

153

centro médico

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Deposito Legal ppi 201302DC4727

Editorial

Año 2022 todo es Futuro

Dr. Jon Barriola..... 3

Video endoscopia laringea 70 grados (VEL70)

Dr. Hugo Rosillo, Dr. Alfredo Vetencourt,
Dra. Emir Sogbe. 5

Cirugía global de quemaduras en las Américas

Dr. Ramón L. Zapata-Sirvent 9

Tumor *phylloides* *bordeline* y carcinoma ductal *in situ* de la mama. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Gabriel Pérez Díaz, Dr. Rafael Delgado Morales,
Dr. Gustavo Parthe, Dr. Carlos Velandia..... 15

La operación comando

Dr. Juan Carlos Valls Puig..... 22

Ilustración Médica - Masas patológicas de la región cervical

Dr. Oscar Colina C..... 32

In Memoriam..... 34

Normas para la publicación en la
Revista Centro Médico..... 35



centro
médico
de caracas

número 1

2022



centro médico de caracas

Volumen 61
153, N°1
Año 2022

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación biológica y clínica. Publicada semestralmente por la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Dirección: Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas. Av. Juan de Villega, Edif. San Bernardo, Anexo A del Centro Médico de Caracas. Telef. (+58-212) 555-9242 - 555-9190
revistacentromedico.org

ISSN: 2477-9504

Depósito Legal: ppi 201302DC4727

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Junta Directiva de la C.A Centro Médico de Caracas

Presidente

Dr. Jon A. Barriola

Vicepresidente

Dr. José Luis López

Tesorera

Dra. Eleonora Garcia

Secretario

Dr. Ricardo Tobio

Director General del Hospital

Dr. José Alberto Blondet

Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas período 2020-2022

Presidente:

Dra. María Fátima De Abreu

Vicepresidente:

Dr. Carlos Sánchez Valenciano

Secretario:

Dr. Saverio Santucci

Tesorero:

Dra. Laura Sánchez Traslaviña

Vocal:

Dr. Aldo Stamile

Director – Editor de la Revista Centro Médico de Caracas

Dr. Oscar Colina

Comité Editorial

Dr. Oscar Colina

Dr. Michelangelo Ricciardelli

Dr. Fernando Godayol

Dr. Ricardo Tobio

Dra. María Fátima De Abreu

Dra. Adriana Pizarro

Dr. Jaime Krivoy

Dr. Ezequiel Trejo

Dr. Aldo Stamile

Dr. Saverio Santucci

Dr. Luis Alfonso Colmenares

Lic. Raquel Colina H



Contenido

Editorial

Año 2022 todo es Futuro

Dr. Jon Barriola..... 3

Video endoscopia laringea 70 grados (VEL70)

Dr. Hugo Rosillo, Dr. Alfredo Vetencourt, Dra. Emir Sogbe..... 4

Cirugía global de quemaduras en las Américas

Dr. Ramón L. Zapata-Sirvent 9

Tumor *phyllodes* *bordeline* y carcinoma ductal *in situ* de la mama.

Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Gabriel Pérez Díaz, Dr. Rafael Delgado Morales, Dr. Gustavo Parthe, Dr. Carlos Velandia..... 15

La operación comando

Dr. Juan Carlos Valls Puig..... 22

Ilustración Médica - Masas patológicas de la región cervical

Dr. Oscar Colina C..... 32

In Memoriam..... 34

Normas para la publicación en la Revista Centro Médico..... 35



EDITORIAL

AÑO 2022 TODO ES FUTURO

Dr. Jon Barriola

Presidente de la Junta Directiva del Centro Médico de Caracas.

Acaban de transcurrir unos años complicados, un virus entró en nuestras vidas para cambiar nuestra forma de estar en sociedad. Se hizo evidente la importancia del trabajo mancomunado de científicos, investigadores, laboratorios clínicos, pacientes y comunidades enteras para hacerle frente a esta pandemia, de la que poco sabíamos y de la que fuimos aprendiendo sobre la marcha.

Así trabaja la ciencia, buscando la verdad posible, experimentando, confrontando resultados, presentando trabajos con rigurosidad científica en un esfuerzo por devolvernos la salud, para tratar de que vivamos más.

Los trabajos científicos son las herramientas con las que se van construyendo las certezas en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las distintas patologías. Nos orientan para tomar decisiones con la mayor exactitud posible.

La revista del Centro Médico de Caracas es el vehículo que nos ha acercado durante todos estos años a ese necesario espacio de consulta para los médicos de las diferentes especialidades que trabajamos en la institución. En este sentido nuestra revista es parte importante en el proceso de educación para médicos y comunidad, sin el cual el progreso de nuestra sociedad es impensable.

La labor del comité editorial y de los autores de los diferentes artículos publicados durante estos años pasados y los que se publicaran los años por venir es imprescindible, gratificante y merece todo nuestro reconocimiento.

Que nuestra querida revista del Centro Médico de Caracas, su editor y comité editorial cuente con todo el apoyo de esta Junta Directiva, caminaremos juntos en esta interminable búsqueda de la verdad que encierra nuestra profesión.

VIDEO ENDOSCOPIA LARINGEA 70 GRADOS (VEL70)

Dr. Hugo Rosillo¹, Dr. Alfredo Vetencourt¹, Dra. Emir Sogbe¹.

¹Servicio de Anestesia del Centro Médico de Caracas.
Correo: hugorosillo@hotmail.com

Como anesthesiólogos debemos tener como premisa que la SEGURIDAD del paciente es nuestra meta, y es por ese motivo que el Dr. Douglas Cedeño (1) creó e implementó como rutina, el uso de la video endoscopia laríngea 70 grados.

¿De qué se trata esta técnica? Es una opción más a utilizar dentro de la gama de herramientas a la hora de enfrentarnos a una vía aérea difícil. Pero como cualquier técnica anestésica, hay que familiarizarse y entrenarse de forma correcta.

El lema que se debe aprender es: "Para poder VER hay que usar el VEL".

¿Cuántas veces no hemos escuchado a colegas anesthesiólogos que durante la realización de la laringoscopia convencional, NO VEN? ¡muchas veces!, ¿cierto?, entonces el Dr. Cedeño, creó este procedimiento de videolaringscopia como un dispositivo más para poder ver lo que a veces no se ve, incluso cuando aún no estaban los laringoscopios con video, tipo King visión(2), Airtraq (3), etc.

En los inicios del año 2001, el Dr. Cedeño y el Dr. Rosillo diseñaron un laringoscopio cuya pala es 3,5 y una pediátrica #2 con mecanismo de punta articulada, y un canal, llamado "canal para la óptica rígida o flexible de DACH" (concebido por su creador: Douglas Alexis Cedeño Hernández), a través del cual se puede introducir una óptica de 4 mm y de bisel de 70 grados, que es conectado a una cámara (que sirve la de la torre de laparoscopia) y un cable de luz (llamado también cable gris). (Figuras 1,2,3,4)



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 5.

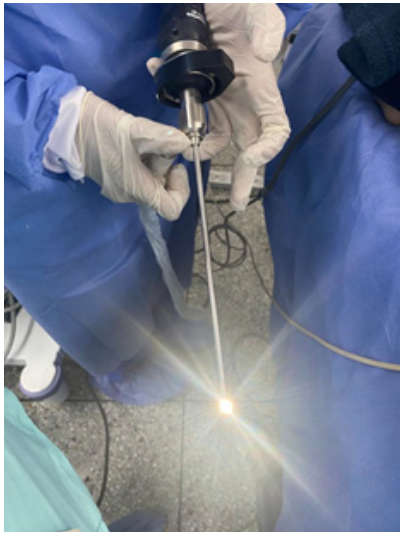


Figura 4.



Figura 6.

Al introducir el laringoscopio con la óptica en la boca del paciente, se observan las cuerdas vocales sin lesionar ninguna estructura de la faringe (figura 5), e inclusive, se tiene la oportunidad de evaluar todos los componentes de la misma. Gracias a la cámara adaptada al endoscopio la imagen obtenida es digitalizada y proyectada en un monitor de alta resolución para su mejor evaluación, teniendo como resultado una visión

gran angular, que nos permite evaluar completamente la cavidad oral y la laringe. Es en esa pantalla donde en conjunto, se toman decisiones y sugerencias al abordar la vía aérea del paciente.

¿Por qué 70 grados? la escogencia de los grados, fue dada bajo los argumentos anatómicos de la alineación de los ejes oro-faríngeo y laríngeo, lo cual se lograría



sólo con la visión gran angular de la óptica y no, con la movilización enérgica de la cabeza y cuello durante la intubación (1), condición importante en casos de pacientes donde debemos evitar esas maniobras.

Por otra parte Andrea M Dias O y colaboradores, en 1998 (4), demostraron la ventaja de la óptica de 70 grados para visualizar las áreas oscurecidas de la laringe, la comisura anterior, los ventrículos y la región subglótica.

Otras ventajas observadas en estudios de Adil Eryilmaz y colaboradores, en el 2004 en pacientes con diagnóstico de cáncer laríngeo (5), demostraron las siguientes ventajas a la óptica de 70 grados:

- Evaluación de los márgenes de la lesión con un ángulo más amplio.
- Mejor iluminación.
- Aumento y mayor profundidad del campo.
- Superación de la dificultad de la visión resultante del volumen de lesiones laríngeas.
- Permite biopsias en áreas de difícil acceso.

https://www.instagram.com/p/BR3Dgc1hX1r/?utm_medium=share_sheet

Ya desde hace 10 años aproximadamente, hemos utilizado con éxito, la introducción de sólo la óptica de 70 grados y haciendo la maniobra de elevación mandibular, de manera de exponer la epiglotis y las cuerdas vocales sin el uso del laringoscopio, y con la ayuda de un personal entrenado, permite la introducción del tubo endotraqueal con mínimo trauma durante el procedimiento. Esta técnica la que hemos llamado VEL ESTILETE (Figura 7).

https://www.instagram.com/tv/CaInRPlt1A/?utm_medium=share_sheet

En situaciones en las que nos hemos encontrado de manera fortuita con amígdalas linguales, las cuales se edematizan y sangran con mucha facilidad al ser



Figura 7.

manipuladas por el laringoscopio, la técnica del VEL ESTILETE nos ha permitido evitar estas complicaciones.

https://www.instagram.com/p/Bgi_-sfh3SL/?utm_medium=share_sheet

El VEL 70 es una técnica útil para la intubación oral y nasal, tanto en pacientes dormidos como despiertos.

https://www.instagram.com/p/BR3EJWGhIII/?utm_medium=share_sheet

Incluso el uso combinado de VEL 70 con fibrobroncoscopio facilita la introducción de este último y por ende la evaluación completa de la vía aérea.

