

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-450-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC.
© Copyright CENETEC.

Editor General.
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Dissección radical de cuello** México: Secretaría de Salud, 2011

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-9 40.4 Extirpación radical de ganglios linfáticos cervicales. 40.41 Disección radical de cuello unilateral. 40.42 Disección radical de cuello bilateral.

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Luis Mauricio Hurtado López	Cirugía General, Cirujano de Cabeza y cuello	Hospital General de México, SS	Jefe de Unidad de Cirugía General 307	AMCG, AMC, LATS
-----------------------------	--	--------------------------------	---------------------------------------	-----------------

Autores :

Luis Mauricio Hurtado López	Cirugía General; Cirujano Cabeza y Cuello	Hospital General de México, SS	Jefe Unidad de Cirugía General 307	AMCG, AMC, LATS
Erich Basurto Kuba	Cirugía General		Medico Adscrito, Cirugía General	AMCG, LATS
Cesar Ortega Gutiérrez	Cirugía General, Cirugía Oncológica	Instituto Nacional de Cancerología	Medico Adscrito, Servicio de Cabeza y Cuello	AMCG, SMEO

Validación interna:

Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	<Sociedad, Asociación, etc.>
--------------	----------------	---------------	----------------	------------------------------

Validación externa:

Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>	<Academia>
--------------	----------------	---------------	----------------	------------

INDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN.....	4
2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA	4
3. ASPECTOS GENERALES	4
3.1 JUSTIFICACIÓN	4
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	4
3.3 DEFINICION	4
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	4
4.1 CONCEPTOS GENERALES	4
4.4 CLASIFICACIÓN DE DISECCIÓN DE CUELLO Y MORBILIDAD.....	4
5. ANEXOS	4
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	4
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	4
5.3 CUADROS Y FIGURAS	4
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	4
6. GLOSARIO	4
7. BIBLIOGRAFÍA	4
8. AGRADECIMIENTOS.....	4
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	4
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	4
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	4

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: SSA-450-11	
Profesionales de la salud.	Médicos especialista y residentes de Cirugía General, Cirugía oncológica, Cirugía de cabeza y Cuello, Otorrinolaringología, Cirugía Endocrinológica
Clasificación de la enfermedad.	CIE-9 40.4 Extirpación radical de ganglios linfáticos cervicales. 40.41 Disección radical de cuello unilateral. 40.42 Disección radical de cuello bilateral
Categoría de GPC.	Segundo y tercer nivel de atención
Usuarios potenciales.	Médicos especialista y residentes de Cirugía General, Cirugía oncológica, Cirugía de cabeza y Cuello, Otorrinolaringología, Cirugía Endocrinológica
Tipo de organización desarrolladora.	Secretaría de salud, Hospital General de México, Instituto nacional de Cancerología
Población blanco.	Paciente adulto oncológico de cabeza y cuello
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Hospital General de México OD Instituto Nacional de Cancerología México
Intervenciones y actividades consideradas.	CIE-9 40.4 Extirpación radical de ganglios linfáticos cervicales. 40.41 Disección radical de cuello unilateral. 40.42 Disección radical de cuello bilateral.
Impacto esperado en salud.	La adecuada aplicación de esta guía permitirá evaluar tratamientos en forma interinstitucional y estandarizar los límites terapéuticos
Metodología ¹ .	Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: Responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura: Siete Búsquedas mediante bases de datos electrónicas: Siete Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores: Cero Búsqueda en páginas Web especializadas: Cero Búsqueda manual de la literatura: Cero Número de fuentes documentales revisadas: Siete Guías seleccionadas: Cero Revisiones sistemáticas: Siete Ensayos controlados aleatorizados: Cero Reporte de casos: Cero Otras fuentes seleccionadas: Cero
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: Hospital General de México. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <institución que validó por pares> Revisión institucional: <Institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro SSA-450-11

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los niveles ganglionares en el cuello?
2. ¿Cuáles son los límites anatómicos de cada nivel?
3. ¿Qué tipos de disección de cuello existen y que estructuras anatómicas se incluyen en cada una de ellas?
4. ¿En qué enfermedades están indicadas las diferentes disecciones de cuello?
5. ¿Cuáles son las complicaciones de la disección de cuello?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La disección radical de cuello y todas sus diferentes variantes, es un procedimiento quirúrgico complementario ampliamente utilizado en el tratamiento del cáncer que se presenta en el área de cabeza y cuello.

Dicho procedimiento quirúrgico consiste en la resección de todos o algunos de los niveles linfáticos de cuello, aunado, en ocasiones, a algunas estructuras anatómicas¹. Desde su descripción inicial la aceptación inicial de este procedimiento se ha ido modificando en forma progresiva, esto a consecuencia de la mejor comprensión del comportamiento biológico de los diferentes tipos de tumores malignos presentes en esta región anatómica. Es así que actualmente se conoce que la presencia de metástasis dependiendo de la estirpe histológica puede variar, como ejemplo se sabe que se puede encontrar hasta en un 30 % en el cáncer epidermoide², en el 35% del cáncer piliar de tiroides^{3,4} y en el 33% del cáncer de laringe⁵.

