

VACIAMIENTOS SELECTIVOS EN PACIENTES CON METÁSTASIS GANGLIONARES CLÍNICAS

X. LEÓN, J. DE JUAN, M. COSTEY, C. ORÚS, M. DEL PRADO VENEGAS, M. QUER

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL DE SANT PAU. BARCELONA.

RESUMEN

O *Objetivo:* Evaluar los resultados obtenidos con el uso de vaciamentos selectivos en pacientes con metástasis ganglionares clínicas en el momento del diagnóstico (N+). *Pacientes y métodos:* Estudio retrospectivo de los pacientes N+ tratados con un vaciamiento selectivo lateral o supraomohioideo con finalidad profiláctica (lado de cuello N0) o terapéutica (lado de cuello N+). *Resultados:* Se llevaron a cabo un total de 49 vaciamentos selectivos en 42 pacientes N+. En 18 ocasiones los vaciamentos tuvieron una finalidad profiláctica

(lados de cuello N0) y en 31 terapéutica (lados de cuello N+). Treinta y nueve pacientes siguieron tratamiento con radioterapia postoperatoria. No se produjo una recidiva regional en ninguno de los lados de cuello tratados con un vaciamiento selectivo. *Conclusión:* Los vaciamentos selectivos en casos seleccionados de pacientes N+ son una técnica adecuada de cirugía cervical, y cuentan con la ventaja de minimizar el tiempo operatorio y la morbilidad asociada a la disección de las estructuras cervicales.

PALABRAS CLAVE: Vaciamentos selectivos. Cirugía ganglionar. N+.

ABSTRACT

SELECTIVE NECK DISSECTION IN PATIENTS PRESENTING CLINICAL NODE METASTASES

O *Objective:* To evaluate the results obtained with selective neck dissection in patients with clinically positive neck nodes at diagnosis (N+). *Patients and methods:* Retrospective study of N+ patients treated with a lateral or supraomohyoid selective neck dissection with prophylactic purpose (sides of the neck N0) or therapeutic purpose (sides of the neck N+). *Results:* Forty nine selective neck dissections were carried out in 42 N+ patients. In 18 cases the neck dissection had a prophylactic purpose (sides of the neck N0),

and in 31 of them a therapeutic purpose (sides of the neck N+). In 39 patients surgery was followed by postoperative radiotherapy. There was no regional relapse in either side of the neck treated with a selective neck dissection. *Conclusions:* Selective neck dissections in selected N+ patients are an adequate surgical technique. The main advantages of selective neck dissections are to shorten the surgical time, and to avoid the morbidity associated with the dissection of the neck zones not included.

KEY WORDS: Selective neck dissection. Neck surgery. N+.

Correspondencia: Dr. Xavier León. Servicio ORL. Hospital de Sant Pau. Avda. San Antoni M^a Claret, 167. 08025 Barcelona. E-mail: xleon@hsp.santpau.es

Fecha de recepción: 5-10-2003

Fecha de aceptación: 29-1-2004

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico de las áreas cervicales en los pacientes con carcinomas escamosos de cabeza y cuello es un procedimiento que ha evolucionado técnica y conceptualmente a lo largo del tiempo^{1,2}. Inicialmente, el único procedimiento quirúrgico aceptado consistía en la realización de un vaciamiento cervical radical tal como fue descrito por Crible³ y popularizado por Hayes Martin⁴. Posteriormente, Osvaldo Suarez⁵ estableció el concepto de que las estructuras ganglionares se encuentran contenidas en las hojas de las fascias cervicales, separadas por ellas de las estructuras musculares, vasculares y nerviosas. En los casos en que las adenopatías metastásicas no superen las fascias, la disección del tejido ganglionar contenido por las mismas se comprueba de una eficacia similar a la obtenida con la técnica del vaciamiento cervical radical, estableciendo el concepto de vaciamiento cervical funcional, popularizado en nuestro país gracias a la labor del Profesor César Gavilán⁶.

La siguiente modificación cualitativa fue la introducción de los vaciamientos selectivos, basados en el concepto que las metástasis ganglionares de los carcinomas de cabeza y cuello siguen, en condiciones normales, unos patrones de drenaje y afectación metastásica bien definidos en función de la localización primaria del tumor⁷⁻⁹. El concepto de vaciamiento selectivo consiste en limitar la disección a aquellas áreas ganglionares en riesgo de contar con la presencia de células tumorales. La principal ventaja asociada a este tipo de tratamiento es la reducción en la extensión de la disección cervical, con la consiguiente reducción en el tiempo operatorio, y el evitar las alteraciones derivadas de la manipulación de estructuras vasculares y nerviosas no incluidas en el campo operatorio. La indicación principal en la realización de los vaciamientos selectivos es la cirugía ganglionar profiláctica en pacientes N0, donde se ha comprobado que el uso de los vaciamientos selectivos consigue resultados similares a los obtenidos con formas más extensas de vaciamiento cervical^{10,11}.

