecciosas, traumáticas y congénitas del área de cervicofacial. Han resaltado el valor de la evaluación multidisciplinaria, de los estudios de imágenes para el diagnóstico apropiado, del reconocimiento precoz de los casos que comprometen la vida y de los tipos de intervención operatoria más idóneos ^(17,18,55-70). 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 ⁽⁷¹⁾.

En cuanto a la categoría neoplásica, numerosos artículos de cáusticas definieron la experiencia de un variado número de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por tumores de fosas nasales, senos paranasales, cavidad oral, laringe, tiroides, paratiroides y glándulas salivales ^(32-35,38,72-127). Señalaron los métodos de diagnóstico, las indicaciones precisas de la intervención operatoria, los tipos histológicos más frecuentes, las incisiones quirúrgicas realizadas, las variaciones en las técnicas quirúrgicas, la evolución de los procedimientos radicales a parciales, las complicaciones más comunes, el uso de la terapéutica adyuvante y el pronóstico después de la cirugía.

Oswaldo Henriquez, otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, realizó las disecciones cervicales radicales modificadas en el Instituto Oncológico Luís Razetti en la década de los ochenta ^(7,14). Diversos centros hospitalarios nacionales han publicado estudios sobre linfadenectomías cervicales desde finales de la década de los noventa hasta últimos del segundo decenio del nuevo milenio. Constatan la evolución de los procedimientos radicales a los modificados y selectivos ^(7,38,40,76,128-132).

Al maestro Edgar Brito se le acredita el primer abordaje craneofacial por neoplasias y las disecciones cervicales posterolaterales en Venezuela ^(133,134). Servicios de otorrinolaringología han publicado su experiencia en la extirpación de angiofibromas por distintos tipos anatómicos de incisiones ⁽¹³⁵⁻¹³⁸⁾. El manejo multidisciplinario fue resaltado por Mijares y col. en las resecciones craneofaciales ⁽¹³⁹⁾ y por varios autores en la reconstrucción con distintos tipos de colgajos en defectos del área de cabeza y cuello ⁽¹⁴⁰⁻¹⁴⁴⁾. Otro maestro, Franklin García demostró su experiencia quirúrgica en patología de tiroides y paratiroides en el servicio de cirugía del IV Hospital Universitario de Caracas ^(108,109,112).

Hoy en día, la cirugía de cabeza y cuello cuenta con una serie de tecnologías que permiten el diagnóstico oportuno y el tratamiento correcto de varias de sus patologías, según refiere Alirio Mijares Briñez ⁽¹⁴⁵⁾. Dos estudios refirieron el uso del bisturí bipolar con sellado de vasos (Ligasure) en las tiroidectomías, acortando el tiempo operatorio y disminuyendo el sangrado al compararlo con la técnica convencional. ^(146,147). En casi una veintena de pacientes con neurotomía quirúrgica del nervio facial por tumores de parótida fueron indicados resultados satisfactorios en el mantenimiento de la comisura labial con fascia lata o malla de polipropileno ⁽¹⁴⁸⁾. Francisco Echeagaray & col. refirieron en un paciente con recaída local por carcinoma de amígdala posterior a radioterapia y quimioterapia, una resección local amplia de la lesión, por un abordaje de Trotter o swing mandibular con disección radical modificada, seguido de una trasposición de colgajo chino fasciocutáneo con arteria y vena radial anastomosada a vasos cervicales ⁽¹⁴⁹⁾. Joaquín Lugo y Argimiro Rodríguez & col. señalaron la factibilidad para la realización del ganglio centinela en cabeza y cuello pero que requiere más estudios que validen su eficacia ^(150,151).

Educación y entrenamiento

Servicios y cátedras de cirugía oncológica, cirugía general y otorrinolaringología han desarrollado e instruido la especialidad en sus respectivas categorías. A partir de la década de los noventa, varios libros, algunos artículos y consensos nacionales elaborados por instituciones,

cátedras, servicios, especialistas y sociedades científicas han ofrecido lineamientos en el campo de cabeza y cuello ⁽¹⁴⁾.

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 ^(39,40,152). Algunos consensos de las sociedades venezolanas de oncología y otorrinolaringología establecieron pautas para el manejo terapéutico de las infecciones cervicales profundas y de algunos tumores cervicofaciales ^(55,85,103,113,153,154). Varios libros digitales sobre cirugía oncológica de cabeza y cuello, elaborados por Esteban Garriga García & Edgar Brito, ofrecen un enfoque práctico y novedoso de temas oncológicos para las nuevas generaciones de médicos y especialistas ⁽¹⁵⁵⁻¹⁵⁷⁾. La unidad de politraumatizados del Hospital General del Este desarrolló protocolos estandarizados para el manejo del trauma cervical penetrante ⁽⁶⁴⁾.

Los servicios de cirugía oncológica de cabeza y cuello y los de otorrinolaringología incluyen pasantías dentro del pensum de estudios de sus respectivas especialidades. Se realizan actividades académicas y asistenciales en su formación. Sin embargo, actualmente los hospitales y universidades nacionales no ofrecen el título conducente a la especialidad de cirugía de cabeza y cuello ⁽¹⁴⁾.

La Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas

La Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas inicio actividades el 08 de Octubre de 1956. El doctor Franz Conde Jahn como profesor titular, asumió la jefatura de la Cátedra y Servicio. Le acompañaron inicialmente como especialistas, Gabriel Briceño Romero, Francisco J. Aurrecochea, Oswaldo Massiani Monagas, Oscar Serrano, Rafael Teodoro Hernández, Ángel Enrique Briceño Monsant, Cesar Rodríguez Navarro y Alfredo Guillen González. Ejercieron labores en varios campos de la otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Algunos lideraron los destinos de la Cátedra Servicio en el futuro; otros ocuparon cargos relevantes en la Universidad Central de Venezuela, como la jefatura del Departamento de Cirugía, la dirección de la Escuela de Medicina y el Decanato de la Facultad de Medicina ⁽¹⁵⁸⁾.

