

# Tratamiento quirúrgico de las metástasis regionales en el cáncer de piel de cabeza y cuello. Reporte de una serie de casos.

Juan Carlos Valls Puig<sup>1</sup>, Aníbal Blanco<sup>2</sup>, Richard Noda<sup>2</sup>, Yeri De Jesús<sup>3</sup>, Luis Yañez<sup>4</sup>, Daniela Quintero<sup>4</sup>.

## Resumen:

Se evaluaron diez pacientes con diagnóstico de neoplasias malignas de piel sometidos a tratamiento quirúrgico regional. Ocho con el tipo histológico de carcinoma de células escamosas. La localización del tumor primario más frecuente fue en la cara, seguido del pabellón auricular. La mitad de la serie correspondió a aquellos intervenidos por primera vez en nuestras instituciones y la otra de referidos por recaídas regionales. Se realizaron disecciones cervicales radicales modificadas o selectivas de acuerdo con la presencia de factores de riesgo o de adenopatías palpables. Fueron asociadas ocho parotidectomías. Sesenta por ciento presentó metástasis regionales con invasión extracapsular, principalmente en glándulas parotídeas. Ningún enfermo sin evidencia de adenopatías (N0) tuvo especímenes quirúrgicos metastásicos. Todos fueron remitidos a terapéutica adyuvante. Seis fallecieron por recidivas locoregionales o diseminación pulmonar. La linfadenectomía de cuello en la presente serie incluyó los grupos ganglionares involucrados y se extendió a aquellos con riesgo de metástasis. El manejo terapéutico de la enfermedad ganglionar por cáncer de piel es multidisciplinario.

**Palabras clave:** disección, cáncer, piel, cabeza y cuello.

## Surgical treatment of the regional metastasis in skin cancer of head and neck. Series report.

### Summary

To evaluate ten patients with diagnosis of malignant cutaneous neoplasias and surgical treatment of the regional nodes. Eight were squamous cell carcinomas. The primary tumor more frequent were facial, next ear. Half of the casuistic correspond to patients operated in our institutions and other were referrals for regional recurrences. The procedures were modified radical neck dissection and selective neck dissection according to risk factors or clinical lymphadenopathy. Eight parotidectomies were associated. Sixty per cent presents regional metastases with extracapsular invasion, especially in the parotid gland. Any patients without adenopathies (N0) have regional pathological metastases. All were referrals to adjuvant treatment. Six succumb for recurrences locoregionals o distant metastases. The neck lymphadenectomy in the present series include the lymph node groups involved and extended to other groups with risk. The therapeutic management of regional lymphadenopathies for cutaneous cancer is multidisciplinary.

**Key words:** dissection, cancer, skin, head and neck.

1. Especialista de Cirugía General y Cirugía Oncológica. Profesor Agregado. Jefe de Cátedra de Otorrinolaringología. Escuela Luís Razetti. Universidad Central de Venezuela.
2. Especialista de Cirugía General y Cirugía Oncológica, Hospital Pérez de León 2, Caracas.
3. Residente de Cirugía General, Hospital Pérez de León 2, Caracas.
4. Residente del postgrado de otorrinolaringología, Hospital Universitario de Caracas.

Autor para correspondencia:  
Juan Carlos Valls Puig.  
e-mail: vallstru@hotmail.com

Recibido: 09/12 2021.  
Aceptado: 25/02/2022.

## Introducción

El cáncer de piel es la neoplasia maligna más común en seres humanos. Se divide según la histología en el no melanoma y melanoma. Los primeros se ubican hasta en un 80% en la región cervicofacial. El carcinoma de células escamosas representa un tercio de este tipo de tumores<sup>1,2</sup>. Los melanomas son menos comunes en cabeza y cuello. Poseen varias categorías histológicas con características clínicas particulares de acuerdo con la fase de crecimiento superficial o vertical<sup>3,4</sup>. Otras variedades patológicas inusuales son referidas como el de células de Merkel<sup>5</sup>.

La incidencia de metástasis ganglionares de los carcinomas de células escamosas se ubica aproximadamente en un 5%<sup>6</sup>. Aunque la probabilidad de desarrollar enfermedad regional es baja, su presencia reduce la supervivencia en menos de la mitad. Algunos factores de riesgo pueden incrementar su desarrollo subclínico en pacientes con neoplasias malignas cutáneas sin evidencia de adenopatías palpables<sup>1,7</sup>. Los melanomas cutáneos poseen un riesgo predeciblemente alto de enfermedad regional a medida que aumenta el tamaño del tumor primario y su profundidad<sup>8</sup>. Otros tipos histológicos inusuales en cabeza y cuello como el de células de Merkel se acompañan en más de la mitad de los casos de adenopatías metastásicas<sup>5</sup>.

