



Vaciamientos ganglionares cervicales

P. Pelliccia, M. Makeieff

El vaciamiento ganglionar cervical consiste en la resección del tejido linfático y celuloadiposo del cuello. Se utiliza sobre todo en el tratamiento de los cánceres de las vías aerodigestivas superiores (VADS), pero también para los cánceres cutáneos de la cabeza y el cuello, de la glándula tiroidea y de las glándulas salivales. El estatus ganglionar inicial de los pacientes que tienen estos cánceres es un factor que influye en el pronóstico. La afectación ganglionar metastásica se realiza de forma secuencial y predecible. El tratamiento de las metástasis cervicales reales o potenciales debe adaptarse a la localización del tumor inicial y al estadio evolutivo locorregional. Crile publicó la primera descripción de la resección de los linfáticos cervicales en 1906. La popularización de varios vaciamientos ganglionares cervicales más conservadores motivó el desarrollo de una nueva nomenclatura estandarizada. En esta última, las áreas ganglionares cervicales se dividen en seis grupos, que se designan del I al VI. Los vaciamientos ganglionares se clasifican en vaciamientos radicales, modificados o no, selectivo y ampliado, dependiendo de los grupos ganglionares y de otras estructuras funcionales resecaadas. En este artículo se presenta el tratamiento ganglionar de los cánceres de la cabeza y el cuello, con una descripción detallada de las distintas técnicas de vaciamiento. También se precisa el lugar actual de la técnica del ganglio centinela en el tratamiento de los cánceres de las VADS.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Vaciamiento; Cuello; Adenopatía; Metástasis; Ganglio centinela

Plan

■ Introducción	1
■ Clasificaciones	2
Estudio preterapéutico y clasificación TNM	2
Anatomía quirúrgica y clasificación de Robbins	2
Nomenclatura de los distintos vaciamientos ganglionares	2
■ Indicaciones de los distintos tipos de vaciamientos ganglionares del cuello	2
■ Técnicas quirúrgicas	3
Vaciamiento radical	3
Vaciamientos radicales modificados con preservación de algunas estructuras (músculo esternocleidomastoideo, nervio XI o vena yugular interna)	10
Vaciamiento selectivo de los niveles I a IV	10
Vaciamiento selectivo del nivel VI	12
■ Complicaciones de los vaciamientos ganglionares	13
Complicaciones vasculares	13
Complicaciones nerviosas	13
Linforreas	13
■ Técnica del ganglio centinela en los pacientes con un carcinoma de las vías aerodigestivas superiores con un cuello N0	13

■ Introducción

El vaciamiento ganglionar cervical es el procedimiento quirúrgico en el que se reseca el contenido fibroadiposo del cuello para el tratamiento de las metástasis ganglionares. Se utiliza sobre todo en el tratamiento de los cánceres de las vías aerodigestivas superiores (VADS), pero también para los cánceres cutáneos de la cabeza y el cuello, de la glándula tiroidea y de las glándulas salivales.

El impacto pronóstico negativo de la invasión ganglionar en los carcinomas epidermoides de las VADS (16.000 nuevos casos anuales en Francia en 2011) se conoce desde el siglo XIX y, todavía en la actualidad, la invasión ganglionar es el indicador pronóstico de supervivencia más significativo: tanto la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos como la ruptura capsular reducen cada una la supervivencia a los 5 años un 50%. También se asocia a un aumento considerable de los fracasos del tratamiento a nivel locorregional y de las metástasis a distancia^[1-3]. Por tanto, la calidad del tratamiento de las áreas ganglionares es esencial.

La clasificación TNM de los cánceres se utiliza para establecer el estadio preterapéutico y la extensión tumoral (T), ganglionar (N, de *node*) y a distancia (M, metástasis), basándose en criterios clínicos y radiológicos. El estadio pN (*pathologic node*, ganglio patológico) se define por el estudio patológico de las piezas de vaciamiento ganglionares. En el tratamiento de los tumores de la cabeza y el cuello, se debe tener en cuenta que los cuellos N0 presentan una probabilidad de invasión ganglionar (pN

positivo) no despreciable (los carcinomas epidermoides N0 de la cavidad bucal y de la orofaringe tienen una probabilidad de invasión ganglionar [pN positivo] del 11-33% según las series) [4-7].

La actitud que se debe adoptar respecto a las áreas ganglionares en caso de cuello N0 sigue siendo controvertida. En la actualidad, se prefiere una cirugía sistemáticamente más selectiva respecto a las técnicas utilizadas en caso de cuello N positivo, teniendo en cuenta los territorios de drenaje linfático del tumor primario. El vaciamiento selectivo es un método eficaz de diagnóstico de la invasión ganglionar de los cuellos N0 (cN0), de tratamiento preventivo de recidiva ganglionar y de orientación a la hora de escoger el tratamiento postoperatorio. El vaciamiento selectivo sistemático evita infratratarse a los pacientes pN positivos, pero es un tratamiento excesivo para los pacientes pN0. La técnica del ganglio centinela parece ser la etapa lógica siguiente, aunque todavía no es un método de referencia.



■ Clasificaciones

Estudio preterapéutico y clasificación TNM

El diagnóstico de cáncer de la cabeza y el cuello, que se sospecha en la exploración física y los datos de las pruebas de imagen, se confirma mediante la histopatología. El proceso preterapéutico debe centrarse en evaluar la extensión locorregional y metastásica de la enfermedad, en el contexto del estado general del paciente, tras lo que se establece la clasificación del tumor antes de la decisión terapéutica.

