

F. Hernández Altemir

## Acceso cervical a la cavidad oral. Una nueva metodología

Jefe del servicio de  
Cirugía Oral y Maxilofacial  
Hospital Miguel Servet.  
Zaragoza

**Correspondencia:**

F. Hernández Altemir  
C/ Pray Luis Arago S, planta 0, letra B  
50009 Zaragoza

### RESUMEN

A partir de la incisión que Yoel diseñó para la cirugía cervicoparotídea, hemos diseñado una nueva metodología de acceso a la cirugía oncológica de la cavidad oral y estructuras adyacentes. Con ello, evitamos incisiones que rompan la continuidad del esfínter bucal, la región submandibular y encima favorecer, si es el caso, el diseño fundamentalmente del colgajo miocutáneo del pectoral mayor. Logramos además de evitar las dehiscencias de suturas en regiones tan críticas que están en el ánimo de todos, el conseguir también, una mejora estética y funcional, por lo que ya casi, es una norma en nuestro trabajo quirúrgico en la cirugía oncológica de cabeza y cuello.

### PALABRAS CLAVE

Incisión cervicoparotídea; Acceso intraoral; Técnicas de reconstrucción; Incisiones horizontales y labiales.

### ABSTRACT

*A new method for the cervical access to the oral cavity is presented. We start from Yoel's modified incision for cervicoparotídeal surgery, but now we use it to accede to the cervical and intraoral structures to be excised; in this way we can avoid submandibular horizontal incisions and some others that can break the lower lip continuity. The intraoral access is eased even more, if the mandible is divided or has to be excise.*

### KEY WORDS

*Cervico-parotídeal incision; Intraoral access; Reconstructive techniques; Horizontal and labial incisions.*

## 62 INTRODUCCION

La cirugía de la cavidad oral y en definitiva la de cabeza y cuello, se encuentra muy sistematizada desde mediados de siglo fundamentalmente por (Hayes Martín 1951, Crile 1906, Franzell 1906, Gillies 1920)<sup>13,55,77</sup>.

Cualquier intento modificador de las técnicas de la cirugía oncológica de cabeza y cuello, que no por clásicas, han dejado de perder actualidad, es mirado con lupa y pocas variantes progresan y pueden recibir nombre propios. Nosotros mismos desarrollamos en 1973 "una modificación técnica de la disección radical de cuello", que se publicó con la idea de dar todavía más énfasis a los conceptos de lo que se debe entender por cirugía radical y el concepto de monobloque, que debe prevalecer en nuestras cirugías sobre tumores de extirpe carcinomatosa (Hernández Altemir 1973, 1986)<sup>10,11</sup>.

Si se repasan las incisiones de autores como Kuettner, Sauerbruch, Quervain, Morestin, Crile, Bastianelli, Ashurst, Semken, Roux Berger, Ward-Hendrick, Hayes Martín, Slaughter, Schobinger, Yoel, Latyshevsky, M.D. Anderson Hospital, que se refieren a incisiones utilizadas para la disección cervical unilateral y las de Roux Berger a concavidad posterior, Roux Berger de trazado recto, Mac Fee, Aubri-Pialox-Schouard en Z y en S Itálica, Grillo-Edmunds, Bartlett, Conley, Hayes Martín, todas ellas también para la disección cervical unilateral, de alguna manera tienen su representación a nivel submandibular, si bien las de Latyshevsky para la disección unilateral y para la bilateral, así como la de Quervain, Grandon y Hayes Martín para la disección bilateral y lo mismo le ocurre a Yoel para esta disección, pueden prescindir de una incisión submandibular pero no más o menos suprahioidea que asocia las dos incisiones laterales (el lector puede ver los esquemas en el Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello de Yoel, páginas 668 y 669, Salvat 1986)<sup>2</sup>.

Precisamente en este Atlas, podemos ver la incisión con prolongación superior de la línea posterolateral, suprimiendo la línea horizontal que Yoel ideó y son palabras suyas "para la operación compuesta por cáncer de la glándula parótida, Yoel 1986 (pág. 678, fig.8-85 y sucesivas hasta la 8-61). Pues bien, para nuestro acceso cervical a la cavidad oral, es prácticamente esta misma incisión, con las modificaciones que reseñamos y que desde luego no se deben tomar como fijas, ya que según

la patología a tratar pueden sufrir cambios, pero por sistematizar, la habitual que manejamos se inicia en la región preauricular a la altura aproximada del conducto auditivo externo, esto es, a nivel del trago, para rodear el lóbulo de la oreja hasta la región mastoidea, donde vuelve a hacerse vertical, siguiendo el borde anterior del músculo trapecio, hasta llegar a la región supraclavicular, donde se incurva en un proyecto oblicuo hacia la región xifoidea, pero que puede interrumpirse en la región media clavicular, donde según necesidades se diseñarán las islas rectoras musculocutáneas u osteomiocutáneas, etc. (Golovine 1989, Ariyan 1979, Dermegasso 1977)<sup>10,11</sup>.

