



LA OPERACIÓN COMANDO

Dr. Juan Carlos Valls Puig¹.

¹Especialista de Cirugía General y Cirugía Oncológica. Profesor Agregado. Jefe de la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología. Escuela Luís Razetti. Universidad Central de Venezuela. Cirujano Especialista Hospital Pérez de León 2 y Hospital Ortopédico Infantil.
Email: vallstru@hotmail.com

RESUMEN:

Se definen las operaciones combinadas como aquellas intervenciones quirúrgicas en las que se extirpa el órgano enfermo en conjunto con la disección de las cuencas ganglionares comprometidas. Dos sucesos históricos en el año 1941 determinaron la popularización del término “Comando” en las operaciones combinadas de cavidad oral. El primero relacionado con las acciones de los comandos ingleses en el desembarco en la ciudad de Dieppe y el segundo con la ejecución de este tipo de cirugías de manera regular y extendida en el *Hospital Memorial Center* de Nueva York. Los resultados superarían al uso de la radioterapia. El desarrollo del procedimiento ha requerido la incorporación de algunas modificaciones y el inicio de las cirugías reconstructivas cervicofaciales. Las operaciones tipo comando se enseñan y realizan con frecuencia en Venezuela según las indicaciones apropiadas. Numerosos miembros del equipo de cirujanos del Centro Médico de Caracas han colaborado en el desarrollo y difusión del procedimiento. **RCM 2022. 61;153(1): 22-31.**

Palabras clave: Operaciones combinadas, neoplasias cavidad oral, comando.

THE COMMAND OPERATION

ABSTRACT:

The combined operations are those surgical interventions associated with the extirpation of the pathological organ and the nodal basin lymph node dissection. Two historical events in the year 1941 determined the diffusion of the word “Command” in the combined operation of the oral cavity. The first related with the actions of the British commands in the Dieppe landing and the second with the performance of this kind of surgeries in a regular way and extended at the Memorial Center Hospital of New York. The results will overcome to the radiotherapy use. The procedure development has required the addition of some modifications and the beginning of the cervical facial reconstructive surgeries. The command surgeries are often taught and perform in Venezuela according to the appropriated indications. Several members of the surgeons team from Centro Medico de Caracas has collaborated in the development and diffusion of this procedure. **RCM 2022. 61;153(1): 22-31.**

Key words: Combined operations, neoplasm, oral cavity, command.

INTRODUCCIÓN

En el Primer Congreso Venezolano de Cirugía celebrado en Caracas a principios de la década de los cincuenta, Bernardo Guzmán Blanco definió las “Operaciones Combinadas”, como aquellas intervenciones en las cuales se extirpaba el órgano enfermo en conjunto con la disección radical de cuello (1). Tres años

después en el Tercer Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología también efectuado en la capital, expuso su ponencia titulada: “Vaciamiento radical de cuello”. En la misma, refirió la serie de oncología quirúrgica más numerosa reportada en el país hasta el momento, 160 linfadenectomías radicales cervicales por neoplasias de cavidad oral, tiroides, laringe, parótida, faringe. Destacó el nacimiento de un nuevo



procedimiento quirúrgico conocido como “Comando” en las operaciones combinadas de cavidad oral a inicios de los años cuarenta en el *Hospital Memorial Center* de Nueva York. El nombre del tipo de cirugía estaría relacionado con las acciones atrevidas, drásticas y radicales de los comandos ingleses liderados por Lord Louis Mountbatten durante la Segunda Guerra Mundial (2).

La operación comando o “*command*” en cirugía, es conocida como aquel procedimiento quirúrgico combinado para el tratamiento de neoplasias de cavidad oral que incluye la resección de la lesión, un segmento de mandíbula y se asocia con disección cervical de las cuencas ganglionares comprometidas. En ocasiones se acompaña de traqueostomía. Hoy en día están indicadas con intención curativa en las lesiones localmente avanzadas mayores de 4 cm o que comprometen la cortical del hueso, es decir con tamaño tumoral T3 y T4, según la clasificación TNM (3).

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 aparición de la “operación comando” en cirugía en correlación con los hechos históricos. Para una adecuada comprensión del tema es necesario precisar el desarrollo de los eventos durante la Segunda Guerra Mundial que permitió el uso del término “*command*” en el argot quirúrgico. Se finaliza con el desarrollo del tratamiento del cáncer de cavidad oral en Venezuela, la experiencia en la cátedra servicio donde labora el autor y la enseñanza de este procedimiento quirúrgico en el país.

ANTECEDENTES PREVIOS DE LAS OPERACIONES COMBINADAS EN CIRUGÍA

Previo al siglo XIX era reconocido que porciones de la lengua podían ser removidas por vía intraoral, sin embargo, para lesiones extensas era requerido otro tipo de acceso. Langenbeck enfatizó el valor de la ligadura de la arteria lingual para facilitar este tipo

de cirugías. Jaeger y Roux seccionaron la mandíbula en distintos puntos para lograr una mejor exposición a las neoplasias. Regnoli en 1838 uso un abordaje suprahioideo para acceder al piso de la boca (4).

