













---

## EXPERIENCIA MULTIINSTITUCIONAL EN EL TRATAMIENTO REGIONAL DEL CANCER DE CABEZA Y CUELLO NO TIROIDEO

Dres. Juan Carlos Valls Puig<sup>1</sup>, Nelsimar Palacios<sup>1</sup>, Daniela Quintero<sup>1</sup>, Gustavo Adolfo Benítez Pérez<sup>1</sup>, Amine Ferrer<sup>1</sup>, Aníbal Blanco<sup>2</sup>, Salvador Tabacco<sup>3</sup>, Esteban Garriga García<sup>4</sup>, Edgar Brito<sup>4</sup>, Mirelbys Méndez<sup>5</sup>, Blas Carrasquel Gago<sup>5</sup>, Sarai Sánchez<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Especialista Cátedra Servicio Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas. <sup>2</sup>Especialista. Servicio de Cirugía. Hospital Pérez de León 2. <sup>3</sup>Especialista Consulta de Otorrinolaringología y Cabeza & Cuello. Hospital Ortopédico Infantil. <sup>4</sup>Especialista Centro Médico de Caracas. <sup>5</sup>Residente Catedra Servicio Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas.  
E-mail: vallstru@hotmail.com

**RESUMEN: Objetivo:** evaluar la eficacia de las disecciones ganglionares de cuello en pacientes con cáncer de cabeza y cuello no tiroideo, según los hallazgos de la pieza quirúrgica, la aparición de recaídas regionales y la tasa de sobrevida. **Pacientes y método:** Estudio analítico, longitudinal, del tipo cohorte de treinta pacientes sometidos a disecciones radicales y selectivas. Las distintas frecuencias fueron expresadas en número y porcentaje. **Resultados:** La localización del tumor primario y el reporte histológico más frecuente fueron la cavidad oral y el carcinoma escamoso. Las etapas ganglionares fueron 46,6% N0 y 23,3% N≥1. Se realizaron 23,4% y 76,6% linfadenectomías ganglionares radicales y selectivas respectivamente. Metástasis ganglionares en el 27,7% de los reportes histológicos de las disecciones selectivas electivas. El 20% de la serie presentó persistencia regional y fallecieron por progresión de la enfermedad. No hubo recaída regional en las disecciones ganglionares selectivas de cuello. La tasa de sobrevida con ganglios metastásicos fue inferior a aquellos sin metástasis. **Conclusión:** La disección ganglionar de cuello ofrece una apropiada evaluación de la enfermedad metastásica oculta en cuello y es efectiva en el control regional de pacientes sin especímenes quirúrgicos metastásicos. La presencia de metástasis ganglionares confirmadas histológicamente redujo la sobrevida hasta un 33%. **RCM 2025. 64;159(1): 3-14..**

**Palabras claves:** disección, ganglionar, neoplasia, cabeza, cuello.

### MULTI INSTITUTIONAL EXPERIENCE IN THE NON-THYROID HEAD AND NECK REGIONAL CANCER TREATMENT

**ABSTRACT: Objective:** To evaluate the efficacy of neck dissections in patients with head and neck cancer no thyroid according to histological metastasis, recurrences and the survival rate. **Patients and method:** Study analytic, longitudinal, cohort type of 30 patients underwent to radicals and selective neck dissections in three capital hospitals. The frequency was expressed in number, percentage and media. **Results:** The location of the primary neoplasm and the histologic report were oral cavity and squamous cell carcinoma. The ganglionar state were 46,6% N0 and 23,3% N≥1. The dissections were radical 23,4% and selective 76,6%. The 27,7% of electives neck dissections selective present histological metastasis. The 20% of the casuistic presents regional persistence and recurrences, and died by progression of the disease. Anyone of the dissection selective died. The survival rate of the patients with metastatic nodules were inferior than the patients without nodules. **Conclusion:** Selective neck dissection offers adequate evaluation of subclinical neck's metastases and effective in the regional control of patients without histological metastases. The survival rate of the patients with metastatic nodules were 33%. **RCM 2025. 64;159(1): 3-14.**

**Key words:** neck, dissection, neoplasm, head, neck.

### INTRODUCCIÓN

Dos avances contribuyeron al desarrollo del tratamiento regional en los pacientes con neoplasias cervicofaciales.

El primer avance se relaciona con los estudios anatómicos de Rouviere, Fish & Siegel, Lindberg y Shah & col. relativo a la identificación de la presencia de

rutas constantes y predecibles a determinados niveles ganglionares del cuello de acuerdo a la localización del tumor primario (1-4).

La identificación de estas rutas ganglionares en el cuello permitió la evolución hacia técnicas de disección ganglionares de cuello más conservadoras. Desde la linfadenectomía radical clásica de finales del siglo XIX, a la funcional de cuello descrita por Oswaldo Suárez en 1963, difundida en el mundo anglosajón e hispano por Ettore Bocca y Cesar Gavilan. Le seguirían la radical modificada y selectiva desarrolladas durante la década de los setenta por Jesse, Ballantyne y Byers, cirujanos del hospital M.D. Anderson (5,6).

El segundo avance se relaciona con el reconocimiento de la etapa de los ganglios linfáticos del cuello como el principal factor pronóstico asociado con la aparición de recidivas y la sobrevida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. A excepción del cáncer diferenciado de la glándula tiroidea, la presencia de metástasis a ganglios linfáticos puede reducir la supervivencia hasta en un 50% (7).

La clasificación por etapas de los ganglios linfáticos cervicales significa un reto terapéutico para los cirujanos (8). La detección clínica o imagenológica de adenopatías puede llegar a ser imprecisa y controversial. Según el sistema de clasificación por etapas (TNM) para el cáncer de cabeza y cuello, de la American Joint Committee of Cancer (AJCC) 2017, el tamaño tumoral del primario y la presencia de adenopatías es denominado como "T" y "N", respectivamente (9-11).