La clasificación por etapas de los ganglios linfáticos cervicales significa un reto terapéutico para los cirujanos. La exploración física del cuello es parte fundamental del examen clínico. Estudios de imágenes como la tomografía, resonancia magnética y el ultrasonido acompañado de aspiración con aguja fina han mejorado la capacidad para detectar diseminación a ganglios linfáticos. Sin embargo, la detección clínica o imagenológica de metástasis microscópicas puede llegar a ser imprecisa y controversial<sup>9,10</sup>.

Con frecuencia las neoplasias de piel son ignoradas como posibles causas de adenopatías debido a su baja frecuencia. En ocasiones, posterior al tratamiento del primario, son referidos a una consulta especializada por la aparición de una recaída regional parotídea o cervical<sup>11</sup>. La mayoría de los pacientes con enfermedad regional de un tumor primario de piel de cabeza y cuello presentan adenopatía cervical, parotídea, retroauricular, u occipital o combinación entre ellas.

El manejo terapéutico de la enfermedad ganglionar por metástasis de neoplasias malignas de piel es multidisciplinario, incluye dermatólogos, cirujanos, radioterapeutas y médicos oncólogos. La cirugía representa la opción inicial de tratamiento de

las cuencas ganglionares regionales<sup>1</sup>. Está indicada la remoción terapéutica de los grupos ganglionares clínicamente evidentes. Se debe considerar el tratamiento quirúrgico regional electivo o profiláctico en aquellos pacientes con ganglios no palpables pero con los factores de riesgo<sup>8-10</sup>.

Las cuencas ganglionares de drenaje ganglionar de la piel del área de cabeza y cuello vienen representadas por los niveles ganglionares cervicales clásicos, delineados según la clasificación del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center". Son extirpados mediante disecciones cervicales ganglionares<sup>12</sup>.

Otras cuencas ganglionares requerirían ser tomadas en cuenta según la localización de la neoplasia. En la glándula parótida se ubican más del 70% de las metástasis ganglionares por neoplasias cutáneas. Se señala un alto grado de compromiso en lesiones originadas en la cara, parte anterior del cuero cabelludo, y el pabellón auricular. Tumores ubicados en la parte posterior del cuero cabelludo incluirán los grupos ganglionares retroauriculares y occipitales. Aquellos en la piel del cuello escasamente drenaran a la glándula señalada<sup>13,14</sup>.

El propósito del estudio es evaluar los procedimientos quirúrgicos aplicados en el tratamiento regional de las metástasis ganglionares de pacientes con diagnóstico de carcinoma de piel de cabeza y cuello.

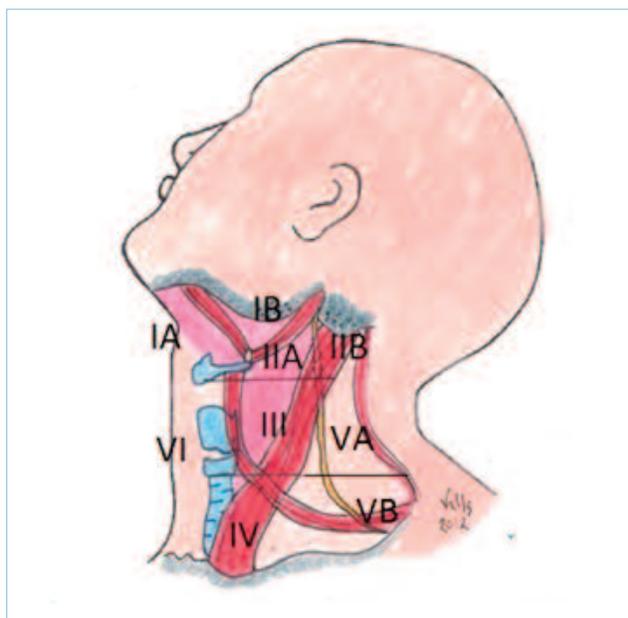
## Pacientes y métodos

Desde el año 2011 hasta el año 2020, fueron tratados quirúrgicamente 37 pacientes con diagnóstico de cáncer de piel de la región cervicofacial 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. Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo de una serie de casos que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico de los grupos ganglionares regionales como parte de su enfoque terapéutico.

Se dividieron en dos grupos, el primero correspondió a aquellos sometidos a tratamiento operatorio del tumor primario y de las metástasis regionales en las mencionadas instituciones. El segundo estuvo relacionado con aquellos enfermos intervenidos quirúrgicamente de la neoplasia primaria en otro centro, y referidos a nuestras consultas por recaídas regionales en la glándula parótida o en el cuello.