Insistimos en que no hemos diseñado una nueva incisión, lo que en cambio si hacemos es el aprovecharla para un tipo de cirugía para la cual parece que no estaba pensada, quizá sea esta nuestra única aportación, pero verdaderamente nos ha sorprendido a nosotros mismos que podamos acceder a la cavidad oral, para extirpar junto con el bloque cervical, las lesiones fundamentalmente de extirpe carcinomatosa, que puedan presentarse en estructuras tales como la lengua y suelo de boca, la amígdala y tejidos adyacentes, etc., y todo ello, sin además, hacer incisiones que rompan la continuidad del esfínter bucal, con todo lo que ello representa, en un sentido estético y funcional.

Con nuestra metodología, prescindimos de las incisiones horizontales submandibulares y de las labiales en sus variados diseños. Veremos las ventajas e inconvenientes del método.

## TECNICA

Paciente en decúbito supino, bajo anestesia general con intubación nasotraqueal y fijación pericraneal del tubo anestésico (Hernández Altemir, 1986)<sup>12</sup>, sonda nasogástrica y taponamiento faríngeo. Elevación de cabeza y tronco unos veinticinco grados del plano horizontal.

El campo operatorio enmarcado, deja visible las estructuras faciales, cervicales y la pared anterior del tórax, hasta unos centímetros por debajo de la región xifoidea.

Recordemos que la incisión, parte de la región media preauricular, para rodear el lóbulo de la oreja, hasta la región mastoidea, donde se hace vertical, siguiendo el

