

Cirujano General

Volumen
Volume **26**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2004**

Artículo:

¿Es necesaria la disección radical de
cuello en pacientes con cáncer invasor
de lengua, sin ganglios palpables?

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

¿Es necesaria la disección radical de cuello en pacientes con cáncer invasor de lengua, sin ganglios palpables?

Is radical dissection of the neck necessary in patients with invasive cancer of the tongue, without palpable ganglia?

Dra. Blanca Elena Colmenares Bustos, Dr. José Francisco Gallegos Hernández, Dra. Dulce María Hernández Hernández, Dr. Martín Hernández San Juan

Resumen

Antecedentes: El tratamiento cervical de pacientes con cáncer de la lengua sin ganglios palpables (cN0) es controvertido, la cirugía o radioterapia sobre-tratan a > 50% de los pacientes; la conducta expectante incrementa la recurrencia regional, el rescate es complejo y la supervivencia disminuye. El tratamiento cervical en cáncer de lengua cN0 depende del riesgo de metástasis ocultas, asociado al tamaño del tumor.

Objetivo: Conocer la frecuencia de metástasis ganglionares ocultas en pacientes con cáncer de lengua (CL) cN0, sometidos a disección de cuello.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los expedientes de pacientes con cáncer invasor de lengua cN0, correlación clínica con estado histológico.

Resultados: Se estudiaron 22 pacientes, en 16/22 no se encontraron metástasis ganglionares (valor predictivo negativo = 72.7%, 6 (27%) fueron pN(+); las metástasis fueron más frecuentes en T3 que en T1-2; diferencia no estadísticamente significativa. La supervivencia fue mayor en pacientes pN0 que en pN(+); (95% vs 38%).

El CL se asocia a 27% de metástasis ganglionares ocultas, lo cual justifica el tratamiento del cuello en forma electiva, el estado histológico de los ganglios cervicales es un factor pronóstico importante y es necesario conocerlo, sin embargo es necesario seleccionar a los pacientes candidatos a DRC para evitar sobretratamiento en 73% pacientes.

Conclusión: Probablemente la aplicación del concepto de mapeo linfático y biopsia del ganglio centinela permita identificar a los pacientes con metástasis

Abstract

Antecedents: Cervical treatment of patients with tongue cancer without palpable ganglia (cNO) is controversial. Surgery or radiotherapy over-treat more than 50% of the patients; expectant behavior increases regional recurrence, rescue is complex, and survival decreases. The cervical treatment of cNO tongue cancer depends on the risk of hidden metastases associated to the size of the tumor.

Objective: To know the frequency of hidden ganglionar metastases in cNO-tongue cancer (TC) patients subjected to neck dissection.

Material and methods: Retrospective analysis of the clinical histories of patients with cNO invasive tongue cancer. Clinical correlation with the histological status.

Results: Twenty-two patients were studied, in 16/22 no ganglionar metastases were found (negative predictive value = 72.7%), 6 (27%) had metastatic ganglia (pN+), metastases were more frequent in T3 than in T1-2, without statistical significance. Survival was greater in pNO patients than in pN+ (95 vs. 38%).

The TC was associated to 27% of hidden metastatic ganglia, which justifies the elective treatment of the neck; the histological status of the cervical ganglia is an important prognostic factor and has to be known. However, it is necessary to select the candidates for a radical cervical dissection to avoid over-treatment of patients, which in this study corresponded to 73%.

Conclusion: Probably, applying the concept of lymphatic mapping and biopsy of the sentinel ganglion might allow identifying the patients with hidden cer-

Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello e Investigación de Enfermedades Oncológicas, Hospital de Oncología del CMN Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Recibido para publicación: 23 de julio de 2003.

Aceptado para publicación: 15 de mayo de 2004.