Las neoplasias cutáneas se estratificaron por etapas según el sistema TNM, actualizado en el 2009 y adoptado por la 7ta 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<sup>11</sup>. En los pacientes en que no existe evidencia clínica de metástasis a ganglios linfáticos, son reconocidos como N0. El tamaño tumoral y la presencia de adenopatías progresaran del T1 al T4 y del N1 al N3, de acuerdo con las dimensiones, compromiso de las estructuras adyacentes y bilateralidad<sup>15</sup>.

Las cuencas ganglionares de drenaje ganglionar fueron representadas por los niveles ganglionares clásicos delineados según la clasificación del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center"<sup>12</sup> (Figura1).



**Figura 1.** Sistema de clasificación por niveles ganglionares linfáticos cervicales del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center"<sup>11</sup>. Esquema propio del autor.

Las disecciones cervicales fueron ejecutadas según la clasificación de tipos de disecciones cervicales, con sus indicaciones propuesta por el *Committee 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<sup>13,14</sup>. En las linfadenectomías de cuello selectivas se señaló los niveles de ganglios linfáticos extirpados. Si el riesgo de metástasis ocultas o subclínicas exceda el 15 %, la disección cervical electiva o profiláctica está indicada por encima de la simple observación y seguimiento<sup>9,16-18</sup>.

Se analizaron los pacientes de acuerdo con el sexo, edad, localización y tamaño tumoral del primario, etapa ganglionar, indicaciones y tipo de linfadenectomía, incisiones efectuadas, tratamiento adyuvante e histología del primario. En cuanto a los resultados de los procedimientos se determinó el número de ganglios extirpados y metastásicos, presencia de complicaciones postquirúrgicas, recidivas y porcentaje de sobrevida. Se correlacionaron factores reconocidos en la literatura internacional como predictores de metástasis ganglionares y pronósticos para mortalidad. Las distintas frecuencias fueron expresadas en número y porcentaje.

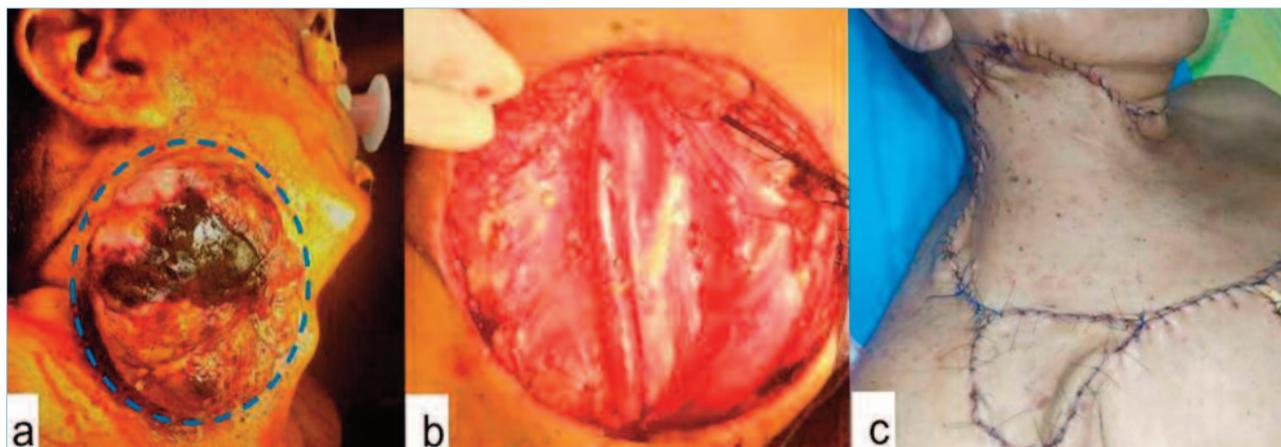
### Resultados

Diez pacientes integraron la serie de casos. La edad osciló entre 56 y 77 años, con una media de 67 años. El 70% pertenecían al género masculino y 30% al femenino. La localización del tumor primario cutáneo más frecuente fue en las regiones anterior y lateral de la cara en la mitad de la serie, seguido del pabellón auricular con 30%. Otras ubicaciones fueron el cuero cabelludo y la región anterior del cuello con 10%, cada uno. El informe histológico definitivo del primario fue ocho carcinomas de células escamosas, dos con grado indiferenciado. Los otros informes señalaron un melanoma nodular y una neoplasia de células de Merkel.

La mitad de la serie correspondió al grupo sometido a tratamiento quirúrgico de las neoplasias primarias y las metástasis regionales en nuestras instituciones. La otra estuvo representada por aquellos referidos de otros centros por la presencia de recaídas regionales.