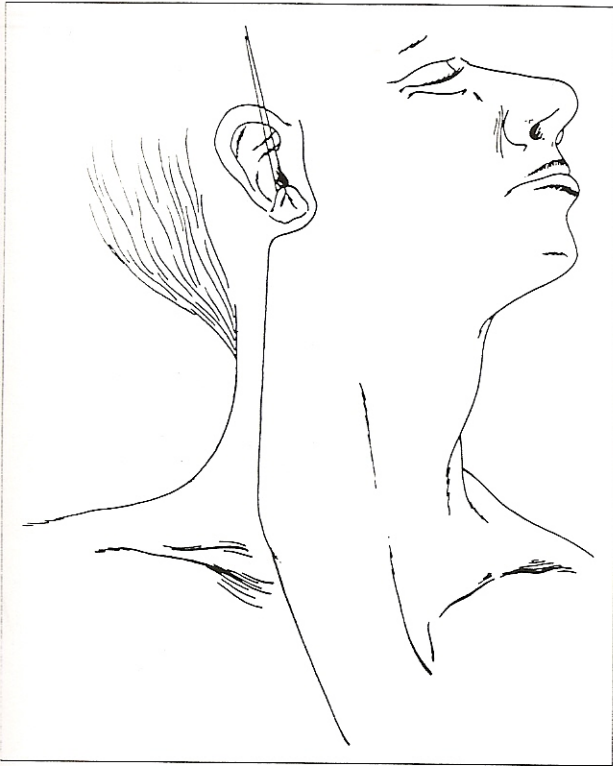


Figura 1. La incisión

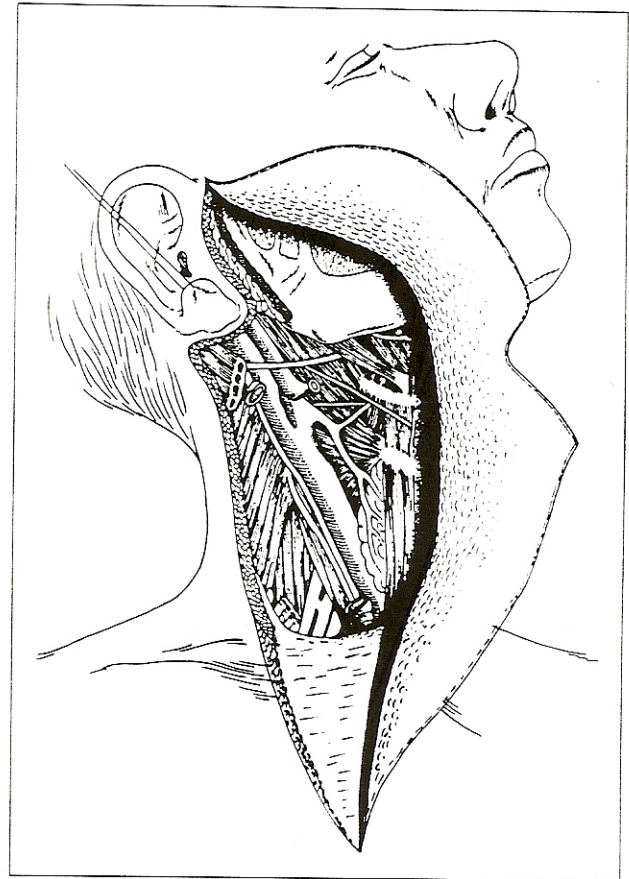


Figura 2. El colgajo puede rechazarse más allá de la región paramedial contralateral. Se diseñarán las osteotomías y se accederá a la cavidad oral (en este ejemplo, la disección radical y el contenido intraoral, es decir, la lesión primitiva, se han extirpado en bloque sin romper la continuidad del maxilar inferior. Son necesarias, claro, maniobras quirúrgicas intraorales).

borde anterior del músculo trapecio hasta llegar a la región supraclavicular, donde dos o tres centímetros antes de llegar a la clavícula, vuelve a cambiar de dirección para, teóricamente, ir a buscar la región xifoidea, si bien se interrumpe, según intereses reconstructivos, habitualmente antes de llegar a la región paraesternal del lado correspondiente (Fig. 1).

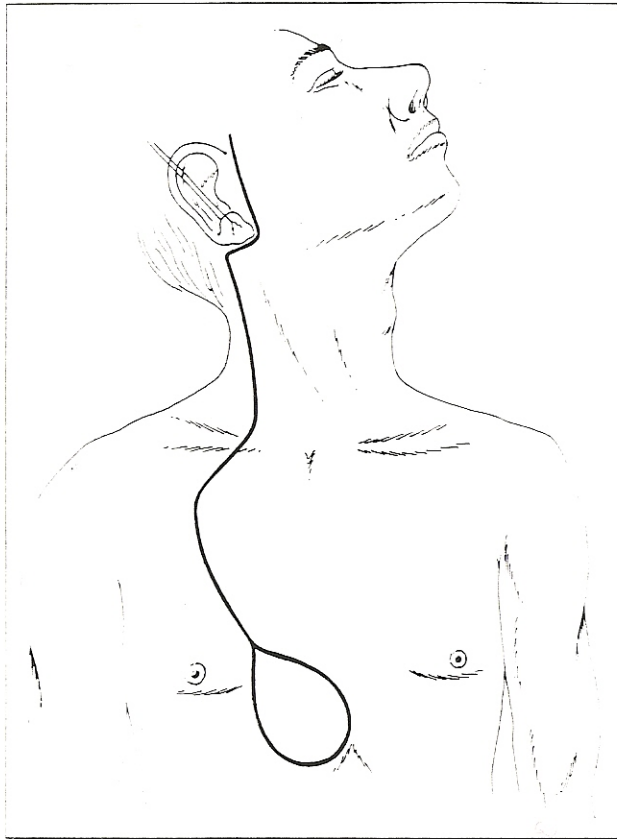
Se lleva a efecto el despegamiento, desde la región parotídeomandibular, cervical y torácica, hasta sobrepasar la línea media sínfisaria mandibular y la porción anterior del cuello, en la medida que los intereses quirúrgicos lo aconsejen. De hecho, el despegamiento permite acceder a la región suprahioidea y para y submandibular contralateral. A nivel cervical, puede quedar o no incluido en el colgajo, el músculo cutáneo del cuello, según interés.

