

Incisión cervical transversa en disección radical de cuello

Transverse incision in radical neck dissection

José Francisco Gallegos-Hernández*

Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Resumen

Antecedentes: La disección radical de cuello es la única forma de estadificar a pacientes con neoplasias con riesgo de metástasis ganglionares. Se han efectuado diversos tipos de incisiones a lo largo de la historia, con el objetivo de obtener una exposición suficiente que permita la resección completa de los grupos ganglionares en riesgo. Es importante combinar la seguridad oncológica con unas adecuadas estética, funcionalidad y calidad de vida. **Método:** Evaluación retrospectiva del resultado obtenido con la incisión transversa en el cuello en pacientes sometidos a disección radical. El parámetro utilizado para saber si esta incisión es adecuada es el número de ganglios disecados. **Resultados:** Son 35 pacientes, 30 con metástasis de carcinoma epidermoide y 5 con metástasis de melanoma. La media de ganglios disecados fue de 25. Una sola incisión permitió la disección de los cinco niveles ganglionares; no se requirió convertir la incisión ni hacer ampliaciones verticales. El resultado cosmético fue satisfactorio en todos los pacientes, y no hubo complicaciones mayores. **Conclusión:** La incisión cervical única transversa permite el acceso a los cinco niveles cervicales y puede ser ampliada bilateralmente. En la presente serie, la media de ganglios disecados fue de 25, número suficiente para considerar al procedimiento completo. El resultado estético fue satisfactorio.

PALABRAS CLAVE: Disección de cuello. Incisión transversa. Disección radical de cuello. Metástasis ganglionares.

Abstract

Background: Radical neck dissection is the only way to stage patients with neoplasms at risk of lymph node metastases; various types of incisions have been made throughout history, the goal: to obtain sufficient exposure to allow complete resection of the nodal groups at risk. It is important to combine oncological safety with adequate aesthetics, functionality and quality of life. **Methods:** Retrospective evaluation of the result obtained with the transverse neck incision in patients submitted to radical neck dissection, the parameter used to know if this incision is adequate is the number of dissected lymph nodes. **Results:** There are 35 patients, 30 with metastasis of squamous cell carcinoma and 5 with melanoma metastasis. The average of dissected lymph nodes was 25. A single incision allowed the dissection of the five nodal levels, it was not necessary to convert the incision or make vertical enlargements; the cosmetic result was satisfactory in all patients, there were no major complications. **Conclusion:** The unique transverse cervical incision allows access to the five cervical levels, it can be enlarged bilaterally; in the present series, the mean number of dissected lymph nodes was 25 enough to consider the procedure as complete. The aesthetic result was satisfactory.

KEY WORDS: Neck dissection. Transverse incision. Radical neck dissection. Node metastasis.

Correspondencia:

*José Francisco Gallegos-Hernández

Av. Cuauhtémoc, 330

Col. Doctores

C.P. 06725, Ciudad de México, México

E-mail: gal61@prodigy.net.mx

Fecha de recepción: 08-12-2017

Fecha de aceptación: 14-05-2018

DOI://dx.doi.org/10.24875/CIRU.M18000047

Cir Cir. 2018;86:308-312

Contents available at PubMed

www.cirugiacirujanos.com

Introducción

Las incisiones cervicales para efectuar la disección radical de cuello han sufrido modificaciones en el transcurso del tiempo desde que el procedimiento fue descrito por George Crile¹ y popularizado por Hayes Martin y su equipo².

El objetivo de la disección radical de cuello es lograr una adecuada estadificación de los pacientes con cáncer originado en las vías aerodigestivas superiores o en la glándula tiroides, y con cualquier neoplasia que tenga riesgo de tener metástasis ganglionares ocultas o las presente clínicamente en el momento del diagnóstico. La incisión en el cuello, vía por la cual se accede a los diferentes niveles ganglionares cervicales, es fundamental para lograr la remoción de todos los ganglios en riesgo o afectados, y evitar dejar adenopatías metastásicas que pudiesen implicar una recurrencia neoplásica.

La disección radical de cuello en sí misma ha sufrido cambios tanto en su extensión como en su radicalidad en el transcurso del tiempo; actualmente existe suficiente evidencia para realizar procedimientos selectivos según el sitio del tumor y la etapificación ganglionar cervical³. La disección radical clásica, tal como fue descrita por Crile en 1906¹, actualmente se realiza en aproximadamente el 10% de los pacientes con cáncer de vías aerodigestivas superiores, ya que las modificaciones que evitan resecar las estructuras no ganglionares (músculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio accesorio espinal) ofrecen el mismo control oncológico y han disminuido considerablemente la morbilidad que el procedimiento implicaba. La relación entre efectividad oncológica y calidad de vida es ahora más que nunca importante, de tal manera que se requiere un abordaje a la vez estético-funcional y oncológicamente efectivo⁴.