A partir de Septiembre de 1985, la doctora Aura Marina Díaz de Palacios dirigió la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología, en una etapa muy fecunda de actividades académicas y asistenciales. Se desarrollaron y reprodujeron varias innovaciones en diversos campos de la otorrinolaringología y la cirugía de cabeza y cuello.

Varias publicaciones destacaron la frecuencia e importancia del diagnóstico precoz de las infecciones cervicofaciales profundas, así como su tratamiento quirúrgico oportuno ⁽¹⁵⁹⁻¹⁶³⁾ (**Figura 2a-f**).



Figura 2. Imágenes y esquema de drenaje de infecciones cervicofaciales profundas. a) Absceso en neonato. b) Doble incisión transversa por extensa colección purulenta que involucró varios espacios cervicales. c y d) Desbridamiento de fascitis necrotizante retroauricular de punto de partida otológico. Requirió varias intervenciones. e y f) Maniobra quirúrgica para evacuar flegmón amigdalino que incluyó el espacio parafaringeo, en paciente con rinitis purulenta, celulitis preseptal sobreagregada y tuberculosis pulmonar. **Esquema propio del autor (JCVP).**

Fue referido el tratamiento operatorio de diversos procesos patológicos granulomatosos y otros infrecuentes como la mucorminosis ^(10,164,165). Numerosos artículos señalaron el abordaje quirúrgico de traumatismos y hemorragias en el área de cabeza y cuello (**Figura 3 a-e**) ^(17,18,158,166).

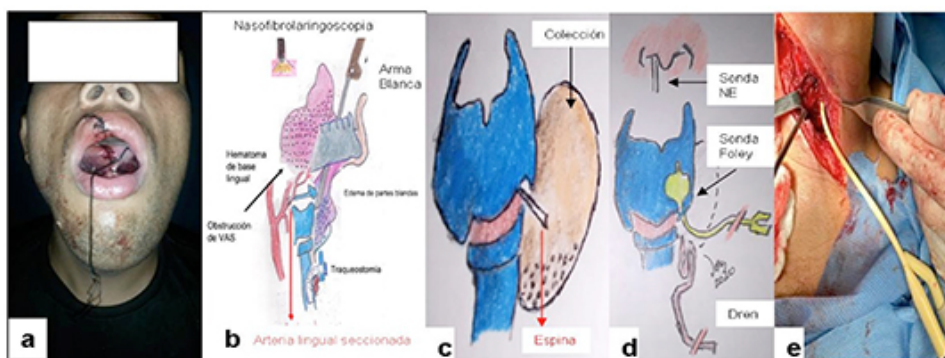


Figura 3. Imágenes y esquemas de traumatismos cervicales penetrantes. a y b) Paciente sometido a conducta selectiva por hematoma cervical no expansivo posterior a herida por arma blanca a través de cavidad oral en dirección cervical. Veinticuatro horas después se realiza intervención quirúrgica por compromiso de la vía aérea superior. Se evidencia sección de la arteria lingual, la cual se ocluye quirúrgicamente. c, d y e) Perforación de vía digestiva por cuerpo extraño (espina). El enfermo desarrolló absceso cervical, el cual se drenó por cervicotomía exploradora y se emplazó sonda de Foley para dirigir la fístula al exterior. Se retiró en los siguientes días con excelente evolución. (Esquema propio del autor JCVP).

Francisco Aurrecochea y Ali Ortiz intervinieron los primeros angiofibromas juveniles, realizando maxilectomía parcial, traqueostomía, ligadura de ambas arterias carótidas externas y biopsia de testículo. El primero por rinotomía lateral y el segundo por abordaje traspalatino ^(74,135). 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 ⁽¹³⁶⁾; popularizó en nuestra institución, el abordaje de degloving medio facial para la extirpación de neoplasias vascularizadas, previa arteriografía y embolización con Gelfoam® ⁽¹⁶⁷⁾.

Mercedes Bello de Alford, Dolores Vicens de Solbas, Wilson Vinuesa, Edgardo López Hernández, Mónica Saavedra y Ana Papapietro, reportaron el manejo diagnóstico y terapéutico del cáncer de laringe ⁽⁸⁷⁾.

Experiencia multidisciplinaria emergente

La consulta de cabeza y cuello de la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas ha sido dirigido por varios especialistas de distintas especialidades desde su inauguración. En orden cronológico Franz Conde Jahn, Cesar Rodríguez, Oscar Rodríguez Griman, Peter Baptista y Nora Hernández. Otros como Francisco Echegaray y López León han participado como colaboradores. Numerosos cirujanos de cabeza y cuello de prestigio internacional y nacional fueron invitados por la cátedra para ofrecer sus conocimientos, como Michael Portmann, Ettore Bocca, Esteban García Ibáñez, Alonso Gavilán, Eugene Myers, Paulo Ponte, Esteban Garriga, Juan Enmannuelli, entre otros ⁽¹⁴⁾.

