

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

VACIAMIENTO SELECTIVO LATERAL PARA TRATAMIENTO ELECTIVO DEL CUELLO EN CÁNCER LARÍNGEO

Dr. Luis Ferbeyre Binelfa,¹ Dr. José M. Vázquez Cimadevilla,¹ Dr. Pablo Cruz González² y Dra. Tamara Correa Pablos³

RESUMEN

El vaciamiento selectivo lateral es una técnica quirúrgica diseñada para reseca los ganglios linfáticos en riesgo de metástasis subclínicas en el carcinoma de laringe e hipofaringe con ganglios clínicamente negativos donde la cirugía es el tratamiento de elección. Consiste en la exéresis de los niveles ganglionares II, III y IV homolaterales o bilaterales en dependencia de la localización tumoral. Las diferentes técnicas de vaciamentos selectivos se vienen popularizando desde hace algo más de una década y su aplicación está basada en trabajos clásicos que pusieron en evidencia los patrones de diseminación cervical de los carcinomas de vías aerodigestivas superiores en los años 70 y 80, con el objetivo de mantener buenos resultados oncológicos con mejores resultados estéticos y funcionales. Actualmente existen controversias sobre este tema en lo concerniente a sus indicaciones y resultados oncológicos. Con el avance de la investigación clínica los vaciamentos selectivos encontraron su papel en el tratamiento de los tumores de cabeza y cuello. En el manejo del cáncer laríngeo el vaciamiento selectivo lateral ha logrado reducir los índices de recurrencia regional pero no la supervivencia en la mayoría de las series. Nuestro trabajo es una revisión y análisis del estado actual de esta controversia. Se realiza además un breve bosquejo de la técnica quirúrgica.

DeCS: GANGLIOS/cirugía; NEOPLASMAS LARINGEOS/cirugía; LARINGOSCOPIA/métodos; METASTASIS DEL NEOPLASMA; NEOPLASMAS HIPOFARINGEOS.

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento de los ganglios cervicales es parte integral del manejo del cáncer de cabeza y cuello. La forma

en que se trata el cuello depende en gran medida del estadiamiento de los ganglios y del tratamiento inicial del tumor primitivo (cirugía o radioterapia).

¹ Especialista de I Grado en Oncología y Cirujano de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

² Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Oncológico de Camagüey "María Curie".

³ Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Los carcinomas laríngeos tienen una propensión variable para diseminarse a los ganglios cervicales. La frecuencia de metástasis depende fundamentalmente de la localización, extensión y diferenciación histológica tumoral entre otros elementos.^{1,2}

*Skolnik y cols*³ reportaron la incidencia de metástasis ganglionares en 264 carcinomas glóticos. Para las lesiones T1 la incidencia fue de 1,9 %, 16,7 % para el T2, 25,4 % para el T3 y 65 % para el T4.

Johnson y cols reportan menos de un 5 % para los T1 glóticos y entre un 2 y un 7 % para los T2. Con estas cifras tan bajas una conducta expectante en relación al cuello en los carcinomas precoces es razonable, siempre que se garantice un seguimiento apropiado.⁴ Sin embargo, en los carcinomas glóticos T1-T2 recurrentes tras la radioterapia, la incidencia de metástasis ocultas es significativamente más alta alcanzando de un 20 a un 22 %. Lo anterior justifica una conducta quirúrgica profiláctica sobre el cuello durante la cirugía de rescate como es preconizado por grandes escuelas como el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center de New York* y el *MD Anderson Cancer Center en Texas*.^{5,6} Los T3 y T4 glóticos tienen una incidencia de metástasis subclínicas de un 20 y 40 % respectivamente y de no tratarse el cuello en estos pacientes de manera profiláctica la cirugía de rescate de la recurrencia regional es efectiva en sólo menos del 30 % de los casos.⁴

Para el carcinoma de la supraglotis la incidencia de metástasis subclínicas comprobadas histológicamente es de 48 % para las etapas I y II y 43 % para las etapas III y IV.² En todos los estudios la supraglotis supera a la glotis en incidencia de metástasis subclínicas teniendo una cifra promedio siempre mayor del 30 %.⁷

La presencia de metástasis subclínicas en estos pacientes estadiados N0, se pre-

senta una disyuntiva: tratar el cuello o no tratarlo, y si la decisión es tratarlo surge una nueva interrogante: ¿cirugía o radioterapia? Si la elección es cirugía surge una nueva pregunta ¿cirugía radical o selectiva?

Una vez tratado el paciente cualquiera que sea la decisión tomada existe una nueva interrogante ¿aumenta la sobrevida el tratamiento electivo del cuello?

La respuesta sobre este tema está aun bajo controversia. En este artículo se hace un análisis de la literatura y se reflexiona en torno a las tendencias actuales sobre el manejo del cuello en cáncer laríngeo.