La disección facial (en la que se realiza la resección en bloque de toda la cadena ganglionar en conjunto con la fascia yugulocarotídea y que evita la remoción ganglionar aislada) es fundamental para lograr la adecuada disección de los niveles ganglionares en riesgo o metastásicos, y disminuye aún más las complicaciones y los tiempos de drenaje⁵.

De acuerdo con lo anterior, es fundamental ofrecer una incisión que permita hacer una disección completa, con mínima morbilidad y con un resultado estético y funcional satisfactorio.

La incisión cervical única transversa permite dejar huella mínima en el cuello y acceder a los cinco



Figura 1. Las incisiones verticales, en contra de las líneas de expresión de Langer, incrementan la contractura cervical, producen cicatriz queoloide, disminuyen la movilidad del cuello y dan lugar a dolor crónico cervical.

niveles ganglionares, evitando secuelas estéticas y funcionales como otro tipo de incisiones lo hacen, sobre todo las que combinan incisiones verticales y horizontales (Sibelleau-Carreaga) (Fig. 1).

El objetivo del presente artículo es mostrar nuestra experiencia con este tipo de incisión en pacientes sometidos a disección radical de cuello por neoplasias originadas en diversos sitios del área de la cabeza y el cuello. El parámetro utilizado para considerarla efectiva es la disección de todos los niveles cervicales y el número de ganglios disecados.

Método

Analísist retrospectivo del expediente de pacientes sometidos a disección radical de cuello por vía de incisión transversa única cervical unilateral o bilateral.

La incisión en todos los pacientes se realizó siguiendo el pliegue cutáneo cervical medio con vértices en el borde anterior del trapecio y la línea mediana del cuello a la altura de la escotadura del cartílago tiroides (Fig. 2).

Cuando se requería disección del nivel IA, la incisión se extendía 2-3 cm hacia el otro lado del cuello (incisión transversa extendida); cuando se requería efectuar disección de cuello bilateral, esta incisión fue prolongada hasta el borde anterior del músculo trapecio contralateral (incisión transversa bilateral).

Todos los niveles fueron identificados con marcadores específicos en el momento de la cirugía y fueron así referidos, formando un solo bloque (disección facial), a patología (Fig. 3).

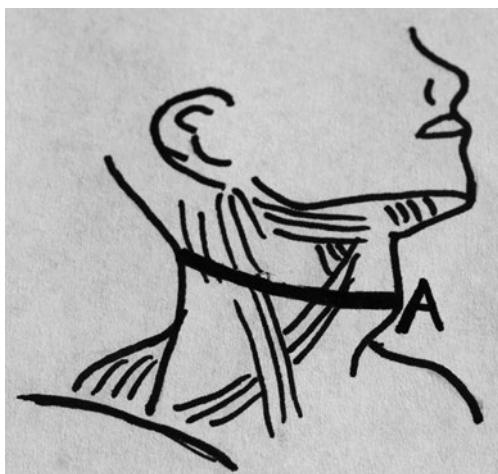


Figura 2. La incisión cervical única transversa (A) tiene sus vértices en la línea media del cuello a la altura de la escotadura del cartílago tiroideo y en el borde anterior del músculo trapecio, siguiendo el pliegue cutáneo cervical transverso. Los colgajos son subplatimales, tanto superior (hasta el borde mandibular) como inferior (hasta la clavícula).

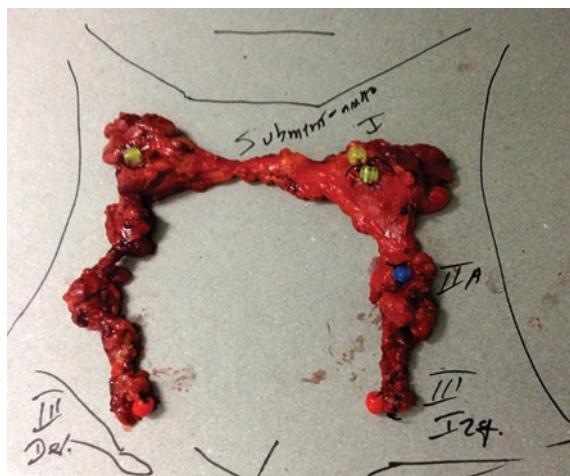


Figura 3. La disección cervical facial permite la resección en bloque de los ganglios del cuello incluyendo la fascia vascular, impide que queden ganglios con riesgo en el paciente y ofrece un adecuado índice de densidad ganglionar (relación ganglios disecados/ganglios metastásicos).