Lo hemos utilizado además para tener la visión amplificada a la hora de retirar cuerpos extraños tanto en pacientes adultos como en pediátricos.

El Dr. Cedeño en una de sus exposiciones, presentó un caso muy interesante, el cual denominó: “Los



Video Endoscopia Laringea 70 Grados (VEL70)

“azules”, en donde el paciente había sido sometido a múltiples intentos de intubación, con una glotis muy edematizada, y con una saturación menor a 30% (de allí la denominación de “azules”). Al introducir el VEL 70 se evidenció lo comentado anteriormente, y con un tubo #5 se pudo intubar al paciente.

Son muchas anécdotas y experiencias obtenidas con el VEL 70, pero si de algo estamos seguros es, que la mejor forma de maximizar su utilidad, es usándolo de rutina en todos nuestros procedimientos, ya sean vía aérea difícil o no. De esta forma nos familiarizamos y entrenamos con la técnica para obtener la experiencia necesaria para enfrentar de manera exitosa la verdadera vía aérea difícil.

Hace 8 años, anesthesiólogos que estábamos haciendo en ese momento fellow en Centro Médico de Caracas, junto con los Drs. Rosillo y Cedeño presentamos un poster del uso exitoso del VEL 70 en la intubación pacientes obesos, ganándonos un premio de mejor poster, en ese congreso de Anestesia. Lo importante aquí es que la lengua de los obesos es grande, el cuello corto, las distancias tiromentonianas son angostas, las glotis en general son pequeñas con epiglotis largas en omega, muchas veces con amígdalas linguales, y con tejido graso circundante, todas estas situaciones que pueden complicar el panorama con una laringoscopia convencional. Con el uso del VEL 70, demostramos que podemos evaluar todas estas estructuras en una visión gran angular en un monitor grande al frente del operador, facilitando así el procedimiento, y brindándole a nuestro paciente SEGURIDAD.

https://www.instagram.com/p/BwlmlzVAFDW/?utm_medium=share_sheet

Con la llegada de la pandemia COVID 19, en el año 2020, el uso de VEL 70 tomó aún más importancia, ya que con la técnica, no hay necesidad de acercarse a la boca del paciente en el momento de generar aerosoles durante la intubación, y con la visión del monitor nos permite evaluar y manejar con tranquilidad y seguridad la vía aérea.



Dr. Douglas Cedeño

Actualmente en todos nuestros pacientes que reciben anestesia general, tanto en casos electivos como de emergencia, utilizamos el VEL 70 y entrenamos anesthesiólogos con esta técnica de intubación.

Una forma de crearle un homenaje al Dr. Douglas Cedeño, un ser humano maravilloso e incondicional, venezolano, cabimero, negrito, trabajador, amigo, maestro, es utilizar el dispositivo VEL 70 que inventó y difundir su enseñanza.

No nos queda más que recordarles e invitarlos a revisar nuestro instagram @grupovel70, donde verán varios de los casos que hemos grabado el grupo de anesthesiólogos pertenecientes a VEL 70 del Centro Médico de Caracas.

VEL 70 es una excelente herramienta para demostración, docencia, supervisión y documentación de la intubación traqueal (1).

Sepan que siempre estamos a la disposición de enseñar y promover el uso constante del equipo con la finalidad primordial de sentirnos SEGUROS a la hora de tener en nuestras manos los pacientes que serán sometidos a cualquier intervención quirúrgica.



REFERENCIAS

1. Cedeño H, Douglas A. VIDEO ENDOSCOPIA LARINGEA CON OPTICA RIGIDA 70 GRADOS (VEL70). Artículo de actualización. Revista Centro Medico 2004; Volumen 49 No2:64:73 .
2. Hurford W. THE VIDEO REVOLUTION: A NEW VIEW OF LARINGOSCOPY. Respir Care 2010; 55: 1036-1045.
3. Norman A, Date A. USE OF THE AIRTRAQ LARINGOSCOPY FOR ANTICIPATED DIFFICULT LARINGOSCOPY. Anaesthesia 2007; 62: 533-534.
4. Andrea M, Dias O (1998) NEWER TECHNIQUES OF LARYNGEAL ASSESSMENT. In; Cummings CW (ed) Otolaryngology Head Neck Surgery, 3rd edn. Mosby, St Louis, pp 1967-1978.
5. Adil Eryilmaz, Halit Akmansu, Erdal Topcu et al . THE ROLE OF 70-DEGREE TELESCOPIC EXAMINATION DURING DIRECT LARYNGOSCOPIC EVALUATION OF LARINGEAL CANCERS. Eur Arch Otorhinolaryngol (2004) 261: 267-269.



CIRUGÍA GLOBAL DE QUEMADURAS EN LAS AMÉRICAS

Dr. Ramón L. Zapata-Sirvent.¹

¹Plastic and Reconstructive Surgeon Shriners Hospitals for Children - University of Texas Medical Branch
Dept. Surgery – Division of Plastic Surgery. Galveston, Texas 77550
Medico Accionista Centro Medico De Caracas
Email: zapatasirvent@gmail.com

RESUMEN:

La cirugía global describe un campo de rápido desarrollo que busca mejorar el tratamiento quirúrgico a nivel internacional, específicamente en aquellos tratamientos especializados y que son inexistentes, por considerarlos complejos y costosos. Las quemaduras constituyen un trauma severo y genera 300.000 muertes anuales y el 90% se producen en países de ingresos medios y bajos. En las Américas la ausencia de centros especializados para quemados influye en la morbilidad y mortalidad. Las quemaduras son un problema de salud pública ya que produce discapacidad y muerte. El Hospital Shriners Children Texas es un modelo único de cirugía global para las Américas y brinda atención especializada con una baja mortalidad a los niños quemados. **RCM. 2022. 61; 153 (1): 9-14.**

Palabras clave: Quemaduras, Cirugía Global, Cirugía Reconstructiva.

ABSTRACT:

Global surgery describes a fast development area searching to improve the surgical treatment across international level, specifically in those specialized treatments and there are non-existent for being considered complex and expensive. The burns constitute a severe trauma and generate 300.000 deaths annually and the 90% are produced in low and middle income-countries (PIBM). In the Americas the absence of specialized centers for burn people influences the incidence of morbidity and mortality. Burns are a public health problem due to disability and death. The Shriners Children Texas Hospital is a unique model of global surgery for the Americas and gives specialized attention with a very low mortality rate in burned children. **RCM. 2022. 61; 153 (1): 9-14.**

Key words: Burns, Global Surgery, Reconstructive Surgery.

INTRODUCCIÓN

El término “Cirugía Global” describe un campo multidisciplinario de desarrollo rápido que busca proveer tratamiento quirúrgico de calidad y equitativo a los sistemas de salud internacionales (1). La mayoría de la población mundial no tiene acceso al tratamiento quirúrgico especializado por ser considerado complejo y costoso, como es el caso de las quemaduras.

Las quemaduras constituyen el trauma más severo al que puede ser sometido el ser humano. Cada año se producen en el mundo 11 millones de personas

con quemaduras lo suficientemente importante para requerir atención médica (1-3). De las 300.000 muertes anuales por quemaduras, el 90 % ocurre en países con ingresos bajos y medios (PIBM) (1-3). Las quemaduras son un problema de salud pública en los PIBM debido a la alta incidencia de discapacidad y muerte. En las Américas la ausencia de centros especializados de quemaduras influye en su morbilidad y mortalidad (4).

La prevención es el tratamiento más eficaz y menos costoso (5). En los Estados Unidos de América se registraron 2 millones de quemados en 1990 y gracias a los resultados de la prevención, ha disminuido a



400.000 casos anuales (4). La Organización mundial de la salud propicia las políticas de prevención de quemaduras en los PIBM al observar su éxito en los países de alto ingreso (4,5).

El paciente quemado amerita centros especializados para tratamiento quirúrgico en la fase aguda y la fase reconstructiva para tratar sus secuelas. La cirugía reconstructiva está dirigida a restaurar la función en las áreas afectadas, disminuir las contracturas y la cicatrización hipertrófica (6).

El Hospital Shriners es un centro especializado para la atención del paciente quemado. Es uno de los 22 hospitales Shriners existentes que atienden pacientes con quemaduras, problemas traumatológicos y con malformaciones congénitas. Describiremos un sin número de actividades las cuales conforman un ejemplo único de cirugía global para las Américas.

CREACIÓN DEL HOSPITAL SHRINERS CHILDREN TEXAS

En el 1962, Shriners of North América (SNA) destina 10 millones de dólares para establecer tres hospitales especializados para la atención y rehabilitación del niño quemado (4). El Hospital Shriners de Quemados (Shriners Hospital for Crippled Children, Galveston Burns Institute) comienza sus actividades en un ala con 7 camas en el Hospital John Sealy de la Universidad de Texas Medical Branch (UTMB). En 1966 se finaliza su construcción y entra en funcionamiento. Veinte años más tarde SNA estudia la posibilidad de crear un nuevo y moderno Hospital, el cual se concluye en 1992.