El descubrimiento de la anestesia general, la antisepsia y los conceptos de diseminación linfática de los tumores malignos por parte del patólogo Virchow, permitió a cuatro cirujanos europeos Theodor Billroth, Theodor Kocher, Sir Henry Trentham Butlin y Eugene Polya el desarrollo de varias innovaciones quirúrgicas en el tratamiento de las neoplasias de cavidad oral (5,6). El primero modifico el trazo de Regnoli hasta el ángulo de la mandíbula para lograr una mayor exposición e introdujo la resección temporal de la mandíbula para facilitar la extirpación de la lesión, seguido de la recolocación del hueso con alambres en su posición original. (4). El segundo procedió a la remoción sistemática de los tumores de lengua en conexión con las adenopatías proximales clínicamente evidentes. Para tal fin describió la disección del triángulo submaxilar a través de algunas incisiones submandibulares (7,8).

Al tercero se atribuye el concepto de linfadenectomía cervical electiva. Refirió un incremento del 13% en la sobrevivida de los pacientes con cáncer lingual sin adenopatías palpables sometidos a extirpación profiláctica del tejido ganglionar a través del trazo submandibular de “Kocher” (9,10). Finalmente, el último publicó un manuscrito que demostraba el aparente compromiso del periostio de la mandíbula en el drenaje linfático del piso de la boca y la lengua. El énfasis en el tratamiento de los grupos ganglionares y su resección en conjunto con las neoplasias de cavidad oral despertó el interés para futuras investigaciones en las próximas décadas (4).

La primera disección radical de cuello se efectuó en 1888 por un cirujano polaco, Franciszek Jawdyński. El paciente evoluciono satisfactoriamente y sobrevivió siete años. El caso fue presentado seis semanas después en la Sociedad Medica de Varsovia y publicado en una revista polaca, la *Gazeta Lekarska* (11). George Washington Crile describió e ilustró la disección radical de cuello en dos publicaciones similares a principios del siglo XX. En ambos manuscritos señalo la ejecución



de más de un centenar de linfadenectomías. Adopto el concepto reportado por William Halsted, de incluir todos los ganglios linfáticos durante las mastectomías en el cáncer de mama. Se enmarcaba en el denominado, método de Crile que incluía, anestesia por intubación, vigilancia de la presión sanguínea, uso de pinzas hemostáticas sobre las arterias y disección en bloque de todos los niveles ganglionares de drenaje cervical, incluido el músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna. Dieciocho pacientes presentaron neoplasias en cavidad oral. Para el abordaje apropiado al piso de la boca indicó la sección de la mandíbula, seguido de la remoción en conjunto de la neoplasia con la cuenca ganglionar respectiva (12,13). Demostró con sus resultados, la efectividad del procedimiento en controlar la enfermedad cervical ganglionar. Señalo una mortalidad operatoria del 13 % (7,14).

Un hito histórico que influiría en el tratamiento de las neoplasias de cabeza y cuello, se relaciona con las investigaciones a finales del siglo XIX acerca de ciertos rayos capaces de atravesar los tejidos blandos por parte de Wilhelm Konrad Roentgen, los denominó "Rayos X". Seguidamente Marie Curie descubre el radium y algunos como George E. Pfahler, Coutard, Stevenson, entre otros aplicaron el tratamiento radiante en tumores cervicales con resultados satisfactorios para la época. Con el progreso de las radiaciones, los procedimientos quirúrgicos perdieron ascendencia en el tratamiento de las neoplasias de cabeza y cuello. En las tres primeras décadas del siglo pasado, la radioterapia domino el manejo terapéutico de las neoplasias malignas cérvicofaciales (15,16).

LA RETIRADA DE DUNKERQUE

La mañana del 1 de septiembre de 1939, las tropas alemanas iniciaron la Segunda Guerra Mundial con la invasión de Polonia. Adolf Hitler utilizó su nueva táctica militar de *blitzkrieg*, guerra relámpago, enviando sus blindados y fuerzas aéreas con apabullante rapidez y capacidad de destrucción contra las tropas que lo enfrentaban (17).

Durante el inicio del verano en 1940, los Aliados se enfrentaron contra el ejército alemán pero fueron derrotadas en Francia y Bélgica. Las tropas expedicionarias británicas fueron retiradas de regreso al Reino Unido con el apoyo del ejército francés en nueve días, a través de la ciudad portuaria de Dunkerque en la costa del Canal de la Mancha (18).

Inglaterra debía organizar del mejor modo posible su derrotado ejército y su precaria fuerza aérea para resistir la próxima y previsible fase de agresión nazi, la invasión del Reino Unido. Aunque la existencia de armas, equipos y hombres adiestrados eran insuficientes para afrontar la defensa de la nación, algunas personas incluidas el Primer Ministro Winston Churchill consideraban la posibilidad de acciones ofensivas inmediatas (19).