El tamaño tumoral del primario y la etapa ganglionar en el primer grupo, estuvo distribuido en cuatro pacientes T3N0 y un melanoma nodular T4N2. Los informes histológicos de dos biopsias previas tomadas en consulta fueron señaladas como carcinomas de células escamosas indiferenciadas. En el segundo grupo, cuatro pacientes acudieron por presentar recaídas ganglionares extensas en parótida; uno de ellos con extensión al cuello y el diagnóstico histológico de células de Merkel. Otro enfermo con lesión en cara presentó recaída regional por diseminación directa al nivel II ganglionar y al resto de los grupos ganglionares cervicales, sin compromiso parotídeo (Figura 2a-c). Ninguno en la serie presentó metástasis a distancia.

La ausencia de adenopatías clínicamente evidentes en cuello es decir N0, pero con factores de riesgo como tamaño tumoral T3 o mayores de 2cms, la ubicación en pabellón auricular y el grado



**Figura 2.** Paciente con antecedente de extirpación de carcinoma de células escamosas en mejilla seguido de diseminación regional directa a cuello, sin compromiso parotídeo. a) Metástasis ganglionar extensa de varios grupos ganglionares laterales con ulceración. En líneas azules discontinuas la incisión quirúrgica en forma circular. b) Disección cervical radical modificada con preservación de la vena yugular interna y el nervio espinal. c) Rotación de colgajo fasciocutáneo sobre el área de defecto y colocación de injerto abdominal.

indiferenciado de la biopsia previa, determinó la realización de disecciones cervicales electivas del tipo selectivas unilaterales de los niveles I-III ó II-Va. En un paciente con tumor de la región anterior del cuello previamente radiado, se realizó linfadenectomía electiva del tipo selectiva bilateral de los niveles II al IV. El tipo selectivo representó el 60% de la serie. La presencia de metástasis palpables regionales, mayores o iguales a N1, implicó la ejecución de 40% de linfadenectomías de cuello modificadas terapéuticas en la casuística (Ver Tabla 1).

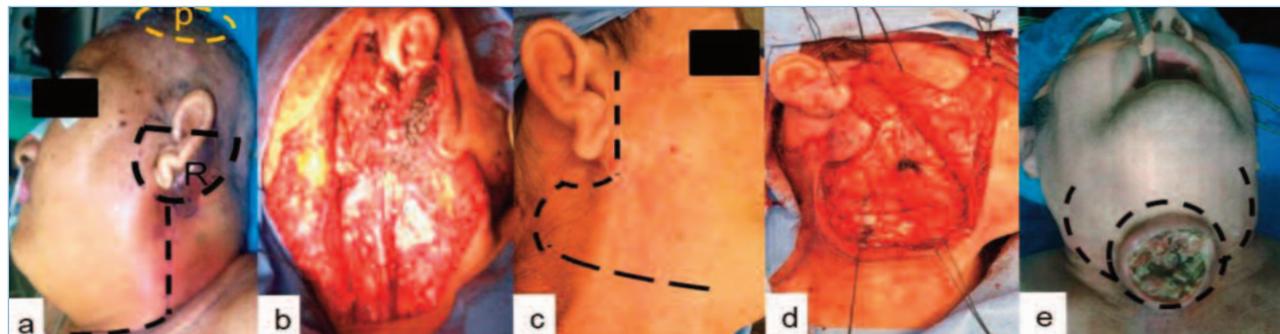
En el primer grupo se realizaron tres parotidectomías superficiales, uno desarrollo parestesia temporal del nervio facial. El melanoma nodular requirió parotidectomía total con sacrificio del citado nervio por compromiso tumoral y extirpación del grupo ganglionar retroauricular. El extenso compromiso de las metástasis

ganglionares en la glándula parótida del grupo de las recaídas cervicales, determinó la realización de cuatro parotidectomías totales, dos con sacrificio del séptimo par craneal. No hubo síndrome de Frey en la serie.

Las cirugías de las neoplasias primarias según su localización, incluyeron auriclectomías o extirpaciones locales amplias, seguidas de cierre primario de piel, colocación de injertos cutáneos abdominales o rotación de colgajos de avance. La incisión quirúrgica estuvo determinada por el tipo de disección cervical. La más frecuentemente realizada fue la cervicofacial de colgajo superior adaptable, seguido de la incisión en "Palo de Hockey" con extensión parotídea, y finalmente un delantal en el caso de disecciones bilaterales. (Ver Figura 3a-e).