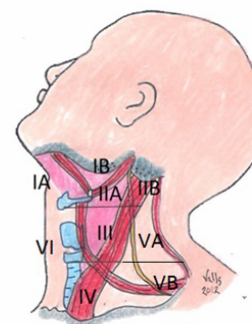
El tamaño tumoral y la presencia de adenopatías progresara del T1 al T4 y del N1 al N3, de acuerdo a las dimensiones, compromiso de las estructuras adyacentes y bilateralidad. Se realizan disecciones ganglionares de cuello radicales o radicales modificadas en etapas ganglionares N+ o  $N \geq 1$ . En los pacientes en que no existe evidencia clínica de metástasis a ganglios linfáticos, son reconocidos como N0. Si el riesgo de metástasis ocultas o subclínicas exceda el 15 %, la disección cervical selectiva electiva o profiláctica está indicada por encima de la simple observación y seguimiento (5,6,11-13).

El propósito del presente artículo es evaluar la eficacia de los distintos tipos de disecciones ganglionares de cuello en pacientes con cáncer de cabeza y cuello no tiroideo según los hallazgos de la pieza quirúrgica, la aparición de recaídas regionales y la tasa de sobrevida.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se procedió a un estudio analítico, longitudinal, del tipo cohorte de treinta pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello no tiroideo sometidos a disección ganglionar de cuello como parte de su enfoque terapéutico. Evaluados desde enero del año 2017 hasta enero del 2024 en las consultas de cirugía de cabeza y cuello de la Cátedra de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, del Hospital Pérez de León 2 y Hospital Ortopédico Infantil.

Las neoplasias se estratificaron por etapas según el sistema TNM, actualizado en el 2017 y adoptado por la 8va edición del *American Joint Commission on Cancer* (AJCC). El tamaño tumoral del primario y la presencia de adenopatías es denominado como "T" y "N", respectivamente (9-11). Las cuencas ganglionares de drenaje ganglionar fueron representados por los niveles ganglionares clásicos delineados según la clasificación del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center" (12,13) (Figura 1).



**Figura 1.** Sistema de clasificación por niveles ganglionares linfáticos cervicales del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center" (12,13). Esquema propio del autor.

Las disecciones cervicales fueron ejecutadas según la clasificación de tipos de disecciones cervicales, con sus indicaciones propuesta por el *Committe for Head and Neck and Surgery and Oncology of the American Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery* publicada en 1991. Fue actualizada en 2002 y 2008 (14).

La diseccion ganglionar de cuello clásica se define como aquella que incluye todos los grupos ganglionares del cuello, además del músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular y el nervio espinal. La preservación de cualquiera de las estructuras no ganglionares es referida como linfadenectomía radical modificada. La indicación fundamental en ambos procedimientos radicales es terapéutica, es decir cuando existen adenopatías clínicamente evidentes (5,11,12,15).

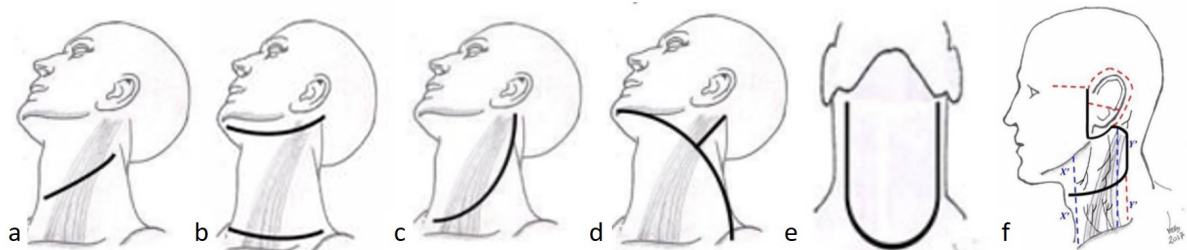
La disección de cuello selectiva se refiere a cualquier tipo de procedimiento en el cual solamente son removidos el grupo de ganglios del cuello que poseen un riesgo mayor del 15% de contener metástasis ocultas de acuerdo a la localización del tumor primario. Se preservan uno o más grupos de ganglios linfáticos de los que se extirpan en la disección radical de cuello (11-13). Están indicadas de manera electiva o profiláctica en pacientes con etapa ganglionar N0, aunque se ha ampliado su indicación de forma terapéutica en algunas neoplasias con metástasis ganglionares N1. Están indicadas por encima de la simple observación y seguimiento (8,14-16).

Si el tumor primario requiere tratamiento quirúrgico y basado en la distribución predecible de las metástasis a ganglios linfáticos en los niveles cervicales de acuerdo

a su localización, se sugiere la disección ganglionar de cuello selectiva ipsilateral de los niveles I al III o supraomohioideo para las neoplasias de cavidad oral y glándula submaxilar. De los niveles II al IV ó lateral para las de laringe y amígdala. Ambos procedimientos, ofrecen una apropiada evaluación de la enfermedad metastásica oculta en cuello. Las lesiones localizadas en la línea media requerirán disección ganglionar de cuello bilateral por el alto riesgo de diseminación en ambos lados del cuello (8,11-18).

Incisiones usadas en la ejecución de las disecciones ganglionares de cuello para las neoplasias ubicadas en cavidad oral, laringe, glándula submaxilar y amígdala corresponden a los trazos de Atti, Doble incisión de Garriga, Palo de Hockey, Schobinger o modificado de Conley y en delantal (13,15,17) (Figura 2 a-e).

Las neoplasias malignas primarias de la glándula parótida, conducto auditivo externo, piel facial y la mitad anterior del cuero cabelludo (PAFC) poseen una propagación escalonada a la glándula parótida y los niveles ganglionares del I al III. La similitud en la propagación linfática de estas ubicaciones tumorales con estado ganglionar N0, ha determinado la unificación en el tipo de tratamiento quirúrgico regional en parotidectomías con linfadenectomías selectivas del I-III (10,19,20). En la Catedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se caracterizó un trazo quirúrgico único para el tratamiento quirúrgico de las neoplasias malignas PAFC, denominado incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable (21) (Figura 2f).