El significado de la enfermedad metastásica ganglionar en cuello es un factor pronóstico independiente en el cáncer de cabeza y cuello por esta razón el tratamiento adecuado de la metástasis ganglionar es esencial para el control de la enfermedad.

Muchos términos han sido usados en el pasado para denominar diferentes disecciones de cuello y a menudo han sido confusos no descriptivos y de difícil aplicación para una comunicación inter institucional, para prevenir la mala interpretación y la falta de estandarización se ha llegado a recomendar que las disecciones de cuello se describan especificando los niveles ganglionares y las estructuras no linfáticas preservadas o resecadas.

Estas variaciones al procedimiento obligan a los estudiosos en la materia a organizar de manera uniforme conceptos universales y establecer una terminología común, a fin de tener una adecuada comprensión y comparación de las diferentes modalidades terapéuticas.

Por esta razón es importante realizar una Guía de Práctica Clínica que ofrezca un panorama de extensión, terminología, indicaciones y complicaciones actualizado sobre la disección radical de cuello y sus diferentes variantes.

1. Ferlito A, Robbins KT, Silver CE, Hasegawa Y, Rinaldo A. Classification of neck dissections: an evolving system. *Auris Nasus Larynx*. 2009;36(2):127-34.
2. Reséndiz-Colosía JA, Valenzuela-Flores AA, Torres-Núñez G, Valenzuela-Flores AG, Flores-Díaz R, Gallegos-Hernández FJ, Rodríguez-Cuevas SA. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in patients with high risk squamous cell carcinoma of the skin. *Gac Med Mex*. 2007;143:209-14.
3. Baek SK, Jung KY, Kang SM, Kwon SY, Woo JS, Cho SH, Chung EJ. Clinical risk factors associated with cervical lymph node recurrence in papillary thyroid carcinoma. *Thyroid*. 2010;20(2):147-52.
4. Hurtado-López LM, Melchor-Ruan J, Basurto-Kuba E, Montes de Oca-Durán ER, Pulido-Cejudo A, Athié-Gutiérrez C. Low-risk papillary thyroid cancer recurrence in patients treated with total thyroidectomy and adjuvant therapy vs. patients treated with partial thyroidectomy. *Cir Cir*. 2011;79(2):118-125.
5. Herrera-Gómez A, Villavicencio-Valencia V, Rascón-Ortiz M, Luna-Ortiz K. Demographic data of laryngeal cancer at the Instituto Nacional de Cancerología in Mexico City. *Cir Cir*. 2009;77(5):353-7.

3. ASPECTOS GENERALES

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Disección radical de cuello**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- DEFINIR LOS NIVELES GANGLIONARES DEL CUELLO Y CONOCER SUS LIMITES ANATOMICOS.

- ESTABLECER LAS INDICACIONES DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DISECCION RADICAL DE CUELLO EN EL MANEJO COMPLEMENTARIO DE LA DISEMINACION DEL CANCER EN EL AREA DE CABEZA Y CUELLO.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3. ASPECTOS GENERALES

3.3 DEFINICION

Definición:

La disección radical de cuello y sus diferentes subtipos es un procedimiento quirúrgico complementario al tratamiento primario del cáncer que suceda en el área de cabeza y cuello, y que consiste en la extirpación de ganglios linfáticos regionales.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

"Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza. Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la escala seleccionada para ello. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo con su fortaleza." El Sistema de Gradación utilizado en la presente guía es:

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCEPTOS GENERALES

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	En la mayoría de los cánceres de cabeza y cuello un factor pronóstico importante es la presencia de metástasis ganglionares a nivel cervical. El tratamiento de elección de las metástasis cervicales de cáncer de cabeza de cuello es la resección quirúrgica, más específicamente la disección ganglionar (linfática) de cuello. Inicialmente la primera descripción de disección	Punto de buena práctica

	radical de cuello fue realizada por Crile, a través del tiempo muchas variaciones y modificaciones han sido llevadas a cabo al procedimiento. La disección de cuello es una de las cirugías más frecuentes en el área de cabeza y cuello, dada la alta incidencia de metástasis ganglionares presentes por tumores primarios en esta área Esta operación ha evolucionado en muchos aspectos conforme se adquiere mayor conocimiento del tratamiento del cáncer, como resultados siendo más selectiva e individualizada disminuyendo el índice de complicaciones El conocimiento de cuáles son los ganglios linfáticos de cuello y que estructuras anatómicas drenan, proporciona el conocimiento fundamental para establecer los tipos y límites de la disección de cuello que se debe realizar junto al estadio clínico del tumor primario.	
	Se ha determinado que los ganglios que integran el Nivel I corresponde a los ganglios y vasos linfáticos correspondientes a los triángulos sublingual o submentoniano (IA) y submaxilar o submandibular (IB). Drenan piel de labio y mentón, cavidad oral por delante de los pilares anteriores y lengua por delante de la papila circunvalada. Figura 1 (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A, 2009 SIGN 2++ Robbins KT, 2008 SIGN 2++ Givi B, 2008

