

## Experiencia de Reconstrucción Funcional en Cirugía de Cabeza y Cuello.

Alirio José Mijares Briñez,<sup>1</sup>  Aída C Sánchez Gago.<sup>1</sup> 

### Resumen

**Introducción:** En el tratamiento quirúrgico de tumores de cabeza y cuello, mantener la funcionalidad debe ser un objetivo fielmente planteados para cirujanos tratantes, apegados siempre al principio de alcanzar el estado libre de enfermedad, en el tiempo quirúrgico oncológico, y en el reconstructivo, lo que convierte a la cirugía de cabeza y cuello en un verdadero desafío. **Objetivo:** Evaluar la preservación funcional de pacientes sometidos a cirugías reconstructivas de cabeza y cuello que asistieron a la unidad de cabeza y cuello del CMDLT, enero-diciembre 2021. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, tipo serie de casos, longitudinal contemporáneo. Se evaluaron pre y post quirúrgica las funciones de apertura y cierre oral, fase I y II deglutoria, articulación del lenguaje oral, competencia velofaríngea, indemnidad de nervios laríngeos recurrentes y superior por aducción y abducción de cuerdas vocales, indemnidad motora branquial del nervio facial, espinal e hipogloso. **Resultados:** En 40 pacientes se realizaron 52 procedimientos. 55 % pacientes masculinos y 45 % femeninas; con un promedio de edad de 49 años y 95 años. Los procedimientos fueron 7 resecciones oncológicas de tumores en cavidad oral, 5 resecciones en pirámide nasal y senos paranasales, 2 resecciones oncológicas de tumores faríngeos, 2 laringectomías parciales, 11 tiroidectomías, 15 disecciones cervicales, 10 resecciones oncológicas de tumores de glándulas salivales mayores. 4 pacientes con eventualidades post operatorias; 2 con compromiso de la articulación de la palabra y 2 pacientes con parálisis transitoria del nervio facial; 90% de mantenimiento de función en el postoperatorio inmediato y 98% en el postoperatorio mediato. **Conclusiones:** Las modalidades reconstructivas van desde el cierre primario hasta colgajos libres. Mejores resultados oncológicos, y funcionales se traducen en mejor calidad de vida de los pacientes y reinserción social.

**Palabras clave:** reconstrucción, resultados funcionales, cáncer de cabeza y cuello.

## Experience of Functional Reconstruction in Head and Neck Surgery.

### Abstract

**Introduction:** In the surgical treatment of head and neck tumors, the maintenance of functionality should be a faithfully declared objective for the treating surgeons, always attached to the principle of reaching the disease-free state, in the oncological surgical time, and in the reconstructive, that makes head and neck surgery a real challenge. **Objective:** To evaluate the functional preservation of patients undergoing reconstructive head and neck surgeries in the head and neck unit of the CMDLT, January-December 2021. **Materials and methods:** Observational, descriptive, case series, contemporary longitudinal study. The functions of mouth opening and closing, swallowing phase I and II, articulation of oral language, velopharyngeal competence, recurrent compensation of the laryngeal and superior laryngeal nerve due to adduction and abduction of the vocal cords, branchial motor compensation of the facial nerve, were evaluated before and after surgery. spinal and hypoglossal. **Results:** 40 patients totaling 52 procedures. 55 % men and 45 % women; average age 49, 95 years. The procedures were 7 oncological resections of tumors in the oral cavity, 5 resections in the nasal pyramid and paranasal sinuses, 2 oncological resections of pharyngeal tumors, 2 partial laryngectomies, 11 thyroidectomies, 15 cervical dissections, 10 oncological resections of major salivary tumors. glands. 4 patients with postoperative eventualities; 2 compromised speech articulation and 2 patients with transient facial nerve palsy; 90% maintenance of function in the immediate postoperative period and 98% in the mediate postoperative period. **Conclusions:** Reconstructive modalities range from primary closure to free flaps. Better oncological and functional results translate into a better quality of life for patients and social reintegration.

**Keywords:** reconstruction, functional results, head and neck cancer.

<sup>1</sup>Centro Medico Docente La Trinidad. Caracas, Venezuela.

