

Editorial



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Editorial

Edición especial-Cirugía de cabeza y cuello Special Edition-Head and Neck Surgery

Luz Nelly Tobar Bonilla

Editora revista Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello.

Profesora, Universidad del Rosario - Universidad de La Sabana. Hospital Universitario de la Samaritana.

Otorrinolaringóloga Coordinadora del Departamento de Rinología y Base de Cráneo, Clínica José A. Rivas. Bogotá, D. C., Colombia.

El estado actual de la cirugía de cabeza y cuello, producto de una constante evolución, impulsada por manos hábiles y mentes creativas e investigadoras, ha logrado marcar la historia de la otorrinolaringología y la medicina en un área con gran trascendencia y con un crecimiento acelerado en corto tiempo. Con este argumento y con la colaboración del doctor Carlos Simón Duque, se ha decidido presentar una edición especial de la revista, dirigida a aquellos médicos cirujanos y otorrinolaringólogos que se dedican a esta área específica, y a quienes con gran interés y conocimiento hacen parte de este grupo de profesionales que desarrollan e impulsan esta área del conocimiento. Por ello, en este número se encontrarán en su mayoría artículos referentes al área de la cirugía de cabeza y cuello.

La práctica de los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de los tumores malignos es tan antigua, que varios escritos realizados 3.000 años a. C., como el papiro de E. Smith (1600 a. C.), hacen referencia al tratamiento de algunos tumores, y se mencionaba además el concepto de “conducta expectante” para otros. Antes de la radioterapia y la quimioterapia, a principios del siglo XX se concebía la cirugía como único tratamiento, tanto curativo como paliativo, para las neoplasias. Las primeras cirugías eran externas, es decir, en piel, cabeza y partes blandas. Posteriormente Mc Dowell, en 1809, realizó la primera extirpación de un órgano interno, en este caso el ovario, y fue el inicio del nuevo

concepto. Con los avances de la anestesia se cumplió el sueño de los cirujanos de operar sin dolor, y es así como en 1846, en el Massachusetts General Hospital de Boston, J. Warren extirpó un tumor de la región submaxilar, con el paciente bajo sedación utilizando éter etílico, administrado por W. Morton, y así comenzó el siglo de oro de la cirugía. Solo se realizó la primera laringectomía total hasta 1873, por T. Billroth, y la primera gastrectomía en 1881. T. Kocher obtuvo el Premio Nobel al describir las técnicas quirúrgicas para tiroidectomía y problemas relacionados con la falta de hormona tiroidea (1).

En 1907, G. Crile, adoptando el concepto halstediano de la diseminación tumoral, publicó la técnica de extirpación en bloque de los ganglios del cuello con el músculo esternocleidomastoideo, el contenido del triángulo submaxilar, la vena yugular interna y sus ganglios satélites; el procedimiento recibió el nombre de disección radical de cuello (2). Así, se describieron varias técnicas de extirpación para el cáncer en orofaringe, como la hemimandibulectomía y la disección radical de cuello (operación “comando de Martin”, descrita en 1940 por H. Martin); asimismo, se desarrollaron la parotidectomía, la tiroidectomía y la resección de melanomas de cabeza y cuello, entre otros procedimientos. Con la evolución de las técnicas de anestesia, el uso de la transfusión sanguínea y la gama de antibióticos, ha seguido el avance en los diferentes procedimientos quirúrgicos.

Correspondencia:

Carrera 15 N.º 84-24, consultorio 213

Tels. 256 5841-311 502 0929

tobar.nelly@gmail.com

Paso de la teoría halstediana a las contribuciones de Fisher

A finales del siglo XIX, W. Halsted propuso que los tumores se diseminaban en forma ordenada, las células neoplásicas alcanzaban los ganglios linfáticos por extensión directa (lo que apoyaba la disección en bloque del tumor y sus ganglios regionales) y que los ganglios positivos eran un indicador de la diseminación a distancia. Se pensaba que los ganglios regionales eran barrera para el paso de los tumores, y la sangre no se consideraba una vía de diseminación. Sin embargo, varias observaciones y experimentos confirmaron que no necesariamente hay un patrón ordenado de diseminación tumoral, y que las células tumorales con frecuencia atraviesan los ganglios linfáticos por embolización. Fisher concluyó que un ganglio positivo era un indicador huésped/tumor que señalaba el desarrollo de metástasis, más que instigar el avance de la enfermedad a distancia. También concluyó que los ganglios linfáticos no son barrera para la diseminación tumoral, y que la vía hematológica es importante en la diseminación tumoral sistémica (3). Este cambio influyó en el desarrollo de las cirugías conservadoras, y descubrió la necesidad de tratamientos sistémicos efectivos. Hoy se piensa que ambas teorías tienen algo de cierto, y estos cambios de visualización llevaron a los avances en radioterapia, quimioterapia, terapias sistémicas, incluidas las terapias a blancos moleculares específicos; sin embargo, la mayoría de casos siguen siendo curados con cirugía; se

estima que el 62% de los pacientes tienen una curación con cirugía, 25% radioterapia, 4% quimioterapia, y se suma 9% con la combinación de los tratamientos.

Hoy en día se realiza la evaluación y manejo de pacientes en forma multidisciplinaria, lo cual garantiza una mejor recuperación y resultados encaminados hacia la prevención de la enfermedad, el diagnóstico precoz, la evaluación de la extensión de la enfermedad, el tipo de tratamiento adecuado, la cirugía con intento curativo, la paliación, mínimas complicaciones y alivio de secuelas.

Finalmente, es importante tomar en consideración las comorbilidades asociadas al cáncer y pacientes añosos, en donde la expectativa de vida no permita que sean candidatos a cirugías radicales, por el deterioro de la calidad de vida, y no menos importante, el paciente que no desea ser operado; asimismo, el soporte que le brinde la familia.

REFERENCIAS

1. Granados M, Beltrán A, Soto B. Cirugía oncológica: evolución histórica y estado actual. *Gaceta Médica de México*, 2011; 141: 551-60.
2. Balch GC, et al. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy after preoperative therapy for stage II and III breast cancer. *Ann Surg Oncol*, 2003, 10 (6): 616-21.
3. Fisher B. Biological research in the evolution of cancer surgery: a personal perspective. *Cancer Res*, 2008, 68 (24):10007-20.