En conjunto con otras instituciones, se han publicado varios artículos relativos a las categorías descritas en el área cervicofacial. En las publicaciones se ha resaltado el valor del manejo multidisciplinario entre otorrinolaringólogos, cirujanos y otras especialidades ^(6,7,10,12,13,14,17,74,76,87,132,163,165-169). Se han realizado operaciones tipo comando, abordajes craneofaciales, de Trotter, de Fish para paragangliomas timpanicos y yugulares, entre otros procedimientos. Algunas innovaciones propias fueron referidas en el trauma cervical y en el tratamiento quirúrgico de algunas neoplasias ^(18,170) (Figura 4 a-e).

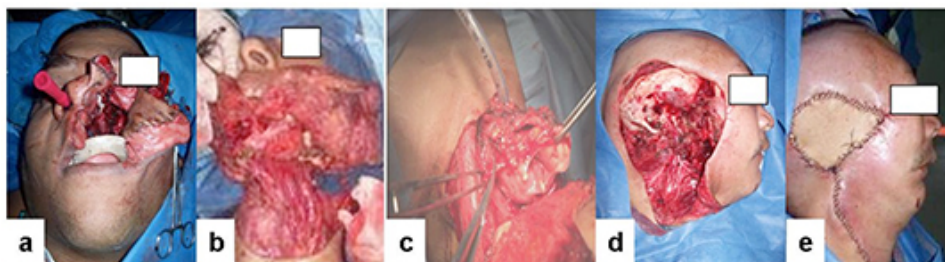


Figura 4. Imágenes de procedimientos quirúrgicos para extirpación de neoplasias. a) Maxilectomía superior por incisión de Weber Ferguson. b) Operación tipo Comando por tumor de cavidad oral. c) Laringectomía total por condrosarcoma. d y e) Remoción de carcinoma

escamoso de conducto auditivo externo que incluyo auriclectomía total, mastoidectomía y disección cervical por incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. (**Esquema propio del autor JCVP**).

Se realiza docencia de pregrado y postgrado a los residentes de otorrinolaringología. Fue desarrollada la reunión Dr. Franz Conde Jahn, en honor del académico mencionado, por su destacada labor en el campo de la cirugía de cabeza y cuello. Representa un espacio de conocimiento medico actualizado en temas quirúrgicos de interés, con la participación de destacados especialistas de distintas ramas.

Numerosas conferencias han sido dictadas en distintos escenarios. Diversos trabajos libres, así como pósteres, han sido presentados en varios congresos nacionales e internacionales. Algunos correspondientes a reuniones conjuntas con la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, o con sociedades europeas y latinoamericanas. Resaltando el valor emergente de la especialidad.

El primer curso de ampliación en Cirugía de Cabeza y Cuello dirigido a otorrinolaringólogos, desarrollado por nuestra Cátedra-Servicio, fue aprobado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela en Diciembre del 2020.

La actual crisis sanitaria ha determinado una serie de dificultades a las que nos vemos obligados a enfrentar para el desarrollo de la especialidad. La importante migración de especialistas, la reducción en los insumos, la ausencia de tratamiento adyuvante oncológico, la falta de servicios básicos y la reciente pandemia por la COVID 19 representan los retos actuales. En la consulta del Hospital Universitaria de Caracas se evidenció una tendencia hacia la casi desaparición de los cupos electivos y a un incremento de los turnos de emergencia. Desde el año 2013, se ha constatado un aumento en las hemorragias y obstrucciones de la vía aéreodigestiva por patologías neoplásicas ^(132,166,168). Las infecciones profundas de cuello y la tuberculosis cervical han emergido como nueva causa de consulta. Con aumento en la severidad y en el número de complicaciones (**Ver Grafico**) ^(163,165).

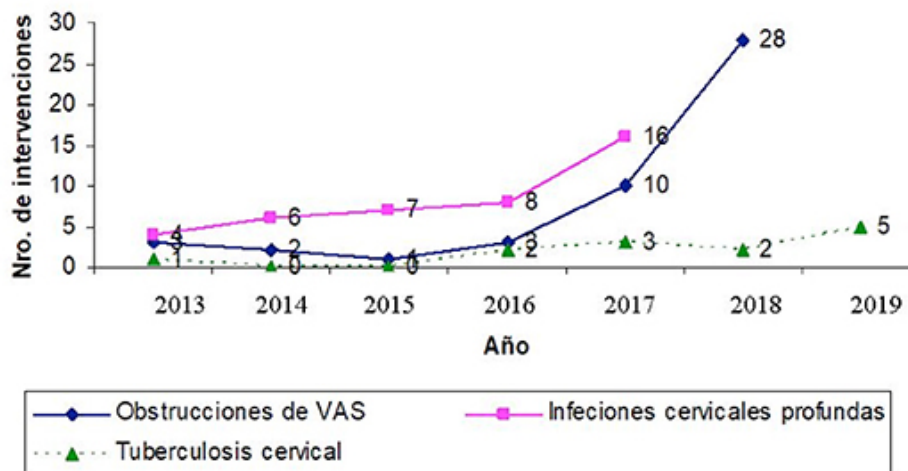


Grafico. Incremento en la incidencia de patologías quirúrgicas de cabeza y cuello asociadas a la crisis sanitaria desde los años 2013 al 2019. Intervenidas quirúrgicamente en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas. Grafico propio del autor (JCVP).

Estos hallazgos se suman a la falla en los protocolos quimioradiantes en cáncer de cabeza y cuello, al incremento del trauma cervical penetrante y a la frecuente sobreinfección de los quistes congénitos no resueltos quirúrgicamente. Todos relacionados a la grave crisis sanitaria en que se encuentra sumergido el país ^(14,17,87). Por décadas, los médicos venezolanos salen al encuentro de las necesidades de este tipo de pacientes, esforzándose en ofrecer las mejores opciones y alternativas, iniciando caminos allí donde mas urgentes son las necesidades y más escasas las atenciones ⁽¹⁷¹⁾.

