

Vaciamientos ganglionares cervicales

M. Zanaret, J. Paris, S. Duflo

La invasión ganglionar inicial de los pacientes que presentan un carcinoma epidermoide de las vías aerodigestivas superiores es un factor que influye en el pronóstico. La afectación ganglionar metastásica se produce de manera secuencial y predecible. El tratamiento de las masas cervicales efectivas o potenciales debe adaptarse a la localización del tumor inicial y al estadio evolutivo locorregional. La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC) han adoptado una clasificación ganglionar cervical (N) común. El desarrollo de los diferentes tipos de vaciamientos cervicales parte de dos planteamientos basados en conceptos quirúrgicos diferentes: el planteamiento norteamericano y el planteamiento latino. Se han propuesto diversas clasificaciones, más o menos completas y exhaustivas, cuyo objetivo es tipificar la terminología utilizada. A continuación, se describen y plantean las diferentes técnicas de vaciamiento, en particular las del vaciamiento cervical funcional y las del vaciamiento ganglionar tradicional.

© 2006 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Vaciamiento; Cuello; Metástasis; Ganglio; Adenopatía

Plan

■ Introducción	1
■ Historia y conceptos	1
■ Anatomía del sistema linfático del cuello	2
■ Diagnóstico de la afectación ganglionar	3
Exploración clínica	3
Estudio radiológico	3
■ Estadificación clínica de la afectación ganglionar	3
■ Riesgo metastásico regional	4
Localización del carcinoma primario	4
Características histomorfológicas	5
■ Afectación ganglionar y pronóstico	5
Localización	5
Características histomorfológicas	5
■ Interés y principio del ganglio centinela	5
■ Clasificación de los vaciamientos cervicales	5
Vaciamientos radicales completos	5
Vaciamientos parciales o selectivos	6
Otras clasificaciones	6
■ Indicaciones quirúrgicas	6
■ Técnica quirúrgica	6
Incisión	6
Vaciamiento radical	
funcional (radical modificado de tipo III)	7
Vaciamiento radical tradicional	9
Vaciamientos radicales modificados de tipos I y II	10
Vaciamiento radical ampliado	10
Vaciamientos parciales o selectivos	10
Vaciamientos supraomohioideos	10
Vaciamiento yugular	10
Vaciamiento posterior	10
Vaciamiento del compartimento central	10

■ Complicaciones	10
Complicaciones vasculares	10
Complicaciones nerviosas	11
Linforragia	11

■ Introducción

La afectación ganglionar inicial de los pacientes con un carcinoma epidermoide de las vías aerodigestivas superiores es un factor que influye en el pronóstico. Los pacientes que no presentan afectación ganglionar tienen un pronóstico favorable, mientras que la diseminación metastásica ganglionar reduce claramente la supervivencia. A pesar de la sensibilización de los pacientes y de los médicos respecto al diagnóstico precoz de los cánceres cervicofaciales, el 40% de los pacientes con cáncer de la cavidad oral y de la faringe que viven en los países denominados desarrollados presenta metástasis ganglionares cervicales en el momento del diagnóstico [1, 2]. Por tanto, el tratamiento quirúrgico de las metástasis cervicales de los carcinomas cervicofaciales parece fundamental.

■ Historia y conceptos

El desarrollo de los diferentes tipos de vaciamientos cervicales parte de dos enfoques basados en conceptos quirúrgicos diferentes: el planteamiento norteamericano y el planteamiento latino.

El planteamiento norteamericano se basa en los estudios de George Crile de 1906 y en su descripción del

vaciamiento cervical «radical», «en bloque» de todo el tejido ganglionar cervical. En la década de 1940, Hayes-Martin, jefe del servicio de cabeza y cuello del Memorial Hospital de Nueva York, contribuyó en gran medida al desarrollo de la cirugía cervical y de la oncología cervicofacial. La intervención normalizada de las metástasis cervicales era, según él, el vaciamiento radical. El principio de este tipo de vaciamiento era practicar la exéresis más completa posible de las estructuras laterales del cuello a costa de dejar secuelas funcionales, según el principio de que «cuanto mayor sea la cirugía, mayor será la posibilidad de curación». La influencia de Hayes-Martin ha sido fundamental [3], y los cirujanos del Memorial Hospital han formado a la mayoría de los cirujanos cervicofaciales norteamericanos hasta la década de 1960. A partir de este período, algunos cirujanos practicaron los vaciamientos parciales (*disecación cervical selectiva*) al juzgar como excesiva la realización sistemática de la intervención descrita inicialmente por Crile, sobre todo cuando no se observan metástasis ganglionares. El empeño por tipificar la terminología y las técnicas ha dado lugar al desarrollo de varias clasificaciones. La que establece la American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery considera el vaciamiento radical como la intervención de referencia, y define los vaciamientos radicales modificados, los vaciamientos selectivos (o parciales) y los vaciamientos ampliados. Los vaciamientos cervicales parciales se han popularizado en Estados Unidos bajo la influencia conjunta del MD Anderson University of Texas Cancer Center y del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Estas técnicas representan la evolución técnica de los vaciamientos radicales modificados.