La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) utiliza la clasificación TNM como sistema general de extensión anatómica de los tumores. Se ha redefinido y su nueva versión se presentó en 2010 [8]. La clasificación pTNM es la TNM patológica.

La clasificación TNM es esencial, porque determina las modalidades terapéuticas. Se basa en los hallazgos clínicos, endoscópicos y radiológicos.

El sistema de estadificación ganglionar de la clasificación TNM es el mismo para todas las localizaciones de la cabeza y el cuello, salvo la glándula tiroidea y la nasofaringe (Fig. 1).

- Nx: el estatus ganglionar no se puede definir.
- N0: no hay adenopatías metastásicas.
- N1: metástasis ganglionar única y homolateral, menor de 3 cm de eje mayor.
- N2A: metástasis ganglionar única y homolateral, mayor de 3 cm de eje mayor y menor de 6 cm de eje mayor.
- N2B: metástasis ganglionares múltiples y homolaterales, ninguna de ellas mayor de 6 cm de eje mayor.
- N2C: metástasis ganglionares bilaterales o contralaterales, ninguna de ellas mayor de 6 cm de eje mayor.
- N3: metástasis ganglionar superior a 6 cm de eje mayor.

Anatomía quirúrgica y clasificación de Robbins

Los ganglios de la cabeza y del cuello se organizan en grupos profundos y superficiales en el seno de un tejido celuloadiposo englobado en las hojas de las aponeurosis cervicales. Durante cerca de 40 años, la clasificación de los ganglios cervicales más aceptada fue la elaborada por Rouvière en 1938 [9]. Sin embargo, esta descripción anatómica exhaustiva es incómoda de utilizar en la práctica clínica y difícil de extrapolar al tratamiento quirúrgico de las áreas ganglionares [10, 11]. Según la terminología propuesta inicialmente por el Sloan-Kettering Memorial para describir fácilmente los ganglios resecaos durante un vaciamiento cervical, es más práctico describir en la región cervical varios «niveles ganglionares» [11].

En la actualidad, los territorios ganglionares cervicales se dividen en seis niveles en la clasificación de la American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) o clasificación de Robbins, que en la actualidad se considera la referencia [12] (Fig. 2). Algunos niveles se dividen en subniveles A y B. Esta distinción introducida secundariamente proporciona más precisión al describir espacios celuloganglionares que presentan un perfil de invasión propio en el seno de un mismo nivel [12].

Nomenclatura de los distintos vaciamientos ganglionares

Según la AAO-HNS, el vaciamiento cervical radical consta de la resección de los niveles ganglionares I a V, el sacrificio del músculo esternocleidomastoideo, de la vena yugular interna y del ramo cervical del nervio espinal.

Cualquier vaciamiento que conserve una de estas estructuras no ganglionares se denomina «vaciamiento radical modificado». En la nomenclatura actual, los elementos conservados se precisan nominalmente. De este modo, un vaciamiento donde el nervio espinal se reseca, pero en el que se conservan el músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna, se denomina «vaciamiento radical modificado con conservación del músculo esternocleidomastoideo y de la vena yugular interna».

Si se reseca un territorio ganglionar suplementario (ganglios paratraqueales, mediastínicos superiores) y/o una estructura no linfática (glándula parótida, carótida interna, piel, nervio XII) durante el vaciamiento, se denomina vaciamiento radical ampliado.

Cualquier vaciamiento que no incluya la resección de todos los niveles ganglionares se denomina «vaciamiento ganglionar selectivo». Según las recomendaciones de Ferlito et al [13], el tipo de vaciamiento ganglionar selectivo se designa por los niveles y subniveles ganglionares resecaos, mientras que antes solían distinguirse cinco tipos principales de vaciamientos selectivos:

- supraomohioideo (vaciamiento ganglionar selectivo de los niveles I, II y III según la nomenclatura actual);
- anterolateral (vaciamiento cervical selectivo de los niveles I, II, III y IV);
- lateral (vaciamiento cervical selectivo de los niveles II, III y IV);
- posterolateral (vaciamiento cervical selectivo de los niveles II, III, IV y V);
- cervical anterior (vaciamiento cervical selectivo del nivel VI).

El vaciamiento selectivo del nivel VI suele denominarse «vaciamiento central» por los cirujanos de la glándula tiroidea, que distinguen en la región cervical un compartimento central, impar, que corresponde al nivel VI, y dos compartimentos laterales (uno a cada lado), que corresponden a los niveles I a V.

■ Indicaciones de los distintos tipos de vaciamientos ganglionares del cuello

El tratamiento de los cánceres de la cabeza y del cuello se realiza en función de la localización del tumor primario, de la extensión ganglionar, del estado general y de las enfermedades concurrentes de los pacientes, así como de los niveles de evidencia de los resultados obtenidos durante los estudios clínicos. Cuando se realiza un vaciamiento ganglionar, se habla de vaciamiento terapéutico, cuando existe una o varias adenopatías cervicales clínicas y/o radiológicas. Cuando no existen adenopatías detectables (cuello, cN0), puede ser necesario realizar un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284465>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284465>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)