Autor Correspondiente: Alirio José Mijares Briñez. Correo electrónico: mibuenasalud@gmail.com

Recibido: 10/10/2021 - Aceptado: 09/12/2021

## Introducción

La cirugía de cuello es una especialidad que se ocupa del tratamiento de las enfermedades benignas y malignas localizadas en esta región, ésta se ha considerado de alta complejidad y en ella el conocimiento profundo de la anatomía permite un adecuado tratamiento con reducción de las complicaciones y las secuelas. En particular, la cirugía de cabeza y cuello es eminentemente de resección y debe cumplir las condiciones de la cirugía oncológica, preservando las estructuras vitales y funcionalmente importantes. La patología oncológica en general, representa un problema de salud pública a nivel mundial motivado a la repercusión en costos, impacto en la calidad de vida de los pacientes debido a que el tiempo de recuperación se traduce en un beneficio para la sociedad.<sup>1</sup>

Al hacer las consideraciones en cuanto al tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, mantener la funcionalidad debe ser uno de los objetivos fielmente planteados por el cuerpo de cirujanos oncólogos y oncólogos médicos tratantes, apegados siempre al principio de alcanzar el estado libre de enfermedad, tanto en el tiempo quirúrgico oncológico propiamente dicho, como en el tiempo quirúrgico reconstructivo para el cierre de defectos secuelares, lo que se convierte a la cirugía de cabeza y cuello en un verdadero desafío, ya que si no se cumplen los objetivos principales de la curación y la reconstrucción el paciente tendrá dificultades para actividades básica y automáticas como comer, hablar, respirar y de incompetencia oral, además de un resultado estético no deseado<sup>2</sup>. La elección dependerá de la localización del defecto, consideraciones funcionales y cosméticas, y fundamentalmente la experiencia del cirujano. La reconstrucción debe ir directamente relacionada con la adquisición por el paciente de mecanismos compensatorios para realizar las funciones que originalmente corresponden; ofreciendo en la medida posible la apariencia armónica del paciente<sup>3</sup>. Afrontar un paciente oncológico demanda la urgencia de tomar decisiones, cumpliendo el principio bioético de “no hacer daño”.<sup>4</sup>

El cáncer de cabeza y cuello en Venezuela representa el 2 % de todos los tumores malignos. Este tipo de tumores presentan una alta tasa de mortalidad no sólo por la enfermedad en sí misma sino por estar asociados a una deficiente calidad de vida, de allí

que se hayan convertido en un importante problema de salud pública.

Su aparición está asociada al consumo de alcohol y tabaco porque aproximadamente las tres cuartas partes de los casos son atribuidos al uso de estas sustancias; por ende, se presentan en la mayoría de los casos en pacientes masculinos mayores de 40 años de edad; de igual manera se han asociado factores ocupacionales, mala higiene oral, bajo estatus socioeconómico y cultural, entre otros. Diversas investigaciones han demostrado que en los últimos años hay un aumento en la incidencia en mujeres y población joven, los cuales se han asociado con la exposición al virus papiloma humano (VPH).<sup>5</sup>

Muchas de las cirugías que se llevan a cabo en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello tienen relación directa con elementos nerviosos, que en caso de ser lesionadas ocasionarían en el paciente alteraciones funcionales importantes, como parálisis facial, disfonía, alteraciones de la deglución, e incapacidades musculares<sup>6</sup>. Las reconstrucciones después de una resección de tumores grandes benignos o malignos en el área de cabeza y cuello se convierten en un desafío importante para el cirujano reconstructivo. La complejidad radica en la amplitud de los defectos que implican múltiples subunidades anatómicas y funcionales.<sup>7</sup>

La laringe es un conducto aéreo con mecanismo esfinteriano, que se extiende desde la base de la lengua hasta la tráquea, este órgano está implicado en las siguientes funciones: fonación, respiración y deglución. Laringectomías parciales demuestran el control de la enfermedad con preservación funcional laríngea, permitiéndole al paciente una mejor calidad de vida. Ésta es una alternativa quirúrgica que permite ofrecerle al paciente control oncológico, conservar la función del órgano y evitar el impacto físico y emocional de tener estoma permanente.<sup>8</sup>

La mayoría de los tumores localizados en el espacio para-faríngeo son benignos y pueden ser tratados de forma quirúrgica con complicaciones posoperatorias asociadas a disfunción del nervio facial. La resección quirúrgica es la vía terapéutica de elección, la que se puede realizar a través de un abordaje transcervical o trans-cérvico-parotídeo, sin la necesidad de

procedimientos reconstructivos mayores. El abordaje quirúrgico dependerá de la localización y del tamaño del tumor<sup>6</sup>. La parálisis del nervio facial es una de las eventualidades más temidas en la cirugía de parótida, siendo un verdadero reto incluso para el cirujano con más experiencia y, por lo tanto, la utilización de la monitorización intra-operatoria es de gran valor sobre todo teniendo en cuenta la existencia de casos en los cuales la anatomía se encuentra distorsionada.<sup>9</sup>