El planteamiento latino constituye el origen del concepto de vaciamiento funcional. Este concepto fue desarrollado en la década de 1960 por el argentino Osvaldo Suárez. Se trata de una intervención cuyo objetivo es resear el tejido ganglionar cervical conservando las estructuras principales. En esta época, dicho concepto parecía poco convincente frente al dogma del vaciamiento cervical radical y debido al calificativo «funcional», que parecía incompatible con el tratamiento de los procesos oncológicos. El espíritu del concepto «funcional» no tenía en cuenta la noción de extensión de la resección. Por tanto, la exéresis podía abarcar a todos los ganglios del cuello, o solamente a algunos grupos ganglionares, definidos en función de la localización y de la extensión del tumor inicial. A finales de la década de 1960, la experiencia española de César Gavilán permitió definir el perfil evolutivo ganglionar de los pacientes que presentaban lesiones supraglóticas N0 en el momento del diagnóstico. El vaciamiento radical de estos pacientes no le parecía indicado y después de su encuentro con Suárez, se convenció de la validez oncológica y funcional del concepto de «vaciamiento funcional» y se convirtió en uno de los cirujanos que han contribuido a su difusión en Europa. El concepto de vaciamiento funcional se basaba en la disección a lo largo de los planos fasciales del cuello, separando las estructuras cervicales del tejido ganglionar adyacente. Esta técnica estaría indicada cuando las células cancerosas permanecieran limitadas al sistema ganglionar cervical. Al contrario, cuando las células invadieran y fijaran las estructuras cervicales, el concepto de vaciamiento funcional dejaría paso al vaciamiento radical. El italiano Ettore Bocca también ha formado parte de los discípulos directos de Suárez y ha contribuido a la difusión de su concepto en la bibliografía médica anglosajona. El vaciamiento funcional llegó a Estados Unidos una década después de su desarrollo en Europa, mientras los cirujanos norteamericanos practicaban técnicas menos agresivas, como los

vaciamientos radicales modificados y los vaciamientos parciales. El concepto de vaciamiento funcional, desarrollado inicialmente por Suárez y popularizado después en la bibliografía médica angloparlante por Bocca, ha tenido escasa influencia en Estados Unidos, donde se ha considerado como una variante técnica. En Francia, los promotores de los vaciamientos ganglionares del cuello, M. Dargent, C. Roumieu y H. Pujol, propusieron hacerlos más funcionales, conservando el ramo cervicofacial del nervio facial y los ramos anastomóticos del espinal con los ramos de los nervios cervicales. Los estudios de Yves y Bernard Guerrier [4, 5] han popularizado ampliamente la técnica del vaciamiento funcional, después de haberla visto realizar a Bocca y estudiar la descripción de Gavilán.

Los dos planteamientos pueden parecer similares, con un resultado final idéntico: la exéresis del tejido ganglionar. El enfoque americano constituye una adaptación técnica dirigida a conservar algunas estructuras, mientras que el enfoque latino pretende tratar una enfermedad localizada y confinada al sistema linfático. En la bibliografía anglosajona, el vaciamiento cervical funcional se ha tratado como una modificación técnica y no como un concepto quirúrgico.

■ Anatomía del sistema linfático del cuello

El drenaje linfático del cuero cabelludo y de la piel cervicofacial, la mucosa de las vías aerodigestivas superiores, las glándulas salivales y la glándula tiroides se hace de forma específica a nivel de grupos ganglionares cervicales. De esta forma, la afectación ganglionar metastásica tiene lugar de manera secuencial y predecible [6]. El tratamiento de las metástasis cervicales efectivas o potenciales debe adaptarse a la localización del tumor inicial. En la Figura 1 se esquematizan las principales estaciones ganglionares de la región cervicofacial.

Los ganglios preauriculares, periparotídeos e intraparotídeos constituyen la primera estación ganglionar de drenaje de la mitad anterior del cuero cabelludo, de la piel de la frente y de la parte superior de la cara.

Los ganglios retroauriculares y suboccipitales drenan la mitad posterior del cuero cabelludo, así como la parte posterior del pabellón auricular.

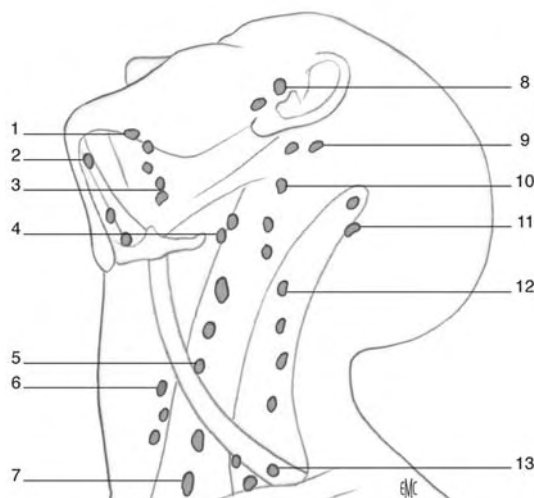


Figura 1. Grupos ganglionares del cuello.

1. Facial; 2. submentoniano; 3. submaxilar; 4. subdigástrico; 5. yugulocarotídeo medio; 6. prelaríngeo; 7. supraclavicular; 8. parotídeo; 9. retroauricular; 10. retroespinal; 11. suboccipital; 12. cadena espinal; 13. cervical transversa.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284540>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284540>

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