Este hospital de 8 pisos, cuenta con 30 camas, de las cuales 15 pertenecen a la Unidad de Cuidados Intensivos de Quemados. Incluyéndose además todos los servicios necesarios para el tratamiento del niño quemado, como: rehabilitación, nutrición, psicología e investigación (Figura 1). Cuenta con 3 quirófanos y una sala de procedimientos recién



Figura 1. El hospital Shriners Children Texas anteriormente Shriners Burn Hospital, Galveston es un centro especializado de quemaduras que realiza cirugía global en las Américas.

inaugurada, donde se realizan más de 2000 cirugías anuales.

ATENCIÓN EN CASOS DE CATASTROFES

El Hospital Shriners Children Texas siempre está dispuesto ayudar en casos de emergencia. Envía su personal médico, quirúrgico y paramédico a colaborar con los médicos en el país del desastre. Su función específica es ayudar en la atención del niño quemado y coordinar en caso que sea necesario el traslado de niños con quemaduras extensas y profundas, que por lo general son los más graves.

Recientemente, se ha colaborado y recibido pacientes de cuatro eventos importantes en las Américas. De la explosión de un lugar de almacenaje de fuegos artificiales en Ciudad de México en diciembre de 2016 donde hubo más de 30 muertes. El incendio en un albergue de niñas en Guatemala donde fallecieron 41 personas. La erupción del volcán de fuego en Guatemala el 3 de junio de 2018 con más de 300 muertes. Así como de la explosión del ducto de gasolina en Hidalgo, México donde se registraron 128 muertes. Se ha colaborado con el envío de piel de cadáver para la cobertura de pacientes quemados en Colombia y Perú.



TRASLADOS DE NIÑOS QUEMADOS DESDE LAS AMERICAS

El traslado de los pacientes en las emergencias y catástrofes es coordinado por aeronaves pertenecientes a diferentes componentes de las fuerzas armadas. Estos aviones poseen terapias intensivas para un traslado adecuado de los pacientes quemados graves.

El traslado es también realizado por compañías y aviones de gobiernos extranjeros que son financiados por las Secretarías del Estado de (México) o a través de la Fundación Michou y Mau (4), encargada de logística, coordinación y el traslado de las pequeñas víctimas.

CENTRO DE REFERENCIA MUNDIAL EN QUEMADURAS

En el año 1947, se produjo el peor desastre industrial de Estados Unidos de América, cuando un barco cargado con nitrato de amonio explotó en el puerto de Texas City, ciudad cercana a Galveston. La explosión causó 600 muertos y miles de heridos con quemaduras. El General y Doctor en Medicina Truman Blocker organizó y desarrolló el departamento de Cirugía de Universidad de Texas Medical Branch (UTMB) creando además la Unidad de Quemados que hoy lleva su nombre. Persuadió a SNA para la creación de Shriners Hospital for Burns en Galveston para la atención de niños quemados (Fig. 2).

El Hospital Shriners es un centro de referencia mundial. Recibe pacientes de otros estados de la Unión Americana, de múltiples países de las Américas, Asia, África, Europa y Medio Oriente. Recientemente, hemos recibido niños quemados venezolanos que han emigrado a otros países de la región y que han sufrido quemaduras.

La mortalidad en nuestro centro es una de las más bajas de todas las unidades de quemados, de igual forma como en la Unidad de Quemados de Adultos "Truman Blocker" de UTMB (7) (Figura 3).



Figura 2. El Dr. Truman Blocker, Cirujano Plástico quien se graduó en UTMB en 1933, organizó el Departamento de Cirugía de UTMB y fundó la Unidad de Quemados que lleva su nombre. El edificio de la Escuela de Medicina de UTMB (Ashbel Smith Building – Old Red) la más antigua del Estado de Texas fundada en 1891.



Figura 3. El personal médico que labora en el Shriners es Faculty del hospital de la Universidad de Texas Medical Branch (UTMB) y atiende en la Unidad de Quemados Truman Blocker en el Hospital Jennie Sealy de UTMB.



EDUCACION DE QUEMADURAS EN VENEZUELA

El Hospital Shriners Children Texas ha estado presente en múltiples actividades relacionadas a quemaduras en nuestro país. El Dr. David Herndon su anterior Jefe del Staff, fue invitado de honor a la inauguración de la Unidad de Quemados del Hospital Coromoto en el año 1987 en Maracaibo. Además, el Dr. Herndon nos acompañó en el IV Congreso Venezolano de Quemaduras realizado en Barinas en 1995 y en el III Congreso Ibero latinoamericano de Quemaduras y VI Congreso Venezolano de Quemaduras en Puerto La Cruz. Su libro *Total Burn Care* en su octava edición es un libro de texto sobre quemaduras, muy útil en todo el mundo (8) (Figura 4).

El postgrado de quemaduras de UTMB incluye a las dos unidades de quemados donde se entrenan los *fellows* y residentes. Un número importante de cirujanos plásticos venezolanos han hecho su postgrado clínico (*Acute Clinical Burn Fellowship*) en cirugía de quemados de la fase aguda y también en el postgrado clínico (*Burn Reconstruction Fellowship*) de cirugía reconstructiva de quemados.

TRATAMIENTO EN LA FASE AGUDA

En las primeras 24 horas el quemado debe ser hidratado y estabilizado. Una vez estable, las quemaduras de tercer grado son escindidas de forma precoz y las áreas cruentas son cubiertas con materiales sintéticos o biológicos (homoinjertos-piel de cadáver) y en caso de no ser extensas se usa su propia piel. Las cirugías se planifican cada 3 a 4 días para escindir totalmente hasta cubrirlo totalmente con su propia piel. Un equipo multidisciplinario (Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, etc..) colaboran para lograr el egreso de la unidad de cuidados intensivos. Es necesario un tiempo de hospitalización para rehabilitarlo hasta su egreso definitivo y traslado a su país de origen. Una vez en su país, es controlado clínicamente mediante telemedicina y a través de las misiones clínicas y quirúrgicas que se realizan a México y Panamá.



Figura 4. El Dr. David Herndon ha contribuido a la educación e investigación de quemaduras en la Américas y en todo el mundo. Ha visitado Venezuela en varias oportunidades, en la inauguración de la Unidad de Quemados de hospital Coromoto en Maracaibo y ha dado conferencias en congresos de quemaduras venezolanos.

TRATAMIENTO FASE RECONSTRUCTIVA

Durante la fase aguda se realizan liberaciones en áreas críticas como: cuello y axila para mejorar su función (9-11). Liberamos e injertamos las contracturas en los párpados para corregir el ectropión y prevenir el daño corneal (Figura 5). La apertura bucal es fundamental para continuar los actos anestésicos y comer. Una serie de colgajos son realizados en las comisuras bucales para ampliar su apertura. Además, cualquier contractura del miembro superior, mano o miembro inferior que impida las actividades de vida diaria (AVD) son tratadas con liberación e injerto (9-11).

Cuando la cicatriz post quemadura es estable entre los 6 a 12 meses de su egreso, el paciente regresa para comenzar el tratamiento reconstructivo. El Laser de CO₂ es utilizado para disminuir la cicatriz hipertrófica y disminuir le contractura de la cicatriz (12). Cada paciente es evaluado y se desarrolla un



Figura 5. La cirugía reconstructiva comienza en la etapa aguda y puede durar toda la vida. La contractura y la cicatriz hipertrófica son los mayores problemas del quemado. La liberación e injerto en el párpado inferior previene las secuelas corneales. El objetivo es eliminar las contracturas y restaurar la función. La contractura axilar es frecuente y amerita liberación e injerto.

plan de tratamiento de varios años para mejorar las cicatrices y eliminar las contracturas. El objetivo final es mejorar su función y realizar cirugías dos veces por año hasta cumplir los 18 años.

MISIONES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS A LAS AMÉRICAS

El hospital desplaza personal médico y paramédico a misiones de alcance externo (Outreach Clinics). Las clínicas de Outreach están situadas en México (San Luis Potosí, Chihuahua, Toluca y Veracruz) y Panamá (Ciudad de Panamá). En ellas se evalúan 100 a 150 pacientes quemados. Siempre en conjunto con médicos mexicanos y panameños, para dar seguimiento a los post operados y evaluar nuevos casos. Se planifican casos quirúrgicos de moderada y fácil resolución para ser operados en conjunto con nuestros colegas cirujanos plásticos durante la visita.

En Panamá hemos dado cursos de atención inicial del quemado en dos oportunidades al cuerpo de bomberos y a médicos y que son de suma importancia en el traslado y atención inicial del paciente quemado (Figura 6).



Figura 6. En Panamá se han impartido cursos de atención inicial del quemado en dos oportunidades al cuerpo de bomberos y a médicos generales y especialistas, los cuales son de suma importancia para el traslado y atención inicial del paciente quemado e influyen en su sobrevivencia.

TELEMEDICINA – TELEHEALTH

El hospital posee instalaciones para Telehealth (Telemedicina o Tele-Salud) en el piso de la consulta externa. La organización SNA contribuye con los equipos de telemedicina en algunos países de manera

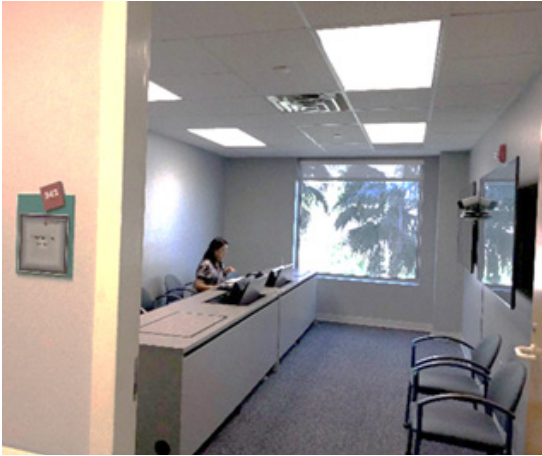


Figura 7. Sala de Telemedicina donde se da seguimiento a pacientes posoperados y se evalúan nuevos casos clínicos de otros estados de la Unión Americana y México.

de facilitar el seguimiento y evolución de los pacientes (Figura 7).