Correspondencia: Dr. José Francisco Gallegos Hernández. Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello Hospital de Oncología, CMN SXXI. IMSS. Av. Cuauhtémoc 330. Doctores. 06725 México, D.F. E-mail: ga161@prodigy.net.mx

ganglionares cervicales ocultas candidatos a tratamiento electivo del cuello (cirugía o radioterapia).**vical ganglionar metastases as candidates for elective treatment of the neck (surgery or radiotherapy).****Palabras clave:** Disección electiva de cuello, cáncer de lengua.**Cir Gen 2004;26:173-176****Key words:** Elective radical neck dissection, tongue cancer.**Cir Gen 2004;26:173-176****Introducción**

La posibilidad de diseminación ganglionar de los tumores originados en la cavidad oral es inversamente proporcional a la distancia existente entre el subsitio de origen (piso de boca, encía, etcétera.) y la lengua; de tal manera que los carcinomas originados en la lengua oral tienen la mayor tasa de diseminación ganglionar cervical aunque en el momento del diagnóstico no se palpen adenomegalias en el cuello.¹ Aproximadamente el 70% de los pacientes con tumores linguales limitados a la cavidad oral no tienen ganglios palpables en el momento del diagnóstico (N0)², lo que parecería justificar no tratar en forma rutinaria el cuello; sin embargo, la tasa de recurrencia tumoral cervical en aquellos pacientes en los que el cuello queda en vigilancia es mayor que la de los pacientes tratados.

En pacientes con cáncer de lengua, los dos factores que predicen con mayor seguridad la presencia de ganglios metastáticos en cuello son: el tamaño del tumor y, en pacientes con tumores menores a 2 cm, la profundidad de invasión de las células neoplásicas en el tejido muscular subyacente a la mucosa que le dio origen.^{2,3}

El objetivo en el tratamiento del cáncer de lengua es obtener control local y regional de la enfermedad,¹ para lograrlo, la terapéutica quirúrgica está enfocada hacia la resección del primario y al tratamiento de las metastasis ganglionares; así, podemos identificar dos grupos de pacientes:

1. Pacientes con ganglios palpables (N+) en los que la resección del tumor primario en bloque con la disección de cuello es el tratamiento ideal.
2. Pacientes sin ganglios palpables (N0) en los que el tratamiento cervical rutinario es controvertido ya que, por un lado, la mayoría de las piezas no tendrán metastasis y, por el otro, el no efectuarlo implica una tasa elevada de recurrencias en cuello.

Esta controversia es aún mayor en pacientes con tumores menores a 3 cm en los que la resección del tumor lingual puede hacerse por vía oral y el tratamiento del cuello implica para el paciente una segunda vía de abordaje quirúrgico; ¿se justifica el tratamiento cervical rutinario en este grupo de pacientes?

El estado histopatológico de los ganglios cervicales es el factor pronóstico más importante en cáncer de vías aéreo-digestivas superiores, los pacientes con metastasis ganglionares tienen aproximadamente un 50% menos de supervivencia que los pacientes sin metastasis² y la única forma de conocer este importante factor pro-

nóstico es la disección radical de cuello (DRC); sin embargo, en pacientes sin metastasis ganglionares cervicales, la DRC no ha mostrado beneficio en la supervivencia global,^{4,5} de tal manera que en algunos pacientes sin metastasis ganglionares y tumores menores a 4 cm el procedimiento habrá sido innecesario.

La decisión del tratamiento cervical en pacientes N0 con cáncer de vías aéreo-digestivas superiores en general y de lengua oral, en particular, depende del riesgo de metastasis cervicales ocultas; la DRC electiva en forma uni o bilateral (de acuerdo a la relación del tumor primario con la línea media) está indicada en pacientes en los que el riesgo de metastasis ganglionares es alto.⁶⁻⁸

La posibilidad de metastasis ganglionares microscópicas, clínicamente no evidentes en el momento del diagnóstico, depende principalmente del tamaño, del tumor y de la profundidad de invasión del mismo en el espesor lingual y pueden ser tan frecuentes como 85%,^{5,9} esto justifica la necesidad de efectuar disección radical de cuello electiva o profiláctica; en México no existe información en la literatura médica con relación a la frecuencia de metastasis ganglionares ocultas en cáncer de la cavidad oral.

El objetivo primario del presente artículo es conocer la frecuencia de metastasis ganglionares ocultas (no palpables) en cáncer de lengua en nuestro medio y fundamentar la necesidad de etapificación quirúrgica cervical con linfadenectomía cervical. Los objetivos secundarios son evaluar el valor diagnóstico de la palpación cervical en la etapificación del cuello en pacientes con cáncer de la cavidad oral N0 y conocer el pronóstico con base en el resultado histológico ganglionar (N+ vs N0).