Conclusión

La cirugía de cabeza y cuello emergió como especialidad de la interacción entre cirujanos y otorrinolaringólogos. Su desarrollo comprende varias categorías, las enfermedades inflamatorias de tratamiento quirúrgico, las lesiones congénitas, los traumatismos y las neoplasias. La formación de varios médicos venezolanos en algunos de los principales centros quirúrgicos internacionales durante los periodos de influencia europea y norteamericana de la cirugía venezolana, permitió la evolución de la especialidad en Venezuela. Servicios y cátedras de

distintas especialidades realizan y enseñan la cirugía de cabeza cuello en sus respectivas categorías. La grave crisis sanitaria representa un reto a enfrentar para su evolución en el país.

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 bibliográficas

1. Lore J, Medina J. Prefacio. En: Lore J, Medina J, Editores. Atlas de cirugía de Cabeza y Cuello. 4ta edición. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana; 2007:p XIII-XXIX.
2. Conley J, Vonfraenkel P. Historical aspect of head and neck surgery. *Ann Oto Rhin Laryn*. 1956; 65(3): 643-655.
3. Goldwyn R. Guillaume Dupuytren: his character and contributions. *Bull N Y Acad Med*. 1969; 45 (8):750-760.
4. Conde Jahn F. Angina de Ludwig. *Archivos venezolanos de la Sociedad de Otorrinolaringología, Oftalmología y Neurología*. 1947; Sept (Vol II): 30-38.
5. Myers E. Surgery of the head and neck. *Int J Head & Neck Sci*. 2017; 1(1): 1-4.
6. Valls J, Alford M, Brito E, Trevison L, Blanco A. Manejo quirúrgico del cáncer de tiroides. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2018; 75 (Julio-Septiembre).
7. Valls J. Evolución de las disecciones de cuello en Venezuela. *Gac Med Car*. 2019;127(4):324-338.
8. Mc Gurk M. Head and neck cancer and its treatment. *Brit J Oral Max Surg*. 2000; 38:209-220.
9. Rodríguez Griman O. Disección de cuello. *Gac Med Car*. 2005; 113(4):544-551.
10. 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).
11. Converse J. Cirugía Plástica: el siglo XX. *Clin Quir N Am*. 1967; Abril: 261-278.
12. Valls P. Trauma cervical penetrante en la Primera Guerra Mundial. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2018; 73.
13. Valls J, Lema MC. Historia de las incisiones cervicofaciales en cirugía oncológica. *Rev Soc Ven Hist Med*. 2018; 57.
14. Valls J. Desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela. *Gac Med Caracas*. 2020; 128(2): 159-178.
15. Travieso C, Borjas A. La primera paratiroidectomía en Venezuela. *Rev Pol Car*. 1938; 40: 2727-2736.
16. Myers E. The evolution of head and neck surgery. *Laryngoscope*. 1996; 106 (Aug): 929.
17. Valls P. Manejo contemporáneo del trauma cervical penetrante. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2018; 71.
18. Valls J, Herrera C, Guevara E, Rojas G. El abordaje "sin zonas" y otros conceptos nuevos en el manejo del trauma cervical penetrante. *Gac Méd Car*. 2020; 128(4): 59-71.
19. Sha J. The Making of a Specialty. *Am J Surg*. 1998; 176: 398-403.
20. Plaza F. Historia de la cirugía. *Rev Cen Med Car*. 1978; XVII (59): 5-33.
21. Garriga Michelena E. Luis Razetti, cirujano. En: Gómez OL, López JE, editores. Colección Razetti. Caracas; Editorial Ateproteca: 2005 (Vol II). p 135-142.
22. Razetti L. De los epitelomas de la boca y su tratamiento. *Gac Med Car*. 1896; IV(1): 3-5.
23. Acosta Ortiz P. Lecciones de clínica quirúrgica. Caracas. Tipografía el Cojo; 1911: 87-137.
24. Razetti L. 1000 operaciones ejecutadas en el servicio de clínica quirúrgica del Hospital Vargas. *Gac Med Car*. 1918; XXV (9): 89.
25. Razetti L. Laringectomía por vía retrograda ascendente. *Gac Méd Car*. 1914; XXI (21). 220-223.
26. Conde F. Primera laringectomía total en Venezuela. *Gac Med Car*. 1944; LI (5): 46-58.
27. García Álvarez J. Tirotomía por papilomas laringeos. *Bol Hosp*. 1936; 1: 32-35.
28. Benitez G. Dr. Guillermo Michelena Salias. *Rev Fac Med*. 2019; 42(2).
29. Rodríguez P. Bocio quístico. Tiroidectomía. Curación. *Gac Med Car*. 1914; 21: 177-178.
30. Blanco Gasperi P. Memorias del 1er congreso venezolano de cirugía. *Cirugía del tiroides*. 1951: 371-400.