Para Morales *et al.* los conceptos modernos en reconstrucción y técnicas quirúrgicas han significado una mejoría en los resultados oncológicos y funcionales de los pacientes. En las últimas décadas, el avance en técnicas microvasculares ha llevado la mayoría de las series reportadas a 95 % de éxito. Los resultados funcionales varían, dependiendo del sitio y defecto reconstruir, presencia de comorbilidades y antecedente de radiación.<sup>3</sup>

Hanasono<sup>10</sup> reportó que en 82 % de pacientes con glosectomía total después de la reconstrucción el lenguaje y la deglución fueron satisfactorios, esto considerando que dichos resultados son descritos por centros con importante volumen de casos y recursos destinados a la rehabilitación de sus pacientes. Así también, Hanasono reportó un 91 % de regreso a la alimentación oral después de reconstrucciones faringolaríngeas con reconstrucción de colgajo anterolateral de muslo, además 81 % de éstos fueron capaces de recuperar el habla con uso de prótesis fonatorias. El desarrollo de la transferencia de tejido libre microvascular ofrece una amplia gama de opciones de colgajos para reconstruir los defectos complejos de esta región. Varios de éstos pueden utilizarse no sólo para cobertura, sino también para rehabilitación funcional.<sup>11</sup>

Para el equipo oncológico de cirugía de cabeza y cuello, el objetivo principal en el manejo de una enfermedad es la resección del tumor primario con márgenes libres y llevar al paciente a un estado libre de enfermedad con base al tratamiento. Referirse a tumores de cabeza y cuello implica una gama importante de tamaños tumorales que por sí mismos y en función de su comportamiento, dimensiones y tipo histológico van a determinar la posibilidad de la resección quirúrgica atendiendo siempre al principio de garantizar márgenes libres. Existen paciente con tumores resecables que por tener elementos nerviosos, vasculares y musculares

comprometidos donde el ser conservadores no está permitido bajo ningún concepto. En función de ver al paciente no como una patología aislada sino como un ente inmerso en un sistema social dinámico, de forma anecdótica se ha visto con inquietud a lo largo de los años, que bajo éstos principios curativos muchas veces se realizan resecciones amplias, sin preservación de función sacrificando sin necesidad o por inexperiencia elementos anatómicos cuyas funciones tienen gran repercusión en acciones automatizadas y cotidianas de los pacientes y que finalmente tendrán consecuencias en su calidad de vida. No es poco importante que el cáncer de cabeza y cuello es el segundo a nivel mundial con más tasas de suicidios; al final el objetivo de resecar y llevar a un paciente a un estado libre de enfermedad no valdría de mucho si el paciente no garantiza su calidad de vida y la reinserción a la sociedad por factores no relacionados a su enfermedad oncológica propiamente dichos; de esta manera el propósito de quien actúa tratando esta patología no estaría del todo cumplido, sin garantizar durante el acto operatorio el mantenimiento de funciones básica como la competencia del cierre oral, la ventilación nasal, la expresión facial y el lenguaje oral, entre otros.

Las fallas en la cobertura, mantenimiento de la función y apariencia en particularmente en cabeza y cuello pueden representar un impacto negativo que incapacita la reintegración del paciente a la sociedad, afectando de forma importante la esfera emocional de los pacientes. Sobre la base de lo anteriormente referido los autores se plantean la siguiente pregunta: ¿Son satisfactorios funcionalmente los resultados de las cirugías del cáncer de cabeza y cuello en la unidad de cabeza y cuello del Centro Médico Docente la Trinidad? Es así como el objetivo de la investigación se centra en evaluar el impacto de la preservación funcional en los pacientes sometidos a cirugías reconstructivas de cabeza y cuello de la unidad de cabeza y cuello del Centro Médico Docente La Trinidad, enero-diciembre 2021.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo correlacional tipo serie de casos. La población estuvo conformada por pacientes que acudieron al servicio