Rechazando hacia la línea media, el campo quirúrgico obtenido, permite acceder con toda facilidad a la región

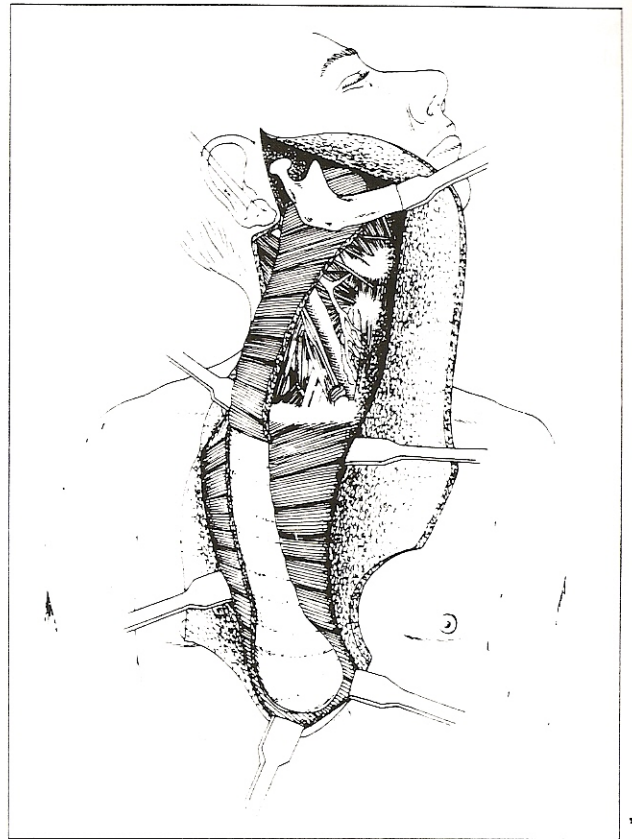
cervical, donde se va a llevar a efecto la cirugía radical o funcional correspondiente y concluida la misma, se practican a nivel mandibular las osteotomías pertinentes, entre el fragmento mandibular que ha de sacrificarse conjuntamente, si es el caso con las estructuras intraorales, donde asienta el tumor primitivo, tales como la lengua y suelo de la boca, región amigdalofaríngea, etc.

A veces lesiones no excesivamente extensas, que no comprometan el suelo de la boca y por tanto la proximidad perióstica del maxilar inferior, pueden





**Figura 3.** Nuestra incisión modificada de Yoel para el acceso cervical a la cavidad oral y estructuras adyacentes y para facilitar el diseño del colgajo miocutáneo de pectoral mayor si es que se precisa reconstrucción.



**Figura 4.** Una vez realizada la cirugía radical se procede a la reconstrucción.

permitir conservar la continuidad mandibular, o bien hacer alguna osteotomía temporal, que permita un acceso más fácil a la cavidad oral, para extirpar en continuidad con la estructura cervical disecada, la lesión primitiva con los márgenes suficientes (Fig. 2).

Concluida la extirpación, se decide el tipo de reconstrucción. El trayecto de la incisión torácica, permite tallar el colgajo en isla de pectoral mayor que interese. Es importante dejar claro, que la incisión modificada de Yoel, permite la realización de colgajos reconstructivos tales como: el colgajo temporal, el colgajo musculocutáneo de esternocleidomastoideo, el colgajo miocutáneo de platisma, el colgajo cutáneo aislado de Dermergasso, el miocutáneo de *latissimus dorsi*, como los más principales (Figs. 3, 4 y 5).

Hecha la reconstrucción con el empleo o no de los diferentes procedimientos señalados, realizamos habitualmente la traqueostomía, a través de un incisión horizontal de cuatro o cinco centímetros, fijando con puntos el soporte de la cánula, para así evitar rodear el cuello con cintas o similar, que pueden molestar al paciente o dificultar si se aprietan demasiado la vascularización de nuestros colgajos cuando son de origen predominantemente toracodorsal.

Es fundamental, comprobar el buen funcionamiento de nuestros dispositivos aspirativos y nunca está de más, el asegurarse que están suficientemente fijos a la piel y capacitados para soportar tirones, sin que pierdan su correcto posicionamiento y capacidad aspirativa, tan importante.