Estos ataques dirigidos al enemigo se ejecutarían a menor escala, en forma de incursiones. Las operaciones ofensivas inicialmente corresponderían a la costa ocupada por los nazis, que se extendía a lo largo del canal de la Mancha y la franja costera de Dinamarca hasta el extremo de Noruega en el círculo Ártico (19).

LOS COMANDOS INGLESES

El área de acción y los tipos de operaciones determinaron que la organización de estas incursiones debía contar con la participación de unidades selectas combinadas de todas las fuerzas disponibles, soldados, marinos y aviadores. Surgió el vocablo "Comando" proveniente de las guerrillas en Sudáfrica que desafiaron al ejército británico durante la Guerra de los Boers entre 1899 y 1902 (19).

Estas nuevas unidades debían contar con individuos jóvenes, con el equipo apropiado, los medios de transporte idóneos y con entrenamiento en operaciones combinadas tanto terrestres como marítimas. Se distinguirían por la boina verde. En menos de un mes de conformados iniciaron la primeras incursiones y ataques contra guarniciones nazis en la costa francesa. La acción se ejecutó en lanchas rápidas y con apoyo de la fuerza aérea (20).

LORD LOUIS MOUNTBATTEN

El 27 de Octubre de 1941, el Primer Ministro Winston Churchill nombraría al miembro de la realeza y almirante Lord Louis Mountbatten como el nuevo director de las operaciones combinadas. Un individuo de energía ilimitada, inteligente y determinado en la realización de sus propósitos (21).

A continuación, un extracto de las órdenes del Primer Ministro al nuevo director de las operaciones especiales en relación a las acciones a ejecutar: “Continuara con las incursiones de comandos en las costas ocupadas de Europa...Debe hacer los arreglos para reunir soldados, marinos y pilotos, colocarlos en bases de entrenamiento, enseñarles a operar como una fuerza. Usted debe idear las nuevas técnicas, usted debe diseñar barcasas de desembarco, el equipo y los accesorios necesarios para la invasión...” (21).

LA CIUDAD DE DIEPPE

La mayor operación combinada llevada a cabo por los comandos ingleses fue ejecutada en la ciudad portuaria francesa de Dieppe. Tuvo lugar el 18 de Agosto de 1942, el objetivo inicial de estas unidades era la destrucción de algunas baterías alemanas de defensa de la costa, seguido del desembarco de tropas británicas para la captura de la ciudad por un periodo corto. Conto con la participación de unidades del ejército, la marina y la fuerza aérea británica (19).

La acción ofensiva permitiría evaluar la potencia de la muralla occidental de Hitler y la capacidad aliada de conquista de puertos para un futuro desembarco. Aunque la operación no resulto exitosa, demostró la audacia y determinación de los comandos en la ejecución de sus acciones. Permitió a los Aliados la planificación adecuada del futuro desembarco en Normandía que se realizaría dos años después en el denominado “Día D” (19) (Figura 1).



Figura 1. Operación combinada a la ciudad portuaria de Dieppe (19,20). a) La geografía de aquella región estaba caracterizada por la presencia de altos acantilados que debían ser ascendidos para llegar a las baterías de defensa. b) Los pertrechos de los comandos estarían conformados por equipos de rapel, de demolición y de comunicación, así como fusiles de asalto del tipo Sten Mk II. c) Los botes y barcasas de desembarco serian de especial utilidad en el desembarco. d) La incursión conto con la participación de unidades de la marina y pilotos de la aviación. Los objetivos se encontraban dentro del área de acción de los cazas y bombarderos para brindar cobertura aérea. e) La detección temprana de la intervención por los faros y las patrullas enemigas representaron algunos de los desafíos a enfrentar para no perder el elemento sorpresa. Fuente: Esquema propio elaborado por el autor.

HOSPITAL MEMORIAL CENTER DE NUEVA YORK

A finales de los años treinta, algunos cirujanos norteamericanos redefinirían el tratamiento quirúrgico en las neoplasias cervicofaciales. Hayes Martin un radioterapeuta y cirujano del servicio de cabeza y cuello del *Hospital Memorial Center* de Nueva York, constató el escaso alcance del tratamiento radiante en los pacientes con cáncer de la vía aéreodigestiva superior y lentamente lo abandona. Se convirtió en un proponente de la cirugía radical (16, 22). Otro cirujano desde la misma institución, George Pack, invocaría el principio de resección del órgano enfermo en continuidad con estructuras cercanas y los sitios de drenaje linfático regional, estos últimos sin separarlos del órgano a extirpar (1, 9).