	Se ha determinado que los ganglios que integran el Nivel II: corresponde a los ganglios y vasos linfáticos del tercio superior de la vena yugular interna (yugular alto), se subdividen en IIA correspondiente a los ganglios yugulares altos por debajo del nervio espinal accesorio (par craneal XI) y IIB correspondiente a los ganglios yugulares altos por arriba del nervio espinal accesorio (par craneal XI) Drenan a nivel I, nasofaringe, Orofaringe, hipofaringe Figura 1 (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A, 2009 SIGN 2++ Robbins KT, 2008 SIGN 2++ Givi B, 2008
	Se ha determinado que los ganglios que integran el Nivel III: que corresponde a los ganglios y linfáticos del tercio medio de la vena yugular interna (yugular medio) Drena a los niveles I y II, laringe, tiroides, hipofaringe, esófago cervical. Figura 1 (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A, 2009 SIGN 2++ Robbins KT, 2008 SIGN 2++ Givi B, 2008
	Se ha determinado que los ganglios que integran el Nivel IV: son los ganglios y vasos linfáticos que acompaña a la vena yugular interna en su tercio inferior (yugular bajo) Drena los niveles I a III, tiroides, laringe, tráquea, y nivel V Figura 1 (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A, 2009 SIGN 2++ Robbins KT, 2008 SIGN 2++ Givi B, 2008

	Se ha determinado que los ganglios que integran el Nivel V: corresponde a todo el tejido linfático que acompaña el nervio espinal en todo el triángulo posterior, se subdividen en VA correspondientes a los ganglios alrededor del nervio espinal accesorio (par Craneal XI) y VB correspondientes a los ganglios alrededor de la arteria cervical transversa y supraclaviculares. Drenan Piel cabelluda, nivel II, Nasofaringe, orofaringe. Figura 1 (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A, 2009 SIGN 2++ Robbins KT, 2008 SIGN 2++ Givi B, 2008
	Se ha determinado que los ganglios que integran el Nivel VI: Incluyen a los ganglios, prelaríngeo (Delfiano), precricoideos paratraqueales, peritiroideos o pretraqueales y ganglios del mediastino superior (estos últimos antes clasificados como nivel VII). Drenan laringe, tiroides, paratiroides, tráquea, esófago cervical. Figura 1 (anexo 5.3)	SIGN 2++ Carty SE, 2009
	Es indispensable el conocimiento de los niveles ganglionares de cuello para realizar adecuadamente cualquier tipo de resección linfática en esta área anatómica.	Punto de buena práctica
	Los límites anatómicos del nivel IA linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN 2++ Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN 2++ Hasegawa Y 2010

	Los límites anatómicos del nivel IB linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN2++Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN2++Hasegawa Y 2010
	Los límites anatómicos del nivel IIA linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN2++Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN2++Hasegawa Y 2010
	Los límites anatómicos del nivel IIB linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN2++Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN2++Hasegawa Y 2010
	Los límites anatómicos del nivel III linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN2++Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN2++Hasegawa Y 2010
	Los límites anatómicos del nivel IV linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN2++Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN2++Hasegawa Y 2010

	Los límites anatómicos del nivel VA linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN2++Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN2++Hasegawa Y 2010
	Los límites anatómicos del nivel VB linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN2++Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN2++Hasegawa Y 2010
	Los límites anatómicos del nivel VI linfático de cuello se encuentran en cuadro I (anexo 5.3)	SIGN 2++ Ferlito A 2009 SIGN2++Carty SE 2009 SIGN 2++ Givi B 2008 SIGN 2++ Robins T 2002 SIGN 2++ Robins T 2008 SIGN2++Hasegawa Y 2010
	El conocimiento preciso de los límites anatómicos de los diferentes niveles ganglionares permitirá al cirujano realizar una adecuada resección quirúrgica, disminuyendo el riesgo de morbilidad o sobre tratamiento.	Punto de buena práctica.
	La disección del cuello se clasifica de acuerdo a su extensión en RADICAL: Resección de los niveles ganglionares I al V, musculo esternocleidomastoideo, nervio espinal accesorio y vena yugular interna Cuadro II (anexo 5.3)	SIGN 2++ FERLITO A, 2009 SIGN 2++ CARTY SE 2009 SIGN 2++ GIVI B 2008 SIGN2++ ROBINS T 2002

	La disección del cuello se clasifica de acuerdo a su extensión en: MODIFICADA: Resección de los niveles I al V (como en la disección radical), preservando por lo menos una de las siguientes estructuras no linfáticas (musculo esternocleidomastoideo, nervio espinal accesorio, vena yugular interna). Cualquier estructura no linfática que sea resecada deberá ser mencionada. Cuadro II (anexo 5.3)	SIGN 2++ FERLITO A, 2009 SIGN 2++ CARTY SE 2009 SIGN 2++ GIVI B 2008 SIGN2++ ROBINS T 2002
---	---	---

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.4 CLASIFICACIÓN DE DISECCIÓN DE CUELLO Y MORBILIDAD

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La disección del cuello se clasifica de acuerdo a su extensión en: SELECTIVA: Preservación de uno o más niveles ganglionares relativos a la disección radical de cuello Cuadro II (anexo 5.3)	SIGN 2++ FERLITO A, 2009 SIGN 2++ CARTY SE 2009 SIGN 2++ GIVI B 2008 SIGN2++ ROBINS T 2002
	La disección del cuello se clasifica de acuerdo a su extensión en EXTENDIDA: Resección de cualquier nivel ganglionar adicional, grupo o estructura no linfática relacionada a la disección radical de cuello (musculo, vasos sanguíneos, nervio) Ejemplo: carótida externa, nervio hipogloso ó vago. Cuadro II (anexo 5.3)	SIGN 2++ FERLITO A, 2009 SIGN 2++ CARTY SE 2009 SIGN 2++ GIVI B 2008 SIGN2++ ROBINS T 2002
	El conocimiento de la morbilidad secundaria a la disección radical de cuello y su prevalencia, permitirá al cirujano informar adecuadamente a su paciente este riesgo antes de realizar el procedimiento y en caso necesario establecer procedimientos especiales para limitar su frecuencia o tratar las mismas.	Punto de buena práctica.