Algunos autores han ampliado las indicaciones de los vaciamientos selectivos incluyendo pacientes con adenopatías clínicamente positivas (N+), con unos resultados en cuanto al control regional de la enfermedad comparables a los obtenidos con otras formas más exhaustivas de vaciamiento cervical¹²⁻¹⁷.

En nuestro centro introdujimos el vaciamiento selectivo lateral en el tratamiento electivo de las áreas ganglionares en los pacientes con tumores de laringe N0 en 1991. Inicialmente el tratamiento

consistía en la realización de un vaciamiento completo de las áreas II-III con un control peroperatorio de las adenopatías subdigástrica y supraomohioidea más significativas. En caso de que la biopsia peroperatoria detectase la existencia de afectación tumoral a nivel ganglionar, se procedía a la disección de las áreas ganglionares IV y V.

La frecuencia de metástasis ganglionares ocultas en un total de 145 vaciamientos cervicales siguiendo dicho esquema fue del 20%, siendo el resultado final muy satisfactorio, ya que ninguno de los pacientes sufrió la aparición de una recidiva regional¹⁸.

A partir de la experiencia ganada en los carcinomas de la laringe con el uso profiláctico de los vaciamientos selectivos laterales, y en los carcinomas de la cavidad oral y orofaringe con los vaciamientos supraomohioideos, fuimos ampliando las indicaciones a un grupo seleccionado de pacientes con adenopatías clínicamente positivas.

El objetivo del presente estudio es exponer la experiencia y resultados obtenidos en nuestro centro con la utilización de los vaciamientos selectivos en los pacientes con carcinomas escamosos de cabeza y cuello con metástasis ganglionares clínicas en el momento del diagnóstico (N+).

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó a partir una base de datos que, de forma prospectiva, recoge la información referente a las características del tumor, tratamiento y seguimiento de todos los pacientes con carcinomas de cabeza y cuello tratados en nuestro centro desde 1985.

Hemos seguido la clasificación de las áreas ganglionares y las denominaciones de los vaciamientos selectivos propuestas por la *American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*¹⁹.

En nuestro centro, a partir del año 1994, se ampliaron las indicaciones de los vaciamientos selectivos, incluyendo pacientes con metástasis ganglionares clínicas (N+). Los vaciamientos selectivos se llevaron a cabo en 2 contextos: como vaciamiento profiláctico en lados del cuello sin adenopatías (lado N0) en los que el lado del cuello contralateral recibió como tratamiento un vaciamiento cervical funcional o radical (lado N+), que forman el grupo de los vaciamientos selectivos profilácticos; o como vaciamiento terapéutico en lados del cuello que contaban con la presencia de metástasis ganglionares (lado N+), que forman el grupo de los vaciamientos selectivos terapéuticos.

Se consideró la realización de vaciamentos selectivos terapéuticos solamente en aquellos pacientes con adenopatías rodaderas, sin evidencia clínica o radiológica de infiltración de tejidos adyacentes o de ruptura capsular. En la realización de los vaciamentos selectivos se consideró necesario que, como mínimo, un área ganglionar de la zona distal del vaciamento se encontrase libre de adenopatías clínicamente positivas. Por ejemplo, en caso de afectación del área III, el vaciamento debía incluir el área IV y esta área encontrarse libre de enfermedad. Para los carcinomas localizados en la cavidad oral el vaciamentos selectivo incluyó las áreas I-II-III (vaciamento supraomohioideo); para los tumores orofaríngeos las áreas I-II-III o I-II-III-IV (vaciamento supraomohioideo o selectivo lateral ampliado); finalmente, para los tumores localizados en la laringe o la hipofaringe, los vaciamentos selectivos incluyeron las áreas II-III-IV (vaciamento selectivo lateral).

La evidencia intraoperatoria de dudas al respecto de la posible infiltración por parte de las adenopatías metastásicas de los tejidos adyacentes, o el hallazgo de adenopatías metastásicas en áreas ganglionares *a priori* no incluidas en el vaciamento selectivo, comportó la realización de formas más completas de vaciamento.