Se siguen los lineamientos establecidos legalmente para la realización de telemedicina en los Estados Unidos de América y los lineamientos de los países donde se realiza.

ROTACIONES UNIVERSITARIAS E INTERNADOS DOCENTES

Un grupo importante de médicos y personal paramédico visitan y hacen pasantías en la institución. Ellos deben cumplir con los requisitos exigidos para su visita. Convenios con universidades de México permiten a sus residentes de Cirugía Plástica rotar durante 1 mes y al finalizar su pasantía son evaluados por los adjuntos del hospital.

EFFECTO DE PANDEMIA COVID EN LA CIRUGIA GLOBAL

Las actividades actualmente han alcanzado su nivel pre-COVID. En estos últimos meses se ha remodelado

nuestro hospital y se ha fusionado con el Hospital Shriners de Houston. Nuevas áreas de preoperatorio y de recuperación postquirúrgica han sido inauguradas, además de la remodelación de nuestros tres quirófanos y un cuarto salón para procedimiento quirúrgicos donde se realizan las cirugías con Laser.

REFERENCIAS

1. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns* 2011;37:1087-1100.
2. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part II: Intentional burns in adults. *Burns* 2012;38:630-637.
3. Mock C, Peck M, Krug E, Mehmet H. Confronting the global burden of burns: A WHO plan and challenge. *Burns* 2009;35:615-617.
4. Blears EE, Foncerrada G, Rivas PJ, Ross E, Zapata-Sirvent R, Wolf S, Herndon D. Shriners Hospital: Making the dream of global surgery a reality for pediatric burn patients. *Bull Am Coll Surg.* 2018;103 (Sep):19-23.
5. Quemaduras. Tratamiento crítico y quirúrgico. 2ª edición. Editores: Zapata Sirvent RL, Tenenhaus M. Editorial: AMOLCA. ISBN: 978-958-8950-63-1. 2017.
6. Zapata-Sirvent RL, Ceballos L. prevención en quemaduras. En: Quemaduras. Tratamiento crítico y quirúrgico. 2ª edición. Editores: Zapata Sirvent RL, Tenenhaus M. Editorial: AMOLCA. ISBN: 978-958-8950-63-1. 2017.
7. Finnerty CC, Capek K, Voigt C, et al. The P50 Research Center in Perioperative Sciences: How the investment by the National Institute of General Medical Sciences in Team Science has reduced post-burn mortality. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;83:532-542.
8. Herndon DN. Total Burn Care. 5th Edition. Herndon DN (Editor). Elsevier. Edinburg. 2018.
9. Capek K, Zapata-Sirvent R, Huang T. Management of contractural deformities involving the shoulder (axilla), elbow, hip, and knee joints in burned patients. In: Total Burn Care. 5th Edition. Herndon DN (Editor). Elsevier. Edinburg. p. 573-588. 2018.
10. Zapata-Sirvent RL. Early reconstruction of the burn contractures and sequels. *Gac Med Caracas* 2020;128(4):578-586.
11. Hundeshagen G, Zapata-Sirvent R, Goverman J, Branski LK. Tissue rearrangements: The power of the Z-Plasty. *Clin Plast Surg.* 2017 Oct;44(4):805-812. Epub 2017 Jul 21
12. McLaughlin J, Branski L, Norbury W, y col. Laser for burn scar treatment. In: Total Burn Care. 5th Edition. Herndon DN (Editor). Elsevier. Edinburg. p. 573-588. 2018.



TUMOR *PHYLLODES* BORDELINE Y CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* DE LA MAMA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Gabriel Pérez Díaz^{1,2}, Dr. Rafael Delgado Morales^{1,3}, Dr. Gustavo Parthe^{1,4}. Dr. Carlos Velandia^{1,2}.

¹Centro Clínico Fenix Salud, Caracas, Venezuela. ²Cirugía Oncológica Instituto de Oncología Luis Razetti. ³Cirugía Oncológica, Mastología Centro Médico de Caracas. ⁴Servicio de Anatomía Patológica Centro Médico de Caracas.
Email: Rafael Delgado Morales, drrafaeldelgado@hotmail.com.

RESUMEN:

Los tumores *phyllodes* representan 0,5-2% de los tumores de mama y el 2% de las neoplasias fibroepiteliales, el componente estromal se presenta como una proliferación del mismo dentro del tejido mamario intracanalicular con un componente epitelial, que puede presentar en algunos casos cambios de hiperplasia ductal, cambios apocrinos e inclusive metaplasia escamosa, en muy raras ocasiones se pueden observar cambios con hiperplasia ductal atípica, carcinoma *in situ* y carcinoma invasor. Es por esto que presentamos un caso de tumor *phyllodes borderline* de la mama asociado a un componente de carcinoma ductal *in situ* en una mujer de 61 años, la cual presentaba una lesión voluminosa de la mama izquierda con áreas ulceradas en piel, de crecimiento progresivo. La biopsia con aguja gruesa de la lesión palpable reportó tumor *phyllodes* benigno. Por lo extensa de la lesión y la histología se realizó la mastectomía total simple demostrando en biopsia de espécimen quirúrgico tumor *phyllodes borderline* más carcinoma ductal *in situ*. **RCM. 2022. 61; 153(1): 15-21.**

Palabras clave: *Phyllodes* - Carcinoma ductal *in situ*.

ABSTRACT:

The *Phyllodes* tumors represent 0.5-2% of the breast tumors and 2% of fibroepithelial neoplasm, the stromal component looks like a proliferation of itself inside the intracanalicular mammary tissue with an epithelial component, which can present in some cases changes of ductal hyperplasia, apocrine changes and even squamous metaplasia, in very rare cases changes can be observed with atypical ductal hyperplasia, carcinoma *in situ* and invasive carcinoma. This is why we present a case of breast *phyllodes* borderline tumor associated to a component of ductal carcinoma *in situ* in a 61-year-old woman, who presented a voluminous injury of the left breast with ulcerated areas over the skin with progressive growth. The thick needle biopsy of the touchable injury reported benign *phyllodes* tumor. Due to the injury extensive and the histology, a simple total mastectomy was performed, demonstrating the *phyllodes* borderline tumor plus ductal carcinoma *in situ* in surgical specimen biopsy. **RCM. 2022. 61; 153(1): 15-21.**

Key words: *Phyllodes* - Carcinoma - DIN.

INTRODUCCIÓN

El tumor *phyllodes* fue descrito por primera vez como cistosarcoma *Phyllodes* en el año de 1838 por Johannes Muller, este tumor tiene apariencia de carne de pescado con patrón foliáceo (1,2). Macroscópicamente son neoplasias que pueden variar entre 1 – 20 cm y se observan como lesiones bien definidas no encapsuladas de aspecto multinodular o como una sola masa, generalmente son voluminosos de consistencia firme y pueden alternarse con áreas

reblandecidas o material mucoso con focos de hemorragia (3,4).

En el aspecto microscópico los tumores *phyllodes* se presenta como una lesión fibroepitelial que según muchos autores se originan del estroma periductal más que del interlobular, caracterizándose por un patrón de crecimiento intracanalicular con proyecciones en forma de hoja, con un aspecto histológico heterogéneo donde predomina la expansión y el aumento de la celularidad del componente estromal cerca del



componente epitelial, este último componente puede presentar cambios de hiperplasia ductal, cambios apocrinos e inclusive metaplasia escamosa, y en muy raras ocasiones se pueden presentar cambios hacia la malignidad con hiperplasia ductal atípica, carcinoma *in situ* y hasta carcinoma invasor (1).

La clasificación actual de la OMS del año 2012, para tumores *phylloides* los clasifica en: benignos, limítrofes (*borderline*) y malignos, según los siguientes parámetros histológicos: 1.-Sobrecrecimiento estromal: definida como la ausencia de elementos epiteliales en al menos 1 campo microscópico de bajo aumento y estando más marcada en los *phylloides* malignos, 2.-Índice mitótico: presentándose <5 mitosis por campo en los tumores benignos, de 5-9 mitosis en los tumores *borderline* y > 10 mitosis en los malignos, 3.-Las atipias y la celularidad en las células estromales son 2 elementos más subjetivos de evaluar y pueden estar presentes de forma leve, moderada o marcada según los tipos de tumor *phylloides* y el último, 4.- Los márgenes del tumor pudiendo describirse de aspecto circunscrito en las lesiones benignas o infiltrante en las lesiones malignas (1,4,5).

Los tumores *phylloides* son neoplasias poco frecuentes y representan menos del 1 % de la totalidad de los tumores de la mama y aproximadamente 2 % de los tumores fibroepiteliales. Son lesiones que no tienen una predisposición de raza, y es muy raro observarlo en hombres por ausencia de estroma perilobulillar, en promedio se observan en mujeres con edades superiores a los 40 años, con una media de aparición de 15 años más tarde en comparación a la edad de aparición de los fibroadenomas, aunque debe considerarse que pueden presentarse en cualquier edad (5).

Estos tumores suelen presentarse como una lesión de crecimiento rápido y son lesiones unilaterales de consistencia dura, alternando con áreas renitentes no fijas a estructuras profundas sin comprometer piel, aunque en muchas oportunidades la piel suprayacente puede adelgazarse y hasta necrosarse causando ulceraciones, siendo característica la presencia de red venosa colateral por ectasia de las venas de la piel

cercanas al tumor. Ante la presencia de una lesión de este tipo se impone el estudio por imágenes como el ultrasonido, mamografía o resonancia magnética y posterior estudio histológico. En las mujeres jóvenes, menores de 35 años, la ecografía mamaria suele ser la primera herramienta diagnóstica, confirmándose un nódulo sólido, a veces polilobulado con áreas heterogéneas en su interior. En la mamografía, los tumores *phylloides* se muestran como radiodensidad bien delimitada, a veces polilobulada, generalmente de gran tamaño, no espiculadas y sin calcificaciones en su interior.