	Dependerá de la extensión del procedimiento si este es radical, modificado o selectivo pero se puede presentar: Hipoparatiroidismo temporal o permanente Lesión del nervio laríngeo recurrente (disfonía e incluso insuficiencia respiratoria), lesión del nervio espinal accesorio (incapacidad para elevar el hombro) , lesión de la rama marginal del facial (parálisis del labio inferior) , lesión del nervio simpático cervical (síndrome de Horner) , Lesión del nervio hipogloso (desviación de la lengua), Lesión del plexo braquial (alteraciones del brazo sensitivas y motoras) , Hemorragia , Hematoma , Lesión del conducto torácico (fistula quilosa). Cuadro III (Anexo 5.3)	Pitoia F, 2009
	Si se considera realizar una disección de cuello, esta deberá ser abordada por un cirujano con experiencia en el área.	Punto de buena práctica.
	Recomendamos la realización de Disección bilateral de cuello en aquellos pacientes con enfermedad metastasica bilateral, así como en todos los casos de cáncer medular de tiroides en los que se realizara esta de forma electiva.	Punto de buena práctica.

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

ANEXO

DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO.

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática de **DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO**. La búsqueda se realizó en PubMed y sitios Web.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español.
- Publicados durante los últimos 5 años. (al no encontrar información en este rango de tiempo se abrió a 10 años).

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de disección radical del cuello; pero al buscar cuál era el término validado MeSh se identificó como tal el término de **Neck Dissection / Disección del cuello**, en PubMed. Las búsquedas fueron limitadas a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 2 resultados, de los cuales 1 fue utilizado en la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
Neck Dissection [mesh] Limits: Humans, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish, Publication Date from 2005 to 2011	2

Algoritmo de búsqueda

1. - Neck Dissection [Mesh]
2. - Humans [Mesh]
3. - # 1 AND # 2
4. - Practice guideline [ptyp]
5. - Guideline [ptyp]
6. - # 4 OR # 5
7. - # 3 AND # 6
8. - English [Lang]
9. - Spanish [Lang]
10. - # 8 OR # 9
11. - # 7 AND # 10
12. - "2005"[PDAT]: "2010"[PDAT]
13. - # 11 AND # 12
14. - #1 AND # 2 AND (# 4 OR # 5) AND (# 8 OR # 9) AND # 12

Al tenerse escasos resultados se procedió a ampliar la búsqueda, de 2000 a 2004, se obtuvo 1 resultado, mismo que fue utilizado en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado
Neck Dissection [mesh] Limits: Humans, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish, Publication Date from 2000 to 2004	obtenido 1

Segunda etapa

Se realizó la búsqueda de guías en el listado de Sitios Web especializados, a continuación se presenta una tabla con los recursos de donde se obtuvieron documentos de utilidad en la elaboración de la guía.

Sitio Web	No. de Dctos.
Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (Uruguay)	1
National Guideline Clearinghouse (NGC)	1
SciELO (Brasil)	1
TOTAL	3

En los siguientes sitios Web no se encontraron resultados con la búsqueda del término “Neck dissection”:

Fisterra, CMA Infobase, NICE, GuíaSalud, Singapore MOH Guidelines, New Zealand Guidelines Group.NZGG, Australian Government. National Health and Medical Research Council, American College of Physicians. ACP. Clinical Practice Guidelines, Alberta Medical Association Guidelines (Toward Optimized Practice).

Tercera etapa

En PubMed se realizó la búsqueda de revisiones sistemáticas con el descriptor validado “Neck dissection”, de lo publicado de 2005 a la fecha, en idioma inglés o español. Se obtuvieron 60 resultados, 2 de los cuales ya se habían obtenido en búsquedas anteriores y se utilizaron en la elaboración de la guía; los restantes no fueron utilizados ya que al ser revisados por el grupo de desarrollo se observó que muchos de estos resultados no eran en sí revisiones sistemáticas y otros no hacían referencia al enfoque abordado en la guía en cuestión.

Búsqueda	Resultado obtenido
"neck dissection"[MeSH Terms] Limits: Humans, English, Spanish, Systematic Reviews, Publication Date from 2005 to 2011	60

Por último se procedió a realizar una búsqueda en PubMed con el término validado “neck dissection” en relación con los enfoques de clasificación y métodos, de lo más actualizado publicado (de 2009 a la fecha) en idioma inglés o español. Se obtuvieron 167 resultados de los cuales se utilizaron 2 documentos en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido

"Neck Dissection/classification"[Mesh] OR "Neck Dissection/methods"[Mesh]) Limits: Humans, English, Spanish, Publication Date from 2009 to 2011	167
--	-----

5. ANEXOS

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	
Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos.
4	Opinion de expertos.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o estudio clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población blanco, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia en los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia en los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada de estudios calificados como 2+.