**Tabla 1. Número y tipo de disecciones por grupo. DCRM unil, disección cervical radical modificada unilateral. DCS unil I-III, disección cervical selectiva unilateral de los niveles I al III. DCS unil II-Va, disección cervical selectiva unilateral de los niveles II al Va. DCS bil II-IV, disección cervical selectiva unilateral de los niveles II al IV o posterolateral.**

Tipo de disección/ Grupo	Tto. primario	Recaídas Regionales	Total/%
DCRM unil	2	2	4/ 40%
DCS unil I-III	1	2	3/30%
DCS unil II-Va	1	1	2/20%
DCS bil II-IV	1	--	1/10%



**Figura 3.** Incisiones quirúrgicas y tipos de disecciones. a) Incisión en "Palo de Hockey" con extensión para hemiauriclectomía inferior, en líneas discontinuas negras. Nódulos retroauriculares comprometidos, "R" mayúscula en negro. Melanoma nodular primario en cuero cabelludo, en líneas discontinuas y "p" minúscula, ambas en amarillo. b) Disección cervical radical modificada con preservación de la vena yugular interna y el nervio espinal del paciente anterior. Parotidectomía total con sacrificio del nervio facial y extirpación del grupo retroauricular. c) Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable, en líneas discontinuas negras para extirpación de metástasis parotídea de primario facial extirpado en otro centro. d) Disección cervical selectiva de los niveles I-III del paciente anterior. e) Incisión en delantal

La media de ganglios extirpados en las piezas quirúrgicas evaluadas fue de 8. Sesenta por ciento de la serie presentó metástasis ganglionares confirmadas al estudio histológico, asociadas con invasión extracapsular. Ninguno de los enfermos sin adenopatías palpables del primer grupo o N0, presentó metástasis en el espécimen quirúrgico. El melanoma nodular y todo el segundo grupo si las presentaron, esencialmente en los ganglios parotídeos.

El 30% de la serie presentó dehiscencia parcial de la herida en el postoperatorio, incluido el paciente que recibió radioterapia preoperatoria. Noventa por ciento fue remitido a radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia postoperatoria según el caso, sin embargo cuatro no recibieron tratamiento adyuvante.

Dos enfermos del primer grupo desarrollaron recaída local de la neoplasia primaria y requirieron limpieza quirúrgica paliativa. El melanoma nodular presentó metástasis pulmonares. Tres del segundo grupo persistieron con progresión de enfermedad regional, uno requirió ligadura quirúrgica de emergencia de la arteria temporal superficial por hemorragia. Todas las recaídas locales, persistencias y la metástasis pulmonar fallecieron en un periodo de ocho meses.

## Discusión

La primera remoción de adenopatías metastásicas cervicales, 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 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, fue el procedimiento quirúrgico dominante para tratar el cáncer metastásico de cabeza y cuello en ganglios linfáticos durante gran parte del siglo XX<sup>19,20</sup>.

En Venezuela, el crédito por haber practicado la primera disección radical de cuello se otorga a Hermógenes Rivero, quien la realizó en 1939 en el Instituto de Oncología "Luís Razetti". 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, realiza en el mismo instituto, las disecciones radicales modificadas. Los primeros informes referidos a disecciones cervicales modificadas y selectivas, se acreditan a Mata y cols., en el Hospital Militar de Caracas, y Pacheco y cols. en el Hospital Oncológico Padre Machado, a finales de la década de los noventa<sup>17</sup>.

En el presente estudio, la media de la edad por encima de la séptima década, la predominancia del sexo masculino y la mayor frecuencia del carcinoma de células escamosas como tipo histológico, se corresponden con lo informado en la literatura nacional e internacional<sup>14,5,21,22</sup>.

La disección radical de cuello o remoción quirúrgica de los niveles ganglionares cervicales con el músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular y el nervio espinal es el parámetro histórico para el control quirúrgico de las metástasis cervicales. En los últimos cuatro decenios se han descrito diversos tipos de linfadenectomías

cervicales. Esta evolución se fundó en un mejor conocimiento de los espacios aponeuróticos, de los patrones de diseminación de los tumores en el cuello según su ubicación, de la superación de algunas limitaciones operatorias y la clasificación por etapas de los tumores, dando origen de este modo a disecciones cervicales modificadas y selectivas que ofrecen control de la enfermedad comparable con el logrado en las disecciones radicales, pero con menor morbilidad<sup>20,23</sup>.

La linfadenectomía radical modificada se define como aquella que incluye todos los grupos ganglionares cervicales pero con la preservación de alguna de las estructuras descritas, el músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular o el nervio espinal. Su indicación fundamental es terapéutica, es decir cuando existen adenopatías clínicamente evidentes<sup>8,12</sup>. En la serie actual los pacientes con adenopatías cervicales palpables de ambos grupos fueron sometidos a disecciones radicales modificadas terapéuticas con preservación de alguna de las estructuras descritas, en conformidad con lo señalado en la literatura.

Cuando las células del melanoma tienen la capacidad de formar un nódulo que se extiende verticalmente a la dermis y la grasa subcutánea, adquieren la posibilidad de desarrollar metástasis linfáticas o hemáticas. Este tipo de lesiones se denominan melanoma nodular<sup>4</sup>. Por otro lado, el carcinoma de células de Merkel es una neoplasia rara y agresiva que se relaciona estructuralmente con tumores del sistema celular de captación y descarboxilación de los precursores de aminas (APUD) y el carcinoma de células pequeñas del pulmón. Se presenta como una masa dérmica en el séptimo decenio de la vida, con especial predilección por el área de cabeza y cuello. Posee también una alta capacidad de diseminación linfática y vascular<sup>11</sup>.

