

Carta al editor

Bogotá, D.C., 23 de junio de 2016

JOSÉ FÉLIX PATIÑO

Editor, Revista Colombiana de Cirugía

La ciudad

Respetado doctor Patiño:

Me presento: mi nombre es Luis Felipe Romero, médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia y, actualmente, residente de primer año de Otorrinolaringología de la misma. Al hacer una búsqueda de la literatura, me encontré con el artículo: “Anatomía quirúrgica cervical de importancia en cirugía tiroidea”, publicado en la *Revista Colombiana de Cirugía*, en el año 2014 (Rev Colomb Cir. 2014;29:50-8), en donde sorprendentemente encuentro varios errores, no sé si de edición, de redacción o de conceptos en anatomía básica de cuello y laringe.

Página 7: “Otro nervio de relevancia es el espinal, que corresponde al XII par craneano y cuya función es innervar el músculo trapecio”.

“La lesión del nervio laríngeo recurrente produce parálisis del músculo tiroaritenoides externo, con parálisis en abducción de la cuerda vocal del mismo lado y la consecuente disfonía y episodios de broncoaspiración sintomática, en especial, de líquido”.

Página 8: “El laríngeo superior es rama del nervio vago y su función es innervar todos los músculos motores de la laringe, excepto el músculo tiroaritenoides externo”.

Disertación

Según múltiples fuentes bibliográficas y textos guía de anatomía básica humana, el nervio laríngeo superior, rama del nervio vago, nace en el borde inferior del ganglio nodoso (*ganglion nodosum*) y se divide en externo e interno a partir del asta menor del hueso hioides. La

rama externa, o lateral, innerva al músculo cricotiroides (tensor de las cuerdas vocales) y, por su parte, su rama interna penetra la membrana tirohioidea y se encarga de dar innervación sensitiva a la supraglotis; se comunica con el nervio laríngeo recurrente a través del asa de Galeno.

El XI par craneal corresponde al nervio espinal.

La lesión del nervio laríngeo recurrente produce parálisis de cuerda vocal en posición mediana, paramediana o lateral, dependiendo del nivel de sección y del tipo de lesión neuronal producida, ya que transporta la información somática eferente desde el núcleo ambiguo del tallo cerebral, no sólo hacia el músculo tiroaritenoides externo, sino, en general, a todos los músculos intrínsecos de la laringe.

A pesar de que este artículo fue publicado en la *Revista Colombiana de Cirugía* en el 2014, es de carácter urgente que se corrijan los errores conceptuales que allí se consignan, dado que pueden confundir a los estudiantes de pregrado en Medicina, o a cualquier profesional en formación en búsqueda de información.

Agradezco de antemano su atención y presento las anteriores sugerencias de manera muy respetuosa y constructiva.

Cordialmente,

Luis Felipe Romero
lfromerom@unal.edu.co

Bibliografía

- Latarjet M, Ruiz-Liard A. Anatomía humana. cuarta edición. Bogotá: Editorial Panamericana; 2004. p. 340 y 344
- Rosen CA, Blake-Simpson C. Técnicas quirúrgicas en laringología. Caracas: Editorial Amolca; 2013

Respuesta a la carta al editor

Medellín, 30 de julio de 2016

Doctor

JOSÉ FÉLIX PATIÑO

Editor, *Revista Colombiana de Cirugía*

Bogotá, D.C., Colombia

Cordial saludo.

En respuesta a la carta enviada por el doctor Luis Felipe Romero, nos permitimos hacer las siguientes aclaraciones:

1. Página 7: “Otro nervio de relevancia es el espinal, que corresponde al XII par craneano y cuya función es inervar el músculo trapecio”. El XI par craneal, corresponde al nervio espinal”.

Se trata de un error de digitación ya que el espinal o par XI (decimoprimer) es el número correcto en su nomenclatura e inerva el trapecio.

2. “La lesión del nervio laríngeo recurrente produce parálisis del músculo tiroaritenoides externo, con parálisis en abducción de la cuerda vocal del mismo lado y la consecuente disfonía y episodios de broncoaspiración sintomática, en especial, de líquido”. La lesión del nervio laríngeo recurrente producirá consigo parálisis de cuerda vocal en mediana, paramediana o lateral, dependiendo del nivel de sección y el tipo de lesión neuronal producida, ya que transporta no sólo la información eferente somática desde el núcleo ambiguo del tallo cerebral hacia el músculo tiroaritenoides externo, sino en general a todos los músculos intrínsecos de la laringe”.

El nervio recurrente laríngeo, o laríngeo inferior, sí inerva el tiroaritenoides lateral, uno de los principales músculos aductores de la laringe, siendo la consecuencia de su lesión la parálisis más frecuentemente en abducción, pero, como bien lo menciona el lector, puede presentarse en otras posiciones generando más o menos síntomas de disfonía y aspiración.

3. Página 8: “El laríngeo superior es rama del nervio vago y su función es inervar todos los músculos motores de la laringe, excepto el músculo tiroaritenoides externo”.

Según múltiples fuentes bibliográficas y textos guía de anatomía básica humana, el nervio laríngeo superior, rama del nervio vago, nace en el borde inferior del ganglio nodoso (ganglion nodosum) y se divide en externo e interno a partir del asta menor del hueso hioides. La rama externa, o lateral, inerva al músculo cricotiroides (tensor de las cuerdas vocales).

El nervio laríngeo superior es rama del vago, con una rama interna y otra externa, siendo la interna sensitiva y la externa motora, y solo inerva el cricotiroides. El doctor Romero tiene toda la razón en su aclaración.

4. “Haciendo una búsqueda de la literatura, me encontré con el artículo: ‘Anatomía quirúrgica cervical de importancia en cirugía tiroidea’, publicado en la *Revista Colombiana de Cirugía*, en el año 2014 (Rev Colomb Cir. 2014;29:50-8). En donde sorprendentemente encuentro múltiples errores, no sé si de edición, redacción o de conceptos en anatomía básica de cuello y laringe”.

Agradecemos al doctor Romero su tiempo y disposición en la lectura de nuestro artículo y su compromiso al escribir una carta al editor, comunicaciones que poco se ven en la literatura nacional y que llenan de orgullo a los autores de este manuscrito, pues demuestra que las páginas han caído en terreno fértil y sirven a los estudiantes en formación.

Infortunadamente, todos somos humanos y un manuscrito escrito a varias manos, revisado por pares externos y corregidos por un editor científico aun corre el riesgo “sorprendente” de tener errores. Confiamos en que los títulos académicos que poseemos, los años de experiencia como cirujanos de cabeza y cuello y nuestra dedicación docente sean suficiente soporte para los lectores de que lo que ocurrió aquí se debió a la impredecible acción de Titivilo y no a la ignorancia de los conceptos básicos de anatomía de cuello y laringe.

Cordialmente,

Álvaro Sanabria, Andrés Chala, Adonis Ramírez,
Andrés Álvarez