La cirugía es la base del tratamiento del tumor *phylloides* de mama, consistiendo en mastectomía parcial o total dependiendo del tamaño de tumor y la relación mama-tumor. Haagensen propuso que independientemente de la histología, la extirpación del tejido sano con margen de 1 cm es un tratamiento adecuado (6). La disección axilar no está contemplada ni en los casos malignos ya que la diseminación es básicamente hematógena, aunque se pueden palpar ganglios axilares hasta en un 20 %, pero la presencia de enfermedad metastásica en ellos es menor de 1 % (7). En los casos de los tumores *phylloides* malignos, la quimioterapia no suele tener resultados muy eficaces y la radioterapia tiene resultados controversiales, recomendándose en algunos centros.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 61 años de edad, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia, con V Gestas y V paras y menopausia a los 50 años, que consulta con clínica de 3 meses de evolución de tumor en mama izquierda de crecimiento progresivo, que crece rápidamente hasta ulcerarse la lesión de localización periareolar hacia cuadrantes ínfero-externos (Figura 1).

El ultrasonido mamario reporta, en mama izquierda, tumor mayor de 14 cm, de comportamiento heterogéneo con áreas líquidas y engrosamiento de la piel con pérdida de continuidad de la misma



Figura 1. Paciente de 61 años con tumor de mama izquierda ulcerado.

a nivel de cuadrante inferior externo. La mamografía bilateral, reporta mamas asimétricas con importante aumento de las dimensiones y densidad en mama izquierda que compromete sus cuatro cuadrantes, no se observaron calcificaciones (Figura 2 y Figura 3).

Se realizó biopsia con aguja gruesa que reportó tumor *phyllodes* benigno y se planifica, en vista a lo extenso de la lesión, para una mastectomía total simple. La biopsia definitiva describe Tumor *Phyllodes* de grado intermedio de malignidad

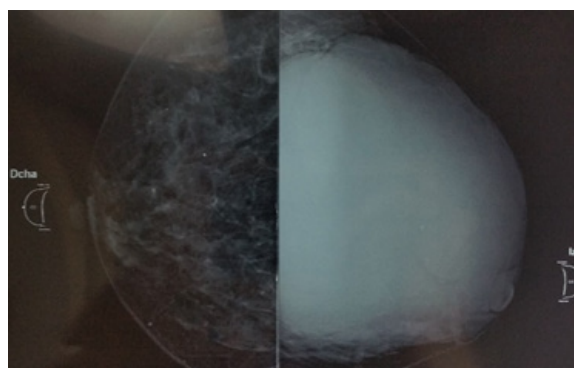


Figura 2. Mamografía de paciente en su proyección craneocaudal

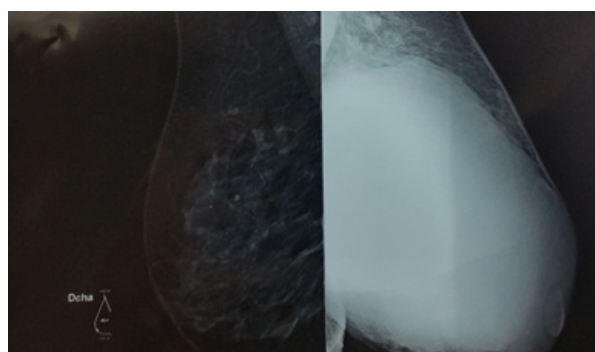


Figura 3. Mamografía de paciente en su proyección mediolateral oblicua.

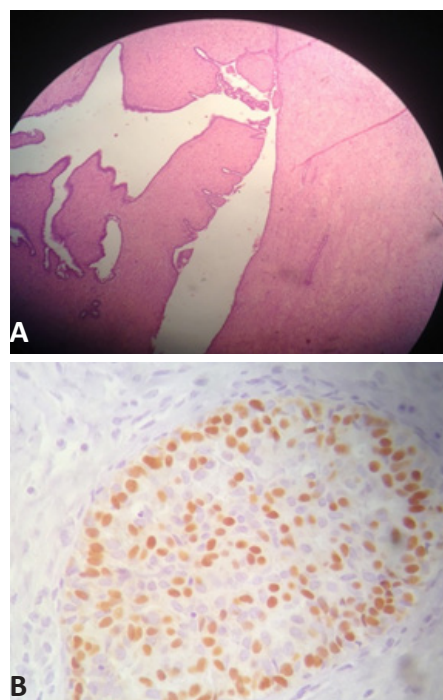


Figura 4. A.-Preparación histológica teñida con hematoxilina y eosina 20X, se observa estroma moderadamente celular con elementos epiteliales tubulares. B.- Inmunohistoquímica de ducto repleto por células neoplásicas que no infiltran la membrana basal, con reacción positiva nuclear para receptores de estrógeno.



(*borderline*) con un tamaño tumoral de 19x11x3,5 cm, márgenes > 4 cm en el espécimen quirúrgico, hiperplasia marcada con atipias focales en el componente epitelial y focos de carcinoma ductal *in situ* de bajo grado, sin evidencia de metástasis en los ganglios linfáticos resecados (Figura 4A). Se realizó inmunohistoquímica del componente *in situ* reportando: receptores de estrógeno positivo, receptores progesterona positivo, HER2Neu negativo y Ki67 12% (Figura 4B). A la paciente se le indicó tamoxifeno a dosis de 25 mg al día por 5 años, y se encuentra libre de enfermedad locoregional luego de 70 meses del procedimiento inicial.

DISCUSIÓN

El tumor *phyllodes* representa el 0,5-2% de los tumores mamarios y el 2% de los tumores fibroepiteliales. Presenta un crecimiento súbito hasta en un 30% de los casos. Tiene tendencia a la recaída local y en algunos casos desarrollar enfermedad metastásica cuando es clasificado como malignos.

El tumor *phyllodes* muestra una variación significativa en el tamaño del tumor, tumores más grandes tienen mayor probabilidad de ser malignos, pero la evaluación del comportamiento biológico se basa en las características histológicas incluyendo celularidad estromal, atipias, mitosis, infiltración, sobrecrecimiento del estroma y la presencia o ausencia de necrosis. En nuestro caso a pesar de lo voluminoso de la lesión y la rapidez del crecimiento, estos factores lo determinaron como un tumor *phyllodes* de grado intermedio.

La aparición de un componente de carcinoma ductal *in situ* dentro de un tumor *phyllodes* es un fenómeno poco frecuente y no se conoce con exactitud su incidencia, cuando aparece deben tratarse ambas entidades con los criterios oncológicos independientes para cada patología, en nuestro caso consideramos que el componente de tumor *phyllodes* se trató con la mastectomía total simple con bordes de resección libres de neoplasias y margen mayor de 2 cm, con el componente de carcinoma *in situ* adicional a la cirugía, se realizó inmunohistoquímica, observando que la lesión tiene receptores de estrógeno y progesterona positivos, indicando hormonoterapia. Actualmente la paciente tiene 6 meses libres de recurrencia.

Se han reportado hasta la fecha 37 casos de tumores *phyllodes* asociados a un componente de carcinoma, el promedio de edad y tamaño de estos casos fue de 50 años y 7 cm, respectivamente, en nuestro caso la edad de la paciente fue de 61 años y un tamaño de la lesión de 19 cm, marcadamente mayor al promedio de las series reportadas. En 32 de los casos (86 %) existía un componente de carcinoma *in situ*, similar a la descripción histopatológica del caso reportado. El tratamiento de nuestra paciente fue la mastectomía total simple, concordando con el descrito principalmente en las diferentes series. La adyuvancia no fue descrita de forma constante, sin embargo la más comúnmente realizada fue la radioterapia y hormonoterapia, en nuestro caso se indicó hormonoterapia luego de analizar la presencia de receptores hormonales en la inmunohistoquímica (Tabla 1).

Podemos concluir que, aunque la asociación de tumor *phyllodes* y carcinoma *in situ* es una asociación

Tabla 1. Características de los casos reportados con tumor *phyllodes* asociado a un componente de carcinoma.

AUTOR	HISTOLOGIA	EDAD	Localización	Cirugía	Adyuvancia	Tamaño
Seemayer 1975 (8)	P. Maligno CDIS	27	Ipsilateral	MTS	NR	6 cm
Leong 1980 (09)	P. Benigno CLIS	49	Ipsilateral	MPO	NR	6 cm
Cole-Beuglet 1983 (10)	P. Benigno CDIS + CLIS	55	Ipsilateral	MPO	NR	3,5 cm



Tabla 1. Características de los casos reportados con tumor *phyllodes* asociado a un componente de carcinoma. (Cont.)