5. ANEXOS

5.3 CUADROS Y FIGURAS

Cuadro I

		Límites anatómicos de los seis niveles y subniveles del cuello		
Nivel	Límite superior	Límite inferior	Anterior (medial)	Posterior (lateral)
IA	Sínfisis de mandíbula	Cuerpo del Hioides	Borde anterior del musculo digástrico contralateral	Borde anterior del musculo digástrico ipsilateral
IB	Cuerpo de mandíbula	borde posterior del musculo digástrico	borde anterior del musculo digástrico	Musculo estilohioideo
IIA	Base del cráneo	Plano horizontal definido por el borde inferior del hueso hioides	musculo estilohioideo	Plano vertical definido por el nervio espinal accesorio
IIB	Base del cráneo	Plano horizontal definido por el borde inferior del hueso hioides	Plano vertical definido por el nervio espinal accesorio	Borde lateral del músculo esternocleidomastoideo
III	Plano horizontal definido por el borde inferior del hueso hioides	Plano horizontal definido por el borde inferior del cartilago cricoides	Borde lateral del musculo esternohioideo	Borde lateral del músculo esternocleidomastoideo
IV	Plano horizontal definido por el borde inferior del cartilago cricoides	Clavícula	Borde lateral del musculo esternohioideo	Borde lateral del músculo esternocleidomastoideo
VA	Ápex de la convergencia del musculo esternocleidomastoideo y musculo trapecio	Plano horizontal definido por el borde inferior del cartilago cricoides	Borde posterior del musculo esternocleidomastoideo	Borde anterior del musculo trapecio
VB	Plano horizontal definido por el borde inferior del cartilago cricoides	Clavícula	Borde posterior del musculo esternocleidomastoideo	Borde anterior del musculo trapecio
VI	Hueso Hioides	Arteria innominada	Arteria carótida	Arteria carótida

			común	común
--	--	--	-------	-------

Cuadro II

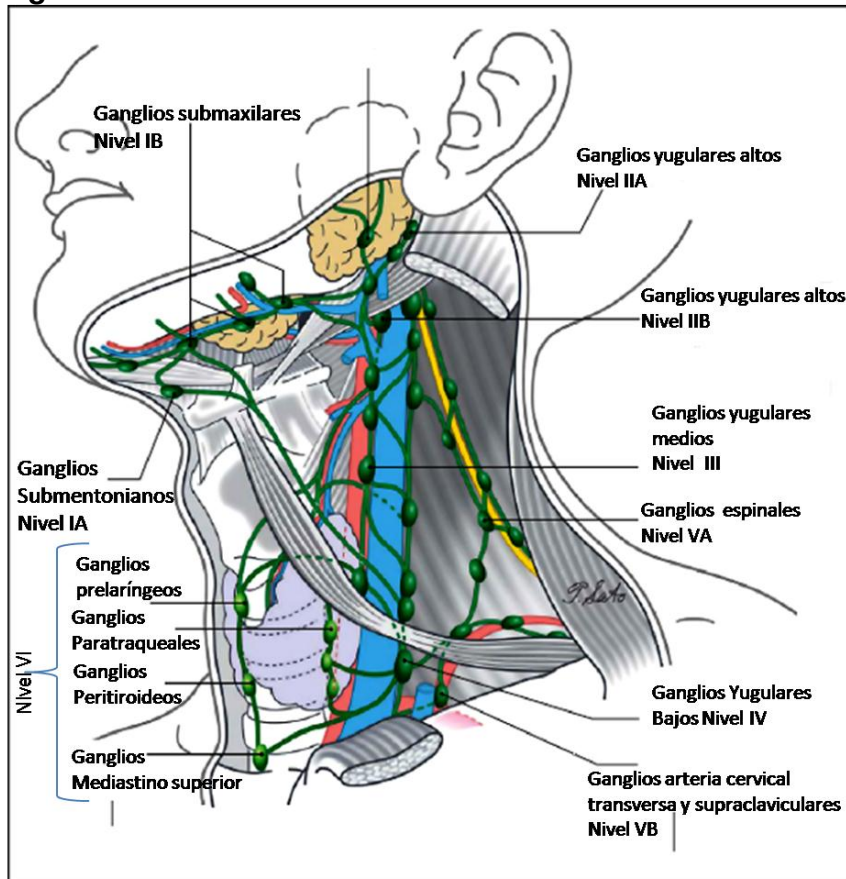
Terminología actual	Denominación alterna	Indicación
1. DSC (I, II, III) 2. DSC (I,IIA,III) 3. DSC (IB,II,III) 4. DSC (IIA,III)	Supra omohiodea	1. Cáncer de piel de la cara anterior o lateral (NO) 2. Cavidad oral, piso de boca, lengua anterior, borde alveolar anterior (NO) 3. Cáncer cavidad oral: lengua posterior, trigono retromolar (NO) 4. Cáncer supra glótico (NO)
1. DSC (II,III,IV) 2. DSC (IIA,III,IV) 3. DSC (II,III,IV,VI)	Lateral	1. Cáncer de oro faringe, hipofaringe (NO) 2. Cáncer de Laringe (NO) 3. Cáncer de laringe o hipofaringe extendido a la subglótis (NO)
DSC (VI)	Anterior o central	Cáncer de tiroides (algunos casos)
1. DSC (II al V, post auricular y sub occipital) 2. DSC (II,III,VA, periparotideos y yugulares externos)	Posterolateral	1. Cáncer de piel en región occipital y cuello superior, 2. Cáncer de piel pre auricular, región occipital y región temporal
Disección Radical de cuello Nivel I a V	Clásica	Electiva: Riesgo de metástasis ocultas en más del 20%. 1. Ca. Cavidad oral: T1 con más de 4 mm de espesor. 2. Cáncer de orofaringe y cáncer de laringe supraglótica Terapéutica: Enfermedad metastásica ganglionar presente: 1. Ca de piel, cavidad oral. Orofaringe, hipofaringe 2. Cáncer de tiroides metastásico a ganglios