de cirugía general a la Unidad de cabeza y cuello con diagnóstico de tumor de cabeza y cuello. Se seleccionaron pacientes que ameritaban resección oncológica y reconstrucción funcional en el período comprendido entre enero y diciembre 2021 que cumplieron con los siguientes criterios: ser mayores de 8 años con diagnóstico de tumor de cavidad oral, faringe, laringe, cuello, nariz y senos paranasales evaluados en la unidad de cabeza y cuello del Centro médico Docente, La Trinidad; tener diagnóstico de cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, nariz y senos paranasales con factibilidad quirúrgica (St I a St IVA) evaluados en la unidad de cabeza y cuello del Centro médico Docente La Trinidad que recibieron tratamiento con radioterapia y quimioterapia y posteriormente requirieron cirugía de rescate. Fueron excluidos los pacientes con diagnóstico de cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, nariz y senos paranasales evaluados en la unidad de cabeza y cuello del Centro médico Docente, La Trinidad cuyo tratamiento principal fue radioterapia y/o quimioterapia o sin criterios quirúrgicos al momento del diagnóstico.

#### Análisis estadístico y procedimiento clínico

Para la elaboración de este trabajo de investigación se realizó una evaluación prospectiva de los resultados funcionales de las cirugías reconstructivas de cabeza y cuello de la unidad de cabeza y cuello del Centro Médico Docente la Trinidad durante enero diciembre 2021. Tales cirugías se realizaron por el equipo quirúrgico de la unidad de cabeza y cuello. Se elaboró un instrumento de recolección de datos que incluyó la evaluación pre y post quirúrgica (Apertura y cierre oral, fase I y II de la deglución y articulación del lenguaje oral, suficiencia y competencia velofaríngea, ventilación nasal, indemnidad de los nervios laríngeos recurrentes y laríngeo superior a través de la aducción y abducción de cuerdas vocales, indemnidad del componente motor branquial del nervio facial NVII , espinal XI e hipogloso XII) y se realizó la revisión de la evolución clínica de los pacientes de forma subjetiva (interrogatorio al paciente) y objetiva (Evaluación clínica y endoscópica) necesarias para llevar a cabo la investigación. Los datos se analizaron bajo el programa Excel 2010 y se presentan como frecuencia relativa porcentual, en tablas de doble entrada.

## Resultados

Se evaluaron los casos de 40 tal como se muestra en la figura 1, 22 masculinos (55 %) y 18 femeninas (45 %), con una edad promedio de 49,95 años. En virtud de que a 12 pacientes se le realizaron dos procedimientos en el mismo acto quirúrgico en total se derivaron 52 procedimientos.

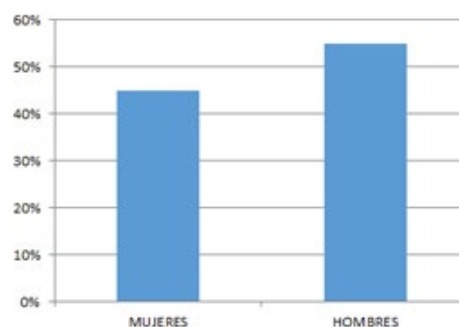
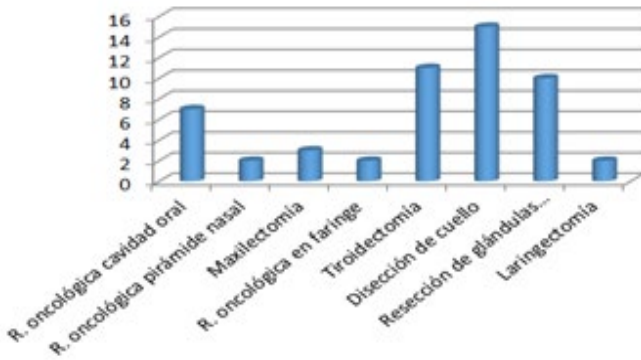


Figura 1. Distribución porcentual de la muestra por sexo

La tabla 1 muestra la distribución de frecuencia y número de pacientes según el diagnóstico. En la figura 2 encontramos la distribución de los procedimientos derivados de los pacientes; de tal manera se realizaron 7 resecciones oncológicas de tumores en cavidad oral (15 %), 2 resecciones oncológicas en pirámide nasal (5 %) y 3 resecciones oncológicas de tumores en senos paranasales (7,5 %), 2 resecciones oncológicas de

Tabla 1. Frecuencia de diagnósticos en la muestra.