El abordaje para la extirpación de los ganglios linfáticos posterolaterales del cuello fue descrito por Rochlin en 1962<sup>24</sup>. Edgar Brito y colaboradores, lo aplicaron en Venezuela en nueve pacientes con neoplasias principalmente de piel de cuero cabelludo. En la descripción original de la técnica se incluye el músculo esternocleidomastoideo y el nervio espinal, con la resección en bloque de los niveles ganglionares del II al V, además de los ganglios retroauriculares y suboccipitales<sup>25</sup>. En la casuística de las instituciones capitalinas, el paciente del melanoma nodular del cuero cabelludo fue sometido a parotidectomía con disección cervical radical modificada y remoción de los ganglios retroauriculares con la hemiauriclectomía.

La disección de cuello selectiva se refiere a cualquier tipo de linfadenectomía en que solamente son removidos el grupo de ganglios del cuello que poseen un riesgo mayor del 15% de contener metástasis ocultas de acuerdo con la localización del tumor

primario y se preservan uno o más grupos de ganglios linfáticos de los que se extirpan en la disección radical de cuello. Están indicadas de manera electiva en pacientes con etapa ganglionar N0 o ausencia de adenopatías palpables<sup>12,17,19,26</sup>. Se ha investigado la utilización de la biopsia de ganglio centinela pero aún se requieren refinamientos de la técnica, validación y grupo de pacientes que se benefician<sup>17</sup>.

Según la localización de la neoplasia cutánea primaria serán incluidos diferentes niveles sospechosos de contener metástasis ocultas en la disección selectiva del cuello<sup>12,27</sup>. Para tumores cutáneos situados en la cara se ejecutarán los niveles I-III, incluidos los grupos ganglionares parotídeos. Aquellos ubicados en la parte anterior del cuero cabelludo y el pabellón auricular se incluirán los niveles II-Va, además de los grupos ganglionares parotídeos. Los localizados en la región anterior del cuello pueden ser sometidos a extirpación de los niveles II al IV. Será bilateral si se ubica en la línea media<sup>11,13,14</sup>.

En neoplasias de piel no melanomas algunos factores de riesgo como el tamaño del tumor >2cm, la localización en el pabellón auricular, los tipos pobremente diferenciados y la invasión perineural pueden evidenciarse el desarrollo de metástasis ganglionares entre un 18,5% a un 47,3%<sup>17</sup>. En pacientes con enfermedad parotídea metastásica, la diseminación subclínica a los ganglios cervicales ocurre entre el 16% y el 42% de los pacientes, por lo que se ha recomendado el tratamiento de los posibles ganglios cervicales ocultos cuando existen ganglios parotídeos comprometidos<sup>1,11</sup>.

En el primer grupo de la serie, se consideró la realización de tratamiento quirúrgico electivo o profiláctico de las cuencas ganglionares regionales en aquellos pacientes sin evidencia de adenopatías palpables o N0, motivado a la presencia de los factores de riesgo descritos como neoplasias primarias T3, la frecuente ubicación en pabellón auricular y por los informes histológicos de biopsias previas tomadas en consulta que fueron señalados como neoplasias indiferenciadas. Sin embargo ninguno presentó especímenes quirúrgicos metastásicos.

La presencia de recaídas regionales extensas en parótida del segundo grupo, determinó la realización de linfadenectomías cervicales electivas por el alto riesgo de enfermedad oculta en cuello. Un paciente presentó en el espécimen quirúrgico diseminación a cuello, además de la glándula parótida.

El cirujano debe manejar una amplia variedad de incisiones versátiles que le permitan una exposición adecuada, viabilidad de los colgajos, cobertura de estructuras vitales y estética en la

reconstrucción. Son usadas de acuerdo con las necesidades inherentes de cada procedimiento. La incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable o "Francisque", representa un trazo caracterizado en nuestra cátedra que combina los conceptos de los colgajos preauriculares e identificación del nervio facial, las premisas de irrigación cutánea del cuello y la adaptabilidad del procedimiento a la ubicación del tumor primario. Se usa en los tumores de conducto auditivo externo, parótida y de piel facial por su capacidad de adaptabilidad a procedimientos tan diversos como parotidectomías, auriclectomías, mastoidectomías y disecciones cervicales selectivas. La incisión quirúrgica en "Palo de Hockey" o en "J" es realizada para la extirpación en bloque de todos los grupos ganglionares, ideal para las disecciones cervicales radicales modificadas. En los casos bilaterales se le denomina en "delantal"<sup>28,29</sup>.