31. 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.
32. Guzmán B. Cáncer de laringe. Proveniente de las Memorias del I Congreso Venezolano de Cirugía; 1951; Estado Sucre, Venezuela: 448-462.
33. Guzmán B, Ermíny A. Vaciamiento radical de cuello. Proveniente de Memorias del III Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología; 1954 Sept 21-24: Caracas, Venezuela.
34. Guzmán B. Afecciones de las glándulas salivares. Rev Cent Med Car. 1955; 5: 19-33.
35. Guzmán Bernardo, Garriga E, Landaeta R. Diagnóstico y tratamiento de los tumores de los senos paranasales. Acta ORL. 1960; III(3): 69-145.
36. Blanco C, editor. Armando Márquez Reverón. 1era edic. Caracas: Editorial Ateproca; 2010.
37. Rodríguez Griman O. Cáncer del tiroides. Acta Onc Ven. 1969; 2 (2-3): 59-70.
38. Rodríguez Griman O. Vaciamiento de cuello. Bol Soc Ven Cir. 1971; XXV (117): 118-160.
39. Rodríguez-Griman O. Cáncer del tiroides. Gac Med Caracas. 2001; 109 (4): 468-487.
40. Rodríguez Griman O. Disección de cuello. Evolución histórica. Gac Med Caracas. 2005; 113(4):544-551.
41. Márquez A. El uso de un gran colgajo anterior o incisión de Schobinger. Acta Onc Ven. 1969; II: 81-84.
42. Márquez A, Larrazabal L. Nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del cáncer de la laringe. Presentación de 42 casos. Acta Ven de ORL. 1963; VI (6): 41-70.
43. Garriga García E. Dr. Esteban Garriga Michelena. Una vida dedicada a la ciencia y al ser humano. Rev Centro Med Caracas. 2020; 50 (149).
44. Garriga E. Aportes a la cirugía funcional oncológica de la laringe. En: López JE, Briceño Iragorry L, editores. Colección Razetti. Caracas; Editorial Ateproca: 2007 (Vol IV). p 173-230.
45. Moreno L. Alejandro Calvo Lairé. Un hombre útil. Rev Soc Ven Hist Med. 2011; 60 (1-2).
46. Rodríguez de Lima A. Casos de cirugía plástica. Bol Hosp. 1954; III(1-2): 3-127.
47. Garriga Michelena E. Nueva incisión en el tratamiento quirúrgico de los tumores de la cabeza y el cuello. Bol Soc Ven Cir 1960; 14: 210-237.
48. Garriga E. Laringectomía glótica total conservando las funciones respiratoria y fonatoria. Gac Med Car. 1972; 80: 523-533.
49. Garriga Michelena E, Henríquez O, Colina J, Garriga García E. 25 años de la laringectomía glótica. Rev Ven Onc. 1997; 9(Oct-Dic): 176-182.
50. Garriga M E. Reconstruction immediate et mediate de la perte tissulaire postoperative consécutive a la resection du maxillaire inferieur. Rev Lar Otor et Rhin. 1956; 77(7-8).
51. Garriga Esteban. Incisión estética en la parotidectomía. Gac Med Caracas 1994;102(1): 33-38.
52. Rodríguez O. Un nuevo abordaje de las lesiones parotídeas. Gac Med Caracas 1999; 107(2): 227-231.
53. Mijares A. Abordaje periauricular en las lesiones de la glándula parótida. Rev Ven Onc 2011; 23(3): 154-164.
54. Mijares A, Suárez C, Suárez J. Modificación de la técnica quirúrgica que facilita el abordaje de la glándula tiroides. Rev Ven Oncol. 2013; 25 (4): 198-210.
55. Infecciones Profundas de Cuello. Consenso de Infecciones 2015-2019. Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología. 105-114.
56. Rodríguez O, Garriga E. Extracción de un proyectil de la base del cráneo por vía transfaringea. Act Onc Ven. 1969; II (1): 75-78.
57. Aure C. Actitud del cirujano ante una herida penetrante del cuello. Bol Hosp Univ Car. 1987; 17(23): 49-61.
58. Moreno L, Moscovitz I. Traumatismo penetrantes del cuello. Prog Cie Med. 1992; 6(1); 50-52.
59. Sileo V, Torres E. Trauma Cervical. Acta ORL. 1997; 9(2): 63-72.
60. Porras C. Cervicotomías por trauma. Rev Soc Med Quir Hosp Pérez de León. 1998; 28 (1): 75-81.
61. De Abreu J. Traumatismo cervical penetrante en cirugía general. Rev Ven Cir. 2006; 58(4): 133-139.
62. Guzman F, Torres J, Reyes J. Tratamiento quirúrgico de los traumatismos laringotraqueales penetrantes. Rev Ven Cir. 2006; 59 (4):148-153.
63. Montero A, Carrero A, Ferrer E, Carrillo M, Tapia J. Lesiones vasculares. Rev Ven Cir. 2006; 59(3): 124-132.
64. Vivas L, Ottolino P. Trauma cervical. En: Rodríguez M, Viteri Y, editores. Manual del Paciente Politraumatizado. 3era edic. Caracas. Edit Disinlimed; 2008. Capitulo 12; p144-176.
65. Guzmán B. Tratamiento de los quistes tiroglosos. Gac Med Car. 1957; LXIV: 9-24.
66. Hernández C. Tratamiento de los quistes y fístulas del conducto tirogloso. Bol Soc Ven Cir. 1965; XIX (Agosto): 657-665.
67. Heredia J, Grippa F. Tumores de Cuello y Glándulas Salivares. Bol Soc Ven Cir 1972; 26(128):973-983.
68. Aure C, Mederos N, Rodríguez D, Arevalo G. Tumores de la región del cuello. Bol Hosp Univ Car. 1978; 14(2): 116-128.
69. Pereda Y, Sánchez F, Alvarado J. Tiroides lingual. Acta ORL. 2017; 19 (2): 68-69.
70. Vásquez L, Llona V, Valles J, Bataille S, Guevara K. Quiste del segundo arco branquial en paciente adulto. Acta ORL. 2020; 31 (2): 93-97.
71. Jaén Centeno R. Reflexiones sobre el desarrollo de la cirugía cardiovascular. Rev Soc Ven Cir. 2013; 52 (139).
72. Garriga Michelena E. Tumores de fosas nasales y rinofaringe. Bol Inst Onc Luis Razetti. 1960; III (1): 21-27.
73. Padrón J, Ferrer S. Tumores del antro maxilar. Rev Ven Onc. 1989; Enero-junio: 49-54.
74. Valls J, Alfaro G, Papa I. Tratamiento quirúrgico de los tumores de cavidad nasal y senos paranasales. Rev Fac Med. 2020; 43 (1).
75. 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).
76. Valls JC. Experiencia en disecciones de cuello. Rev Fac Med. 2018; 41(1).
77. De Lima J. Cáncer de la laringe. Bol Inst Onc Luis Razetti. 1961; IV(6): 166-174.
78. Garriga Michelena E. Cáncer de la laringe. Bol Soc Ven Cir. 1964; 18 (II): 1123-1171.