Para la realización del presente estudio se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de carci-

Tabla 1: Localización del tumor primario, extensión local (T) y regional (M) de los pacientes incluidos en el estudio

		Nº pacientes (%)
Localización	Cavidad oral	3 (7%)
	Orofaringe	10 (24%)
	Hipofaringe	11 (26%)
	Laringe	18 (43%)
T	T1	6 (14%)
	T2	8 (19%)
	T3	20 (48%)
	T4	8 (19%)
N	N1	16 (38%)
	N2a	2 (5%)
	N2b	9 (21%)
	N2c	13 (31%)
	N3	2 (5%)

Tabla 2: Vaciamentos realizados en función de la extensión regional (N) correspondiente a cada uno de los lados de cuello intervenidos

Tipo de vaciamento	Extensión regional (N) del lado de cuello operado			
	N0	N1	N2	N3
Radical		7	21	2
Funcional		4		
Supraomohioideo		4		
Selectivo lateral	18	17	10	

noma de cavidad oral, orofaringe, hipofaringe o laringe diagnosticados y tratados en nuestro centro entre 1994-2000, que contaron con la presencia de metástasis ganglionares clínicas en el momento del diagnóstico confirmadas histológicamente (N+/pN+), y que hubieran recibido como tratamiento a nivel cervical un vaciamento selectivo uni o bilateral (vaciamento selectivo lateral o vaciamento supraomohioideo).

Se identificaron un total de 42 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Todos los pacientes contaron un seguimiento mínimo de 2 años o hasta su fallecimiento. La Tabla 1 muestra la distribución por localizaciones y la extensión local y regional del tumor de los pacientes incluidos en el estudio. Se realizaron un total de 83 vaciamentos cervicales.

La Tabla 2 muestra el tipo de vaciamento cervical en función del estadiaje regional correspondiente a cada uno de los lados de cuello intervenidos (en los pacientes N2c y pacientes N3 con adenopatías bilaterales se valoró cada lado de cuello de forma independiente).

Se llevaron a cabo 34 vaciamentos funcionales o radicales, todos ellos en lados de cuello N+, así como 49 vaciamentos selectivos.

En base a la indicación del vaciamento selectivo (profiláctico en lados de cuello N0 y terapéutico en lados de cuello N+) y del resultado anatomopatológico de los vaciamentos (pN0 o pN+), se clasificaron los vaciamentos en cuatro grupos: 1. Vaciamentos selectivos profilácticos sin metástasis ocultas (lados de cuello N0/pN0). 2. Vaciamentos selectivos profilácticos con metástasis ocultas (lados de cuello N0/pN+). 3. Vaciamentos selectivos terapéuticos con adenopatías metastásicas (lados de cuello N+/pN+). 4. Vaciamentos selectivos terapéuticos sin adenopatías metastásicas (lados de cuello N+/pN0).

Las indicaciones de radioterapia postoperatoria se han mantenido constantes en nuestro centro a lo largo del período de estudio: tumor localmente avanzado (T3-T4), existencia de más de 2 adenopatías metastásicas, o presencia de ruptura capsular en la pieza del vaciamiento cervical. De los 42 pacientes incluidos en el estudio, 39 siguieron tratamiento con radioterapia postoperatoria.

Se evaluó la distribución en el uso de los vaciamientos selectivos, así como el control loco-regional obtenido. En caso de fracaso regional, se llevó a cabo una revisión de la historia clínica para evaluar si la recidiva regional se produjo en un lado de cuello tratado mediante un vaciamiento selectivo. Como parámetro de la calidad en la exéresis en los vaciamientos selectivos se consideró el número de ganglios disecado.

RESULTADOS

De los vaciamientos selectivos realizados, un total de 18 se llevaron a cabo de forma profiláctica en lados de cuello N0. En todos estos casos, el lado de cuello contralateral recibió tratamiento con intención terapéutica debido a la presencia de adenopatías metastásicas. El análisis anatomopatológico no evidenció presencia de infiltración tumoral en 8 ocasiones (pN0). En los 10 casos restantes apareció una adenopatía metastásicas (6 casos), dos (1 caso), o más de dos (3 casos). En 4 ocasiones las adenopatías metastásicas evidenciaron la existencia de ruptura capsular.