¿TRATAR O NO TRATAR? ESA ES LA CUESTIÓN

El tratamiento electivo del cuello con vaciamientos selectivos en los casos con indicación de cirugía inicial o de rescate tiene como ventaja el estadiamiento anatomopatológico del cuello lo cual sirve como factor pronóstico y como elemento para decidir una radioterapia adyuvante sobre la probable enfermedad subclínica residual. Así se irradian sólo los casos que lo meritan por ser pN+.

La desventaja del tratamiento electivo es que más de la mitad de los pacientes recibirán cirugía sobre el cuello sin tener metástasis, con el consiguiente aumento del tiempo quirúrgico y de la morbilidad sobre todo cuando se trata de disecciones bilaterales de cuello.

Si no se hiciera tratamiento electivo alguno sobre el cuello, las recurrencias son según algunos estudios superiores a un 30 % para la supraglotis y a un 20 % para la glotis. Existe un grupo de estos pacientes que mueren debido a enfermedad no resecable en el momento del diagnóstico de la recurrencia. Esta recurrencia regional, de ser operable, obligaría a un tratamiento radical donde las secuelas estéticas

y funcionales son mayores. Hay que decir que también con el tratamiento electivo y la radioterapia hay casos que recidivan dentro o fuera del área de la disección ganglionar o del campo de radiaciones pero las cifras son mucho menores. *Spiro y cols* encontraron un 7 % de recurrencias en cuellos histológicamente negativos tratados con disecciones selectivas laterales y un 11 % en cuellos pN+. Muchos de estos casos recibieron radioterapia posoperatoria basada en los hallazgos de la pieza quirúrgica del tumor primario y del cuello.⁸

Johnson y cols reportaron un índice de recidivas de un 9 % en vaciamientos laterales por cáncer laríngeo. La incidencia de ganglios positivos histológicamente en esta serie fue del 20 al 27 %.⁴

Si se guían por los factores pronósticos de la pieza quirúrgica del tumor primario para administrar radioterapia posoperatoria sobre el cuello se estaría irradiando un gran número de casos que no lo meritan y además se quedarían limitados a la hora de tratar una persistencia, recidiva o segundo tumor en el área de cabeza y cuello.

Hasta el momento no hay estudios que demuestren que la supervivencia sea mayor con una conducta o la otra.^{5,8}

¿QUIÉNES SE BENEFICIAN CON EL TRATAMIENTO ELECTIVO DEL CUELLO?

Teóricamente aquellos casos T3, T4 glóticos o T1-T4 supraglóticos donde la incidencia de metástasis subclínicas es superior al 20 %. Este enfoque ha logrado mejorar las tasas de control local pero no la sobrevida.⁹

Un estudio reciente del grupo brasilero para el estudio de cáncer de cabeza y cuello demostró en un trabajo aleatorizado que el vaciamiento selectivo supraomohioideo

en cáncer bucal, tuvo la misma tasa de control local y sobrevida que el vaciamiento radical modificado lo cual le da valor estadiador y terapéutico a este tipo de vaciamiento.¹⁰ ¿Se podrán extrapolar estos resultados al vaciamiento lateral selectivo en cáncer laríngeo?

Hasta el momento no existen estudios que comparen de forma prospectiva el vaciamiento radical modificado y el vaciamiento lateral selectivo en el tratamiento electivo del cuello en cáncer de laringe.⁷

En general se piensa que la disección selectiva de los niveles ganglionares cervicales II, III y IV puede ser tan efectiva como el vaciamiento radical modificado en casos seleccionados de cuello clínicamente negativo, sin embargo, aunque este planteamiento este basado en fundamentos teóricos y en algunos estudios retrospectivos¹¹⁻¹⁹ no se debe considerar un tratamiento estándar y emplearla sólo bajo estudios controlados.

TÉCNICA QUIRÚRGICA. PRINCIPIOS

- Resección en bloque con la laringe.
- Estudio histopatológico extemporáneo de los ganglios si posible.
- No olvidar zonas de drenaje bilateral sobre todo en la supraglotis.
- No olvidar incluir el nivel VI si el tumor se extiende a la subglotis, hipofaringe o tejidos blandos de la región anterior del cuello.

PASOS FUNDAMENTALES

1. Sección de la hoja superficial de la fascia profunda del cuello a nivel del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (ECM).