El descubrimiento de los nuevos antibióticos, el uso masivo de transfusiones sanguíneas y los adelantos en anestesiología, permitieron iniciar una nueva era en el tratamiento de las neoplasias de cabeza y cuello en la escuela de Martin (16, 23). Se iniciaron las primeras resecciones de la mandíbula a través de incisiones submandibulares, combinadas con disecciones cervicales radicales para tumores de cavidad oral. Al inicio de la década de los cuarenta, el labio inferior era seccionado en la línea media para neoplasias del reborde alveolar, seguidamente se desarrollaban colgajos de mejilla que eran rechazados hacia los lados para poder acceder al tumor primario. Gradualmente la indicación de este tipo de cirugía se extendió a lesiones de la mucosa yugal, piso de la boca, lengua y orofaringe. Este tipo de intervenciones se acompañó de mejores tasas de éxito curativo, más adelante se incluyó otros órganos como la laringe e hipofaringe (24).

LAS OPERACIONES COMBINADAS

Según Hayes Martin, la resección de neoplasias de cavidad oral, que incluían un segmento de la mandíbula combinada con disección radical de cuello, ligadura de la carótida externa y traqueostomía en la misma

cirugía, se ejecutaba de manera regular y extendida en su servicio durante el año 1942. El mismo año en que los Comandos Aliados incursionaron en la ciudad portuaria de Dieppe. La palabra original en inglés “*Command*” permitía simplificar la identificación de las largas cirugías descritas como “*Combined mandibulectomy and neck dissection*” de manera corta y reproducible en las notas operatorias y en las estadísticas hospitalarias. El término haría referencia a la operación combinada mencionada inicialmente en el párrafo (Figura 2a). El *staff* de cirujanos del servicio de cabeza y cuello comenzó a reseñar rutinariamente las intervenciones como comandos de lengua, de piso de boca, etc. Lo conveniente del término disfrutaba además del mérito cronológico e histórico que poseía (24).

Frazell & Lucas de la misma escuela de Martin señalaron que la cirugía ofrecía mejores resultados que la radioterapia. Además que no era necesaria la ligadura sistemática de la arteria carótida externa en todos los procedimientos (25). Otros cirujanos como Louis Byars, William Mc Fee, reproducirían este tipo de intervenciones en otras instituciones, también con mejores resultados al compararlos con el tratamiento radiante (26, 27). Varios conceptos desarrollados desde finales de la década de los cincuenta hasta los años setenta rediseñaron la técnica quirúrgica de las

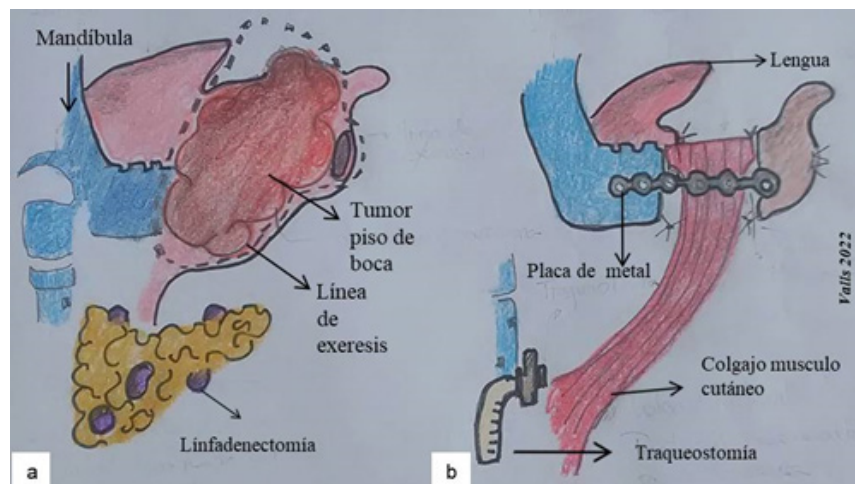


Figura 2. Esquema de la Operación Comando. a) Resección segmentaria del cuerpo lateral de la mandíbula combinada con linfadenectomía cervical por un tumor del piso de la boca. b) Reconstrucción del área de defecto con colgajo musculocutáneo, colocación de placa de metal para restablecer la continuidad de la mandíbula y traqueostomía.

Fuente: Esquema propio elaborado por el autor.



operaciones tipo comando. Algunos investigadores cuestionaron la afirmación de la relación entre el compromiso del periostio de la mandíbula y las adenopatías metastásicas. La diseminación de la neoplasia a través de los linfáticos periostiales era inexistente, a menos que el hueso estuviera clínicamente fijo. El periostio actuaría como barrera para la propagación (28). De esta manera surgiría el concepto de las resecciones preservadoras de la mandíbula.

Marchetta & col. mostraron que si existía tejido clínicamente normal entre el tumor y la mandíbula, no habría compromiso microscópico (29). La extirpación de un segmento óseo estaría indicado solo si clínicamente o radiológicamente estuviese involucrado. Una resección marginal de la mandíbula permitiría un margen adecuado en los casos de neoplasias cercanas al hueso, sin alterar la continuidad ósea. El control local de las resecciones marginales es comparable a las de un segmento (28). Ward G & Robben J reportaron la extirpación en un bloque de la neoplasia en cavidad oral en conjunto con la linfadenectomía cervical, sin incluir ninguna porción de la mandíbula. La intervención sería conocida como “Pull-Trough” (30).