En 31 casos se llevaron a cabo vaciamientos selectivos en el tratamiento de lados de cuello con adenopatías metastásicas (N+). En 29 ocasiones el análisis anatomopatológico confirmó la existencia de metástasis ganglionares, apareciendo 1 adenopatía metastásica en 13 ocasiones, 2 adenopatías en 4 ocasiones, y más de 2 adenopatías metastásicas en 12 ocasiones. En 5 ocasiones las adenopatías metastásicas evidenciaron la existencia de ruptura capsular. En 2 casos de vaciamiento selectivo llevados a cabo sobre lados de cuello clínicamente positivos, el análisis anatomopatológico no mostró la existencia de adenopatías metastásicas (N+/pN0).

La mediana en el número de ganglios disecados en los vaciamientos selectivos fue de 21 (cuartiles 25% y 75%, 18 y 33 ganglios respectivamente). La mediana en el número de ganglios disecados en los 34 vaciamientos terapéuticos radicales o funcionales fue de 25 ganglios.

De los pacientes incluidos en el presente estudio, se produjo una recidiva local de la enferme-

dad en 9 ocasiones, y una recidiva a nivel regional en 5. En ningún caso se produjo una recidiva conjunta local y regional. En ausencia de recidiva loco-regional de la enfermedad, aparecieron metástasis a distancia en 4 pacientes. Fue posible un tratamiento efectivo de rescate en 3 de los pacientes que sufrieron una recidiva local de la enfermedad.

Las 5 recidivas regionales se produjeron en lados de cuello N+ tratados con vaciamientos radicales (4 pacientes) o funcional (1 paciente). En los 4 casos recidivados tras un vaciamiento cervical radical, el análisis anatomopatológico había mostrado la presencia de ruptura capsular en la pieza del vaciamiento. Los 5 pacientes con recidiva regional habían recibido tratamiento con radioterapia postoperatoria. No se llevaron a cabo intentos de rescate con intención radical en ninguno de los pacientes con recidiva regional de la enfermedad, falleciendo todos ellos como consecuencia de la evolución del tumor entre 2 y 11 meses con posterioridad al diagnóstico de la recidiva.

Ninguno de los lados de cuello tratados con un vaciamiento selectivo sufrió la aparición de una recidiva regional de la enfermedad, correspondiendo con un 100% de control regional en los lados de cuello tratados con este tipo de cirugía.

DISCUSIÓN

Existen fundamentos tanto anatómicos como clínicos que demuestran la eficacia de los vaciamientos selectivos en el tratamiento electivo de las áreas ganglionares en los pacientes N0, en tanto que su indicación en el tratamiento de los pacientes con adenopatías positivas es más controvertida.

Problemas de carácter deontológico impiden la realización de un ensayo clínico en que se randomizase a los pacientes N+ a la realización de diferentes modalidades de vaciamiento cervical, incluyendo vaciamientos selectivos. Por ello, la eficacia de este tipo de vaciamientos debe evaluarse a partir de la experiencia de diferentes autores que han comunicado resultados en grupos seleccionados de pacientes con metástasis ganglionares clínicas, habitualmente a partir de series retrospectivas, siendo en general los resultados satisfactorios.

Spiro y cols²⁰ comunicaron los resultados obtenidos con el uso de vaciamientos selectivos laterales en 10 pacientes N1, sin que se produjese un fracaso regional en ninguno de los casos. Los resultados de los mismos autores con 52 vaciamien-

tos supraomohioideos realizados en 48 pacientes N+ (40 pacientes N1 y 8 pacientes N2), fueron igualmente satisfactorios, con sólo dos casos de recidiva regional, que aparecieron en el campo del vaciamiento realizado¹².

Traynor y cols¹³ presentaron los resultados de 36 vaciamientos selectivos realizados en 29 pacientes N+ (11 pacientes N1 y 18 pacientes N2). Se llevaron a cabo 17 vaciamientos supraomohioideos y 19 vaciamientos selectivos laterales, recibiendo radioterapia postoperatoria 20 pacientes. Se produjo tan sólo un caso de recidiva del tumor a nivel cervical, correspondiendo a un paciente con adenopatías con ruptura capsular que recidivó en el campo de la cirugía realizada a pesar de haber recibido tratamiento complementario con radioterapia.

Pellitteri y cols¹⁴ evaluaron la eficacia de los vaciamientos selectivos en función del estadiaje ganglionar patológico en una cohorte de 56 pacientes que recibieron tratamiento con 42 vaciamientos supraomohioideos y 25 vaciamientos selectivos laterales. Los pacientes estudiados incluían tanto casos N0 (36 pacientes) como N+ (31 pacientes). Las indicaciones de radioterapia postoperatoria fueron la existencia de adenopatías metastásicas en varios niveles de la disección o la ruptura capsular. La frecuencia de recidiva regional en cuellos estadiados pN0 fue del 4% (1 de 26 cuellos), en cuellos pN1 del 10% (1 de 10 cuellos), y en cuellos pN2 del 10% (3 de 31 cuellos). Cabe destacar que de las 5 recidivas regionales sufridas, 3 aparecieron en el campo de resección quirúrgica, en tanto que dos lo hicieron en áreas ganglionares no tratadas (área V). Los autores concluyeron que existe la posibilidad de extender las indicaciones en el uso de los vaciamientos selectivos a un grupo seleccionado de pacientes con afectación metastásica a nivel cervical.

Kolli y cols²¹ estudiaron la eficacia de los vaciamientos supraomohioideos en pacientes N0 (30 pacientes) y N+ (39 pacientes), presentando los resultados en función de los hallazgos anatomopatológicos. El control regional para los pacientes pN0 fue del 88% (30 de 34 pacientes pN0), en tanto que para los pacientes pN+ disminuyó al 71% (25 de 35 pacientes pN+). El uso de radioterapia postoperatoria no influyó en el control regional de los pacientes pN0, en tanto que mejoró de forma significativa las posibilidades de control regional de la enfermedad en caso de afectación ganglionar patológica. El control regional para los pacientes N+/pN+ tratados con cirugía y radioterapia postoperatoria fue del 93%, disminuyendo al 50% en el caso de pacientes tratados de forma exclusiva con cirugía (P=0,02).

Chepeha y cols¹⁶ obtuvieron un control regional del 94% en un grupo de 52 pacientes tratados con vaciamientos selectivos, 26 de ellos clínicamente N+, y que contaron con la presencia de metástasis ganglionares en el análisis anatomopatológico (pN+). De los 6 casos en que se produjo una recidiva ganglionar, en 2 ocasiones la recidiva apareció a nivel del área V, no resecada previamente, pudiendo ser tratados ambos pacientes mediante un vaciamiento de rescate.

Ambrosch y cols²² analizaron una cohorte amplia de pacientes tratados con 711 vaciamientos selectivos realizados en 220 pacientes N0 y 283 pacientes N+. El riesgo actuarial de recidiva regional a los 3 años para los pacientes sin presencia de metástasis ganglionar en la pieza de vaciamiento (249 casos pN0) fue del 4,7%, en presencia de una adenopatía única limitada (88 casos pN1) fue del 4,9%, y en caso de adenopatías múltiples (166 pacientes pN2) del 12,1%.

Por su parte, Andersen y cols¹⁷ comunicaron los resultados obtenidos en un estudio multicéntrico realizado con pacientes con metástasis ganglionares clínicas en el momento del diagnóstico (N+) confirmadas histológicamente (pN+) y tratados con vaciamientos selectivos. El estudio incluyó 106 pacientes que recibieron un total de 132 vaciamientos selectivos (82 vaciamientos supraomohioideos, 36 vaciamientos selectivos laterales y 14 vaciamientos selectivos laterales ampliados al área I). Las indicaciones de radioterapia postoperatoria fueron la existencia de ruptura capsular o de adenopatías positivas a múltiples niveles. El control regional actuarial a los 4 años fue del 92%, apareciendo durante el seguimiento un total de 6 recidivas ganglionares, todas ellas en el campo de disección de los vaciamientos realizados. Existieron diferencias significativas en el control regional de la enfermedad en función de la existencia de ruptura capsular. La frecuencia de fracaso regional en los pacientes sin ruptura capsular fue del 2,4%, en tanto que en caso de ruptura ascendió al 22% (P=0,05).

Finalmente, en un estudio retrospectivo del control regional obtenido con diferentes formas de vaciamiento cervical en pacientes N+ tratados con cirugía y radioterapia postoperatoria, Muzaffar²³ no encontró diferencias en cuanto al porcentaje de recidivas ganglionares entre un grupo de 61 vaciamientos selectivos (3,3% de recidivas) y 115 vaciamientos radicales o funcionales (5,2% de recidivas).

Nuestra serie incluye pacientes con adenopatías clínicas en el momento del diagnóstico y que recibieron en uno o ambos lados del cuello un vaciamiento selectivo con intención profiláctica o te-

rapéutica, independientemente de la realización de un vaciamiento radical o funcional en el cuello contralateral. El objetivo del estudio eran comprobar la eficacia de los vaciamientos selectivos en el control regional tanto en su uso electivo (lados de cuello N0) como terapéutico (lados de cuello N+). De acuerdo con nuestros resultados, los vaciamientos selectivos contaron con una gran efectividad en el control regional de la enfermedad. No se produjo recidiva a nivel regional en ninguno de los lados de cuello tratados con este tipo de vaciamiento. Cabe destacar, sin embargo, que la gran mayoría de pacientes recibieron un tratamiento complementario con radioterapia postoperatoria, con lo que no podemos evaluar la eficiencia de este tipo de técnica como tratamiento exclusivo de las áreas ganglionares. Se produjeron 5 casos de recidiva ganglionar, pero correspondieron en todas las ocasiones a lados de cuello clínicamente positivos y que habían recibido un tratamiento completo de las áreas ganglionares.

Un dato interesante de nuestros resultados es el elevado porcentaje de cuellos N0 que mostraron la presencia de metástasis ocultas. Un 66% de los 18 vaciamientos profilácticos llevados a cabo en lados de cuello N0 mostraron la presencia de metástasis ganglionares. Para la mayoría de localizaciones en cabeza y cuello, la posibilidad de afectación ganglionar oculta contralateral aumenta en caso de afectación ganglionar clínica de uno de los lados del cuello, lo que confirma la necesidad de llevar a cabo tratamiento quirúrgico electivo del cuello N0 en casos de afectación ganglionar unilateral.

La principal ventaja en la realización de los vaciamientos selectivos reside en evitar la disección del área V, lo que supone una disminución del tiempo quirúrgico, así como evitar la manipulación y sacrificio de estructuras nerviosas como ramas del plexo cervical profundo y la porción posterior del nervio accesorio, lo que disminuye la morbilidad del vaciamiento. En un estudio de calidad de vida en función del tipo de vaciamiento, Kuntz y Weymuller²⁴ encontraron que la función y el dolor a nivel del hombro fueron significativamente peores en los pacientes tratados con vaciamientos radicales o funcionales que en los pacientes tratados con un vaciamiento selectivo. Por otra parte, Safold y cols²⁵ evidenciaron que la preservación de las raíces nerviosas del plexo cervical profundo en los vaciamientos selectivos minimizaba el área cutánea con parestesias respecto a formas más agresivas de vaciamiento.

Las bases para evitar la disección del área V residen e hallazgos anatómicos y clínicos. Con la

excepción de la rinofaringe, el drenaje linfático de las mucosas de cabeza y cuello no alcanza de forma habitual el área V⁷⁻⁹. Este hecho biológico coincide con la escasa probabilidad de aparición de adenopatías metastásicas a dicho nivel para la mayoría de las localizaciones en cabeza y cuello. En un estudio realizado por Davidson y cols²⁶ en que se analizaron 1.277 vaciamientos cervicales, el porcentaje de afectación del área V fue del 3%, incrementándose el riesgo de afectación a medida que aumentaba el número de áreas ganglionares con infiltración tumoral.

En algunos de los estudios en que se analizan los resultados obtenidos con los vaciamientos selectivos en pacientes con adenopatías clínicas, se señala que la totalidad¹⁷ o la mayoría^{14,22} de las recidivas en lados de cuello tratados con este tipo de técnica se producen en áreas incluidas en la disección, en tanto que la incidencia de fracaso en áreas no incluidas, como el área V, sería poco frecuente. En un estudio elaborado por Byers y cols²⁷ en que se analizaba los patrones de recidiva ganglionar en pacientes tratados con vaciamientos selectivos, incluyendo tanto pacientes N0 como pacientes con adenopatías metastásicas, se evidenció que el 68% de las recidivas que aparecieron en 284 vaciamientos supraomohioideos, y el 83% de las recidivas de 192 vaciamientos selectivos laterales se produjeron dentro de las áreas disecadas.

Diversos autores que utilizan vaciamientos selectivos en el tratamiento de pacientes N+ establecen la conveniencia de obtener un mínimo de un área ganglionar distal libre de tumor^{13,17}. La presencia de adenopatías sospechosas en el límite de la disección cervical prevista en el vaciamiento selectivo obligaría a ampliar la disección al área ganglionar subyacente. De todas formas, estos autores hacen explícito que este principio no se aplica a las adenopatías del área IV, de manera que en ausencia de una lesión sospechosa en el triángulo posterior del cuello, no extienden la disección al área V.

Una de las críticas a la realización de los vaciamientos selectivos es que, dada la ausencia de unos límites anatómicos bien definidos en su realización, es posible que la experiencia del cirujano influya de forma más importante en los resultados obtenidos en comparación con otras formas más completas de vaciamiento²⁸. En nuestra opinión, los vaciamientos selectivos, especialmente en pacientes con adenopatías clínicas, deberían ser realizados por cirujanos con experiencia en el tratamiento quirúrgico de las áreas ganglionares, y contando siempre con la posibilidad de ampliar la

cirugía prevista a formas más completas de vaciamiento.

El número de ganglios disecados en un vaciamiento no mide la calidad de la técnica quirúrgica, ya que además de la extensión del vaciamiento, este número depende de la variabilidad intrínseca de cada cuello y de la exhaustividad en la búsqueda de ganglios por parte del patólogo. De todas formas, pensamos que la cuantificación de los ganglios disecados puede utilizarse como una medida indirecta de calidad. La 6ª edición del TNM considera recomendable un mínimo de 6 ganglios disecados en un procedimiento selectivo para poder llevar a cabo un estadiaje patológico a nivel cervical (pN)²⁹. En un estudio retrospectivo, Friedman y cols³⁰ encontraron que el número de ganglios disecados en vaciamientos supraomohioideos fue de 20 (rango 14-26), y en vaciamientos selectivos laterales fue de 30 (rango 15 a 43). Por su parte, Pellitteri y cols¹⁴ disecaron un promedio de 19 ganglios (rango 9-36) en 67 vaciamientos selectivos. En nuestro estudio, en los vaciamientos selectivos se disecaron una media de 25 ganglios, con una mediana de 21 ganglios por vaciamiento (rango 10-63 ganglios).

Un problema en la evaluación de la eficacia de los vaciamientos selectivos es que se trata de una técnica sometida a modificación en virtud de los hallazgos intraoperatorios. Es el cirujano el que modula, en base al desarrollo de la técnica, el número de áreas a disecar y la conveniencia de transformar un procedimiento *a priori* selectivo en formas más amplias de tratamiento. Los casos de peor pronóstico, en los que aparecen adenopatías

con ruptura capsular o adenopatías en áreas que clínicamente no parecían afectadas, se convierten en vaciamientos cervicales funcionales o radicales, con lo que existe un sesgo que favorece el rendimiento de los vaciamientos selectivos. Esta sería una de las razones que justifican los excelentes resultados obtenidos con este tipo de vaciamientos en nuestra serie.

Filosóficamente, el vaciamiento cervical funcional supone una exéresis quirúrgica completa del sistema ganglionar cervical comprendido dentro del sistema de fascias del cuello, respetando estructuras musculares, vasculares y nerviosas. Está indicado en aquellas situaciones en que los depósitos metastásicos están contenidos en el interior de las fascias³¹. Nosotros consideramos que los vaciamientos selectivos suponen una extensión del concepto de vaciamiento funcional, pero limitando la disección a las áreas de riesgo de contener depósitos metastásicos.

CONCLUSIÓN

Los vaciamientos selectivos en casos seleccionados de pacientes con adenopatías clínicas, y contando con la posibilidad de transformarlos en formas más extensas de vaciamiento en base a los hallazgos intraoperatorios, son una técnica adecuada de cirugía cervical, y cuentan con la ventaja de minimizar el tiempo operatorio y la morbilidad asociada a la disección de las estructuras cervicales.

REFERENCIAS

- 1.- Pillsbury HC, Clark M. A rationale for therapy of the N0 neck. *Laryngoscope* 1997; 107:1294-1315.
- 2.- Myers EN, Gastman BR. Neck dissection: An operation in evolution. Hayes Martin Lecture. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: 14-25.
- 3.- Crile G. Excision of cancer of the head and neck with special reference to the plan of dissection based upon one hundred thirty-two operations. *JAMA* 1906; 47:1780-1786.
- 4.- Martin HE, De Valle B, Ehrlich H, Cahan WG. Neck dissection. *Cancer* 1951; 4:441-449.
- 5.- Suárez O. El problema de las metástasis linfáticas y alejadas del cáncer de laringe e hipofaringe. *Rev Otorrinolaringol* 1963; 23:83-99.
- 6.- Gavilán Alonso C, Blanco Galdín A, Suárez Nieto C. El vaciamiento funcional-radical cervicoganglionar. Anatomía quirúrgica. Técnica y resultados. *Acta ORL Iber-Amer* 1972; 23:703-817.
- 7.- Lindberg R. Distribution of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* 1972; 29:1446-1449.
- 8.- Shah JP. Patterns of cervical lymph node metastasis from squamous carcinomas of the upper aerodigestive tract. *Am J Surg* 1990; 160:405-409.
- 9.- Werner JA, Dünne AA, Myers JN. Functional anatomy of the lymphatic drainage system of the upper aerodigestive tract and its role in metastasis of squamous cell carcinoma. *Head Neck* 2003; 25:322-332.
- 10.- Brentani RR, Kowalski LP, Soares JF, Torloni H. End results of a prospective trial on elective lateral neck dissection vs type III modified radical neck dissection in the management of supraglottic and transglottic carcinomas. *Brazilian Head and Neck Cancer Study Group. Head Neck* 1999; 21:694-702.
- 11.- Hosal AS, Carrau RL, Johnson JT, Myers EN. Selective neck dissection in the management of the clinically node-negative neck. *Laryngoscope* 2000; 110: 2037-2040.
- 12.- Spiro RH, Morgan GJ, Strong EW, Shah JP. Supraomohyoid neck dissection. *Am J Surg* 1996; 172:650-653.
- 13.- Traynor SJ, Cohen JL, Gray J, Andersen PE, Everts EC. Selective neck dissection and the management of the node-positive neck. *Am J Surg* 1996; 172:654-657.
- 14.- Pellitteri PK, Robbins KT, Neuman T. Expanded application of selective neck dissection with regard to nodal status. *Head Neck* 1997; 19:260-265.
- 15.- Ambrosch P, Kron M, Pradier