Se evaluó el número de ganglios disecados en el reporte de patología, considerándose una disección completa si la disección había sido de al menos 25 ganglios.

En todos los pacientes se colocó un drenaje cerrado al finalizar la intervención; el número de drenajes dependió de las características propias del cuello de cada paciente y de la extensión de la disección.

La sutura de la herida se realizó en dos planos (platisma y piel). No se incluyeron pacientes que habían sido sometidos a reconstrucción con colgajos libres o pediculados.

Tabla 1. Sitios de origen de los tumores primarios

Sitio de tumor primario	N (%)
Melanoma del pabellón auricular	2 (5.7)
Melanoma facial	2 (5.7)
Melanoma de piel cabelluda	1 (2.8)
Cáncer de cavidad oral	17 (48.5)
Cáncer orofaringeo	8 (22.8)
Metástasis con primario desconocido	5 (14.2)
Total	35 (100)

En ninguno de ellos se efectuó disección aislada de ganglios, adenectomía ni tumorectomías.

Resultados

Se incluyeron 35 pacientes, 20 hombres y 15 mujeres, con media de edad de 52 años. De ellos, 30 tuvieron diagnóstico de metástasis de carcinoma epidermoide originado en mucosas del área de la cabeza y el cuello, y 5 de melanoma cutáneo originado en la piel cérvico-facial.

En la tabla 1 se puede ver el origen de los tumores primarios.

La mayoría de los pacientes (15) fueron sometidos a disección de cuello anterolateral, la cual comprende los niveles I a IV; en 11 pacientes la disección fue completa, disecándose de los niveles I al V; y en 9 pacientes la disección fue de los niveles I a III o supraomohioidea. En todos los pacientes se incluyó la disección del nivel IIB o receso retroespinal.

En 25 pacientes la disección fue electiva (sin ganglios palpables) y en 10 fue terapéutica, con metástasis palpables o visibles en ultrasonido. El procedimiento fue efectuado como rescate (posterior al fracaso de la radioterapia) en 6 pacientes, y en 29 se realizó como primer tratamiento.

La media de ganglios disecados fue de 32. El tipo de disección que menos ganglios obtuvo fue la supraomohioidea, con una media de 25. Ninguno de los pacientes tuvo una disección ganglionar menor de 20 ganglios.

En cuanto a las secuelas posdisección, cuatro pacientes tuvieron paresia de la rama inferior del nervio facial (11%), la cual fue temporal en tres y permanente en uno. Dos pacientes tuvieron secuelas del XI par craneal; en ambos la secuela fue definitiva y se asoció a metástasis en el nivel IIB.

Ningún paciente tuvo complicaciones mayores ni tuvo que ser reoperado. Tampoco hubo necrosis de colgajos, dehiscencias ni sepsis cervical.

Discusión

La disección radical de cuello es el procedimiento quirúrgico estándar para lograr una adecuada etapificación de los pacientes con metástasis ganglionares en el cuello o con riesgo de tener metástasis aún no detectadas por la clínica ni iconográficamente^{3,6}.

Los objetivos que se persiguen con la disección radical de cuello son la etapificación, la clasificación de los pacientes en grupos de riesgo, evitar recurrencias cervicales que no sea posible someter a rescate posteriormente, y lograr el control regional de una neoplasia⁷.

El procedimiento, para ser efectivo y lograr sus objetivos, necesita una adecuada exposición del campo quirúrgico para lograr disecar todos los niveles ganglionares del cuello, permitir la irrigación de los colgajos cervicales para evitar su isquemia, una adecuada relación de la incisión con los vasos del cuello limitando la exposición de estos en caso de dehiscencia de la herida, facilidad para lograr incluir el sitio del primario en la resección en caso necesario, ser compatible con procedimientos reconstructivos, permitir la adecuada separación de estomas (tráqueotomía principalmente) y proporcionar una adecuada función cervical con un buen resultado cosmético-estético⁷.

Los abordajes que combinan incisiones horizontales con verticales comprometen no solo la estética y la función del cuello, sino que son proclives a producir contracturas y cicatrices queloides, y deterioran la calidad de vida del paciente. La más frecuentemente utilizada de este tipo es la incisión tipo Sibleau-Carreaga o «en Y»; la intersección de la porción horizontal con la vertical suele quedar en el bulbo carotídeo, de tal manera que cualquier complicación de la herida puede implicar la exposición del eje vascular con el consecuente riesgo. Las incisiones horizontales dobles tipo McFee comprometen la irrigación de los colgajos, sobre todo del puente dérmico intermedio. La incisión tipo Paul André, o «en palo de hockey» o «en J» tiene una porción vertical que se opone a las líneas de Langer y facilita la formación de queloide o contractura⁸. Evidentemente, todas ellas ofrecen una adecuada exposición quirúrgica de todos los niveles cervicales y facilitan la disección facial del cuello.