Según la 6ta edición de clasificación TNM para tumores malignos, para poder llevar a cabo una clasificación patológica adecuada se recomienda, 10 y 6 ganglios en el espécimen quirúrgico de las disecciones radicales y selectivas respectivamente<sup>30</sup>. Estudios previos en Venezuela señalaron entre 8 a 9<sup>17</sup>. La existencia de invasión extracapsular varía entre el 24,4% y 49%<sup>11</sup>. En el presente estudio la media fue de 8 ganglios para todos los procedimientos y el 70% se asociaron con invasión extracapsular.

Las complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica son raras en las parotidectomías y en las disecciones cervicales. Se incrementan en las linfadenectomías cuando se combinan con factores como el uso de radioterapia previa por encima de 65 Cgy y lesiones avanzadas<sup>28</sup>. La morbilidad relacionada con el trazo quirúrgico fue de 30%, todas asociadas con dehiscencia de la herida, uno de los pacientes recibió radioterapia externa previa y todos poseían neoplasias primarias o adenopatías metastásicas extensas. El uso de colgajos pediculados ofrece buenos resultados en la reconstrucción de amplias áreas de defecto cutáneo, por encima de los injertos libres<sup>31</sup>, aspecto corroborado en el estudio.

La presencia del síndrome de Frey en la literatura revisada es ambigua. En algunas casuísticas puede no ser evidenciado y otras señalan hasta un 60% de incidencia. La gran mayoría de las parálisis faciales son temporales oscilando entre 6,4 a 46% y las permanentes 4 a 5,55%. En caso de infiltración del nervio facial, se requiere su sacrificio<sup>28</sup>. El porcentaje de parálisis temporales y síndrome de Frey se ajustó a lo informado en la literatura. El compromiso del séptimo par por las metástasis ganglionares, incremento el número de parálisis totales a un 30%.

La presencia de enfermedad ganglionar metastásica representa el principal factor pronóstico para la disminución de la supervivencia, respecto a los pacientes que no lo tienen. Otros factores pronósticos que se correlacionan con la recurrencia y la supervivencia son la invasión extracapsular y el tamaño del tumor primario. Son usados como indicación para tratamiento adyuvante<sup>1,9,7,11,32</sup>.

La radioterapia adyuvante posterior a procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la enfermedad locoregional disminuye la aparición de recaídas. Se asocia también con mejoría de la supervivencia<sup>1,32</sup>. El valor de la inclusión de quimioterapia para prevenir las recidivas cervicales y su impacto favorable en la supervivencia global está aún por precisar. La adición de tratamiento adyuvante posterior a la cirugía resalta el valor del manejo multidisciplinario<sup>7</sup>. El cuarenta por ciento de la serie no recibió tratamiento adyuvante debido a las largas listas de espera y las frecuentes pausas en el tratamiento radiante por deterioro de los equipos. La mortalidad final se ubicó en 60%.

La limpieza quirúrgica paliativa con el desbridamiento del tejido necrótico y el retiro de vermes, puede disminuir el dolor, la fetidez, la infección, el exudado y la posibilidad de una hemorragia mayor<sup>33</sup>. La ligadura operatoria de los vasos arteriales del territorio comprometido, continúa siendo una alternativa hemostática valiosa para la oclusión de las hemorragias en las patologías cervicofaciales<sup>34</sup>. Ambas alternativas se usaron en los pacientes con recaídas locales y persistencia de enfermedad regional.

### **Conclusión**

La cirugía en la actual serie de casos representó la opción inicial de tratamiento regional de las cuencas ganglionares comprometidas por neoplasias malignas cutáneas cervicofaciales, en los casos de adenopatías palpables o por la presencia de factores de riesgo. La disección cervical incluyó los grupos ganglionares involucrados y se extendió a aquellos con riesgo de metástasis ocultas. La glándula parótida es un sitio frecuente de diseminación regional. El manejo terapéutico de la enfermedad ganglionar por cáncer de piel en cabeza y cuello es multidisciplinario.