AUTOR	HISTOLOGIA	EDAD	Localización	Cirugía	Adyuvancia	Tamaño
IshidaT, 1984 (11)	P. Maligno CDIS	NR	Ipsilateral	MTS	NR	NR
Huntrakoon M, 1984 (12)	P. Maligno CDIS	NR	Ipsilateral	MTS	NR	NR
Grove 1986 (13)	P. Benigno CDIS	71	Ipsilateral	MRMM	NR	19 cm
Ward 1986 (14)	P. Benigno CDIS	55	Ipsilateral	MTS	NR	4 cm
Knudsen 1987 (15)	P. Benigno CDIS + CLIS	71	Ipsilateral	MRMM	NR	7 cm
De Rosa 1989 (16)	P. Benigno CDIS	77	Ipsilateral	MRMM	NR	5 cm
Brochard-Le-Douarin, 1989 (17)	P. Benigno CLIS	NR	Ipsilateral	NR	NR	NR
Schwickerath 1992 (18)	P. Maligno CDIS	47	Ipsilateral	MRMM	NR	2 cm
Padmanabhan 1997 (19)	P. Maligno CDIS	47	Ipsilateral	MRMM	NR	7,5 cm
Naresh 1997 (20)	P. <i>Bordeline</i> CDIS	51	Ipsilateral	MPO	NR	14 cm
Nishimura 1998 (21)	P. Maligno CDIS	80	Ipsilateral	MPO	NR	10.5 cm
Villanueva 1999 (22)	P. Maligno CLIS	nr	Bilateral	MTS	NR	NR
Alo 2001 (23)	P. Maligno CDIS	39	Ipsilateral	MTS	NR	9 cm
Parfit 2004 (24)	P. Benigno CDIS + CDI	26	Ipsilateral	MPO + DA	Qt + Rt + Hor	3,3 cm
Lin 2005 (25)	P. Maligno CDIS	45	Ipsilateral	MTS	NR	12 cm
Nomura 2006 (26)	P. Maligno CDIS	75	Ipsilateral	MTS	NR	3,5 cm
Yamaguchi 2008 (27)	P. Benigno CDIS	54	Ipsilateral	MTS	NR	15 cm
Trabelsi 2010 (28)	P. <i>Bordeline</i> Ca tubular + CDIS	53	Ipsilateral	MTS DA	No	15 cm
Yoshimori 2011 (29)	P. Benigno CDIS	53	Ipsilateral	MPO	Rt	3,5 cm
Sean 2011 (30)	P. <i>Bordeline</i> CDIS	53	Ipsilateral	MPO	Rt	6,5 cm
Guerino 2012 (31)	P. Benigno CDI	66	Contralateral	MTS + MRMM	Rt + QT	9 cm
Shin 2013 (32)	P. Benigno CDIS	45	Ipsilateral	MPO	NR	1,8 cm
Colakogulu 2014 (33)	P. Benigno CDIS	19	Ipsilateral	MPO	Rt + Hor	1,8 cm
Chopra 2016 (34)	P. Benigno CDIS	23	Ipsilateral	MPO	NR	5 cm
Castillo 2016 (35)	P. Benigno CDIS	44	Bilateral	MTS	No	9 cm
	P. Benigno CL	48	Ipsilateral	MTS + DA	Rt + Hor	18 cm
Panko 2017 (36)	P. Benigno CDIS	70	Ipsilateral	MPO	Rt + Hor	2,3 cm
	P. <i>Bordeline</i> CDIS	54	Ipsilateral	MTS	No	9 cm
	P. Maligno CDIS	52	Ipsilateral	MTS	No	10 cm
Michael 2017 (37)	P. Maligno CDIS	48	Ipsilateral	MTS	No	5 cm
	P. Benigno CDIS	44	Ipsilateral	MTS	No	5 cm
	P. Benigno CDIS	25	Ipsilateral	MPO	Rt	2,5 cm
	P. Maligno CDI	45	Ipsilateral	MRMM	Qt + Hor	4 cm

P: *Phyllodes*, CDIS: carcinoma ductal *in situ*, CLIS: carcinoma lobulillar *in situ*, CDI: carcinoma ductal invasor, MTS: mastectomía total simple, MPO: mastectomía parcial oncológica, MRMM: mastectomía radical modificada tipo madden, DA: disección axilar, NR: no reportado, Rt: radioterapia, Qt: quimioterapia, Hor: hormonoterapia.



poco frecuente, debe tenerse siempre en cuenta en los reportes histopatológicos, ya que la conducta terapéutica y el pronóstico de este tipo de paciente varía, obligándonos a desarrollar nuevas estrategias de control oncológico.

REFERENCIAS

1. López C. Tumores *phyllodes* de la mama aspectos anatomopatológicos. Carta Mastologica. Sociedad venezolana de mastología. Caracas 2018. P 4-6.
2. Fiks A. Cystosarcoma *phyllodes* of the mamary gland – Muller Tumor. Virchow Arch 1982; 392:401.
3. Azzopardi JG, Ahmed A, Miller RL. Problems In breast pathology. W.B. Sander. London – Philadelphia, 1979, 354-35.
4. Hernandez G, Gómez A, Paredes R. Lesiones Benignas de la Mama. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.2012. p. 217-222.
5. Yanhong Zhang, Celina G. Kleer. *Phyllodes* Tumor of the Breast Histopathologic Features, Differential Diagnosis and Molecular/Genetic Updates. Arch Pathol lab Med. 2016; 140; 665-671.
6. Haagensen CD. Enfermedades de la mama. Buenos Aires: Editorial Bibliografica Argentina, 1987;271-97.
7. Piñero A, Polo Garcia L, Moreno JI, Munitz V. Tumor filodes de mama maligno, unilateral y multicentrico. Cir. Esp 2002; 71 (6): 327.
8. Seemayer TA, Tremblay G, Shibata H. The unique association of mammary stromal sarcoma with intraductal carcinoma. Cancer 1975; 36:599-605.
9. Leong AS, Meredith DJ. Tubular carcinoma developing within a recurring cystosarcoma *phyllodes* of the breast. Cancer 1980; 46:1863-7.
10. Cole-Beuglet C, Soriano R, Kurtz AB, et al. Ultrasound, x-ray mammography, and histopathology of cystosarcoma *phyllodes*. Radiology 1983; 146:481-6.
11. Ishida T, Izuo M, Kawai T. Breast carcinosarcoma arising in cistosarcoma *phyllodes*: report of a case with a review of the literature. Jpn J Clin Oncol. 1984;14:99/106.
12. Huntrakoon M. Malignant Cystosarcoma *phyllodes* with simultaneous carcinoma in the ipsilateral breast. South Med J. 1984;77:1176-8.
13. Grove A, Kristensen LD. Intraductal carcinoma within a *phyllodes* tumor of the breast: a case report. Tumori 1986; 72:187-90.
14. Ward RM, Evans HL. Cystosarcoma *phyllodes*. A clinicopathologic study of 26 cases. Cancer 1986; 58:2282-9.
15. Knudsen PJT, Ostergaard J. Cystosarcoma *phyllodes* with lobular and ductal carcinoma *in situ*. Arch Pathol Lab Med 1987; 111:873-5.
16. De Rosa G, Ferrara G, Goglia P, et al. *In situ* and microinvasive carcinoma with squamoid differentiation arising in a *phyllodes* tumor: report of a case. Tumori1989; 75:514-7.
17. Brochard-Le-Douarin LA, Laboisie C, Potet F, Seneze J. *Phyllodes* tumor associated with *in situ* lobular carcinoma. Rev Fr Gynecol Obstet. 1989;84:41-3.
18. Schwickerath J, Blessing MH, Wolff E. Seltene Erscheinungsform eines Kombinationstumors aus Cystosarcoma *phyllodes* malignum und eines intraduktalen Karzinoms. Geburtsh u Frauenheilk 1992; 52:557-9.
19. Padmanabhan V, Dahlstrom JE, Chong GC, et al. *Phyllodes* tumor with lobularcarcinoma *in situ* and liposarcomatous stroma. Pathology 1997; 29:224-6.
20. Deodhar KK, Baraniya JB, Naresh KN, Shinde SR, Chinoy RF. Cancerization of *phyllodes* tumour. Histopathology 1997; 30:98-9.
21. Nishimura R, Hasebe T, Imoto S, et al. Malignant *phyllodes* tumour with a noninvasive ductal carcinoma component. Virchows Arch 1998; 432:89-93.
22. Villanueva MJ, Navarro F, Sánchez A, Provencio M. Coexistence of breast cystosarcoma *phyllodes* and bilateral *in situ* lobular carcinoma. Rev Clin Esp. 1999; 199: 776.
23. Alo PL, Andreano T, Monaco S, et al. Tumore filloide maligno della mammella con aspetti di carcinoma intraduttale. Pathologica 2001; 93.
24. Parfit J, Armstrong C, Malley F, Ross J Tuck A. *In situ* and invasive carcinoma within a *phyllodes* tumor associated with lymph node metastase. World Journal of Surgical Oncology. 2004 ; 15 (2) : 1-4.
25. Lim M, Tan PH. Ductal carcinoma *in situ* within *phyllodes* tumour: a rare occurrence. Pathology 2005; 37:393-6.
26. Nomura M, Inoue Y, Fujita S, et al. A case of non-invasive ductal carcinoma arising in malignant *phyllodes* tumor. Breast Cancer 2006; 13:89-94.
27. Yamaguchi R, Tanaka M, Kishimoto Y, et al. Ductal carcinoma *in situ* arising in a benign *phyllodes* tumor: report of a case. Surg Today 2008; 38:42-5.



Tumor *phyllodes* *bordeline* y carcinoma ductal *in situ* de la mama.
Reporte de un caso y revisión de la literatura

28. Trabelsi A, Adelkrim S, Stita W, Boudaga Z, *et al.* *In situ* and invasive carcinoma within a *bordeline phyllodes* tumor. *World J oncol* 2010; (1): 42-44.
29. Yoshinori N, Iguchi C, Tsuboi K, *et al.* Ductal carcinoma *in situ* arising within a benign *phyllodes* tumor: a case report with a review of the literature. *Oncol Lett* 2011; 2:223-8.
30. Sean Q, Hodgron N, Elavathel L, Shangglío T. *Bordeline phyllodes* tumor with an incidental invasive tubular carcinoma and lobular carcinoma *in situ* component: a case report. *J. Breast Cancer*. 2011; 14(3): 237-40.
31. Guerino B, Rosetti C, Souza N, Fonseca F *et al.* Coexistence of benign *phyllodes* tumor and invasive ductal carcinoma in distinct breasts: case report. *Eur. Jour. Med Research*. 2012; 17(8): 1-4.
32. Shin DJ, Kim DB, Roh JH, *et al.* Ductal carcinoma *in situ* arising in a benign *phyllodes* tumor. *J Korean Soc Radiol* 2013; 68:423-6.
33. Çolakoglu MK, Yenidoğan E, Akgül GG, *et al.* *In situ* ductal carcinoma arising in benign *phyllodes* tumor in 19-year-old patient: a case report. *J Breast Health* (2013) 2014; 10:239-41.
34. Chopra S, Muralikrishnan V, Brotton J. Youngest care of ductal carcinoma *in situ* arising within a benign *phyllodes* tumour: a case report. *IJSCR*. 2016 (24):67-9
35. Castillo R, Muñoz V, Saldivia F, Prina J. Tumor filodes asociado a carcinoma reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. *Rev. Venez. Oncol*. 2016 28 (3): 179-180.
36. Panko N, jebran A, Gomberrialla A, Connolly m. Invasive ductal carcinoma within a benign *phyllodes* tumor. *Am J. Care Rep*. 2017; 18:813-16.
37. Michael C, Tse G, Chen C, Wei J, Kwong A. Coexistence of ductal carcinoma within mammary *phyllodes* tumor: a review of 557 cases from a 20 years region wide database in Hong kong and southern China. 2017; 20(3): 1-4.