Hayes Martin recomendó la incisión en doble “Y” o doble trifurcada para las operaciones combinadas tipo comando. Destacó su adecuada exposición y capacidad de extensión (Figura 3a) (31). Sin embargo, algunos trazos quirúrgicos fueron diseñados para brindar una cobertura más apropiada a la bifurcación de la arteria carótida, para prevenir el estallido de la arteria carótida mediante un colgajo bien irrigado. Lentamente se abandonó la incisión de Martin (32).

El primer abordaje diseñado para la cobertura apropiada de los vasos cervicales, alejando la rama vertical de la bifurcación carotídea, corresponde al Gran Colgajo Anterior descrito por Schobinger en 1957 (33). John Conley, reportó una modificación, caracterizada por una segunda incisión del ápex del colgajo a la apófisis mastoides (34). Son también conocidos como en forma de “boomerang” y ofrecen una adecuada exposición para las operaciones tipo comando (Figura 3b y 3c).

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 (35). Aunque el ganglio centinela ha demostrado su utilidad como guía para determinar la necesidad de realizar la linfadenectomía en neoplasias de varias regiones corporales, su uso en cavidad oral aun esta por precisarse (36, 37). Otro aspecto importante en la indicación apropiada del tratamiento y el pronóstico del paciente vino representado por la incorporación de la clasificación TNM en el diagnóstico de las neoplasias (38).

LAS RECONSTRUCCIONES INMEDIATAS

Ambas guerras mundiales permitieron el desarrollo del nacimiento de la cirugía plástica. Se ejecutaron las primeras reconstrucciones en heridas por metralla. Las técnicas de los injertos y los colgajos evolucionaron

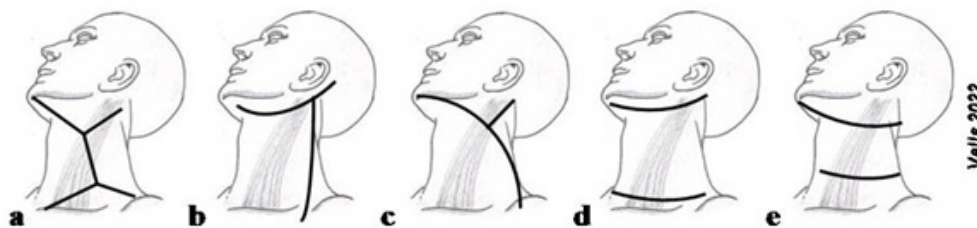


Figura 3. Incisiones históricas para la realización de operaciones comando (31). a) Doble “Y” o de Hayes Martin. b) Gran Colgajo Anterior o de Schobinger. c) Conley. d) Doble de Garriga. e) Mc Fee. Fuente: Elaboración propia por el autor.



para cubrir las estructuras perdidas en las lesiones cervicofaciales (39). Producto de su experiencia en la Gran Guerra, Vilray Papin Blair introdujo los colgajos regionales (16).

Las dificultades para el cierre de las extensas aéreas de defecto posterior a las operaciones combinadas de cavidad oral, determinó el inicio de la era de la reconstrucción inmediata cervicofacial. Los colgajos deltopectoriales y del pectoral mayor, descritos por Bakamjian de Buffalo y Stephen Ariyan en Yale respectivamente, representaron las primeras opciones (Figura 2b) (40). Seguidamente, los colgajos microvasculares libres permitieron menor deformidad en el sitio donante y receptor. Han facilitado la utilización de colgajos con hueso para la reconstrucción de la mandíbula (3, 41).

EXPERIENCIA EN VENEZUELA

Luis Razetti indicó que la vía de abordaje natural era la ideal para las neoplasias de cavidad oral limitadas a la punta o los bordes. Para aquellas con invasión del piso de la boca o con presencia de adenopatías, era necesario la realización de una brecha artificial. Recomendó la vía suprahiodea de Regnoli-Billroth como una de las que ofrece el mejor campo operatorio. En un paciente con un tumor extenso de cavidad oral procedió a ejecutar una traqueotomía, la ligadura de la arteria carótida y extirpo toda la neoplasia visible incluida la lengua, el piso de la boca, los ganglios linfáticos de la región, la amígdala ipsilateral y parte del velo del paladar. La cavidad fue rellenada con una cura iodoformada que se renovaba todos los días con buena evolución (42). Otras intervenciones similares serían reportadas hasta 1918 (43).

La radioterapia fue señalada como la principal modalidad de tratamiento para el cáncer de lengua y del piso de la boca por L. Sojo & L. Payares, durante la década de los treinta en correlación con el tipo de terapéutica aplicada en la literatura internacional (44). La primera disección radical de cuello en Venezuela se otorga al Dr. Hermógenes Rivero, quien la realizó

a finales del decenio mencionado en el Instituto de Oncología “Luís Razetti” (2,13).