**Figura 2.** Esquema de heridas quirúrgicas usadas para disecciones ganglionares de cuello. a. Atti o única transversa. b. Doble de Garriga c. Palo de Hockey. d. Schobinger o modificado de Conley. e. Delantal. f. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable, ICFCSA.



Se analizaron los pacientes de acuerdo al sexo, edad, localización y tamaño tumoral del primario, etapa ganglionar, indicaciones y tipo de linfadenectomía, incisiones efectuadas, histología de la neoplasia primaria y tratamiento adyuvante. En cuanto a los resultados de los procedimientos se determinó el número de ganglios extirpados y metastásicos, presencia de complicaciones postquirúrgicas, recidivas y tasas de sobrevida. Las distintas frecuencias fueron expresadas en número, promedio y porcentaje. Se calculó la sensibilidad y especificidad de la palpación clínica ganglionar, además del Método de Kaplan-Meier para calcular la curva de supervivencia según el estado ganglionar.

## RESULTADOS

La edad de los pacientes osciló entre 27 y 89 años, con una media de 58 años. El 60% pertenecían al género masculino y 40% al femenino. La localización del tumor primario más frecuente fue en la cavidad oral con un tercio de la casuística; distribuido en cara lateral de lengua, paladar duro, mucosa yugal, reborde alveolar y trigono retromolar. La unificación de estructuras anatómicas PAFC, según la propagación escalonada a parótida y niveles I al III, correspondió al 30%; la ubicación de piel facial correspondió a piel de pabellón auricular, temporal, párpado, y mitad anterior de cuero cabelludo. Laringe con 16,6% cada uno. Las glándulas submaxilares con un 13,3%. Finalmente, dos en amígdala 6,6%.

El tamaño tumoral del primario estuvo distribuido en once pacientes T1 y T2, 36,7%, incluyo principalmente las localizaciones de cavidad oral. Un tercio de la serie

fueron T3 y T4 correspondiendo más frecuentemente a las neoplasias ubicadas en laringe, paladar duro, glándulas salivales y de conducto auditivo externo (Tabla 1). La etapa ganglionar estuvo distribuida en 14 N0, 46,6%. Los N+ se distribuyeron en seis N1 y un N2, respectivamente 20% y 3,33%. Ubicados principalmente en cavidad oral.

Nueve pacientes acudieron por recaídas del tumor primario, 30%. Posteriores a cirugías previas de la neoplasia primaria o a protocolos de quimioterapia y radioterapia. Dos locales y siete regionales, estas últimas se localizaron en la glándula parótida o en los niveles ganglionares del I al III. Las neoplasias primarias originarias de las recaídas correspondieron principalmente de la piel facial, glándula submaxilar y amígdala (Tabla 1).

Se realizaron seis linfadenectomías de cuello radicales modificadas y una radical clásica, 20% y 3,4% cada una. Ambas con intención terapéutica. Las primeras por la presencia de adenopatías palpables regionales en un N1 y el N2, además de cuatro recaídas. La segunda por una neoplasia primaria de glándula submaxilar que comprometía el musculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio espinal (Tabla 2).

La disección ganglionar de cuello selectiva se realizó en 23 pacientes representando el 76,6% de la serie. Se ejecutaron con intención electiva o terapéutica. La indicación con intención electiva correspondió a 18 pacientes con ausencia de adenopatías clínicamente evidentes en cuello, es decir todos los N0, pero con factores de riesgo como tamaño tumoral mayor a igual a T2, además de cuatro por recaídas regionales en glándula parótida. Las linfadenectomías de cuello

**Tabla 1.** Ubicación y tamaño del tumor primario.

Ubicación/ T. tumoral	Cavidad oral	PAFC	Laringe	Submaxilar	Amígdala	Total/%
T1-T2	8	2	--	1	--	11/36,7%
T3-T4	2	3	4	1	--	10/ 33,3%
Recaídas	--	4	1	2	2	9/30%
Total/ %	10/ 33,3%	9/30%	5/16,7%	4/13,3%	2/6,66%	30/100%

PAFC: glándula parótida, conducto auditivo externo, piel facial y la mitad anterior del cuero cabelludo.

**Tabla 2.** Ubicación y tipo de disecciones ganglionares de cuello.

Ubicación/ Tipo de disección	Cavidad oral	PAFC	Laringe	Submaxilar	Amígdala	Total/%
DCR clásica	--	--	--	1	--	1/3,4%
DCRM	2	1	--	2	1	6/ 20%
DCS I-III	8	8	--	1	--	17/56,6%
DCS II-IV	--	-	5	--	1	6/20%
Total/ %	10/ 33,3%	9/30%	5/16,7%	4/13,3%	2/6,66%	30/100%

PAFC: glándula parótida, conducto auditivo externo, piel facial y la mitad anterior del cuero cabelludo. DCR clásica, disección ganglionar de cuello radical clásica. DCRM, disección ganglionar de cuello radical modificada. DCS I-III, disección ganglionar de cuello selectiva de los niveles I al III. DCS II-IV, disección ganglionar de cuello selectiva de los niveles II al IV.

selectivas terapéuticas correspondieron a cinco N1. En tres pacientes se ejecutaron disecciones ganglionares de cuello selectivas bilaterales por neoplasias de laringe y un tumor de reborde alveolar en línea media (Figura 3a-c).