Diagnóstico	Frecuencias de diagnóstico		Total
	Número de pacientes	Porcentaje (%)	
Tumor de cavidad oral	6	15	15
Tumor de pirámide nasal	2	5	20
Tumor de senos paranasales	3	7,5	37,5
Tumor faríngeo	2	5	42,5
Tumor laríngeo	2	5	47,5
Tumor tiroideo	11	27,5	65
Tumor cervical	4	10	75
Tumor parotídeo	5	12,5	87,5
Tumor Submaxilar	5	12,5	100



**Figura 2.** Distribución de pacientes por procedimiento.

tumores faríngeos (5 %), 2 resecciones oncológicas de tumores laríngeos (5 %), 11 tiroidectomías (27,5 %), 15 disecciones cervicales, 10 resecciones oncológicas de tumores de glándulas salivales mayores, de las cuales fueron 5 parotidectomía y 5 resecciones de glándulas submaxilar (25 %).

De los 6 pacientes con tumores en cavidad oral; 1 correspondía a carcinoma de células escamosas St IVb que ameritó radioquimioterapia concurrente y posterior cirugía de rescate; éste paciente previo a la cirugía presentó un deterioro importante de la función de la cavidad oral, siendo portador de una comunicación orocutánea y compromiso de la apertura y cierre oral (recuperada posterior a la cirugía, figura 3), fase I de la deglución y trastornos articulatorios del lenguaje oral. Los otros 5 pacientes correspondieron a carcinomas de células escamosas de lengua que condicionaron trastornos de la articulación de la palabra de los cuales sólo 1 paciente lo mantuvo en su control post operatorio. La función de la cavidad oral de todos éstos pacientes fue evaluada a través del examen físico. De éstos, dos pacientes presentaron eventualidades en el post operatorio; 1 de ellos con dificultad para la apertura oral y 1 con dificultad para articular el lenguaje oral.

Para las 2 paciente con tumores de la nariz externa la función de la ventilación nasal y separación de la corredera nasal, se encontraron indemnes en la evaluación pre quirúrgica, lo cual se logró mantener de forma óptima en los resultados post operatorios; una de las paciente correspondió a forma histológica de carcinoma anexial microquístico en quien por la histología se utilizó un método reconstructivo con un colgajo miofasciocutáneo de avance tipo keyton IV



**Figura 3.** Postoperatorio inmediato de cirugía de rescate dada por resección oncológica de carcinoma escamoso de reborde alveolar derecho, mandibulectomía, disección ganglionar selectiva I-III. Rotación de colgajo pectoral mayor de doble paleta cutánea. Se evidencia recuperación del cierre oral.

y la otra paciente a un carcinoma de células basales reconstruido por equipo de cirujanos plásticos a través de colgajo indiano y colgajo en isla. De los tres pacientes con tumores de senos paranasales que ameritaron maxilectomía llama la atención que los tres corresponden a tipos histológicos diferentes; un condrosarcoma nasal de bajo grado (33,33 %), un carcinoma de células escamosas de seno maxilar izquierdo (33,33 %) y un melanoma mucoso maxiloetmoidal izquierdo (33,33 %); los tres pacientes (100 %) mantuvieron las funciones paranasales postquirúrgicas; sin evidencia posterior de secreciones a través de los ostium de drenaje sugestivo de sinusopatías, por lo que mantuvieron buena ventilación nasal.

De los pacientes con tumores faríngeos; correspondía a carcinoma mucoepidermoide (50 %) y uno a paraganglioma faríngeo (50%); ambostenían trastornos de la función faríngea expresados en disfunción velofaríngea manteniendo funciones esfinteriana en la fase II y III de la deglución además de trismo. Los esfuerzos en estas cirugías adicionalmente a la resección oncológica buscan mantener la función velar que evite la regurgitación oro-nasal. En los resultados postquirúrgicos resaltó la competencia velofaríngea de ambos pacientes (100 %) mostradas a través de las evaluaciones endoscópicas. Para

lograr estos efectos se deben conocer previamente la disposición muscular y el tipo de cierre velofaríngeo a fin de aprovechar el mayor volumen muscular como garantía para preservar la función velar.

De los pacientes 2 pacientes con tumores laríngeos, ambos correspondían a carcinoma de células escamosas, que tuvieron trastornos de la función laríngea fonatoria dada por alteración de las cualidades psicoacústicas de la voz; en el postoperatorio inmediato y mediano se presentaron eufónicos, con funciones protectoras y deglutorias de la laringe conservadas; que se corroboraron a través de la nasofibrolaringoscopia y radiografía de tórax. De los 11 pacientes sometidos a tiroidectomías el 100 % presentaba conservación de ramas laríngea superior y laríngea recurrente del nervio vago que mantuvieron en el postoperatorio mediano y tardío. De las 15 disecciones cervicales practicadas, 12 correspondieron con disecciones selectivas (2 en nivel V, 3 en nivel II, 5 en niveles I-III, 2 en niveles II-IV) y 3 disecciones radicales, una de ellas extendida. De los pacientes con disecciones selectivas todos mantuvieron indemnidad de nervios espinal e hipogloso. De los 10 pacientes sometidos a resección oncológica de tumores de glándulas salivales mayores, 5 correspondieron a glándula parótida y 5 a glándula submaxilar; de las cuales solo dos pacientes (40 %) presentaron parálisis facial periférica grados I según escala de House Brackmann; de la cual se recuperaron en el post operatorio mediano.