Bernardo Guzmán Blanco en el último congreso mencionado, indicó haber formado parte del grupo de médicos del *Hospital Memorial Center* de Nueva York que decidieron bautizar la intervención como “Comando”. Justificó su ejecución tanto de manera curativa como paliativa, e indicó apoyarse en la cirugía plástica reconstructiva para la corrección de los defectos. Refirió la realización de treinta y seis intervenciones de este tipo (2,45). En el Servicio de Oncología del Hospital Vargas, Alejandro Calvo Laird comunicó la realización de algunas operaciones comando para neoplasias de cavidad oral (46).

En 1947 el Centro Médico de Caracas inició sus actividades en una moderna edificación en la urbanización de San Bernardino. Algunos de sus galenos como Armando Márquez Reverón, Esteban Garriga Michelena, Esteban Garriga García y Edgar Brito aportarían innovaciones en el desarrollo del procedimiento o contribuirían en la difusión de sus indicaciones y técnica.

La incisión de Schobinger fue popularizada en nuestro medio por Armando Márquez Reverón, también formado en la escuela de Hayes Martin (47). Esteban Garriga Michelena en Caracas y William MacFee en Nueva York, publicaron su doble incisión transversa con un colgajo central en forma de puente, durante el año 1960. Más ancho en el primero que en el segundo, movilizable hacia arriba y abajo. Ambas recomendadas para el abordaje externo de la cavidad oral (Figura 3d y 3e) (32).

Esteban Garriga Michelena también usó una malla metálica para el cierre del defecto operatorio consecutivo a la resección de la mandíbula y publicó su trabajo en una importante revista francesa (48). Troconis Elorga y Alberto Pérez Morell han publicado artículos elaborados en los hospitales oncológicos sobre procedimientos de reconstrucción de defectos en cabeza y cuello que incluyen colgajos locales, deltopectoriales y microquirúrgicos (49, 50). En las siguientes décadas Oscar Rodríguez Griman, Carlos Pacheco, entre otros,



Figura 4. Distintas operaciones combinadas ejecutadas en tumores de cavidad oral. a) Comando por neoplasia de piso de boca. Disección cervical selectiva de los niveles I-III. b) Pieza quirúrgica del anterior en continuidad con la linfadenectomía. c-d) Comando de reborde alveolar. Linfadenectomía selectiva bilateral. e) Resección marginal de maxilar inferior por lesión de mucosa yugal. f) Disección cervical selectiva. Fuente: Imágenes propias del autor.

reportaron desde varias instituciones su experiencia en operaciones combinadas (14,51).

En el Hospital Universitario de Caracas, el equipo de cirujanos ha ejecutado algunos procedimientos de extirpación de neoplasias de la cavidad oral asociados con disección cervical. Con o sin traqueostomía, se han realizado algunas de las modificaciones descritas, como las resecciones marginales de mandíbula (52) (Figura 4a-f).

En conjunto con el servicio de cirugía plástica se han realizado diversos procedimientos reconstructivos. Colocación de placas de metal para restablecer la continuidad de la mandíbula, seguido de la rotación de colgajos musculocutáneos (Figura 5a- e).

LA ENSEÑANZA DEL PROCEDIMIENTO EN EL NUEVO MILENIO

Desde principios del nuevo milenio, la operación tipo comando se reproduce y enseña a los estudiantes de postgrado en los servicios de cabeza y cuello de los hospitales oncológicos, de cirugía y otorrinolaringología de distintos centros nacionales (51). La grave situación sanitaria que atraviesa el país asociada a múltiples causas, ha mermado la capacidad de realización de estos procedimientos (52). Parangonando las palabras del último Papa Magno, la evolución del procedimiento implicó una reconquista cada día, entre fatigas y cansancios; salir al encuentro de las necesidades de los enfermos, iniciando caminos allí donde más urgentes eran las necesidades (53).

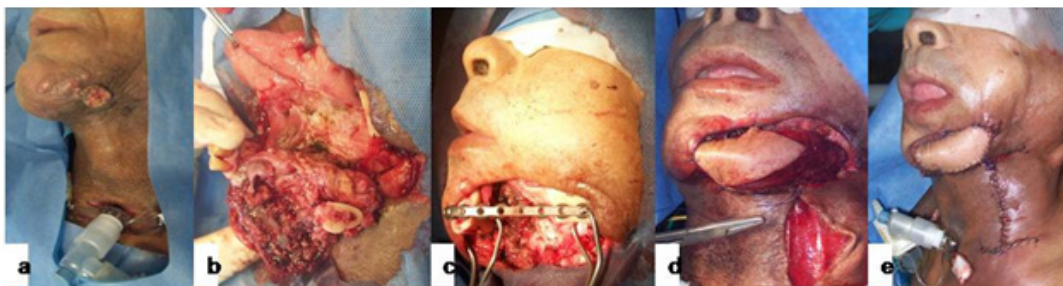


Figura 5. Operación combinada tipo comando para extensa neoplasia de piso de boca. a) Aspecto inicial de la lesión. Se realizó traqueostomía previa. b) Resección del cuerpo lateral derecho de la mandíbula. c) Se emplazó placa de metal sobre la mandíbula. d) Rotación de colgajo musculocutáneo pectoral para cubrir el área de defecto. e) Resultado final de la reconstrucción. Fuente: Imágenes propias del autor.