2. Despegamiento de esta fascia en sentido anteroposterior por la cara interna del ECM hasta llegar al borde posterior del mismo, en todo su trayecto.
3. Localización del nervio espinal durante la disección del borde posterior del ECM por encima del ángulo de la mandíbula.
4. Despegamiento del espinal del tejido graso subyacente liberándolo totalmente, incluso de la vena yugular interna (VYI). Tener en cuenta que hay espinales que van por debajo de la vena.
5. Sección de la fascia en el borde anterior de la VYI por encima del espinal y hasta la apófisis transversa del atlas.
6. Disección de la vaina de la VYI por encima del espinal hasta liberar el borde posterior de la misma y llegar al plano muscular profundo, ligando y seccionando la arteria occipital.
7. Siguiendo ese mismo plano se hace exéresis de toda la grasa entre el borde posterior de la vena, el borde posterior del ECM (receso submuscular) de la apófisis transversa del atlas hacia abajo, pasando el tejido por debajo del espinal (maniobra del espinal). Algunos autores no incluyen los ganglios del nivel IIb (retroespinales) en casos de carcinoma glótico puro y solo resecan el nivel IIa.
8. Ya teniendo la vena limpia por encima del espinal y el plano muscular prevertebral se toma como límite posterior de la disección el borde posterior del ECM y a partir de ahí se secciona el tejido célula-graso perpendicular a los músculos prevertebrales y se continúa separando la pieza del plano muscular profundo tratando de preservar siempre que se pueda las raíces del plexo que emergen entre el escaleno anterior y el medio y seccionando del vientre inferior del músculo omohioideo.
9. Con la disección en este sentido se lle-

ga al borde posterior de la VYI y a partir de ahí la misma puede disecarse de dos formas: una dándole la vuelta a toda la vaina hasta encontrar la carótida y el vago, y otra seccionando la vaina en el centro de la vena y separándola en sentido medial y lateral hasta despegarla totalmente y pasando toda la pieza por debajo de la misma. Durante esta maniobra hay que disecar o ligar las ramas mediales de la VYI.

10. Se libera la pieza de la carótida y se deja unida a la laringe y los vasos despegados de la misma, puede aprovecharse el momento para ligar el pedículo laríngeo.

Después se continúa con la técnica de la laringectomía. Si se dispone de biopsia por congelación pueden enviarse los ganglios a biopsia extemporánea y de ser positiva completar la disección radical modificada. Si al terminar la laringectomía la apertura de la pieza quirúrgica muestra invasión subglótica se realiza el vaciamiento del nivel VI (ganglios recurrenciales y pretraqueales).

INDICACIONES

1. Cáncer laríngeo tributario de laringectomía radical o conservadora.
2. Cirugía de rescate ante el fallo de la radioterapia donde la extensión de la enfermedad dicta una laringectomía radical.
3. Recidiva tras la cirugía conservadora de la laringe.

CONSIDERACIONES FINALES

Ante un paciente con indicación de laringectomía la conducta con el cuello puede ser:

1. Observación y cirugía radical de rescate si recidiva.
2. Radioterapia posoperatoria profiláctica sobre el cuello si el pTNM resulta pT4 o factores pronósticos desfavorables y si hay recurrencias cirugía de rescate.
3. Linfadenectomía de ganglios macroscópicamente visibles y radioterapia si los ganglios resultan positivos, si recidiva, cirugía de rescate.
4. Vaciamiento selectivo de los niveles en riesgo y si pN+, radioterapia posoperatoria, si recidiva cirugía radical de rescate.
5. Vaciamiento selectivo y biopsia extemporánea, de haber pN+ completar vaciamiento resecaando el nivel V.
6. Vaciamiento radical modificado y si pN+, radiaciones posoperatorias, si recidiva, cirugía de rescate.

Al parecer no se ha demostrado prospectivamente superioridad de una modalidad sobre otra en cuanto a beneficio oncológico se refiere.¹³⁻¹⁵ La radioterapia los expone a la inmunosupresión y a las complicaciones inmediatas y tardías que esta conlleva, por su parte la cirugía no deja de tener morbilidad y riesgos. Con la radioterapia no hay pieza quirúrgica por lo tanto no hay estadiamiento ni información pronóstica.

SUMMARY

Lateral selective dumping is a surgical technique designed to resect the lymphatic ganglia at risk for subclinical metastasis in the larynx and hypopharynx carcinoma with clinically negative ganglia, where surgery is the elective treatment. It consists in the exeresis of homolateral or bilateral ganglionic levels II, III and IV, depending on the tumoral localization. The different techniques of selective dumping have become popular since more than a decade and their application is based on the classical papers that made evident the patterns of cervical dissemination of the upper aerodigestive tract in the 1970s and 1980s in order to maintain good oncological results with better aesthetic and functional outcomes. Nowadays, there are controversies on this topic as regards its indications and oncological results. With the advance of clinical research the selective dumpings will find their place in the treatment of head and neck tumors. In the management of laryngeal cancer the lateral selective dumping has reduced the indexes of regional recurrence, but not survival in most of the series. Our paper is a review and analysis of the present state of this controversy. An outline of the surgical technique is also made.