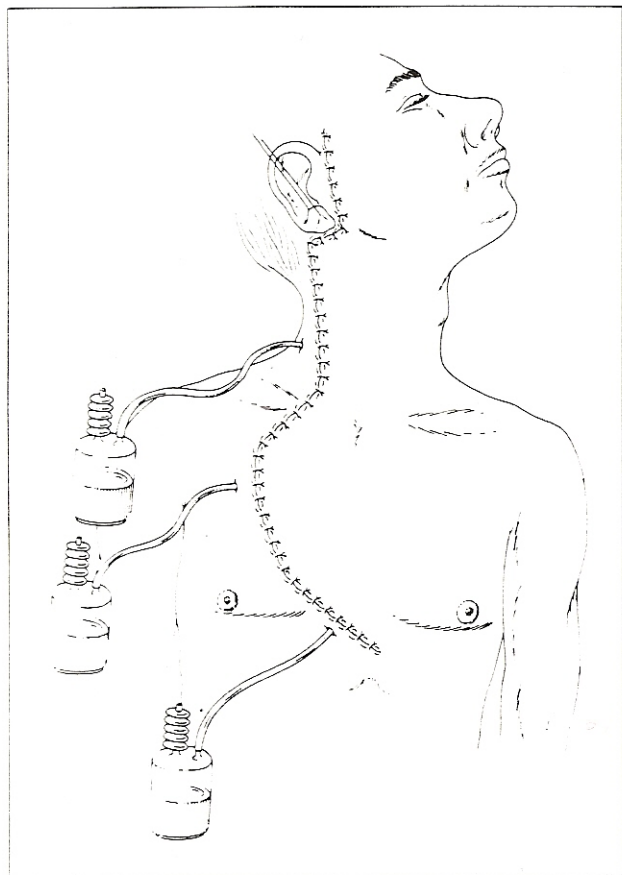


Figura 5. Aspecto postoperatorio, ausencia de incisiones labiales y submandibulares

## CONCLUSIONES

El despegamiento que nos permite hacer la incisión parotideo cervical modificada de Yoel, nos facilita acceder a la región submandibular contralateral e incluso practicar cirugía de la región suprahióidea y submandibular de ese lado. Si la lesión intraoral aconsejaba la realización de una cirugía completa funcional radical de la región cervical contralateral, esperamos alrededor de un mes o quizá antes según la evolución de la intervención principal, manteniendo la traqueostomía, diseñaremos una incisión sin la prolongación torácica.

Con nuestro método evitamos las incisiones horizontales submandibulares y labiales, que cada día vemos menos justificadas.

Los resultados estéticos y funcionales, son mucho más favorables y además existe menor riesgo de dehiscencias de suturas, necrosis de colgajos, exposición de vasos principales del cuello e infecciones, además el paciente puede ser sometido antes, a técnicas de radiación, disminuyendo las secuelas derivadas del efecto ionizante (McCall 1959, Corso 1961, Conley 1962, Cady 1968)<sup>16, 18, 19</sup>.

Las diferentes técnicas reconstructivas enumeradas, se ven favorecidas por nuestra metodología y aquí sin duda, el trazado de la incisión es fundamental.

Hemos desarrollado por tanto una metodología, que se aprovecha de conceptos, incisiones y procedimientos reconstructivos clásicos, evitando las incisiones horizontales submandibulares y labiales, que si bien facilitan el trabajo quirúrgico cuando se hacen, no es menos cierto, que son motivo muchas veces de gravísimas complicaciones postoperatorias que están sin duda en el ánimo de todos.

La metodología descrita permite postoperatorios más cortos y al evitar las incisiones del círculo labial, la dinámica funcional, sin duda tan importante, se conserva mejor, evitándose el babeo y la incontinencia de los alimentos, con lo que el aspecto social del enfermo es más favorable y lo mismo en cuanto a la posibilidad de una mejor capacidad deglutoria.

Cuando surgen problemas, de los que no está exenta esta cirugía, es importante señalar que el diseño del colgajo sin las temibles incisiones horizontales submandibulares y labiales, hace que no resulten tan perniciosas, ya que la cobertura que ofrece el colgajo parotideo cervical y torácico es muy bueno y aquí no hay que olvidar, que la ausencia de incisiones labiales, ayuda a que la irrigación del mencionado colgajo, sea mucho más adecuada y por lo tanto el riesgo de dehiscencias y necrosis por isquemia sea menor (Mendelson 1977, Muhlbauer 1977, Panje 1989)<sup>17-19</sup>.

Creo que es obligado reseñar algunas desventajas, que en nuestra no todavía dilatada experiencia de la utilización de nuestro método de acceso cervical a la cavidad oral, hemos podido observar, y así en primer lugar, que la técnica quirúrgica, indudablemente resulta menos cómoda que cuando se hacen las incisiones de descarga horizontales y labiales, que así me permito llamarlas, pero desde luego creo que los resultados, bien merecen un pequeño esfuerzo del cirujano y los colaboradores.

66

Con el procedimiento descrito, también se interfiere sobre la región deltopectoral y puede ser inconveniente para algunos procedimientos reconstructivos, pero con diseños de la incisión modificados se pueden obviar estos.

La metodología expuesta sin duda requiere despegamientos que parecen más amplios, pero luego se ve que si hay que hacer técnicas reconstructivas, no se apartan, sobre todo si los colgajos van a proceder del tórax, de las convencionales.