79. Serra E, Coutinho R, Sorgi M. Cáncer de la laringe en el Hospital Padre Machado. *Acta Onc Ven.* 1972; V(1 - 2): 5-12.
80. Bracho Semprún N, Castro Isabel, Plá Maria del Pilar. Carcinoma de laringe. *Boletín del Hospital Universitario de Caracas.* 1975;(7) 10: 75-94.
81. Colina J, Foubert C, Garriga E. Cáncer de la laringe: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Servicio de cabeza y cuello, Instituto de Oncología Luís Razetti de Caracas. *Revista venezolana de Cirugía.* 1990; 43 (1): 27-32.
82. Vinueza W, Tortolero M, Ortiz A. Azul de toluidina durante la cirugía del cáncer de laringe. 1992; 22(2): 59-62.
83. Mata J, Vasquez J, Montes A, Zamora M, Rivas J. Cirugía definitiva en los carcinomas extensos de la laringe. *Rev Ven Onc.* 1996; Enero-Marzo: 11-18.
84. Oblitas G, Colon V, Fuentes MB. Tratamiento del cáncer de laringe experiencia en el Instituto Oncológico "Dr. Luís Razetti". *Rev Venez Oncol* 2011; 23(3): 165-174.
85. Mata J, Agudo E, Canela C. Consenso Nacional sobre Cáncer de Laringe. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Venezolana de Oncología.* 2012; 24(1): 64-95.
86. Sarmiento P, Perfetti W, Fernandez A, Scarton J. Experiencia de 14 años en laringectomía horizontal supracricoidea. *Rev Ven Onc.* 2015; 27(4): 226-231.
87. Valls J C. Experiencia en laringectomías totales en el hospital universitario de Caracas. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2016; 67 (Julio-Sept).
88. Márquez P, Liuzzi, Da Cunha M, Garriga E, Bascetta J. Cirugía preservadora de laringe. *Rev Ven Onc.* 2016; 28(2): 92-97.
89. Salas G, Berretini H, Gerberth R, Duval H. Laringectomías parciales una alternativa quirúrgica en tumores de la laringe. *Rev Soc Ven Onc.* 2018; 30(1): 57-60.
90. Guzman B. Cirugía del cáncer de tiroides. *Bol Soc Ven Cirugía.* 1954; 8(38):219-227.
91. Márquez Reverón A, Venanzi F. Bocio intratorácico. IV congreso venezolano de cirugía. *Prensa Medica Venezolana.* 1957. 865-886.
92. Montbrum F, Pizzolante D. Bocio Mi experiencia personal sobre la tiroidectomía con la disección sistemática de los nervios recurrentes. IV congreso venezolano de cirugía. *Prensa Medica Venezolana.* 1957. 917-960.
93. Garriga Michelena E, Starosta A, Guzman B. Conducta medico quirúrgica actual en los tumores de tiroides. IV congreso venezolano de cirugía. *Prensa Medica Venezolana.* 1957: 961-994.
94. Márquez Reverón A. Experiencia personal en 150 tiroidectomías. *Bol Soc Ven Cir.* 1965; 19(3): 546-570.
95. Hernandez C, Blanco Cáncer de tiroides en el Hospital Vargas. *Bol Soc Ven Cir* 1967; 21(1): 51-60.
96. Ermíny A, Sanchez A. Cirugía del tiroides por afecciones tumorales. *Bol Soc Ven Cir.* 1967;21(6): 1135-1152.
97. Colmenarez A. Cincuenta nódulos tiroideos. *Bol Soc Ven Cir.* 1973;27(3):345-353.
98. Toledano A, Maldonado H. Cáncer del tiroides. *Bol Soc Ven Cir.* 1973;27(5): 449-455.
99. Teran A. Nuestra experiencia en tumores malignos de cabeza y cuello. *Act Onc Ven* 1974; VII Nro 1: 15-61.
100. Lucena J, Inojosa J. El cáncer de la glándula tiroides en el HMPC. *Rev Ven de Cir.* 1976; 30 (4):347-361
101. Ayala L, Souchon E. Cirugía del tiroides. Técnica que minimiza complicaciones. *Rev Ven Cir.* 1986;39(2): 9-13.
102. Figueira J. Factores pronósticos. VII Simposio Internacional de Patología Quirúrgica de la Glándula Tiroideas. 8 y 9 de Marzo del 2001.
103. Colina J, Pérez A, Mata J. Reunión de consenso en cáncer diferenciado del tiroides. *Rev Ven Onc* 2005; 17(4): 229-240.
104. Lucena J. Carcinoma del tiroides. *Rev Ven Oncol.* 2005;17(3): 129-134.
105. Moreno A, Benotto JA. Manejo de la patología quirúrgica tiroidea. *Rev Ven Cirugía.* 2005; 58 (3): 102-107.
106. Lucena J. Tiroidectomía de complemento vs tiroidectomía total. *Revista Vitae Academia Biomédica Digital.* 2007;33.
107. García R. Nódulo tiroideo. Trabajo especial de investigación para optar al título de especialista en cirugía general. Servicio de Cirugía General HPL2. 2015.
108. Boulanger E, Villegas I. Disección ganglionar central. Trabajo especial de investigación para optar al título de especialista en cirugía. Cátedra de clínica quirúrgica IV de la Escuela Luís Razetti. Universidad Central de Venezuela. 2017.
109. Valls J, Alford M, Brito E, Trevison L, Blanco A. Manejo quirúrgico del cáncer de tiroides. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2018; 75 (Julio-Septiembre).
110. Di Giampietro L, Garriga E, Lugo J, Ruiz M. Experiencia en la patología de las glándulas paratiroides. *Rev Ven Onc.* 1998; Abril-Junio: 71-81.
111. Vasallo M, Aponte M, Sanchez F, Eichelbaum E. Cáncer de paratiroides. 2006; 18(1).
112. Lameda V. Tratamiento quirúrgico de hiperparatiroidismo primario. Trabajo especial de investigación para optar al título de especialista en cirugía general. Caracas: UCV; 2017.
113. Colina J, Mata J, Pinto Y. II Consenso de carcinoma diferenciado de tiroides. *Rev Ven Onc.* 2020; 32 (1): 41-76.
114. Guzmán B. Tumores de la prolongación faringea de la glándula parótida. *Memorias del IV Congreso Venezolano de Cirugía.* 1957; 2: 887-896.
115. Hernández C, Blanco S, Plaza J. Tratamiento quirúrgico de los tumores de la glándula parótida. *Bol Soc Ven Cir.* 1966; 92(XX): 1201-1213.
116. Montbrun F. El facial parotídeo. *Bol Soc Ven Cir.* 1967; XXI (95): 573-584.
117. Vargas P, Gonzalez A. Patología Salival. *Bol Soc Ven Cir* 1971; 25(1): 7-26.
118. Carrasco J, Luongo J. Tumores de las glándulas salivares submaxilar y sublingual. *Arch Hosp Vargas.* 1975; XVII (1-2): 91-110.
119. Aure C, Dellán N, Suere A. Tumores de la glándula parótida. *Bol Hosp Univ Car* 1979; 15(12); 119-123.