Subject headings: GANGLIA/surgery; LARYNGEAL NEOPLASMS/surgery; LARINGOSCOPY/methods; NEOPLASM METASTASIS; HYPOPHARYNGEAL NEOPLASMS.

El vaciamiento de cuello suministra un estadiamiento y cuando éste es positivo puede ser hasta terapéutico si la enfermedad teóricamente se detuvo a ese nivel. La información obtenida de ese estadiamiento cuando es negativa al menos da cierto grado de tranquilidad. Los costos de la disección de cuello son un mayor tiempo quirúrgico y un incremento en la morbilidad posoperatoria. Cuando ésta fracasa puede rescatarse el paciente de forma radical e irradiar después. La radioterapia generalmente sólo puede administrarse una vez, de fracasar, la cirugía de rescate es sobre un terreno desfavorable donde existe un tumor con una diseminación errática y retardo en la cicatrización lo que acarrea mayor índice de complicaciones como fístulas, sepsis, etcétera y además mayores probabilidades de una nueva recidiva y sin posibilidad de un tratamiento adyuvante.^{16,17}

Por todo lo anterior se considera que la mejor opción es aquella que individualizada en cada caso produzca la menor cantidad de daños posibles en el paciente. Una disección selectiva con buena técnica no añade gran morbilidad y permite estadiar y planificar un tratamiento adyuvante en aquellos casos que realmente lo necesitan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Houck JR, Medina JE. Management of cervical lymphnodes in squamous carcinomas of the head and neck. *Semin Surg Oncol* 1995;11:228-39.
2. Clayman GL, Frank DK. Selective neck dissection of anatomically appropriate levels is as efficacious as modified radical neck dissection for elective treatment of clinically negative neck in patients with squamous cell carcinomas of the upper respiratory and digestive tracts. *Arch Otolaryngol head neck surg* 1998;124:348-52.
3. Skolnik EM, Yee KF, Wheathley MA. Carcinoma of the laryngeal glottis: therapy and end results. *Laryngoscope* 1975;85:1453-66.
4. Johnson JT. Carcinoma of the larynx: selective approach to the management of cervical lymphatics. *Ear Nose Throat* 1994;73:303-5.
5. Candela FC, Shah J, Jacques DP, Shah JP. Patterns of cervical nodes metastasis from squamous carcinomas of the larynx. *Arch Otolaryngol head neck surg* 1990;116:132-5.
6. Byers RM, Wolf PF, Ballantyne AJ. Rationale for elective modified neck dissection. *Head neck* 1988;10:160-7.
7. Breau RL, Suen JY. Management of the NO neck. *Otolaryng Clin North Am* 1998;31(4):657-70.
8. Spiro RH, Gallo O, Shah JP. Selective jugular node dissection in patients with squamous carcinomas of the larynx or pharynx. *Am J Surg* 1993;166:399-402.
9. Gavilan C, Gavilan J. five year results of functional neck dissection for cancer of the larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;115:1193-6.
10. Brazilian Head and Neck Cancer Study Group. Results of a prospective trial on elective modified radical classical versus supraomohyoid neck dissection in the management of oral squamous carcinoma. *Am J Surg* 1998;176:422-7.
11. Pittman KT, Jonhson JT, Myers EW. Effectiveness of selective neck dissection for management of clinically negative neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:917-23.
12. Shah JP. Patterns of cervical lymphnode metastasis from squamous carcinoma of the upper aerodigestive tract. *Am J surg* 1990;160:405-9.
13. Randall LB, Suen JY. Management of the No neck. *Otolaryngol Clin North Am* 1998;31(4):657-61.
14. Chow JM, Levin BC, Krivit SS. Radiotherapy or surgery for subclinical cervical mode metastasis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989;115:981-4.
15. Fletcher GH. Elective irradiation of subclinical disease in cancers of the head and neck. *Cancer* 1972;29:1450-4.
16. Pillsbury HC, Clark M. A rationale for therapy of the No neck. *Laryngoscope* 1997;107:1294-315.
17. Kowalski LP, Medina JE. Nodal metastasis: predictive factors. *Otolaryngol Clin North Am* 1998;31(4):621-36.
18. Kowalski LP, Franco EL, Andrade Sobrino J. Factors influencing nodal metastasis from laringeal carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:442.
19. De Santo LW, Holt JJ, Beahrs OH. Neck dissection: is it worth while? *laryngoscope* 1982;92:502.

Recibido: 21 de marzo de 2001. Aprobado: 10 de abril de 2001.

Dr. *Luis Ferbeyre Binelfa*. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Calle 29 esquina a E, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.