Se trata de un estudio retrospectivo que analiza una serie de pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide invasor de lengua oral, sin ganglios metastáticos en cuello, palpables al momento del diagnóstico, tratados con resección del tumor primario y disección radical electiva de cuello.

Material y métodos

Se evaluaron 150 expedientes de pacientes con cáncer de lengua oral (tumores originados en cualquiera de las superficies linguales entre la punta y la "V" lingual) en el Servicio de Tumores de Cabeza y Cuello del Hospital de Oncología del IMSS, en el periodo comprendido de 1990 al año 2000, de ellos sólo 30 (20%) fueron candidatos a tratamiento curativo con cirugía de inicio que consistió en resección del tumor primario y disección radical de cuello y son el universo del presente estudio. Veintidós de 30 pacientes fueron etapificados como T1-3, N0.

Se comparó el estado histológico de los ganglios disecados (pN) con la etapificación clínica ganglionar inicial (cN).

Se calculó la sensibilidad de la etapificación clínica, el valor predictivo negativo, el valor predictivo positivo y el índice de falsos negativos, con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. La supervivencia se calculó por el método de Kaplan-Meier y se comparó la supervivencia entre los pacientes con ganglios metastáticos (pN+) y sin metastasis ganglionares (pN0).

Resultados

Se evaluaron 30 pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de la cavidad oral con subsitio de origen en la lengua oral; 13 hombres y 17 mujeres con edad promedio de 60 ± 13.2 años.

Todos los pacientes fueron retrospectivamente etapificados de acuerdo a la clasificación AJCC de 2002.⁸

De los 30 pacientes, 22 fueron etapificados como cN0, y todos fueron sometidos a dissección electiva del cuello además de la resección del tumor primario, en 16 de 22 (72.7%) no se demostraron metastasis ganglionares en la pieza de linfadenectomía (valor predictivo negativo = 72.7%, IC_{95%} = 49.5-88.4) y seis de 22 (27%) tuvieron metastasis ganglionares ocultas; ocho de 30 pacientes fueron etapificados cN+, y en todos se demostraron ganglios metastáticos en la dissección (valor predictivo positivo = 100%, IC_{95%} = 59.7-100), no hubo falsos positivos.

Catorce de los 30 pacientes (46.6%) fueron pN+ y 16 (53.4%) fueron pN0 (**Cuadro I**); la sensibilidad para la detección clínica de metastasis ganglionares fue de 57.1% (IC_{95%} = 29.6-81.2), la tasa de falsos negativos fue de 42.9%, no se identificaron falsos positivos, obteniéndose especificidad de 100%, IC_{95%} = 75.9-100 (**Cuadro II**).

La probabilidad de metastasis ganglionares fue mayor en relación con el "T", sin embargo no se encontró diferencia estadísticamente significativa, probablemente por el tamaño de la muestra. La media de seguimiento fue de 37 meses.

La supervivencia a 5 años para los pacientes pN+ es de 38% y para los pacientes pN0 es de 95%, Log Rank Test 5.7; pió.01. ($\chi^2=2.4$; pió.1) (**Figura 1**).

Cuadro I.
Evaluación de la etapificación clínica ganglionar a través del estudio histopatológico

Evaluación	n +	Metástasis ganglionares		Total
		Estudio histopatológico		
Clínica	n -	Sí	No	Total
		8	0	8
		6	16	22
	Total	14	16	30

Sensibilidad 57.1%
Especificidad 100%
VP+ 100%
VP- 72.7%
RP+ α
RP- 0.428

Discusión

En nuestro medio el cáncer de la cavidad oral se presenta en etapas avanzadas, en la presente serie sólo a 20% (30 de 150 pacientes) se les consideró candidatos a tratamiento con objeto curativo.