120. Osechas N. Tumores de glándulas salivales. *Acta Onc Ven.* 1987; 20(3): 17-50.
121. Henríquez M, Barazarte P, Beuses M. Adenoma pleomórfico de las glándulas salivales. *Rev Soc Ven Hosp Pérez de León.* 1991; XXV(3): 105-114.
122. García S, Rodríguez M, Vargas S, Sano R, Cedeño S. Patología tumoral de glándulas salivales mayores. *Acta ORL.* 2000; 12(2): 71-76.
123. 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.
124. Carmona E. Experiencia quirúrgica en parotidectomía superficial y profunda. Tesis de grado. Hospital Ana Francisca Pérez II. Noviembre, 2015.
125. 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.
126. Velandia C, Leon R, Mata F, Morales D, Coello C. Factores clínicos y quirúrgicos de los tumores parafaríngeos. *Rev Ven Onc.* 2019; 31 (3): 165-174.
127. Mijares A, Leon A, Suarez C, Brancamontes A. Complicaciones en la cirugía de las glándulas salivales mayores. *Rev Ven Onc.* 2020; 32(2): 126-146.
128. Márquez Reverón A. Conducta a seguir ante una adenopatía cervical. *Gac Med Caracas.* 1976; LXXXIV (Abril-Junio):297-305.
129. Mata JF, Mastrodomenico P, Evaristo L, Apuzzo G. Disecciones radicales de cuello. *Rev Ven Onc.* 1999. Julio-Septiembre: 105-115.
130. Pacheco C, Lugo J, Garriga E, Reyes A, Peña J, Ramírez N. Disecciones del cuello en el Hospital Oncológico "Padre Machado". *Rev Ven Onc* 2000; 12 (1): 29-40.
131. Cedeño S, Altimari R, Gomez S, Rodríguez D. Estudio de las metástasis ganglionares ocultas en carcinoma epidermoide de laringe. *Rev Ven Onc.* 2003; 15(2):81-86.
132. 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).
133. 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.
134. Brito E, Pacheco C, Garriga E, Lugo J. Disección posterolateral del cuello. *Rev Ven Onc* 1998; 10 (1): 18-28.
135. Ortiz A. Abordaje transpalatino en el angiofibroma juvenil. *Acta ORL.* 1990; 2 (2): 12-18.
136. Alfaro G, López R. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil. *Acta ORL.* 2005; 17(1): 13-16.
137. Fleming M, Pinto E, Rodrigo E, Garcia T. Angiofibroma juvenil. *Rev Soc Med Qx Hosp Em Pérez León.* 1990; XXIV (2): 89-95.
138. Ledesma J, Aguilar I. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil. *Acta ORL.* 1999; 2(2): 69-73.
139. Mijares A, Suarez C, Perez A, Agudo E. Resecciones Craneofaciales. *Rev Venez Cir.* 2006;59(3): 117-123.
140. Troconis J. Reconstrucciones masivas en la cirugía de cabeza y cuello. *Acta Onc.* 1974; (4).
141. 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.
142. Pérez Morell. Reconstrucción de lengua y piso de boca. *Rev Ven Onc.* 2003; 15 (4): 221-225.
143. Pérez Morell A, Lugo J, Sosa S. Maxilectomía total con preservación del contenido orbitario. Reconstrucción con colgajo microquirúrgico del recto abdominal. *Rev Ven Onc.* 2006; 18(1): 43-48.
144. 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 Onc.* 2013; 25 (2): 62-69.
145. Mijares Briñez A. El reto de los cirujanos de cabeza y cuello. *Rev Inf Cent Med Doc Trin.* 2011; 3(1): 23-25.
146. González J, Gonzalez M, Zuluaga J, Vivas J, Tellez N. Utilidad del bisturí bipolar con efecto de sellado de vasos en pacientes con patología tiroidea. *Rev Ven Cir.*
147. Mijares A, Suárez C, Pérez C, Pacheco C, Agudo E. Uso del bisturí armónico en la cirugía tiroidea. *Rev Ven Oncol.* 2006; 181 (4): 215-220.
148. Sarmiento P, Perfetti W, Gubaira J, Verdecchia D, Scarton J, Tellez R, Cobos M. Alternativa en el tratamiento de complicaciones quirúrgicas por neurtomía del nervio facial en la parotidectomía. *Rev Ven Oncol.* 2015; 27 (3): 134-143.
149. Echeagaray F. Una alternativa para la cirugía reconstructiva en cabeza y cuello. Presentado en el XXVII Congreso Venezolano de Cirugía Internacional y del Caribe. Hotel Milton de Caracas. 2004. Video disponible en el archivo audiovisual de la biblioteca de la Sociedad Venezolana de Cirugía.
150. Lugo L. Ganglio Centinela en la patología oncológica de cabeza y cuello. *Rev Ven Oncol.* 2002; 14 (1): 47-52.
151. Rodríguez A, Mijares A, Liussi F, Lalsie R, Ciubataru G, Medina S et al. Ganglio centinela en cáncer epidermoide de cavidad nasal y oral. *Rev Ven Oncol.* 2005; 17(2):89-93.
152. Garriga García E, Brito E. Avances en oncología: cabeza y cuello. *Rev Cen Med Car.* 2006; 51 (1-2): 28-37.
153. Ruiz M. Resultados de la reunión de consenso sobre el manejo del nódulo tiroideo. *Rev Ven Onc.* 2003; 15(2): 122-123.
154. Hernández C, Ruiz A, Maldonado G, Parada D. Reunión de consenso en melanoma maligno. *Rev Ven Onc.* 2005; 17(1): 56-65.
155. Garriga Garcia E, Brito E. Tumores de cabeza y cuello. Un enfoque practico. [Internet] Disponible en: https://www.academia.edu/36496236/Tumores_de_Cabeza_y_Cuello_Tumores_de_Cabeza_y_Cuello.
156. Garriga Garcia E, Brito E. Tumores de Cabeza y Cuello. Atlas Fotográfico [Internet]. 2014: 10-94. Disponible en: <http://www.tumoresdecabezaycuelloatlas.blogspot.com-ur1.55>.
157. Garriga Garcia E, Brito E. Cirugía de la Tiroides. Un enfoque practico. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://cirugiadelatiroides.blogspot.com/2014/06/cirugia-de-la-tiroides-un-enfoque.html>.