Se realizaron ocho parotidectomías por incisión de colgajo superior adaptable, correspondiendo a todos los casos de neoplasias primarias de PAFC cuya vía de diseminación incluía la glándula parótida con o sin adenopatías clínicamente evidentes. El resto de los procedimientos quirúrgicos dependió del

tumor primario, correspondiendo a laringectomías, hemiglosectomías, submaxilectomías, maxilectomías superiores, hemiauriclectomías, mastoidectomías parciales y extirpaciones locales amplias de mucosa oral o piel facial. Se aplicaron injertos y movilización de colgajos fasciocutaneos sobre áreas de defecto de extirpación de neoplasias de parótida y de conducto auditivo externo. El resto de las heridas quirúrgicas oscilaron entre trazos quirúrgicos en palo de Hockey, Attie, Doble incisión de Garriga, Conley o delantal según la localización de la neoplasia primaria. Se realizó



**Figura 3.** Imágenes de procedimientos radicales en neoplasias primarias con las correspondientes disecciones ganglionares de cuello. a. Laringectomía total por trazo quirúrgico en delantal. Puntas de flechas amarillas, disección ganglionar de cuello selectiva del II-IV bilateral. b. Operación tipo COMMAND por herida quirúrgica de Conley bilateral. Asterisco blanco, maxilectomía inferior. Punta de flecha blanca, disección ganglionar de cuello selectiva del I-III bilateral. c. Extirpación de recaída regional de tumor de párpado en glándula parótida (PAFC) por incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. Asterisco amarillo, parotidectomía total con sacrificio del nervio espinal. Flecha amarilla, disección ganglionar de cuello selectiva del I-III.



una operación tipo COMMAND por un trazo de Conley bilateral en la neoplasia de reborde alveolar (**Figura 3b**).

El reporte histológico definitivo más común de la neoplasia primaria correspondió a veintiún carcinomas escamosos, 70%. Los otros reportes señalaron cinco carcinomas mucoescamosos de glándulas salivales 16,7%, tres carcinomas basoescamosos 10%, y un oncocitoma de glándula parótida con punción por aguja fina previa que indicó neoplasia maligna, 3,3%. La presencia de metástasis ganglionares fue confirmada en el reporte histológico definitivo de los especímenes quirúrgicos de la disección radical y de todas las radicales modificadas.

La media de ganglios extirpados en las piezas quirúrgicas evaluadas de las linfadenectomías selectivas fue de 8. El 27,7% y 80% de los pacientes sometidos a procedimientos selectivos por N0 y N1 respectivamente, presentaron metástasis ganglionares ocultas confirmadas histológicamente en las piezas quirúrgicas. Las ubicaciones de las neoplasias primarias con especímenes quirúrgicos positivos correspondieron a cavidad oral, glándula parótida y piel facial. La sensibilidad y especificidad de la palpación clínica fue de 80% y 92%, respectivamente. La tasa de sobrevida de los pacientes N0 o sin presencia de metástasis en el espécimen quirúrgico fue de 100% y de 33% en aquellos con adenopatías con metástasis confirmadas en la pieza quirúrgica (**Gráfico 1**).

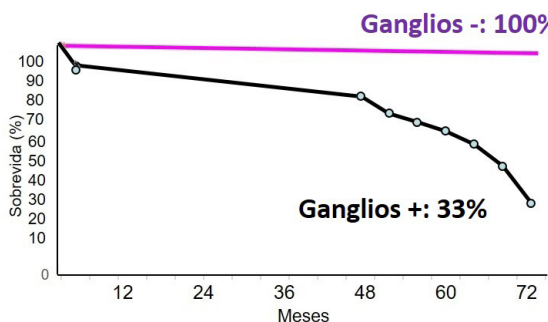
Cuatro parotidectomías por neoplasias primarias en piel facial y conducto auditivo externo presentaron

metástasis ganglionares confirmadas histológicamente. En cinco pacientes se sacrificó el séptimo par craneal por compromiso extenso del nervio asociado a neoplasias o metástasis ganglionares de glándulas salivales. El 10% de la serie presentó dehiscencia parcial de la herida quirúrgica, injerto o colgajo fasciocutáneo en el postoperatorio. Un paciente presentó embolización e isquemia en falanges distales de miembros inferiores, que requirió amputación digital. No hubo decesos intraoperatorios, ni postoperatorios. El 93,3% de la serie se remitió a terapia adyuvante con radioterapia y quimioterapia.

Seis pacientes presentaron persistencia regional en parótida o cuello, correspondiendo al 20% de la serie. Casi todos correspondieron a recaídas de neoplasias faciales sometidos a parotidectomía y disección ganglionar en cuello. La mitad no recibió radioterapia, ni quimioterapia adyuvante. Tres fueron sometidos a procedimientos paliativos como extirpación de tumores fúngicos sobreinfectados, maniobras hemostáticas para detener episodios hemorrágicos y una mastoidectomía total de rescate.

Todos los pacientes que presentaron persistencia regional en parótida o cuello fallecieron por progresión de la enfermedad. No hubo persistencia ni recaída regional en aquellos pacientes N0 sometidos a disección ganglionar selectiva de cuello. Tres pacientes sucumbieron por enfermedad local. La mortalidad global de la serie se ubicó en 30%.

**Gráfico 1.** Tasas de sobrevida según el reporte histológico de los especímenes quirúrgicos.



## DISCUSIÓN

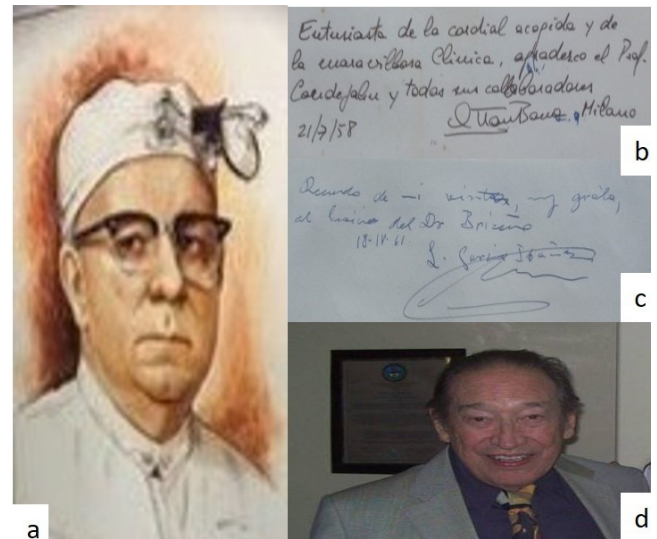
La primera remoción de adenopatías metastásicas en cuello, se acredita a Theodor Kocher en 1880, quien refirió la extirpación de tumores de cavidad oral en conexión con los ganglios linfáticos proximales o submandibulares. La disección ganglionar radical de cuello descrita por primera vez en 1888, por el cirujano polaco Franciszek Jawdyński, popularizada e ilustrada en 1905 por George Washington Crile de Cleveland y redefinida en 1951 por Hayes Martin de New York, representó el procedimiento quirúrgico dominante para tratar el cáncer metastásico de cabeza y cuello en ganglios linfáticos durante gran parte del siglo XX (5,11,15).