Los pacientes con cáncer de lengua, sin ganglios metastáticos en cuello tienen entre 6% y 85% de metastasis cervicales ocultas y este porcentaje varía de acuerdo al tamaño del tumor primario.^{5,9}

El estado histopatológico de los ganglios cervicales es el factor pronóstico más importante en cáncer de vías aéreo-digestivas superiores y la DRC la única forma de conocerlo. Sin embargo, su principal desventaja es el incremento de la morbilidad y la necesidad de una segunda vía de abordaje en pacientes con etapas iniciales de cáncer de lengua en los que la escisión vía oral es posible.

La presencia de metastasis ganglionares reduce en forma importante la supervivencia, en el presente estudio existe diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia de los pacientes pN0 vs pN+(95 vs 38%,

Cuadro II.
Relación de estado ganglionar y tamaño tumoral (T)

Tamaño del tumor (T)	Estado ganglionar en la pieza de linfadenectomía		Total (%)
	Con metastasis (%)	Sin metastasis (%)	
1	1 (16.7)	4 (25)	5 (22.7)
2	4 (66.7)	7 (43.8)	11 (50)
3	1 (16.7)	5 (31.3)	6 (27.3)
Total	6 (100)	16 (100)	22 (100)

$\chi^2=0.9$; p=0.06

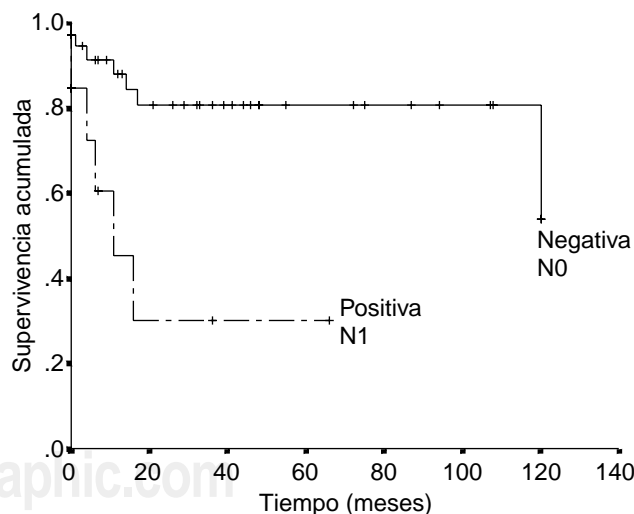


Fig. 1. Análisis de sobrevida (Kaplan-Meier) de acuerdo a la evaluación clínica de metastasis ganglionares. Análisis de Kaplan-Meier. Tiempo medio de sobrevida en negativos 86.8 m (68.9-104.6) vs positivos 29.9 m (14.1-45.8). Log rank test = 9.9, p=0.0016

$p=0.001$), la etapificación cervical quirúrgica es, con mucho, superior a la clínica, se ha informado hasta 40%^{10,11} de error en la palpación; en el presente artículo, la tasa de falsos negativos es de 27% y la sensibilidad del examen clínico de 51%.

No encontramos asociación de metástasis ganglionares ocultas con el tamaño del tumor, aunque los pacientes con T2 tuvieron más riesgo de metástasis la diferencia no fue significativa, esto muy probablemente se deba al tamaño de la muestra.

Estos resultados obligan a indicar, como parte del tratamiento del cáncer de la cavidad oral en pacientes cN0, a la DRC, con el objeto de no subetapificar a 27% de ellos; actualmente, se recomienda que si el tratamiento inicial es quirúrgico y el riesgo de metástasis cervicales ocultas es de 20% o más, se efectúe disección electiva del cuello,^{2,7} esta conducta nos permite etapificar adecuadamente a todos los pacientes aunque 73% de ellos, en el presente estudio, no tuvieron metástasis en la pieza de disección.

Desde su descripción por Crile,¹² a principios del siglo pasado, la DRC ha sufrido modificaciones, tanto en extensión como en radicalidad, actualmente sabemos que podemos evitar el sacrificio de estructuras no ganglionares y conservar relevos ganglionares sin riesgo de tener metástasis ocultas;⁷ sin embargo el cuello cN0 continúa siendo un tema de controversia.

La DRC no tiene impacto en la supervivencia ni en el control regional en paciente pN0, sin embargo el problema estriba en cómo podemos conocer preoperatoriamente el estado histológico de los ganglios de cuello y no caer, por un lado, en sobre-tratamiento y por el otro en subetapificación; en el presente estudio la disección electiva sólo benefició a 27% de los pacientes.