Para terminar la presentación de la técnica de acceso cervical a la región oral, el señalar que queda abierta una nueva forma de trabajo, que permite nuevas posibilidades que espero sean motivo de trabajos propios y especialistas afines, a este tipo de cirugía.

Tenemos fundadas esperanzas, que con nuestro procedimiento técnico, la fisonomía postoperatoria de los enfermos oncológicos de la región oral y maxilofacial se modifique notablemente y vayamos a una fisonomía, más acorde con las exigencias de la sociedad actual.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Ariyan S. Further experiences with the pectoralis major myocutaneous flap for the immediate repair of defects from excision of head and neck cancers. *Plastic Reconstr Surg* **64**:605-612, 1979.
- 2 Cady B. Preoperative radiation. *Surg Gynec Obstet* **126**:851-865, 1991-1105, 1968.
- 3 Conley JJ. Carotid artery protection. *Arch Otolaryngol* **75**:530, 1962.
- 4 Corso PE, Gerold FP. Use of autogenous dermis for protection of the carotid artery and pharynx suture lines in radical head and neck surgery. *S Forum* **12**:483, 1961.
- 5 Crile GW. Excision of cancer of the head and neck with special reference to the plan of dissection based on one hundred and thirty-two operations. *JAMA* **47**:1780, 1906.
- 6 Demergasso F, Piazza M. Colgajo cutáneo aislado a pedículo muscular en cirugía reconstructiva por cáncer de cabeza y cuello. Técnica original. 47th Congreso Argentino de Cirugía. Forum de Investigaciones. *Rev Argent* **32**:27, 1977.
- 7 Frazell EL, Moore OS. Bilateral radical neck dissection performed in stages. *Am J Surg* **102**:809, 1961.
- 8 Gillies HD. *Plastic Surgery of the Face*. Oxford, 1920.
- 9 Golovine SS. Procède de cloture plastique de l'orbit apres l'exenteration. *Arch Ophthalmol* **18**:679-680, 1989.
- 10 Hernández Altermir F. *Dissección radical de cuello. Una modificación de su técnica*. NM Domingo, Vol I, núm 5, 1973.
- 11 Hernández Altermir F. *Sometechnical modifications in the surgery of the parotid gland*. Posters European Association for Maxillo-Facial Surgery. 8th Congress, Monday 15th to Friday 19th, September 1980.
- 12 Hernández Altermir F. Pericranial fixation of the nasotracheal tube. *J Oral Maxillofac Surg* **44**:585, 1986.
- 13 Hernández Altermir F. *Acceso cervical a la cavidad oral. Una nueva metodología*. Comunicación XVIII Symposium Internacional de la Sociedad Española de Cabeza y Cuello, Barcelona 27-29 de febrero de 1992.
- 14 Maccomb WS. Mortality from radical neck dissection. *Am J Surg* **115**:352, 1968.
- 15 Martin HE, Del Valle B, Ehrlich HE, Cahan WG. Neck dissection. *Cancer* **4**:441, 1951.
- 16 McCall JW, Whitaker CW, Hendershot EL. Rupture of the common carotid artery following radical neck surgery in radiated cases. *Arch Otolaryngol* **69**:431, 1959.
- 17 Mendelson BC, Masson JK. Treatment of chronic radiation injury over the shoulder with a latissimus dorsi, myocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* **60**:681-691, 1977.
- 18 Muhlbauer W, Olbrisch R. The latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Chir Plast* **4**:27-34, 1977.
- 19 Panje William R. *Musculocutaneous flap reconstruction of the head and neck*. Raven Press, 1185 Avenue of the Americas, New York, New York 100036, 1989.
- 20 Shagets FW, Panje WR, Shore JW. Use of temporalis muscle flaps in complicated defects of the head and face. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* **112**:60-65, 1986.
- 21 Spiro RH, Frazell EL. Evaluation of radical surgical treatment of advanced cancer of the mouth. *Amer J Surg* **116**:571-577, 1968.
- 22 Strong EW, Henszénke UK, Nickson JJ, Frazell EL, Tollefson HR, Hilaris Bd. Preoperative X-ray therapy as an adjunct to radical neck dissection. *Cancer* **19**:1509-1516, 1966.
- 23 Strong EW, Spiro RH. Notre experience du cancer de la langue au memorial hospital. *Rev Med* **31**:1913, 1971.
- 24 Yoel J. *Atlas de cirugía de cabeza y cuello*. Salvat Editores 1986.