Varios libros digitales sobre cirugía oncológica de cabeza y cuello, elaborados por Esteban Garriga García & Edgar Brito, ofrecen un enfoque práctico con el abordaje diagnóstico, las indicaciones de acuerdo al TNM e ilustraciones de cada uno de los pasos de la intervención quirúrgica. Un gran esfuerzo realizado por galenos venezolanos para la literatura nacional e internacional (54,55).

CONCLUSIÓN

A principios de la década de los años cuarenta, las acciones de los comandos ingleses en el desembarco en el puerto de Dieppe y la ejecución de operaciones combinadas en cavidad oral, de manera regular y extendida en el Hospital Memorial Center de Nueva York, determinarían la redefinición del término de este tipo de intervenciones quirúrgicas. El desarrollo del procedimiento ha requerido la incorporación de algunas modificaciones y el inicio de las cirugías reconstructivas cervicofaciales. Numerosos miembros del equipo de cirujanos del Centro Médico de Caracas han colaborado en el desarrollo y difusión del procedimiento.

AGRADECIMIENTOS

A la licenciada Mary Cruz Lema de Valls y al personal de las bibliotecas del Instituto de Medicina Experimental, Franz Conde Jahn en la Cátedra Servicio ORL del Hospital Universitario de Caracas y del Centro Médico de Caracas en San Bernardino por su colaboración y trabajo en el proceso editorial de esta publicación.

REFERENCIAS

1. Guzmán Blanco, Bernardo. Cáncer de laringe. Proveniente de las Memorias del I Congreso Venezolano de Cirugía. 1951; Estado Sucre, Venezuela: 448-462.
2. Guzman B, Erminy A. Vaciamiento radical de cuello. Proveniente de Memorias del III Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología; 1954 Sept 21-24: Caracas, Venezuela.

3. Campana J, Meyers A. The surgical management of oral cancer. *Oto Clin N Am.* 2006; 39: 331-348.
4. Conley J, Vonfraenkel P. Historical aspect of head and neck surgery. *Ann Oto Rhinol Laryngol.* 1956; 65(3): 643-655.
5. Myers E. Surgery of the head and neck. *Int J Head & Neck Sci.* 2017; 1(1): 1-4.
6. Fisher B. Biological research in the evolution of cancer surgery. *Cancer Res.* 2008 ;68 (24) : 10007-10020.
7. Ferlito A, Rinaldo A, Robbins T. Neck dissection: past, present and future?. *J Lar & Otol.* 2006;120:87-92.
8. Ferlito A, Rinaldo A, Silver C, Shah J, Suarez C. Neck dissection: Then and now. *Auris Nasus Larinx.* 2006; 33: 365-374.
9. Subramanian S, Chiesa F, Lyubaev V. The evolution of surgery in the management of neck metastases. *Act Otorhin Ital.* 2006; 26: 309-316.
10. Rinaldo J, Ferlito A, Silver C. Early history of neck dissection. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008;265: 1535-1538.
11. Ferlito A, Johnson J, Rinaldo A, Pratt L, Fagan J, Weir N. European surgeons were the first to perform neck dissection. *Laryngoscope* 2007;117: 797-802.
12. Rodríguez Griman O. Disección de cuello. Evolución histórica. *Gac Med Caracas.* 2005; 113(4):544-551.
13. Patel K. Neck Dissection: Past, Present, Future. *Surg Oncol Clin North Am.* 2005; 14: 461-477.
14. Valls J. Evolución de las disecciones de cuello en Venezuela. *Gac Med Car.* 2019;127(4):324-338.
15. Garriga E, Porras MV, Hernandez G, Sanchez A. Cáncer de la Laringe. *Boletín Sociedad Venezolana Cirugía.* 1964; 18 (II):1123-1171.
16. Mc Gurk M. Head and neck cancer and its treatment. *Brit J Oral Max Surg.* 2000; 38:209-220.
17. 365 días que cambiaron el mundo. Primera edición. 2013. Ediciones Planeta, Madrid.
18. Crónica del siglo XX. En: Plaza & Janés, editores. Primera edición. Barcelona; 1999:92-122.
19. Young P. Comando. 1era Edición. Editorial San Martin. 1975.
20. Cowley R. Coast. En: Battlegrounds. Geography and the history of warfare. Editor: Stephenson M. First edition. 2003. Nat Geo. Washington, DC.; 113.
21. Conolly S. El desembarco del Día D. 1era edición. México. Editorial Trillas. 2014. P 8-9.