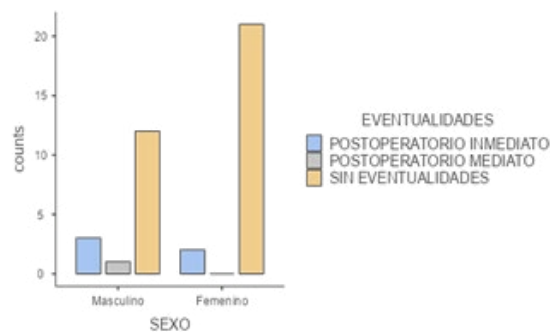


Figura 4. Relación entre sexo y presentación de eventualidades.

De esta manera se encontraron cuatro pacientes con presentación de eventualidades; dos posterior a resección de tumores en cavidad oral y 2 posterior a parotidectomía. La figura 4 muestra que la aparición de eventualidades ocurrió independientemente del sexo de los pacientes.

En cuanto a la relación entre el diagnóstico y la presentación de eventualidades, la figura 5 muestra la proporción para pacientes con tumores de cavidad oral que para pacientes con tumores de parótida. Como muestra la figura 6 los pacientes con presentación de eventualidades se encuentran distribuidos entre los 40 y 50 años.

No existe dependencia entre el tiempo de evolución del diagnóstico y la presentación de eventualidades, figura 7.

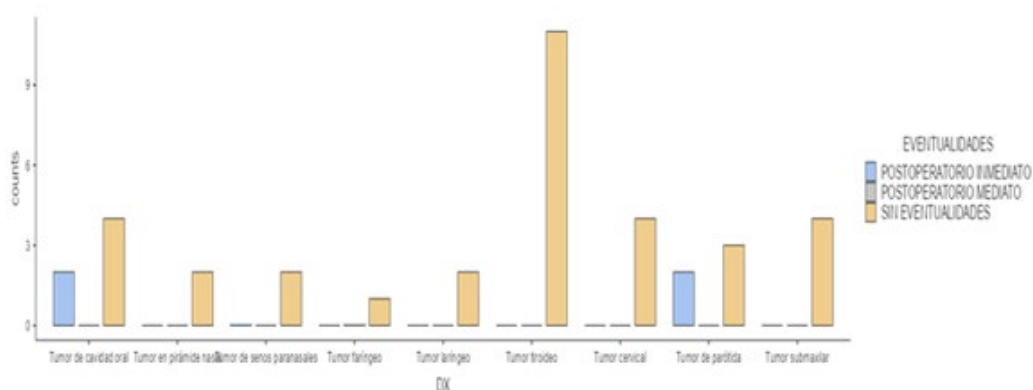


Figura 5. Relación entre el diagnóstico y presentación de eventualidades

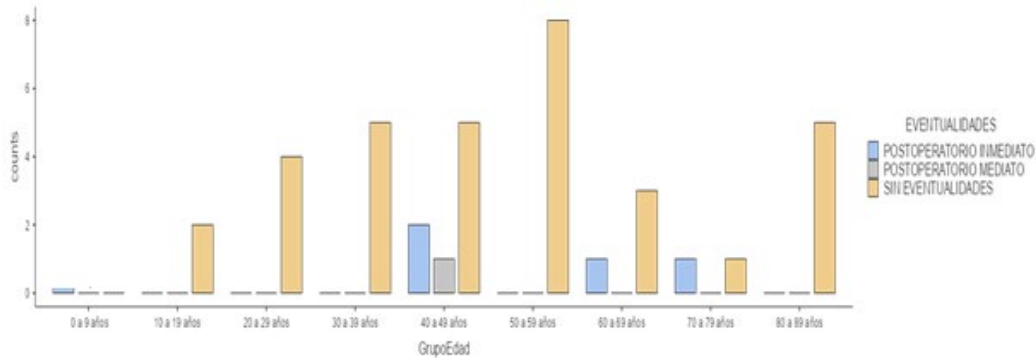


Figura 6. Relación entre edad y presentación de eventualidades.