		cervicales
DSC: Disección selectiva de cuello		

Cuadro III

Frecuencia de Morbilidad en disección radical de cuello	
Complicaciones	%
Hipoparatiroidismo permanente	0,2
Hipoparatiroidismo transitorio	1,4
Lesión del nervio recurrente permanente	0,2
Seroma	3,2
Sepsis de la herida (menor)	0,6
Total	5,6

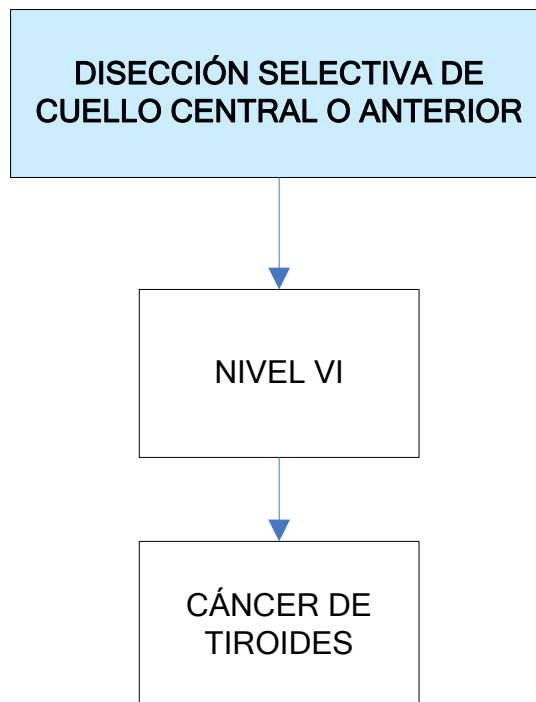
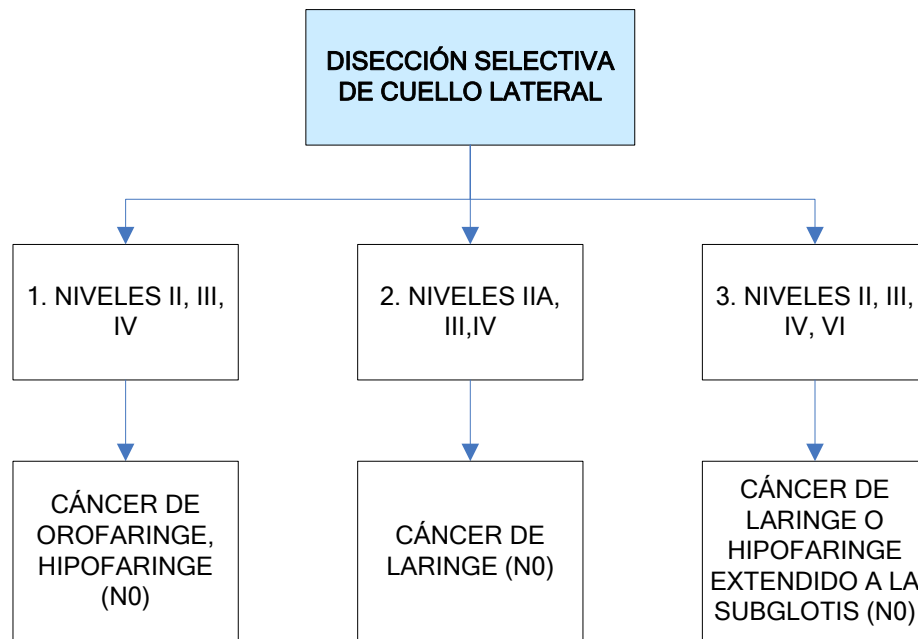
Figura 1