Conclusión

Estos resultados justifican efectuar DRC electiva en pacientes con cáncer de lengua invasor aun en etapas iniciales (T1-2), y han sido la base para iniciar un estudio prospectivo en el que conoceremos si existe un ganglio centinela en el cuello que sea predictor del estado ganglionar cervical y eventualmente podamos decidir la DRC con base en el resultado histológico de dicho ganglio centinela.¹³⁻¹⁶

Referencias

1. Shah JP, Lydiatt WM. Buccal mucosa, alveolus, retromolar trigone, floor of mouth, hard palate, and tongue tumors. In: Thawlew SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD, editor.

2. Boyle JO, Strong EW. Oral cavity cancer. In: Shah JP, Patel SG; editors. *American Cancer Society, atlas of clinical oncology. Cancer of the head and neck*. Hamilton London: BC Decker editors. 2001: p.100-26.
3. Andersen PE, Saffold S. Management of cervical metastasis. In: Shah JP. *Cancer of the head and neck*. Hamilton London. BC Decker. Editors. 2001: p. 274-87.
4. Vandembrouck C, Sancho-Garnier H, Chassagne D, Saravane D, Cachin Y, Micheau C. Elective versus therapeutic radical neck dissection in epidermoid carcinoma of the oral cavity: results of a randomized clinical trial. *Cancer* 1980; 46: 386-90.
5. Results of a prospective trial on elective modified radical classical versus supraomohyoid neck dissection in the management of oral squamous carcinoma. Brazilian Head and Neck Cancer Study Group. *Am J Surg* 1998; 176: 422-27.
6. Batsakis JG. Pathology of tumors of the oral cavity. In: Thawlew SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD. Editors. *Comprehensive management of head and neck tumors. an ed*. Philadelphia. WB Saunders. 1999: p. 632-72.
7. Gallegos-Hernández JF, Martínez-Gómez H y Flores-Díaz R. La disección radical de cuello en cáncer de vías aéreo-digestivas superiores (VADS). Indicações, extensión y radicalidad. *Cir Cirj* 2002; 70: 369-76.
8. AJCC. *Cancer Staging Manual*. 6th ed. New York: Springer; 2002: p. 23-32.
9. Shah JP, Strong E, Spiro RH, Vikram B. Surgical Grand Rounds. Neck Dissection: current status and future possibilities. *Clin Bull* 1981; 11: 25-33.
10. Ali S, Tiwari RM, Snow GB. False-positive and false-negative neck nodes. *Head Neck Surg* 1985; 8: 78-82.
11. Teichgraber JF, Clairmont AA. The incidence of occult metastases for cancer of the oral tongue and floor of the mouth: treatment rationale. *Head Neck Surg* 1984; 7: 15-21.
12. Crile G. Landmark article. Dec. 1, 1906: Excision of cancer of the head and neck. With special reference to the plan of dissection based on one hundred and thirty-two operations. By George Crile. *JAMA* 1987; 258: 3286-93.
13. Koch WM, Choti MA, Civelek AC, Eisele DW, Saunders JR. Gamma probe-directed biopsy of the sentinel node in oral squamous cell carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124: 455-9.
14. Shoaib T, Soutar DS, Prosser JE, Dunaway DJ, Gray HW, McCurrach GM, et al. A suggested method for sentinel node biopsy in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck* 1999; 21: 728-33.
15. Ross GL, Shoaib T, Soutar DS, Mac Donald DG, Camilleri IG, Bessent RG, et al. The first international conference on sentinel node biopsy in mucosal head and neck cancer and adoption of a multicenter trial protocol. *Ann Surg Oncol* 2002; 9: 406-10.
16. Gallegos-Hernández JF, Flores-Díaz R, Pichardo P. *Rhenium colloid and blue dye for lymphatic mapping and sentinel node biopsy in oral cavity cancer*. Abstract. 2nd International Conference on Sentinel Node Biopsy in Mucosal Head and Neck Cancer. Zurich, Suiza. 2003.