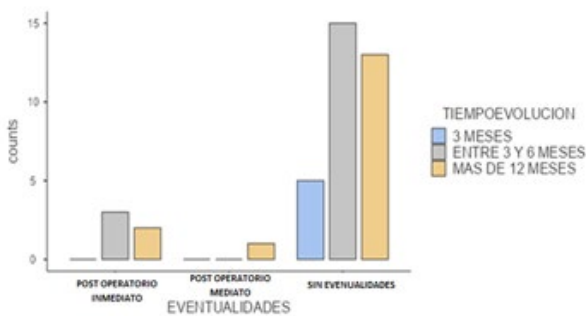


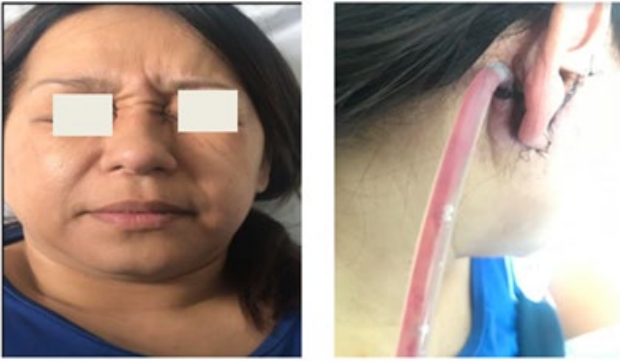
Figura 7. Relación entre tiempo de evolución de la enfermedad y la presentación de eventualidades.

## Discusión

Saavedra y colaboradores realizaron un estudio en 17 pacientes con carcinomas de labio superior determinando que posterior a la cirugía la calidad de vida no tuvo cambios significativos respecto al *estatus* prequirúrgico; por otra parte también reportaron que la evaluación clínica funcional del paciente se conservó en 94,1 %; a diferencia del presente trabajo que incluyó varias subsitios anatómico de cabeza y cuello y particularmente en labio se obtuvo 100% de resultados funcionales.<sup>12</sup>

Morales *et al.* en 2018 reportaron que post glosectomía total donde después de la reconstrucción el lenguaje y la deglución fueron satisfactorios en 82 % de los casos; resultado que los autores de esta investigación consideran muy satisfactorio ya que el 50% de las eventualidades presentes en los pacientes evaluados se ubicaron en resecciones de lengua obteniendo el 80 % de mantenimiento funcional en hemiglosectomías.<sup>12</sup>

Mijares, Núñez *et al.* si bien destacan los beneficios de la técnica de monitorización del nervio facial en parotidectomías, también refieren que dicha monitorización no reemplaza en ningún momento la experiencia y conocimientos del médico. En el presente estudio sólo se utilizó ésta asistencia en una tiroidectomía total debido al gran compromiso de la enfermedad en el cuello obteniéndose un resultado similar en los otros 10 pacientes a los que se les realizó tiroidectomía con preservación funcional sin neuromonitor.<sup>6</sup> En cuanto a la preservación de los nervios laríngeos recurrentes en tiroidectomías; Martínez Morán *et al.* describen como “fundamental” el conocimiento de la anatomía, campo quirúrgico exangüe, no extirpar el tiroides o el paratiroides antes de encontrar el nervio y las glándulas paratiroides, minuciosidad y la paciencia en la disección; actos que se realizaron a cabalidad en cada una de las tiroidectomías de esta investigación y que generó 100 % de indemnidad de dichos nervios posterior a tiroidectomías parciales y totales<sup>13</sup>. Respecto a la función laríngea Molina Gil *et al.* reportaron que en pacientes con resección de tumores faríngeos o laríngeos aproximadamente 40% de los casos de pacientes asintomáticos en el posoperatorio poseen algún grado de aspiración asintomática que no causa trastornos fisiológicos<sup>14</sup>, sin embargo, en nuestro trabajo se realizó estudio nasofibrolaringoscópico dinámico, el cual no evidenció de forma objetiva la penetración ni aspiración de secreciones hacia la vía aérea obteniendo un 100% de resultados funcionalmente satisfactorios. Aguirre *et al.*<sup>15</sup> en relación a la parálisis facial transitoria y permanente postparotidectomía describieron una incidencia de entre 8,8 % a 76 % y 0 % a 14 %, respectivamente. De 5 pacientes en esta investigación, 2 presentaron parálisis facial periférica transitoria



**Figura 8.** Paciente femenina en postoperatorio inmediato de parotidectomía derecha por carcinoma de células acinares.

(40 %) y ningún paciente presentó parálisis permanente (100 %) como la mostrada en la figura 8.