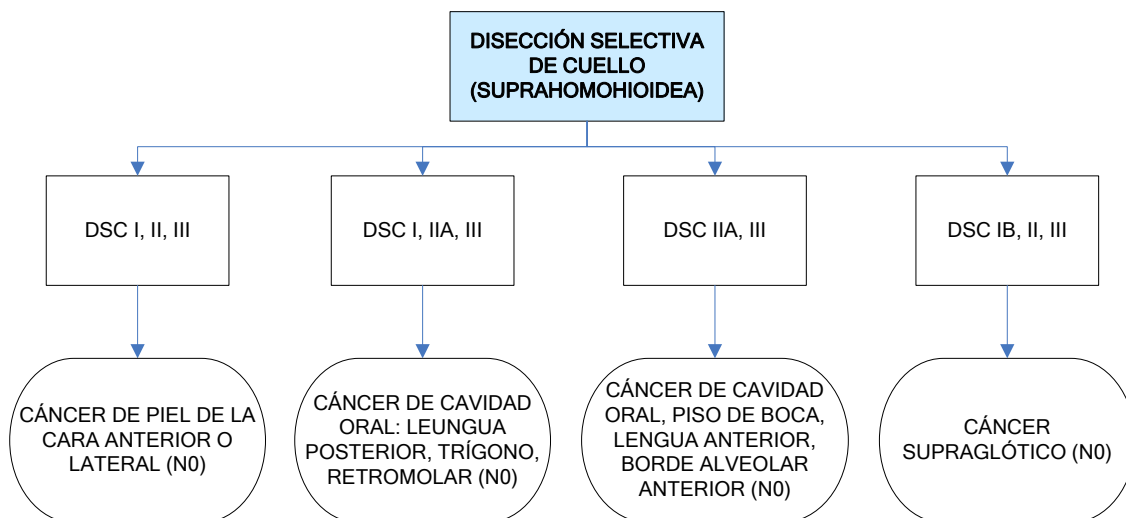
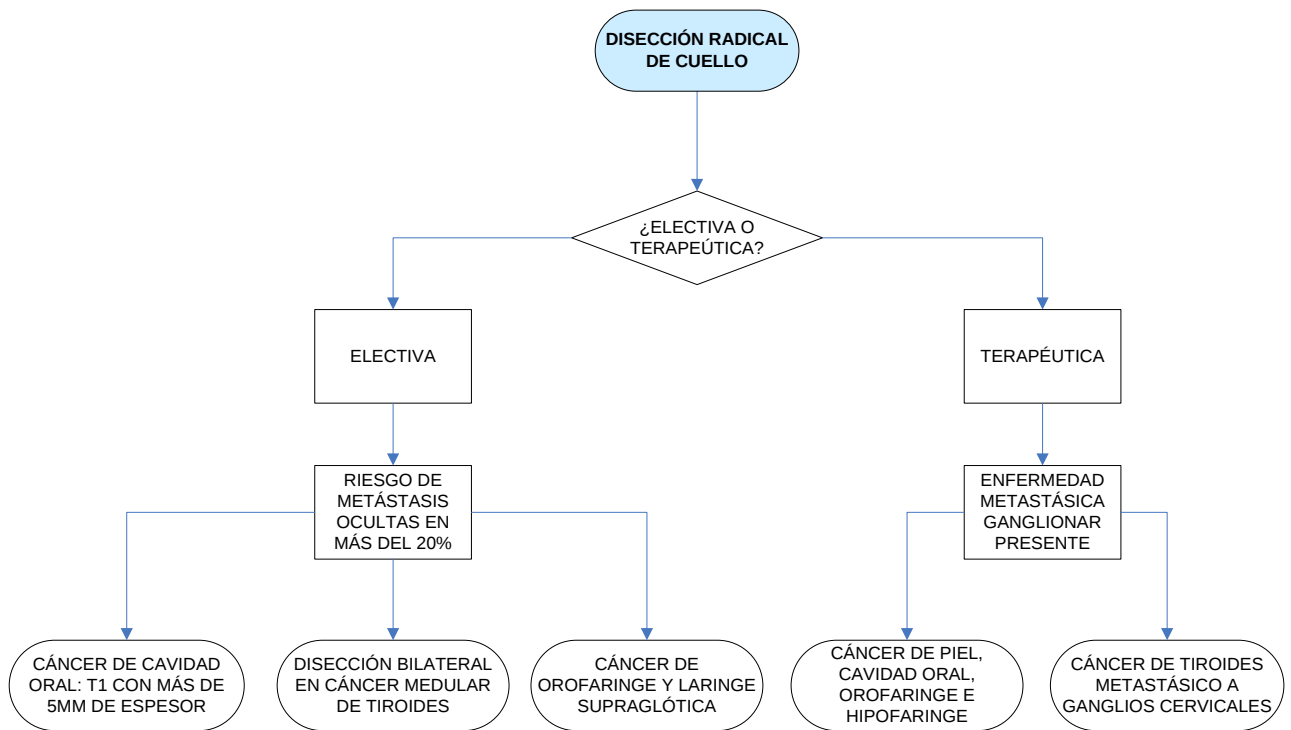