Figura 4. La incisión transversa única cervical ofrece a largo plazo un efecto estético satisfactorio y logra un equilibrio entre calidad de vida y seguridad oncológica.

Todas las incisiones cervicales mencionadas, si se acompañan de una disección ganglionar tipo facial, permiten acceder a los cinco niveles cervicales y obtener 20 o más ganglios en la pieza; sin embargo, las diferentes complicaciones estéticas, funcionales, por necrosis de colgajos o la eventual exposición del eje vascular, son mayores que con la incisión transversa única⁹.

Es menester lograr un balance entre el adecuado abordaje desde el punto de vista oncológico, la estética y la función, con mínimas secuelas y complicaciones^{10,11}.

La relación entre ganglios disecados y metastásicos, o «índice de densidad ganglionar», es un factor pronóstico con valor independiente en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Es muy importante que durante la disección radical de cuello el procedimiento se haga en forma de disección facial para obtener así el mayor número de ganglios disecados y disminuir la posibilidad de recurrencia regional; a menor número de ganglios disecados y mayor número de metastásicos, el pronóstico del paciente empeora¹¹. En la presente serie, la incisión transversa permitió lograr un número satisfactorio de ganglios disecados, por lo que puede considerarse como una vía de abordaje oncológicamente segura.

La incisión cervical transversa ofrece una combinación satisfactoria entre disección ganglionar (en número de ganglios disecados y de niveles cervicales) y adecuado resultado estético (Fig. 4), permite un abordaje a todos los niveles del cuello y ofrece, incluso en pacientes con antecedentes de radioterapia, un mínimo riesgo de necrosis de colgajos. Puede utilizarse en forma bilateral tanto para disección

supraomohioidea como para disección completa unilateral o bilateral.

Agradecimientos

A Natalie Gallegos García, artista, por su contribución con el dibujo de la incisión cervical transversa.

Bibliografía

1. Crile G. Excision of cancer of the head and neck, with special reference to the plan of dissection based on 132 patients. *JAMA*. 1906;47:1780-6.
2. Martin H, Del Valle B, Ehrlich H, Cahan WG. Neck dissection. *Cancer*. 1951;4:441-9.
3. Gallegos-Hernández JF, Martínez-Gómez H, Flores-Díaz R. La disección radical de cuello en el cáncer de vías aero-digestivas superiores (VADS). Indicaciones, extensión y radicalidad. *Cir Cir*. 2002;70:369-76.
4. Song CM, Ji YB, Kim IS, Lee JY, Kim DS, Tae K. Low transverse incision for lateral neck dissection in patients with papillary thyroid cancer: improved cosmesis. *World J Surg Oncol*. 2017;15:97.
5. Durán-Briones G, Gallegos-Hernández JF, Rendón-Arroyo ME, Hernández-Hernández DM. Tiempo de drenaje en pacientes sometidos a disección radical de cuello. La influencia de la perfusión de líquidos en el periodo peri-operatorio. *Gac Med Mex*. 2011;147:5-11.
6. Paleri V, Urbano TG, Mehanna H, Repanos C, Lancaster J, Roques T, et al. Management of neck metastases in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016;130:S161-9.
7. Chagas JF, Pascoal MB, Aquino JL, Brandi LA, Previtali EV, Trillo AS, et al. Single transverse extended incision for radical neck dissection. *Rev Col Bras Cir*. 2016;43:270-5.
8. Guillier D, Moris V, Al Hindi AA, Rem K, Chatel H, See LA, et al. Surgical approaches in neck dissection: comparing functional, oncologic and aesthetic aspects of transverse cervicotomy to Paul André's approach. *Ann Chir Plast Esthet*. 2018;63:140-7.
9. Magrin J, Kowalski LP, Correia LMC. Esvaziamentos cervicais. En: Kowalski LP, editor. *Afecções cirúrgicas do pescoço*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 183-99.
10. Gane EM, Michaleff ZA, Cottrell MA, McPhail SM, Hatton AL, Paniza BJ, et al. Prevalence, incidence and risk factors for shoulder and neck dysfunction after neck dissection: a systemic review. *Eur J Surg Oncol*. 2017;43:1199-218.
11. Kim RY, Ward BB, Brockhoff HC 2nd, Helman JL, Braun TM, Skoutiris CA. Correlation of lymph node density with negative outcome predictors in oral and maxillofacial squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016;74:2081-4.