En Venezuela, el crédito por haber practicado la primera disección ganglionar radical clásica de cuello se otorga a Hermógenes Rivero, quien la realizó en 1939 en el Instituto de Oncología “Luís Razetti”. Los doctores Bernardo Guzmán Blanco y Aquiles Ermíny la convirtieron en una operación de rutina. Durante la década de los ochenta, Oswaldo Henríquez, otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, realizó en el mismo instituto, las disecciones ganglionares radicales modificadas. Esteban Garriga Michelena diseñó un abordaje conocido como doble incisión de Garriga a principios de los años sesenta. Los primeros reportes referidos a disecciones ganglionares modificadas y selectivas, se acreditan a Mata & col. en el Hospital Militar de Caracas, y Pacheco & col. en el Hospital Oncológico Padre Machado, a finales de la década de los noventa. Los especialistas del Centro Médico de Caracas Esteban Garriga Michelena, Armando Márquez Reveron, Esteban Garriga García y Edgar Brito publicaron su experiencia en varios artículos y libros relativos al desarrollo del procedimiento (15,22,23).

La Catedra Servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas inició actividades el 08 de octubre de 1956, correspondiendo a su primer jefe el Dr. Franz Conde Jahn. Desde su inicio, numerosos cirujanos de cabeza y cuello y cirujanos oncólogos de prestigio internacional y nacional fueron invitados para ofrecer sus conocimientos en actividades académicas o laboraron en la cátedra servicio citada. Entre ellos destacan Michael Portmann, Ettore Bocca, Luis García Ibáñez, Eugene Myers, Paulo Ponte, Francesco Bagatella, Cesar Rodríguez Rodríguez, Oscar Rodríguez Griman, Peter Baptista, Esteban Garriga Michelena, Edgar Brito, Esteban Garriga García, Manuel Emman y Juan Lorenzo Emmanuelli (15,22-27) (Figura 4a-d).

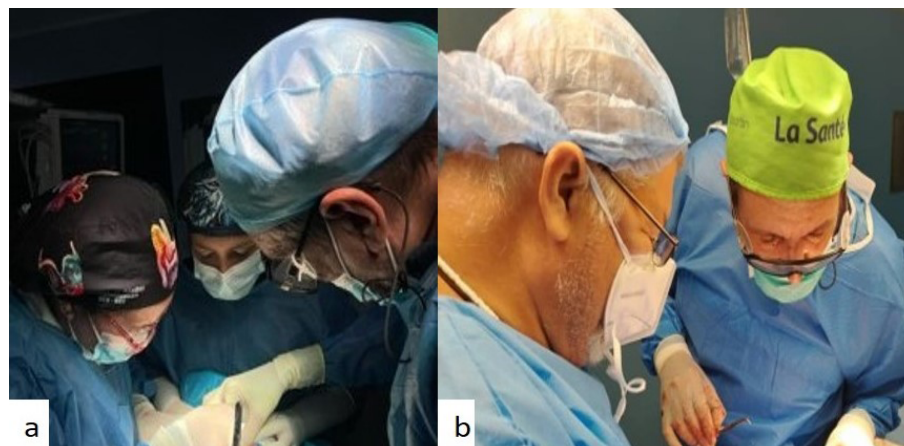
Peter Baptista desarrolló las disecciones ganglionares radicales modificadas de cuello en la citada cátedra servicio, durante el último decenio del siglo pasado. A partir de la segunda década del nuevo milenio, varios artículos han sido publicados relacionados con la experiencia en las disecciones ganglionares selectivas de cuello, la caracterización de la incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable para las neoplasias PAFC, la seguridad de las linfadenectomías para la evaluación del cuello, la correlación clínica con los estudios de



**Figura 4.** Imágenes de especialistas nacionales que laboraron en la Catedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas. Autógrafos en el libro de visitas de especialistas europeos que ofrecieron sus conocimientos en la citada cátedra servicio. **a.** Dr. Franz Conde Jahn, primer jefe de la cátedra servicio. Ettore Bocca, 1958. **b.** Luis García Ibáñez, 1961. **d.** Oscar Rodríguez Griman, durante su homenaje en el auditorium de la cátedra servicio en el año 2012.

los especímenes de anatomía patológica, además de algunas otras innovaciones propias en el desarrollo de la experiencia con ese tipo de procedimientos. Hoy en día se han conformado equipos multidisciplinares en la realización de este tipo de intervenciones quirúrgicas (Figura 5a) (15,21-27).

En los servicios de cirugía del hospital Pérez de León 2 y Ortopédico Infantil, se ha desarrollado la experiencia en la realización de distintos tipos de disecciones ganglionares de cuello desde los años 2014 y 2015 respectivamente. Especialmente en neoplasias de glándulas salivares y tiroideas (15,22). Con los doctores Aníbal Blanco Álvarez y Salvador Tabacco se han organizado equipos de trabajo quirúrgico, multidisciplinario, multiinstitucionales que han impulsado las consultas de cirugía de cabeza y cuello, la realización de estudios ecográficos, la formación de residentes y la publicación de artículos en los



**Figura 5.** Equipos de cirugía. **a.** Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas. Dra. Mirelby Méndez, Dra. Amine Ferrer y Dr. Juan Carlos Valls Puig. **b.** Hospital Pérez de León 2. Dr. Aníbal Blanco Álvarez y Dr. Juan Carlos Valls Puig.

nosocomios señalados (Figura 5b). Los especialistas Esteban Garriga García y Edgar Brito han brindado apoyo asistencial en la resolución de casos quirúrgicos en ambos hospitales.

En el presente estudio, la media de la edad, la frecuencia del género, la localización del primario y el tipo histológico mas común, se corresponden con lo reportado en la literatura nacional e internacional (11-15,17,20-34). El periodo de tiempo de evaluación incluyó la difícil situación social y económica que atravesó Venezuela, además de la Pandemia por la COVID 19. Ese lapso de tiempo se caracterizó por demoras para la ejecución de diagnósticos e inicio de tratamientos adyuvantes. Estos aspectos determinaron el porcentaje elevado de pacientes con tamaño tumoral  $\geq T3$  y de recaídas cervicales que requirieron disecciones ganglionares de cuello (15,22,35,36).

La incidencia de metástasis ocultas aumenta progresivamente con el incremento del tamaño tumoral en el carcinoma escamoso de cavidad oral y en la laringe (17,19,32). A excepción de los T1 y T2 de localización glótica, el cuello N0 debe ser tratado (8). En las neoplasias de PAFC la incidencia de metástasis ocultas se encuentra alrededor del 11% al 35%. El tratamiento electivo está indicado en las neoplasias con tamaño tumoral  $\geq T3$ , compromiso del cartílago,

parálisis facial, lesiones de alto grado histológico, recaídas regionales en parótida y cuello. (10,11,19,20). Estas consideraciones se tomaron en cuenta para el tipo de linfadenectomías realizadas en las neoplasias de cavidad oral, laringe y PAFC.

Según la 6ta edición de clasificación TNM para tumores malignos, para poder llevar a cabo una clasificación patológica adecuada se considera recomendable un mínimo de 6 ganglios en el espécimen quirúrgico de las disecciones selectivas (37). Mata & col. señalaron 9 ganglios (29). En la serie la media fue de 8 ganglios.

El porcentaje de piezas quirúrgicas con metástasis ganglionares de los pacientes con cuellos clínicamente N0, oscila entre 10% y 55,55%, variando de acuerdo al tamaño y a la localización del tumor primario (11-21,26-37). Pacheco & col., reportan una sensibilidad y especificidad del 77,27% y 77%, para la clasificación clínica por etapas (30). Pitman & col., indican 90% de sensibilidad a la palpación (38). El porcentaje de especímenes quirúrgicos con metástasis de pacientes N0 sometidos a linfadenectomías selectivas de la casuística se ubicó en 27,7%. El elevado porcentaje de ganglios patológicos y las tasas de sensibilidad de la clasificación clínica del cuello, obtenidas en la presente publicación corroboran el valor de las disecciones cervicales como instrumento estadificador confiable de las neoplasias malignas de cabeza y cuello (11,21,22,30,34,38).



Factores como tamaño tumoral, localización del primario, invasión linfática, vascular e invasión neural, necrosis, profundidad de invasión tumoral y reacción desmoplásica son señalados como predictores de metástasis ganglionares (17,23,31). La localización y el tamaño tumoral predominante en estudios de disecciones ganglionares de cuello están representados por la cavidad oral y los T2 (11,13,33), similar a lo reportado en el actual trabajo, sin embargo, no se determinó correlación estadística. Otros factores como invasión perineural, vascular o linfática, profundidad de invasión tumoral, reacción desmoplásica y necrosis fueron insuficientemente señalados en los reportes de anatomía patológica de algunas ubicaciones tumorales por lo que no se pudo establecer ningún tipo de relación.

La evolución a procedimientos selectivos ha determinado la modificación a incisiones más apropiadas, respetando los preceptos básicos de exposición adecuada, viabilidad de los colgajos, cobertura de estructuras vitales y estética en la reconstrucción. Trazos ipsilaterales o bilaterales realizados en la serie, como el de Attie, Doble incisión de Garriga, "Palo de Hockey" o Schobinger son señalados como idóneos para las disecciones ganglionares de cuello según la ubicación de la neoplasia primaria (13,15,17,39,40). En la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología, la caracterización de la incisión de colgajo superior adaptable o "Francisque", ha permitido contar con un abordaje cervicofacial útil para las localizaciones de las neoplasias primarias de PAFC (21).

En la serie actual los pacientes con adenopatías  $N \geq 1$  o recaídas regionales cervicales palpables fueron sometidos a disecciones radicales terapéuticas con preservación de alguna de las estructuras descritas, según los hallazgos intraoperatorios. El compromiso de las adenopatías con las estructuras cercanas determinara si el procedimiento es clásico o modificado. Se realizaron seis linfadenectomías ganglionares radicales modificadas y una radical clásica, 20% y 3,4% cada una.

Aunque inicialmente las disecciones selectivas estaban indicadas como procedimientos para clasificación por etapas en pacientes N0. Se reconoció su valor terapéutico en los casos con ganglios histológicamente

negativos. Posteriormente se amplió la indicación a la etapa clínica N1 como se constató en la presente serie (11,13,20,41). La adición de radioterapia posterior a procedimientos selectivos con ganglios metastásicos confirmadas histológicamente, ofrece tasas de control locoregional comparables con las disecciones más extensas seguidas de radioterapia. Sin embargo, no mejora la sobrevida (11,13,20,41,42). La inclusión de quimioterapia disminuye aún más las recidivas cervicales y si posee un impacto favorable en la sobrevida global (43-46). Las disecciones selectivas permiten la identificación de aquellos pacientes con enfermedad metastásica oculta que pueden requerir y beneficiarse de tratamientos adyuvantes adicionales (8,11-20).

La gran mayoría de las parálisis faciales posteriores a parotidectomía son temporales oscilando entre 1,4 a 47%. En caso de infiltración del nervio facial, se requiere su sacrificio (20,47). El compromiso del séptimo par por las metástasis ganglionares, incremento el número de parálisis permanentes en la casuística.

Las complicaciones asociadas a las disecciones en general, están representadas por infecciones de la herida, hemorragias y necrosis de los colgajos (8,17,23-30,48,49). La ausencia de manipulación o sacrificio del nervio espinal y el plexo cervical ubicados en el nivel V, durante los procedimientos selectivos, evitarían el dolor o alteraciones funcionales del hombro y parestesias cutáneas, frecuentes en los radicales. El edema de la cara esta asociado a la ligadura de la vena yugular interna en las linfadenectomías radicales. La mortalidad operatoria se sitúa entre 2,54% y 7,7%. Factores como la radioterapia previa, bilateralidad, tamaño tumoral y algunas cirugías del primario que incluyen apertura de la mucosa faríngea, incrementan la morbilidad (9,11,13,26,48,49). El bajo porcentaje de complicaciones y la ausencia de mortalidad postoperatoria asociado al elevado número de disecciones ganglionares selectivas de cuello del presente estudio, representó uno de los principales argumentos para su uso, al compararlo con los procedimientos radicales.

Se describen en pacientes con cuello clínico N0, porcentajes de recidivas dentro del campo operatorio, que oscilan entre 0% a 10% con especímenes



quirúrgicos sin metástasis microscópicas y entre 7% a 20% con aquellas confirmadas. Sin diferencias respecto a los procedimientos selectivos y radicales (13,26,34,38,50,51). No hubo recidivas regionales en los pacientes con especímenes quirúrgicos sin metástasis microscópicas.

Myers *et al*, indicaron un porcentaje de sobrevida de 81% y 72% a los tres y cinco años en pacientes sometidos a disecciones electivas (50). Otros autores señalan una sobrevida entre 9% a 66% y 74% a 82%, de acuerdo a la presencia o no de metástasis histológicas, en pacientes sometidos a procedimientos selectivos por neoplasias primarias de distintas ubicaciones. Los porcentajes de recidivas y mortalidad se reducen con la disección electiva por encima de la política de observación y espera de aparición de adenopatías clínicamente evidentes (13,26,43,50). En el presente estudio todos los pacientes sin metástasis en el espécimen quirúrgico sobrevivieron durante el periodo en estudio, en aquellos que si las poseían la tasa de sobrevida se redujo hasta un 33%.

La difícil situación económica y social descrita durante el periodo del estudio, determinó que varios pacientes no recibieran tratamiento adyuvante o lo recibieran de manera incompleta, influyendo en el porcentaje de recaídas regionales, la necesidad de maniobras paliativas y la tasa de sobrevida (15,22,34,35). El Papa Francisco nos exhorta a socorrer al otro en su dolor, comprender la angustia ajena y aliviar a los demás (52).

## CONCLUSIÓN

La disección ganglionar de cuello ofrece una apropiada evaluación de la enfermedad metastásica en cuello y es efectiva en el control regional de pacientes sin especímenes quirúrgicos metastásicos. La presencia de metastásis ganglionares confirmadas histológicamente redujo la tasa de sobrevida hasta un 33% durante el periodo de tiempo evaluado.

## AGRADECIMIENTOS

A la Profesora Mary Cruz Lema de Valls y al personal de la biblioteca del Centro Medico de Caracas en San

Bernardino y del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

## REFERENCIAS

1. Rouviere H. Linfáticos de la cabeza y el cuello. Anatomía humana descriptiva y topografía. Tomo I. Madrid. Edit. Bailly; 1968:232-236. 43.
2. Fish U. The infratemporal fossa approach for the lateral skull base. *Otol Clin N Am* 1984;17:513-552.
3. Lindberg R. Distribution of cervical lymph nodes metastasis. *Cancer*. 1972; 29:1446-1449. 45.
4. Shah J, Candela F. The Patterns of Cervical Lymph Node Metastases From Squamous Carcinoma of the Upper Aerodigestive Tract. *The Amer JSurg*.1990;160:405-409.
5. Rodríguez Griman O. Disección de cuello. Evolución histórica. *Gac Med Caracas*. 2005; 113(4):544-551.
6. Robbins T. Adding clarity to the historical evolution of the selective neck dissection. *Head & Neck*. 2019: 1-3. <https://doi.org/10.1002/hed.25704>
7. Schuller D. The prognostic significance of metastatic cervical. *Laryngoscope*.1980; XC(4): 557-570.
8. Paleri V. Management of neck metastases in head and neck cancer. *J Lary & Otol*. 2016; 130 (S2): S161-169.
9. Newlands C, Currie R, Memon A, Whitaker S, Woolford T. Non melanoma cancer. United Kingdom Multidisciplinary Guidelines. *J Laryng & Oto*. 2016; 130 (S2): S125-S132.
10. Carlson E, Schlieve T. Salivary Gland Malignancies. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2019; 31:125-144. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.08.007>
11. Afzali P, Benson B. Management of the Neck in Oral Squamous Cell Carcinoma. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2019; 31: 69-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.09.004>
12. Kepal N Patel. Neck Dissection: Past, Present, Future. *Surg Oncol Clin North Am*.2005; 14: 461-477.
13. Valls J, Brito E, Trevison L, Palacios N. Disecciones cervicales selectivas en el Hospital Universitario de Caracas. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2018; 74 (Abril-Junio).
14. Robbins KT, Shaha AR et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. *Arch Otol Head Neck Surg* 2008; 134: 536-538
15. Valls J. Evolución de las disecciones de cuello en Venezuela. *Gac Med Car*. 2019;127(4):324-338.



16. Myers E. Surgery of the head and neck. *Int J Head & Neck Sci.* 2017; 1(1): 1-4.
17. Robbins T, Samant S. Neck Dissection. En: Flint P Editor. Cummings, Otolaryngology, Head & Neck Surgery. 6ta edic. Elsevier; 2015: 1837.
18. Machiels J, Leemans R, Gorusinski W, Grau C. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx. Clinical practice guidelines. *Annals of oncology.* 2020; 31 (11).
19. Cracchiolo J, Shaha A. Parotidectomy for parotid cancer. *Otol Clin N Am* 2016; 49: 415-424.
20. Kejner. Extent and Indications for Elective and Therapeutic Neck Dissection for Salivary Carcinoma. *Otolaryngol Clin N Am.* 2021;54: 641-651 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2021.02.006>
21. Valls JC. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2017; 72 (Octubre-Diciembre).
22. Valls J, Palacios N, Valdivia M. La cirugía de cabeza y cuello, una especialidad emergente. *Vitae. Academia Biomedica Digital.* 2020; 81 (Enero-Marzo). Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_vit/article/view/25229](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vit/article/view/25229)
23. Garriga García E, Brito E. Tumores de cabeza y cuello. Un enfoque práctico. [Internet] Disponible en: [https://www.academia.edu/36496236/Tumores\\_de\\_Cabeza\\_y\\_Cuello\\_Tumores\\_de\\_Cabeza\\_y\\_Cuello](https://www.academia.edu/36496236/Tumores_de_Cabeza_y_Cuello_Tumores_de_Cabeza_y_Cuello)
24. Valls J. Aportes del dr. Bernardo Guzmán Blanco a la cirugía de cabeza y cuello. *Revista Centro Médico.* 2021. 60; 152(2): 45-51.
25. Valls J. La operación comando. *Revista Centro Médico.* 2022. 61; 153(1): 22-31.
26. Valls JC. Experiencia en disecciones de cuello. *Rev Fac Med.* 2018; 41(1).
27. Sánchez K, Valls J. Correlación clínico patológica de los ganglios cervicales en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Rev Digit Postgrado.* 2022; 11(1): e335. DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2022.11.1.e335>
28. Valls J, Blanco A, Noda R, De Jesús Y, Yañez L, Quintero D. Tratamiento quirúrgico de las metástasis regionales en el cáncer de piel de cabeza y cuello. Reporte de una serie de casos. *Dermatol Venez.* 2021; (59): 27-34.
29. Mata JF. Disecciones radicales de cuello. *Rev Ven Onc.* 1999. Julio-Septiembre: 105-115. 59.
30. Pacheco C, Lugo J, Garriga E. Disecciones del cuello en el Hospital Oncológico "Padre Machado". *Rev Ven Onc* 2000; 12 (1): 29-40. 60.
31. Cedeño S, Altimari R. Estudio de las metástasis ganglionares ocultas en carcinoma epidermoide de laringe. *Rev Ven Onc.* 2003; 15(2):81-86. 61.
32. Liuzzi J. Factores pronósticos en el carcinoma escamoso de cavidad oral. *Rev Ven Onc.* 2007; 19(2). 62.
33. Rodríguez A. Metástasis a ganglios cervicales. En: Rodríguez A, Editor. *Tumores de Cabeza y Cuello.* 2da Edición. Manual Moderno, Mexico. 2003: 12; 253-266. 64.
34. Hosal S, Carrau R, Johnson J. Selective Neck Dissection in the Management of the Clinically Node Negative Neck. *Laryngoscope.* 2000; 110: 2037-2040.
35. Valls J. Alternativas quirúrgicas en cirugía de cabeza y cuello. *Revista de la Facultad de Medicina.* 2022; 45(1). [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_fmmed/article/view/23335](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_fmmed/article/view/23335)
36. Valls J, Martínez Y, Peña A, Benítez G. Emergencias quirúrgicas en Cabeza y cuello. *Revista de la Facultad de Medicina.* 2024; 47 (2).
37. Sobin LH. TNM Classification of malignant tumours. 6th Edition, New York. Wiley-Liss. 2002.
38. Pitman K. Effectiveness of selective neck dissection. *Arch Otol Head Neck Surg.* 1997; 123: 917-922.
39. Robbins T. Incisions for neck dissection modifications. *Laryngoscope.* 1994; 104: 1041- 1044.
40. Valls Puig JC, Peña A, Benítez G, Martínez Y. Incisiones cervicofaciales clásicas para patologías no convencionales. *Vitae. Academia Biomédica Digital.* 2024; 98: Abril-Junio. Disponible en: [https://vitae.ucv.ve/index\\_pdf.php?module=articulo&n=6461](https://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo&n=6461)
41. Ambrosch P. Efficacy of selective neck dissection. *Otolaryngology Head Neck Surg.* 2001; 124(2): 180-187.
42. Kolli V. The Role of Supraomohyoid Neck Dissection. *Arch Otol Head Neck Surg.* 2000; 126: 413-416.
43. Yuen A, Ho Ch, Chow T. Prospective randomized study of selective neck dissection versus observation. *Head Neck.* 2009; 31: 765-772.
44. Luongo L, Kowalski L, Freitas A, Bueno T. Latin american consensus on the treatment of head and neck cancer. *JCO Global Oncol.* 2024: 10.
45. Cooper J, Pajak T, Forastiere A. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high risk carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med.* 2004; 350: 1937-1944.
46. Bernier J, Dornge C. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med.* 2004; 350: 1945-1952



*JC Valls Puig, N Palacios, D Quintero, GA Benítez Pérez, A Ferrer, A Blanco, S Tabacco, E Garriga García, E Brito, M Méndez, B Carrasquel Gago, S Sánchez.*

47. Valls J, Blanco A, Carmona E, Palacios N, Tabacco S, Tabacco F. Tratamiento quirúrgico de las neoplasias en la glándula parótida. *Rev. Digit Postgrado.* 2024;13(1): e383. DOI: DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2024.13.1.e383>
48. Kornblut A, Shumrick D. Complications of Head and Neck Surgery. *Arch Otolaryng* 1971; 94: 246-254.
49. Johnson J, Myers E. Management of Complications of Head and Neck Surgery. In: Myers E, Suen J. Editors. *Cancer of the Head and Neck. Third Edition* W.B. Saunders Company, 1996; p. 35-42.
50. Kovacs A. Head and Neck Squamous Carcinoma: Sentinel Nodel. *Surg Oncol Clin N Am.* 2007; 16: 81-100.
51. Myers J. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults. *Otol Head Neck Surg.*2000; 122: 44-51.
52. Francisco. *Exhortación Apostólica, Gaudete et Exsultate.* Ciudad del Vaticano: Vaticano; 2018.