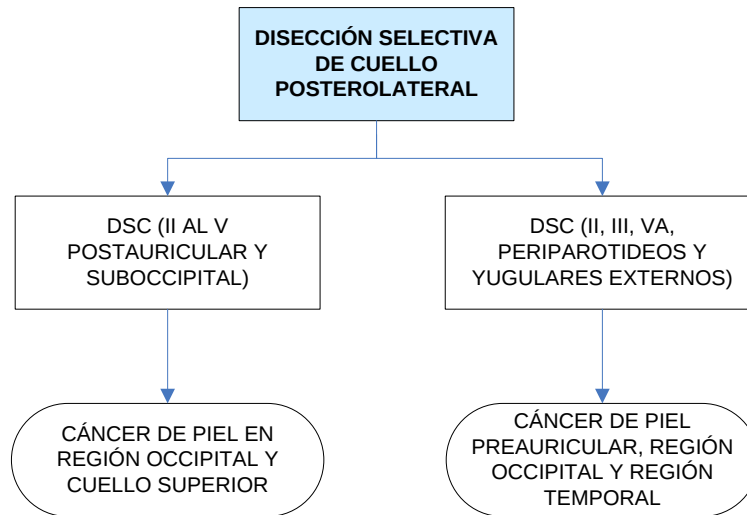
Tomado y modificado de: Hasegawa Y, Saikawa M. Update on the classification and nomenclature system for neck dissection: revisions proposed by the Japan Neck Dissection Study Group. Int J Clin Oncol. 2010; 15(1):5-12.

5. ANEXOS

5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO







6. GLOSARIO

1. Disección radical clásica: Resección de los niveles ganglionares I al V, musculo esternocleidomastoideo, nervio espinal accesorio y vena yugular interna.
2. Disección radical modificada: Resección de los niveles I al V (como en la disección radical), preservando por lo menos una de las siguientes estructuras no linfáticas (musculo esternocleidomastoideo, nervio espinal accesorio, vena yugular interna). Cualquier estructura no linfática que sea resecada deberá ser mencionada.
3. Disección selectiva: Preservación de uno o más niveles ganglionares relativos a la disección radical de cuello
4. Disección extendida: Resección de cualquier nivel ganglionar adicional, grupo o estructura no linfática relacionada a la disección radical de cuello (musculo, vasos sanguíneos, nervio) Ejemplo: carótida externa, nervio hipogloso ó vago.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlito A, Robbins KT, Silver CE, Hasegawa Y, Rinaldo A. Classification of neck dissections: an evolving system. *Auris Nasus Larynx*. 2009;36(2):127-34.
2. Robbins KT, Shaha AR, Medina JE, Califano JA, Wolf GT, et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. *Arch Otolaryngol head and neck surg*. 2008;134(5): 536-38.
3. Givi B, Andersen PE. Rationale for modifying neck dissection. *J Surg Oncol*. 2008 Jun 15;97(8):674-82.
4. Carty SE, Cooper DS, Doherty GM, Duh QY, Kloos RT, et al. Consensus statement on the terminology and classification of central neck dissection for thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19(11): 1153-59
5. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, Medina J, Sessions R, et al. Neck dissection classification update. *Arch Otolaryngol head and neck surg*. 2002; 128: 751-58
6. Hasegawa Y, Saikawa M. Update on the classification and nomenclature system for neck dissection: revisions proposed by the Japan Neck Dissection Study Group. *Int J Clin Oncol* 2010; 15: 5-12.
7. Pitoia F, Ward L, Wohllk N, Friguglietti C, Tomimori E, et al. Recommendations of the Latin American Thyroid Society on diagnosis and management of differentiated thyroid cancer. *Arch Bras Endocrinol Metab* 2009; 53 (7): 884-97.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del Hospital General de México OD e Instituto Nacional de Cancerología México las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el CENETEC y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Asimismo, se agradece a las autoridades que participaron en los procesos de validación interna, revisión, validación externa, verificación su valiosa colaboración en la de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Luis Agüero y Reyes	Director de Integración de Guías de Práctica Clínica
Dra. Selene Martínez Aldana	Subdirectora de Guías de Práctica Clínica
Dr. Pedro Nieves Hernández	Subdirector de Gestión de Guías de Práctica Clínica
Dra. Berenice Figueroa Cruz	Departamento de Validación y Normatividad de GPC
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	Departamento de Apoyo Científico para GPC
Lic. J. Ulises San Miguel Medina	Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC
Dr. Eric Romero Arredondo	Coordinador de guías de cirugía
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Coordinador de guías de medicina interna
Dr. Arturo Ramírez Rivera	Coordinador de guías de pediatría
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	Coordinadora de guías de gineco-obstetricia
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Dra. Gilda Morales Peña	Coordinación de Información

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.

Secretario de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.

Mtro. Daniel Karam Toumeh.

Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.

Lic. Jesús Villalobos López.

Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.

Dr. Juan José Suárez Coppel.

Director General.

Secretaría de Marina.

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.

General Guillermo Galván Galván.

Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio del Centro Desarrollador .

Hospital General de México OD

Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso

Director General

Dr. Juan Miguel Abdo Francis

Director General adjunto médico

Dr. Fernando Bernal Sahagun

Director de Cirugía

Dr. Luis Mauricio Hurtado López

Jefe de la Unidad 307 Cirugía General

Instituto Nacional de Cancerología de México

Dr. Alejandro Mohar Betancourt

Director General

Dr. Antelmo Aberlardo Meneses García

Director General Adjunto Médico

Dr. Angel Herrea Gómez

Director de Cirugía

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A Maria Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernandez Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigrid Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente