

TUMORES LATERALES DE CUELLO (TLC)

Dr. Angel M. Vannelli
Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo facial
Hospital Oncológico Municipal "María Curie"

Definición:

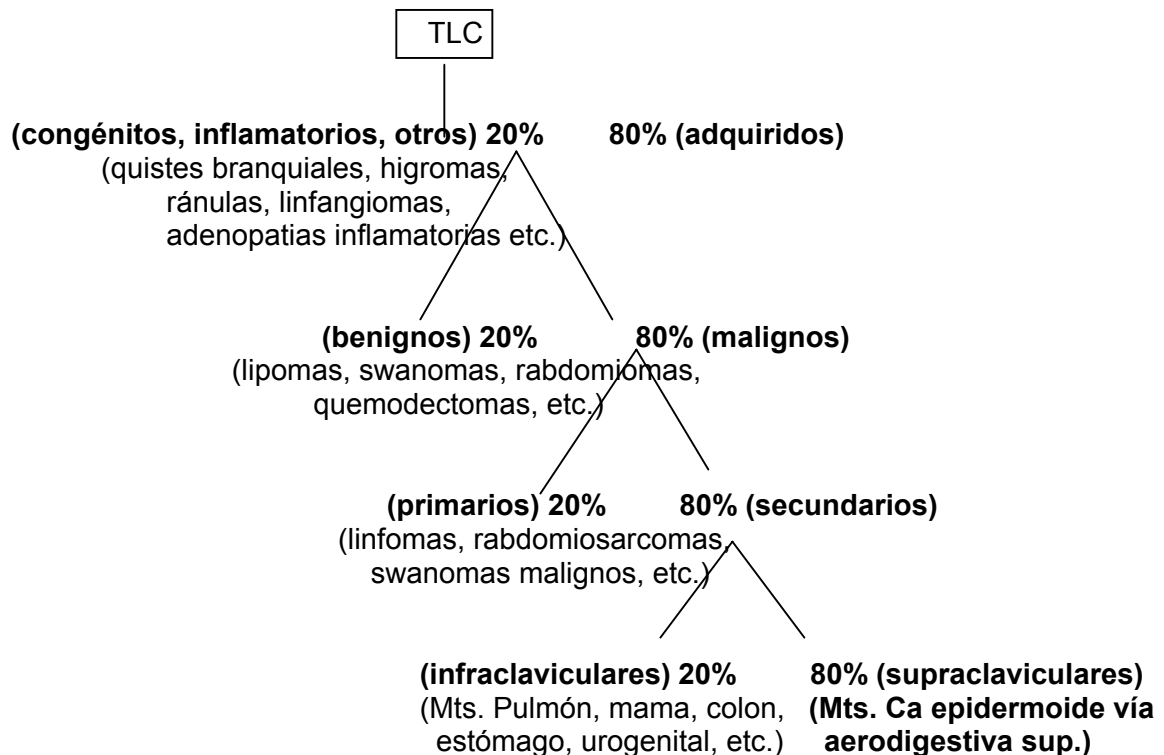
Entidad semiológica formada por procesos de distinta naturaleza, donde la ubicación es la única característica común.

Características clínicas:

Dado su configuración anatómica el cuello tiene pocos espacios libre, por lo tanto el aumento de tamaño de alguna de sus estructuras se hace fácilmente evidenciable.

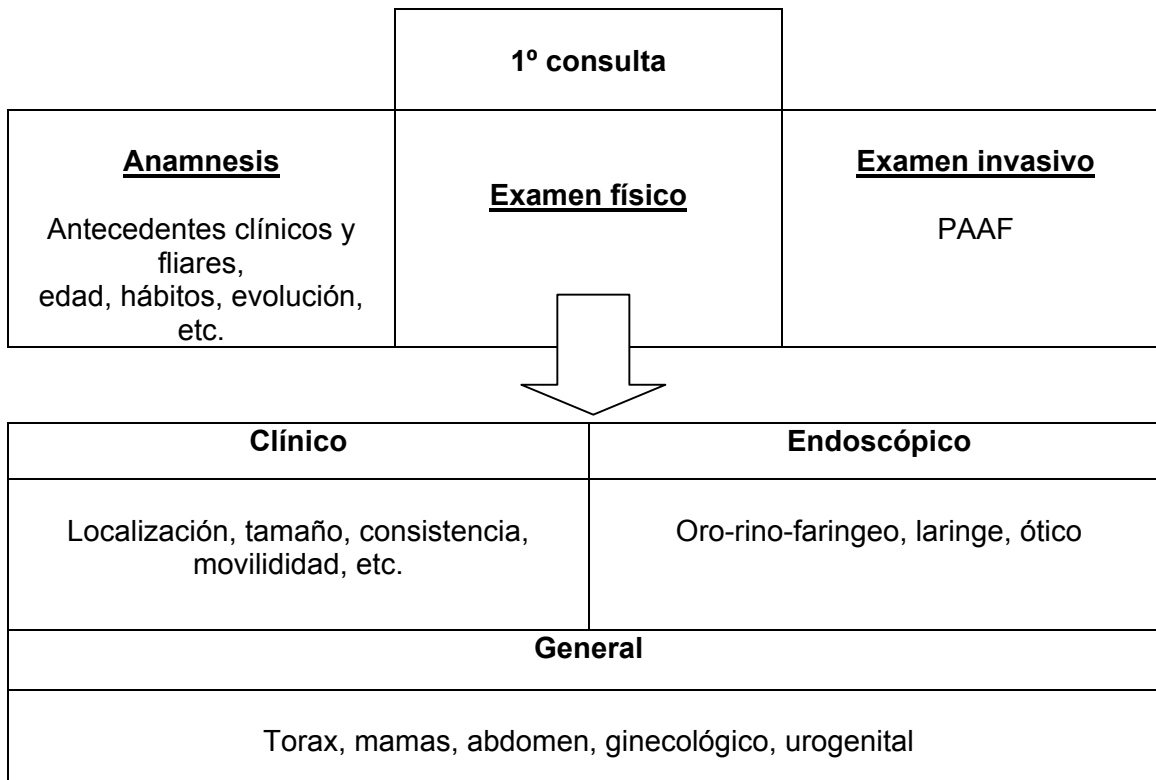
Estadística clínica:

En 1970, Skandalakis publica un resumen sobre 2519 TLC, descartado los tumores tiroideos, donde redondeando los valores obtiene una tabla que llama: 80/20,



En conclusión, ante la presencia de un TLC en un paciente adulto, lo primero que debe descartarse es la presencia de una metástasis del tracto aerodigestivo superior.

Metodología diagnóstica:



Los estudios complementarios como Rx simples o contrastadas, ecografías, TAC, RNM, angiografías, etc., sólo son útiles en casos puntuales dado que en la mayoría de los patologías, muestran lo ya observado por el examen clínico.

La punción biopsia aspirativa con aguja fina (PAAF), es considerada como un elemento técnico importante en diagnóstico de los TLC con altos índices de sensibilidad y especificidad. Sin hallazgo de un tumor primario y ante el fracaso de la PAAF, la biopsia diferida no deben ser consideradas como elemento diagnóstico, es conveniente realizar una biopsia por congelación y tratamiento del cuello en el mismo acto operatorio.

Consideraciones generales sobre las metástasis:

Uno de los factores más importante que afecta el pronóstico de los tumores de las vías aerodigestivas superiores es la metástasis cervical. Tumores primarios localizados y sin diseminación, pueden tener buena evolución. En la otra mano, los mismos tumores con metástasis cervicales clínicamente evidenciables, la posibilidad de sobrevivir a 5 años cae en un 50% con respecto al primer grupo.

Anatómicamente seguimos la clasificación del Sloan – Kettering Cancer Center, que divide el cuello en niveles para facilitar la descripción de localización de las metástasis:

Nivel I: incluye los grupos submentales y submaxilares.

Nivel II: incluye los grupos yugulares altos

Nivel III: incluye los grupos yugulares medios

Nivel IV: incluye los grupos yugulares bajos

Nivel V: incluyen los grupos del triángulo posterior

Clínicamente las metástasis cervicales se clasifican según el factor N de la estadificación de la AJCC – UICC de 1988, reedición 1997.

- N_x No puede evaluarse
- N₀ Sin metástasis cervicales
- N₁ Metástasis única, unilateral de < de 3 cm
- N_{2a} Metástasis única, unilateral > de 3 pero < de 6 cm en su diámetro mayor
- N_{2b} Metástasis múltiple, unilateral < de 6 cm en su diámetro mayor
- N_{2c} Metástasis bilateral o contralateral < de 6 cm en su diámetro mayor
- N₃ Metástasis > de 6 cm en su diámetro mayor

El riesgo de que un tumor de la vía aerodigestivo superior presente metástasis cervicales depende de varios factores:

1. **El órgano**, mientras que el labio presenta pocas posibilidades de presentar metástasis aún en tumores avanzados, la hipofaringe en estadios I y II tiene alrededor de 40% de micrometástasis (clínicamente no detectables) y en estadios IV casi el 100%.
2. **El sitio dentro del órgano**, el tumor en la lengua oral tiene menos posibilidad de metástasis que la base de lengua, o los tumores glóticos tienen menos diseminación regional que los supraglóticos.
3. **El tamaño**, (factor T) a mayor tamaño mayor posibilidad de metástasis regional.
4. **La profundidad**, de acuerdo a las distintas publicaciones el límite de 4 mm es muy importante. Los tumores exofíticos con poca profundidad presentan menos metástasis cervicales que los ulcerados, aún en tumores de poco diámetro.
5. **La morfología histológica**, los pobremente diferenciados tienen mayor poder metastatizantes.

Otro de los elementos a tener en cuenta, es el patrón de diseminación. La migración linfática es predecible y lleva un camino secuencial en las primeras etapas de crecimiento del tumor. Ahora, cuando la metástasis debuta clínicamente con el tumor primario, se puede romper dicha secuencia pudiendo las metástasis saltar niveles.

Los tumores de la cavidad oral tienen su primera estación en los niveles I y II. Si clínicamente estos niveles son negativos, la posibilidad de presentar metástasis oculta en los niveles IV y V son casi nulas.

De esto desprendemos que ante la opción de realizar un vaciamiento electivo (profiláctico) en un cuello N₀ con un carcinoma T₂ de lengua oral, debido a los factores antes mencionados, la opción es remover solamente los niveles I, II y III.

El tratamiento del cuello con respecto a las metástasis, sigue siendo tema de controversia. Nadie duda en realizar el vaciamiento terapéutico en cuellos positivos, pero la duda surge cuando debemos decidir un vaciamiento electivo, y así mismo en cuello clínicamente positivos con adenopatías pequeñas, que tipo de vaciamiento realizar.

Desde la descripción de Crile en 1906 sobre los vaciamentos radicales de cuello, donde removía todos los niveles de ganglionares del cuello y con ellos realizaba la exéresis de la VVI, ECM y el ramo ext. del nervio espinal conjuntamente con la cola de parótida, glándula submaxilar y raíces anteriores de los troncos nerviosos cervicales 1,2 y 3, se fueron realizando modificaciones que crearon una variedad de disecciones con problemas en la nomenclatura de los vaciamentos. La necesidad de estandarizar dicha nomenclatura, llevó a distintos autores a improvisar distintas clasificaciones. Creemos que la clasificación descrita por J. Medina en 1989 y refirmada por T. Robbins en 1991 en el American Academy of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, siguiendo la diagramación por niveles que mencionara el Sloan – Ketterig Cancer Center es la que mejor se adapta.

Comprensivos: Radicales Clásicos

- Radicales Modificados: Tipo I (conserva rama ext. del nervio espinal)
Tipo II (conserva rama ext. del nervio espinal y VYI)
Tipo III (conserva rama ext. del nervio espinal, VYI y ECM)

Selectivos: Laterales (remueve niveles II,III y IV)

- Anterolaterales: Supraomohiideo (remueve niveles I, II y III)
Supraomohiideo extendido (remueve niveles I,II,III y IV)

- Posterolaterales (remueve niveles II, III, IV y V)

Extendidos

La indicación de vaciamiento radical clásico, terapéutica empleada en forma asidua hace una década atrás, quedo relegada a las siguiente condiciones: N₃, ganglios metastáticos en varios niveles, metástasis recurrente a vaciamientos anteriores o radioterapia, ruptura capsular, extensión a piel, invasión de vasos o nervios principales.

Los vaciamientos modificados los realizamos con cuello clínicamente positivos, pero que no presenten ninguno de los factores mencionados para realizar vaciamientos radicales clásicos.

Los vaciamientos selectivos remueven los grupos ganglionares en cuellos clínicamente negativos (N₀), pero con posibilidad de presentar micrometástasis. Los mismos se realizan siguiendo los patrones de diseminación de acuerdo al órgano comprometido.

Los vaciamientos extensivos son aquellos que resecan grupos ganglionares u órganos vecinos sumados al vaciamiento radical clásico.

Otro de los elementos a considerar es el uso de radioterapia postoperatoria. Trabajos randomizados realizados por el Grupo de Tratamiento Oncológico con Radioterapia dirigido por Kramer demostraron que las posibilidades de recurrencia regional o a distancia disminuyen con cirugía más radioterapia que con cirugía sola, en metástasis mayor a N₂ y con dosis de 6000 cGy.

Bibliografía:

- American Joint Committee on Cancer: Manual for Staging of Cancer. Philadelphia, JP Lippincott & Co, 1988, p 29
- Byers R. Modified neck dissection. Am. J. Surg. 1985; 150: 414-421
- Byers R., Wolf P, Ballantyne A. Rationale for elective modified neck dissection. Head Neck Surg. 1988; 10: 160-167
- Davidson B., Kulkarny V., Delacure M., Shah J. Posterior triangle metastases of squamous cell carcinoma of the upper aerodigest tract. Am. J. Surg. 1993; 166: 395-398
- Hughes C., Gallo O., Spiro R., Shah J. Management of occult neck metastases in oral cavity squamous carcinoma. Am J. Surg. 1993; 166: 380-383
- Kramer S., Gelber R., Snow J. Combined radiation therapy and surgery in the management of advanced head and neck cancer. Head Neck Surg. 1987;10:19-30
- Medina J. A rational classification of neck dissections. Otolaryngol Head & Neck Surg. 1989; 100: 169-176
- Robbins K., Medina J., Wolfe G. Standardizing neck dissection terminology. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1991; 117: 601-605
- Shah J. Head and Neck Surgery. Ed. Mosby 1996
- Shah J., Candela F., Poddar A. The patterns of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the oral cavity. Cancer 1990; 66: 109-113
- Shah J., Medina J., Shaha A., Schantz S. & Marti J. Cervical lymph node metastasis. Current Problems in Surgery Vol XXX – Number 3 – March 1993 – Pages 273-344
- Spiro R., Strong E., Shah J. Classification of neck dissection: variations on a new theme. Am. J. Surg. 1994; 168: 415-418