158. Plaza F. Hospital Universitario de Caracas. Recuento histórico .Ediciones del Rectorado de la UCV y Hospital Universitario de Caracas. Caracas. 1986: p1012-1028.
159. Díaz AM, Baptista P, Arenas S. Infecciones profundas de cabeza y cuello, una enfermedad común. Centro Medico de Caracas. 1998;43(1): 8-11.
160. Díaz AM, Baptista P, Hernández N, Trevison L. Infecciones profundas de cabeza y cuello. Acta ORL y Cir Cab & Cuello. 2003; 31.
161. Rodríguez JC, Rojas A. Infecciones odontogenicas cervico-faciales. Tesis especial de grado para optar al título de especialista en otorrinolaringología presentado en Julio 2005. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.
162. Papa I, Vaamonde M. Infecciones cervicales profundas: criterios de severidad y manejo medico-quirúrgico. Tesis especial de grado para optar al título de especialista en otorrinolaringología presentado en Octubre 2017. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.
163. 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. 2019; 30 (1): 60-67.
164. Solbas D, De León A. Complicaciones de las Sinusitis. Rev Cent Med Car. 2000;45: 32.
165. Valls JC, Palacios Nelsimar, Guevara E, Cabrera O, Mendez M, Albarran G, Quintero D, Yañez L. Incremento de la patología cervical por tuberculosis durante la segunda década del nuevo milenio. Acta ORL. 2020; 31(2): 9-13.
166. Valls JC, Alfaro G, Papa I, Blanco A, Altuve L, Lacle J. Ligadura quirúrgica de vasos arteriales en situación de emergencia. Rev Fac Med. 2021; 44(1). Por aparecer.
167. Alfaro G. Angiofibroma nasofaríngeo. Abordaje quirúrgico. Trabajo de ascenso para la categoría de asistente. Cátedra de Clínica Otorrinolaringologica de la Escuela Luís Razetti. Universidad Central de Venezuela. 1996.
168. Valls J, Tabacco F, Extraño L. Experiencia en traqueotomías abiertas de emergencia con anestesia local. Vitae Academia Biomédica Digital. 2018; 77 (Enero –Febrero).
169. Valls J, Vaamonde M, Estraño L, Scoglio G, Lacle J. Tumores de partes blandas en cabeza y cuello. Rev Fac Medicina. 2020; 43 (2).
170. Valls JC. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. Vitae Academia Biomédica Digital. 2017; 72 (Octubre-Diciembre).
171. Juan Pablo II. Carta encíclica, El Evangelio de la Vida. Ediciones Trípode. 1995:102.

NOTA: Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.