22. Martin H, Sugarbaker E. cancer of the floor of the mouth. *Sur Gyn Obst.* 1940; 71: 341-359.
23. Rodríguez C. Premio Luis Razetti. *Bol Inst Oncol Luis Razetti.* 1961; IV (6): 186-190.
24. Martin H. Basic principles. En: Martin H. *Surgery of Head and Neck Tumors.* 1st edition. Hoeber Harper Book; 1957: 3-13.
25. Frazell E, Lucas J. Cancer of the tongue. *Cancer.* 1962; 15: 1085-1099.
26. Byars L. Extent of mandibular resection required for treatment of oral cancer. *Arch Surg.* 1955; 70: 914-922.
27. Mc Fee W. Carcinoma of the floor of the mouth. *Ann Surg.* 1959; 149 (2): 172-187.
28. Myers E, Johnson J. Cancer of the oral cavity. In: Myers E, Suen J. Editors. *Cancer of the Head and Neck.* Third Edition. W.B. Saunders Company; 1996: 321-360.
29. Marchetta FC, Sako K, Murphy J. The periostium of the mandible and intraoral carcinoma. *Am J Surg.* 1971; 122: 711-713.
30. Ward G, Robben J. A composite operation for radical neck dissection and removal of cancer of the mouth. *Cancer.* 1951; Jan: 98-109.
31. Martín HE, Del Valle B, Ehrlich H. Neck dissection. *Cancer* 1951; 4: 441-449.
32. Valls J, Lema MC. Historia de las incisiones cervicofaciales en cirugía oncológica. *Rev Soc Ven Hist Med.* 2018; 67 (1-2).
33. Schobinger R. The use of a long anterior skin flap in radical neck resections. *Ann Surg* 1957; 146: 221-223.
34. Babcock W, Conley J. Neck Incision in Block Dissection. *Arch Otolaryng* 1966: 84; 554-557.
35. 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).
36. Rigual N, Wiseman S. Neck dissection: current concepts and future directions. *Surg Oncol Clin N Am.* 2004;13: 151-166.
37. El-Sayed I. Sentinel lymph node biopsy in head and neck cancer. *Oto Clin N Ame.* 2005; 38.
38. Piccirillo J, Pugliano F. Evaluation, classification and Staging. In: Myers E, Suen J. Editors. *Cancer of the Head and Neck.* Third Edition. W.B. Saunders Company; 1996: 33-48.
39. Converse J. Cirugía Plástica: el siglo XX. *Clin Quir N Am.* 1967; Abril: 261-278.
40. Myers E. The evolution of head and neck surgery. *Laryngoscope.* 1996; 106 (Aug): 929.
41. Garriga García E, Brito E. Avances en oncología: cabeza y cuello. *Rev Cen Med Car.* 2006; 51 (1-2): 28-37.
42. Razetti L. De los epitelomas de la boca y su tratamiento. *Gac Med Car.* 1896; IV(1): 3-5.
43. Razetti L. 1000 operaciones ejecutadas en el servicio de clínica quirúrgica del Hospital Vargas. *Gac Med Car.* 1918; XXV (9) : 89.
44. Landaeta Sojo T, Landaeta Payares H. Tratamiento del cáncer de la lengua y del piso de la boca. *Rev Pol Car.* 1936; 27(abril): 1819-1828.
45. Valls J. Aportes a la cirugía de cabeza y cuello del Dr. Bernardo Guzman Blanco. *Rev Centro Med Car.* 2021 ; 60 (152) : 45-51.
46. Calvo A, Merenfiel R. Algunas consideraciones sobre la cirugía de los tumores de la cabeza y cuello. Proveniente de las Memorias del 1er Congreso Venezolano de Cirugía. 1951; Estado Sucre, Venezuela: 442-443.
47. Marquez A. El uso de un gran colgajo anterior o incisión de Schobinger. *Acta Onc Ven.* 1969; II: 81-84.
48. Garriga M E. Dr. Esteban Garriga Michelena. Una vida dedicada a la ciencia y al ser humano. *Rev Centro Med Caracas.* 2020; 149 (1).
49. Troconis J. Reconstrucciones masivas en la cirugía de cabeza y cuello. *Acta Onc.* 1974; (4).
50. 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.
51. Valls J. Desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela. *Gac Med Caracas.* 2020; 2: 159-178.
52. Valls J. Alternativas quirúrgicas en la cirugía de cabeza y cuello. *Rev Fac Med.* 2022; 45(1):85-98.
53. Juan Pablo II. Carta Encíclica, El Evangelio de la Vida. Ediciones Tripode. 1995: 102.
54. Garriga García E, Brito E. Tumores de cabeza y cuello. Un enfoque práctico. [Internet] Disponible en: https://www.academia.edu/36496236/Tumores_de_Cabeza_y_Cuello_Tumores_de_Cabeza_y_Cuello.
55. Garriga García E, Brito E. Tumores de Cabeza y Cuello. Atlas Fotográfico [Internet]. 2014: 10-94. Disponible en: <http://www.tumoresdecabeyacuelloatlas.blogspot.com-,url.55>).