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 suprahiodeo 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 sobrevida 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

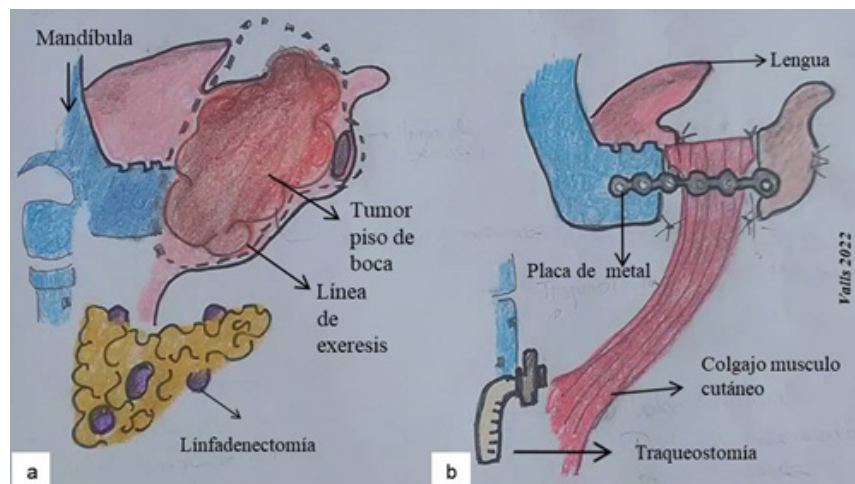


Figura 2. Esquema de la Operación Comando. a) Resección segmentaria del cuerpo lateral de la mandíbula combinada con linfadenectomía cervical por un tumor del piso de la boca. b) Reconstrucción del área de defecto con colgajo musculocutáneo, colocación de placa de metal para restablecer la continuidad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

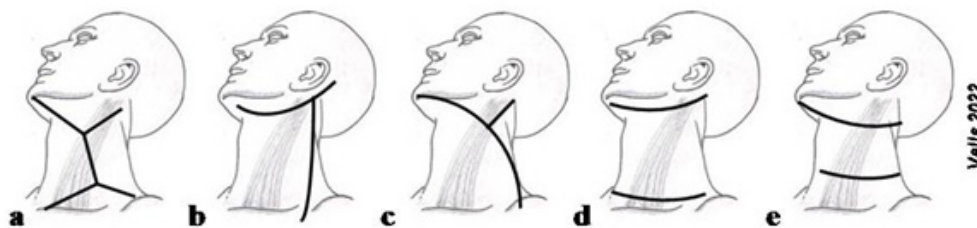


Figura 3. Incisiones históricas para la realización de operaciones comando (31). a) Doble “Y” o de Hayes Martin. b) Gran Colgajo Anterior o de Schobinger. c) Conley. d) Doble de Garriga. e) Mc Fee. Fuente: Elaboración propia por el autor.



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 “Luis 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).

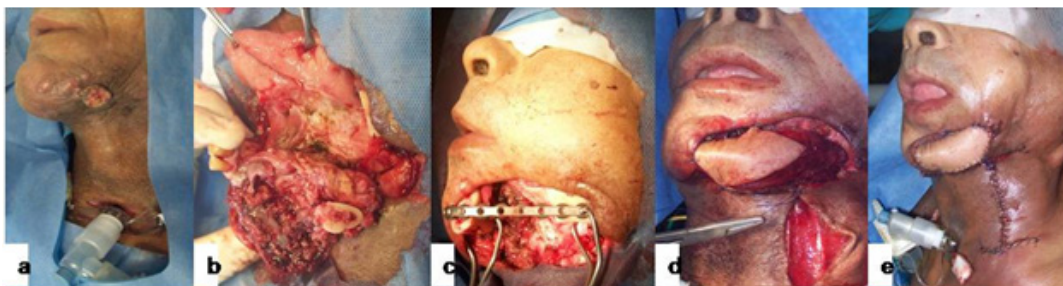


Figura 5. Operación combinada tipo comando para extensa neoplasia de piso de boca. a) Aspecto inicial de la lesión. Se realizó traqueostomía previa. b) Resección del cuerpo lateral derecho de la mandíbula. c) Se emplazó placa de metal sobre la mandíbula. d) Rotación de colgajo musculocutáneo pectoral 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.



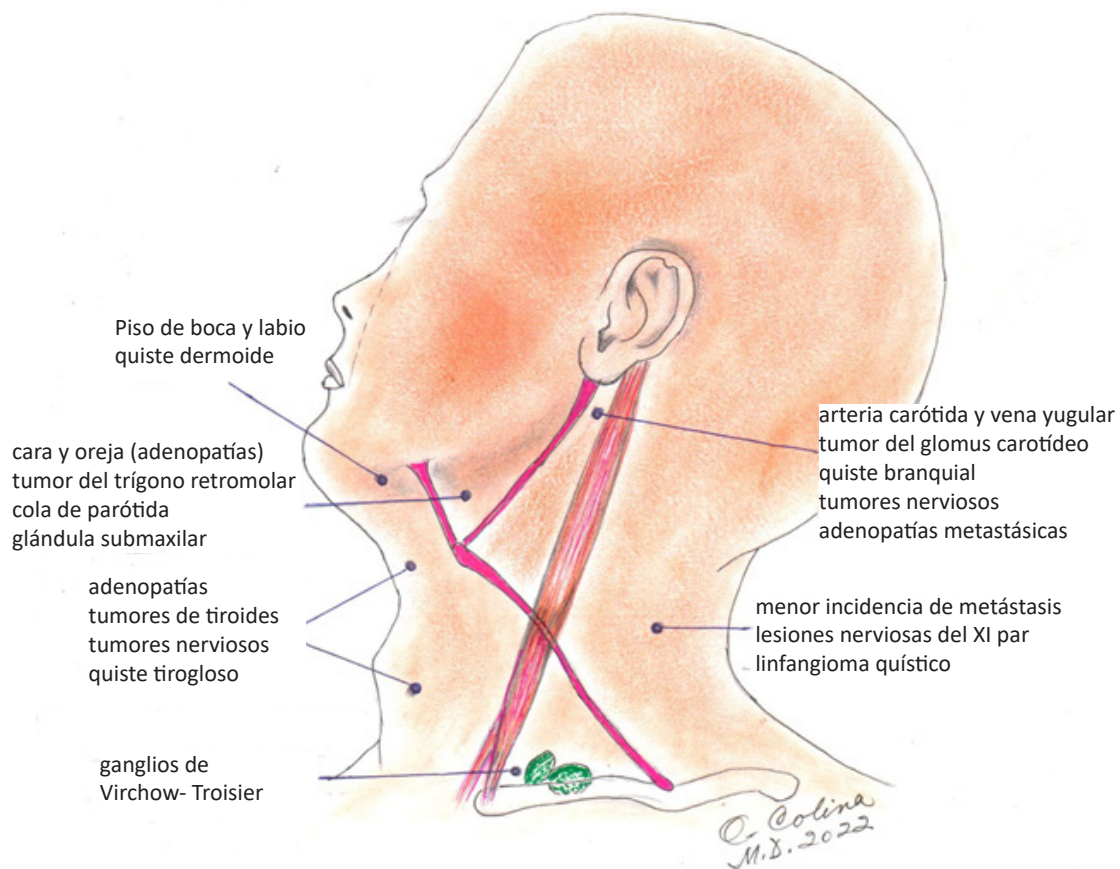
22. Martin H, Sugarbaker E. cancer of the floor of the mouth. *Sur Gyn Obst.* 1940; 71: 341-359.
23. Rodríguez C. Premio Luis Razetti. *Bol Inst Oncol Luis Razetti.* 1961; IV (6): 186-190.
24. Martin H. Basic principles. En: Martin H. *Surgery of Head and Neck Tumors.* 1st edition. Hoeber Harper Book; 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>).



ILUSTRACIÓN MÉDICA MASAS PATOLÓGICAS DE LA REGIÓN CERVICAL

Dr. Oscar Colina¹.

¹Profesor de Cirugía de la Universidad Central de Venezuela.
Director del Post-grado de Cirugía General de la Cruz Roja Venezolana.
Email: boleroscar@yahoo.com



En esta oportunidad les presento algunas de las masas tumorales más frecuentes en la Región Cervical, con la intención de recordarles que las mismas pueden ser detectadas por el propio paciente o por un médico de cualquier especialidad cuando realiza el examen físico de rutina.

Desde hace varios años fueron establecidos los niveles ganglionares del cuello por consenso de la *American*

Academy Of Otorrinolaryngology y la *American Society for Head & Neck Surgery*, indicando que dichos niveles son estaciones de drenaje linfático de los diferentes órganos y regiones afectadas por lesiones malignas, procesos inflamatorios y lesiones congénitas.

Este concepto constituye una valiosa ayuda para el médico, quien después de una anamnesis exhaustiva y un examen físico minucioso, puede llegar a obtener una



Masas patológicas de la región cervical

impresión diagnóstica certera hasta en el 80% de los casos. El 20% restante se diagnostica con los exámenes complementarios. (Charcot 1863).