## Conclusiones

Las modalidades reconstructivas van desde el cierre primario hasta colgajos libres. Las eventualidades se presentaron entre pacientes con tumores de cavidad oral y pacientes con tumores de parótida. El 90% de los pacientes presentaron conservación funcional. Los mejores resultados oncológicos, y funcionales se traducen en una mejora en la calidad de vida de estos pacientes y en su reintegración a la vida social y laboral. Es importante contar con un equipo de cirujanos reconstructivos, discutir la técnica de reconstrucción privando los principios curativos y mantenimiento de función. El conocimiento de técnicas de reconstrucción debe ser parte del aprendizaje de otorrinolaringólogos, cirujanos de cabeza y cuello, oncólogos y todo el equipo que sea partícipe del tratamiento de estos pacientes, quienes además de realizar un tratamiento ablativo podrán brindar una opción reconstructiva funcional.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran sin conflicto de interés.

## Referencias

1. Sanabria A, Chala A, Ramírez A, Álvarez A. Anatomía Quirúrgica Cervical De Importancia En cirugía Tiroidea. *Rev Colomb Cir* 2014, 29, 50-58.
2. Wei FC, Yazar S, Lin CH, Cheng MH, Tsao CK, Chiang YC. Double free flaps in head and neck reconstruction. *Clin Plast Surg*. 2005;32(3):303-308.
3. Morales, C. Reconstrucción en cabeza y cuello: Un desafío en oncología. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2018; 78: 439-450.
4. García, G. Reflexiones ante dilemas bioéticos que surgen en la interacción cirujano paciente quirúrgico oncológico. *Rev Venez Oncol* 2016;28(1):68-75
5. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: Pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology consortium. *J Nat Cancer Inst*. 2007; 99:777-789.
6. Mijares Briñez A, Núñez JM, Suárez CM, Acevedo L, Bracamonte A. Monitoreo intraoperatorio del nervio facial en cirugía de parótida. *Rev Venez Oncol* 2021; 33(3):215-224.
7. Ibáñez M. Estudio anatómico e inmunohistoquímico asociado a los nervios laríngeos humanos [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona España. 2003.
8. Velandia C, León R, Mata JF. Factores clínicos, epidemiológicos y quirúrgicos de los tumores parafaríngeos. Análisis de datos es nuestra institución. *Rev Venez Oncol* 2019;31(3):165-174
9. Yanai C, Kikutani T, Adachi M, Thoren H, Suzuki M, Iizuka T. Functional outcome after total and subtotal glossectomy with free flap reconstruction. *Head Neck* 2008; 30: 909- 918.
10. Yu P, Hanasono MM, Skoracki RJ, et al. Pharyngoesophageal reconstruction with the anterolateral thigh flap after total laryngopharyngectomy. *Cancer* 2010; 116: 1718-1724.
11. Carpenteyro EU, Flores GEA, Sastré GH, Sastré ON. Reconstrucción de cabeza y cuello con colgajo miocutáneo de la porción vertical del trapecio. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2017; 62(3):221-226.
12. Saavedra, C. Resultados funcionales y estéticos de la técnica de Yotsuyanagi modificada, aplicada en pacientes con cáncer de piel en labio superior unilateral. *RCCP Vol. 22 núm. 1. Junio de 2016.*
13. Martínez Morán A, Martínez Vidal J, Padín Seara A. Riesgos y complicaciones en cirugía de las glándulas salivares mayores y tiroides y paratiroides. Sprekelsen MB, editor. *Riesgos y Complicaciones en la Cirugía ORL y de Cabeza y Cuello. Prevención y Tratamiento.* Badalona, Cataluña - España. E.U.R.O.M.E.D.I.C.E, Ediciones médicas, SL; 2008. P 281-299.
14. Molina Gil B, Guerra Blanco FJ, Gutierrez Fonseca R. Disfagia y aspiración. Sociedad española de otorrinolaringología y patología cervico-facial SEORL-PCF, editor. Madrid, España.2014. P. 2116.
15. Aguirre A, Vent ML. Tumores de la parótida. Tratamiento quirúrgico. *Rev Chil Cir* 2004; 56(1): 51-56