### **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 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.
- 2 Lubov J, Labbe M, Sioufi K, Morand G, Hier M, Khanna M, Sultanem K. Prognostic factors of head and neck cutaneous squamous cell carcinoma. *J Oto Head & Neck Surg.* 2021; 50: 54. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40463-021-00529-7>.
- 3 Troiani T, De Falco V, Napolitano S, Trojaniello C. How we treat locoregional melanoma. *ESMO Open.* 2021; 6 (3). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100136>.
- 4 Heasley D, Toda S, Mihn M. Patología del melanoma maligno. *Clin Qui N Am.* 1996; 6: 1247-1280.
- 5 Dinehart S, Jansen Th. Cancer of the Skin. In: Myers E, Suen J. Editors. *Cancer of the Head and Neck. Third Edition* W.B. Saunders Company, 1996; p. 143-159.
- 6 Maubec E. Update on the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *Acta Derm Venereol* 2020; 100: adv00143. DOI: 10.2340/00015555-3498 .
- 7 Claveau J, Archmbault J, Ernst D, Giacomantonio C, Limacher J, Murray C, Parent F. Multidisciplinary management of locally advanced and metastatic cutaneous squamous cell carcinoma. *Curr Onc.* 2020; 27 (4): e399-407. DOI: <https://doi.org/10.3747/co.27.6015>.
- 8 Shah JP, Patel SG. Ganglios Linfáticos Cervicales. *Cirugía y oncología de cabeza y cuello. Tercera edición.* St. Louis: Mosby; 2003. 353-394.
- 9 Paleri V. Management of neck metastases in head and neck cancer. *J Lary & Otol.* 2016; 130 (S2): S161-169.
- 10 Fox M, Brown M, Golda N, Goldberg D, Miller Ch, Pugliano M. Nodal staging of high risk squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2019; 81 (2): 548-557. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.09.006.
- 11 Brown R, Osguthorpe D. Tratamiento del cuello en carcinomas cutaneous no melanocíticos. *Clin Oto N Am.* 1998; 5: 783-797.
- 12 Kepal N Patel. Neck Dissection: Past, Present, Future. *Surg Oncol Clin North Am.* 2005; 14: 461-477.
- 13 Robbins T. Neck Dissection Classification Update. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 128: 751-758.
- 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 Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, editors. *AJCC ncer staging manual (7th ed).* New York, NY: Springer; 2010.
- 16 Valls J. Experiencia en disecciones de cuello. *Rev Fac Med.* 2018; 41(1).
- 17 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)..
- 18 Briceño WJ, Briceño WA. Principios de cirugía oncológica. *Gac Med Caracas.* 2020; 128 (1): 12-22.
- 19 Myers E. Surgery of the head and neck. *Int J Head & Neck Sci.* 2017; 1(1): 1-4.
- 20 Valls J. Evolución de las disecciones de cuello en Venezuela. *Gac Med Caracas.* 2019;127(4):324-338.
- 21 Ahmed G, Kelly C. Head and neck melanoma: United Kingdom Multidisciplinary Guidelines. *J Laryng & Oto.* 2016; 130 (S2): S133-S141.
- 22 Sabag N, Yakobson A, Silberstein E. Recent changes and innovations in melanoma treatments. *IMAJ.* 2020; 22: 704-710.
- 23 Garriga Garcia E, Brito E. Disecciones de cuello en: Tumores de cabeza y cuello. Un enfoque práctico. [Internet] Disponible en: [https://www.academia.edu/36496236/Tumores\\_de\\_Cabeza\\_y\\_Cuello\\_Tumores\\_d\\_e\\_Cabeza\\_y\\_Cuello](https://www.academia.edu/36496236/Tumores_de_Cabeza_y_Cuello_Tumores_d_e_Cabeza_y_Cuello).
- 24 Rochlin D. Posterolateral neck dissection for malignant neoplasms. *Sur Gyn Obst* 1962; September: 369-373.
- 25 Brito E, Pacheco C, Garriga E. Disección posterolateral del cuello. *Rev Venez Onc* 1998; 10 (1): 18-28.
- 26 Robbins T. Adding clarity to the historical evolution of the selective neck dissection. *Head & Neck.* 2019: 1-3. DOI: 10.1002/hed.25704.
- 27 Robbins T, Samant S. Neck Dissection. En: Flint P Editor. *Cummings, Otolaryngology, Head& Neck Surgery.* 6ta edic. Elsevier; 2015: 1837.
- 28 Valls JC. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2017; 72 (octubre-diciembre).
- 29 Valls J, Lema MC. Historia de las incisiones cervicofaciales en cirugía oncológica. *Rev Soc Ven Hist Med.* 2018; 57.
- 30 Sobin LH. *TNM Classification of malignant tumours.* 6th Edition, New York. Wiley-Liss. 2002.
- 31 Luce E. Oncologic considerations in nonmelanotic skin cancer. *Clin Plastic Surgery* 1995; 22 (1): 71-77.
- 32 Murad A, Armstrong A, Braum Ch, Bordeaux J. Guidelines of care of the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2018; 78 (3): 560-578. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.10.007.
- 33 Valls J. Alternativas quirúrgicas en cirugía de cabeza y cuello. *Rev Fac Med.* 2022;45 (1): 84-98.
- 34 Valls J, Alfaro G, Papa I, Blanco A, Altuve L, Lacle J. Ligadura quirúrgica de vasos arteriales en situaciones de emergencia. *Rev Fac Med.* 2021; 44 (1): enero- abril.