De esta manera concluimos e insistimos que la semiología y clínica práctica siguen teniendo plena vigencia en nuestros días logrando diagnósticos y tratamientos más precoces para nuestros pacientes, y grandes satisfacciones a los médicos que lo practiquen a diario.

REFERENCIAS

1. Bayley Hamilton. Physical signs in Clinical Surgery. Thirteenth edition. Pags 217-231.
2. Wise & Baker Surgery of Head and Neck second edition. Pag 17-34.
3. Charcot.
4. Camacho Aguilera J.F. Charcot y su legado a la medicina. Gaceta Medica de México 2012;148-321-6.



IN MEMORIAM

Cumplimos con el deber de informar la desaparición física de los **Dres. Leopoldo Krulig, Orangel Troconis, Jesús Díaz Portocarrero y Armando Pérez- Monteverde**, distinguidos profesionales, muy apreciados en nuestra comunidad del Centro Médico de Caracas.

Sentimos que su partida deja un gran vacío en nuestro Hospital y en las otras Instituciones donde se destacaron por su ejemplar desempeño científico en la Docencia, la Asistencia y la Investigación, dejando un gran legado de conocimientos a la Medicina Nacional.

Desde aquí, expresamos nuestras más sentidas condolencias a sus numerosos alumnos, familiares y amigos.

Descansen en Paz, Amén

El Comité Editorial



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

<https://www.revistacentromedico.org/instrucciones/>

La revista del Centro Médico de Caracas es el órgano oficial de divulgación científica y cultural de la Sociedad Médica del CMC, para la publicación de artículos originales o primarios o los resultados de la investigación de los mismos dirigidos a un comité editorial para su publicación bianual.

El comité editorial está constituido por el editor y miembros seleccionados por la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Tiene además un comité asesor integrado por especialistas que fungen de árbitros. Estos así como el Comité editorial, deben respetar la confidencialidad de los autores y el contenido de los manuscritos.

El comité editorial puede hacer las correcciones que considere pertinentes informando debida y oportunamente al autor o los autores, así mismo el comité editorial podrá consultar con especialistas en temas ajenos a la competencia de los miembros del comité.

Estos pueden ser inéditos o no, pero deben ser revisados por el editor, comité editorial, o expertos en temas específicos, asegurando la confidencialidad a los autores. Deben contener en forma general una orientación triple de introducción, desarrollo y conclusiones.

Requisitos formales:

- Formato: Microsoft word, hoja tamaño carta.
- Letra: Arial tamaño 12 puntos
- Espaciado: Texto en un espacio y medio (1,5). Sumario y referencias bibliográficas a un solo espacio.

- Márgenes: uniforme de 3 cms
- Extensión: variable según el material enviado en relación a los subtítulos aceptados (ver abajo). No pasar de 40 cuartillas incluidos todos los anexos, fotos, gráficos, bibliografía, etc.
- Numeración: todas numeradas al pie de página derecha.
- Títulos: Debe expresar la esencia del trabajo con menos de 10 palabras en mayúsculas. Los subtítulos en minúscula.
- Nombres de autor y autores: Apellido y nombre completo.
- Reseña curricular del autor y/o autores: con un asterisco al pie de página señalar la institución o instituciones pertenecientes actualmente. No pasar de 50 palabras.
- Sumario: visión ordenada de los contenidos a espacio sencillo.
- Utilización de cursivas: en palabras, expresiones diferentes para hacer énfasis.

La revista Centro Médico de Caracas publica editoriales, artículos de revisión, artículos originales (publicados o no), artículos doctrinarios de la Medicina, la Salud pública, de Historia de la Medicina y la comunidad. También publica reportes de casos clínicos, reuniones anatomoclínicas, cartas al editor, artículos sobre temas culturales presentados en la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas y otros lugares.

En la primera página el título, que no exceda las 40 palabras. Luego el nombre de los autores, con sus grados académicos y sus afiliaciones institucionales, e-mail y teléfonos.



En la segunda página un resumen en español e inglés de un máximo de 200 palabras, que contenga el objetivo, método, resultados y conclusiones, incluyendo entre 3 y 10 palabras claves. Sugerimos para la elaboración del contenido del manuscrito consultar las recomendaciones internacionales: <http://www.español.equatornetwork.org>

Las referencias son las mencionadas en el texto con números entre paréntesis, colocado inmediatamente luego del nombre del autor o autores, y en el orden en que van apareciendo en el texto con las siguientes normas:

1. Para revistas o publicaciones periódicas: apellido(s) del autor (es), inicial del nombre (s). Título del artículo en cursiva. Abreviatura internacional de la revista. año, volumen, páginas, inicial y final.
2. Si se trata de libros: Apellido(s) del autor(es) e iniciales del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad). Casa editora, año
3. Capítulos de libro: Apellido(s) del autor(es), inicial del nombre(s). Título del capítulo, Apellido(s) e inicial(es) del editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) casa editora, año. páginas inicial y final.
4. Referencia Electrónica: Apellido y nombre del Autor (es). Título o descripción del documento. Dirección electrónica. Fecha de Publicación.

El comité editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

Dirección para recepción de los manuscritos info@sociedadmedica.org

Redacción de citas bibliográficas según estilo de las Normas de Vancouver

El actual comité editorial de la Revista de la Sociedad Médica “Centro Médico de Caracas”, que dirige el

Dr. Oscar Colina y que continúa la tarea de su anterior Director el Dr. Abraham Krivoy, quien logró la titánica labor de digitalizar los números de la Revista a partir del Volumen N° 3 del año 1964 hasta el presente, los cuales podemos encontrar en internet en la siguiente dirección electrónica <https://www.revistacentromedico.org/>, queremos seguir aumentando el valor editorial de esta revista hasta conseguir su indexación en Lilacs (<https://lilacs.bvsalud.org/es/>) que desde hace 32 años es el más importante índice de la literatura científica en Salud de América Latina y del Caribe.

Para lograr este objetivo debemos conseguir la publicación regular de los números de la Revista y quienes en ella publican, deben cumplir los Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas (https://metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf). Por esta razón, hemos incluido en el número actual, el estilo de citas bibliográficas de revistas biomédicas basado en las Normas de Vancouver actualizadas para el año 2019, el cual descargamos de la Biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_Vancouver y que a continuación transcribimos. Además el resumen del trabajo a publicar, debe ser entregado tanto en español como en inglés. Esperamos contar con su colaboración, para que nuestra institución y su revista, sigan siendo ejemplo de calidad, superación y compromiso con nuestro país.

Citas y elaboración de bibliografía: el plagio y el uso ético de la información: Estilo Vancouver

Guía para citar respetando los derechos de autor

Los estilos de cita

Es importante hacer un uso responsable, ético y legal de la información que se utiliza cuando se elabora un trabajo académico. Al incluir las referencias bibliográficas identificamos las ideas e información que han sido tomadas de otros autores. Si además empleas un estilo de cita normalizado se favorece el reconocimiento de la fuente empleada para que cualquier otra persona pueda localizar esos documentos.



La elaboración de un trabajo académico o científico requiere de la inclusión de una bibliografía sistemática y estructurada. En su redacción hay dos elementos fundamentales:

1. las citas en el texto: forma de referencia breve entre paréntesis dentro de un párrafo o añadida como nota a pie de página, al final de un capítulo o del documento, según dicte el estilo bibliográfico empleado y
2. las referencias bibliográficas: una nota más extensa y ordenada alfabéticamente al final del documento o siguiendo una sucesión numérica que corresponde al orden de citas en el texto, también dependiendo de las normas del estilo utilizado.

Los gestores de citas bibliográficas son herramientas que permiten recopilar bibliografía, organizarla, comentarla o compartirla, utilizarla para la preparación de un manuscrito con vistas a su publicación o incluso adaptar su estilo a las normas de edición de una determinada revista científica. *RefWorks* es la aplicación recomendada por la UAM para la gestión de bibliografías personales de docentes, investigadores y estudiantes. Las bibliotecas de la UAM ofrecen cursos de formación sobre la elaboración de bibliografías y la utilización de *RefWorks*.

Redactar referencias bibliográficas según estilo Vancouver

Libro completo

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005

Volúmenes independientes de libros

1. Volúmenes con título propio pero de los mismos autores/editores

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. Vol. nº. Título del capítulo.

Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

2. Monografías seriadas

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. (Autor/es. Título de la serie. Vol. nº)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology; vol. 2).

Capítulos de libros

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/ Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

Artículo de revista

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.



Comunicaciones y ponencias

Autor/es de la comunicación / ponencia. Título de la comunicación / ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación / ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Recursos en internet

Libros

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revised 2007-2008; cited 2009 Mar 29]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.htmlpA>

Artículos de revistas

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 Nov 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.

Sitios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Consultado 3 Jul 2012]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/>

Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 2009 May 06 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

Datos de investigación

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available from: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

Citas en texto según Vancouver

Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis, aunque muchas revistas establecen en sus normas para autores el uso de superíndices.

Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez conservará el mismo número.

Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase

Los tumores pueden extenderse desde el pulmón a cualquier parte del cuerpo (1)...

Como indicó Lagman (2) los cuidados de la diabetes...

Si la obra tiene más de un autor se citará en el texto el primer autor *et al.*

Simona *et al.* (5) establecen que el principio



Información para los autores

Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina 'autor corporativo'. Por ejemplo una organización o una entidad.

El Ministerio de Sanidad (4) recientemente ha estimado que la hepatitis...

El número de personas que sufren de hepatitis en España ha crecido un 14% en los últimos 20 años (4)....

Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo no al editor literario o director de la obra.

Bell (3) identificó que las personas que sufren de diabetes mellitus 2 requieren unos cuidados alimentarios estrictos

Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization

Cita directa: Debe ser breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación, se incluye la paginación

"...has been proven demonstrably false." (4, p.23)