- O, Steiner W. Efficacy of selective neck dissection: A review of 503 cases of elective and therapeutic treatment of the neck in squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 124:180-187.
- 16.-** Chepeha DB, Hoff PT, Taylor RJ, Bradford CR, Teknos TN, Esclamado RM. Selective neck dissection for the treatment of neck metastasis from squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope* 2002; 112: 434-438.
- 17.-** Andersen PE, Warren F, Spiro J, Burningham A, Wong R, Wax MK, et al. Results of selective neck dissection in management of the node-positive neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 1180-1184.
- 18.-** León X, Quer M, Orús C, Sancho FJ, Bagué S, Burgués J. Selective dissection of levels II-III with intraoperative control of the upper and middle jugular nodes: A therapeutic option for the N0 neck. *Head Neck* 2001; 23: 441-446.
- 19.-** Robbins KT, Clayman G, Levine PA, Medina J, Sessions R, Shaha A, et al. Neck dissection classification update. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 751-748.
- 20.-** Spiro RH, Gallo O, Shah JP. Selective jugular node dissection in patients with squamous carcinoma of the larynx or pharynx. *Am J Surg* 1993; 166:399-402.
- 21.-** Kolli VR, Datta RV, Orner JB, Hicks WL, Loree TR. The role of supraomohyoid neck dissection in patients with positive nodes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 413-416.
- 22.-** Ambrosch P, Kron M, Pradier O, Steiner W. Efficacy of selective neck dissection: A review of 503 cases of elective and therapeutic treatment of the neck in squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 124: 180-187.
- 23.-** Muzaffar K. Therapeutic selective neck dissection: a 25-year review. *Laryngoscope* 2003; 113: 1460-1465.
- 24.-** Kuntz AL, Weymuller EA. Impact of neck dissection on quality of life. *Laryngoscope* 1999; 109: 1334-1338.
- 25.-** Saffold SH, Wax MK, Nguyen A, Caro JE, Andersen PE, Edwin E, et al. Sensory changes associated with selective neck dissection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 425-428.
- 26.-** Davidson BJ, Kulkarny V, Delacure MD, Shah JP. Posterior triangle metastases of squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. *Am J Surg* 1993; 166:395-398.
- 27.-** Byers RM, Clayman GL, McGill D, Andrews T, Kare RP, Roberts DB, et al. Selective neck dissections for squamous carcinoma of the upper aerodigestive tract: patterns of regional failure. *Head Neck* 1999; 21: 499-505.
- 28.-** Clayman GL, Frank DK. Selective neck dissection of anatomically appropriate levels is as efficacious as modified radical neck dissection for elective treatment of the clinically negative neck in patients with squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124:348-352.
- 29.-** Sobin LH, Wittekind Ch. TNM Classification of malignant tumours. 6th Edition. Wiley-Liss, New York. 2002.
- 30.-** Friedman M, Lim JW, Dickey W, Tanyeri H, Kirshenbaum GL, Phadke DM, et al. Quantification of lymph nodes in selective neck dissection. *Laryngoscope* 1999; 109:368.
- 31.-** Gavilán J, Gavilán C, Herranz J. Functional neck dissection: Three decades of controversy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 101: 339-341.