



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de caso

Glosectomía parcial más vaciamiento de niveles cervicales I, II, III en el manejo del cáncer de lengua móvil

Partial glossectomy and neck dissection levels I, II, III in the management of the mobile tongue cancer

Arnulfo Torres G., MD¹, Helen Silva L., MD²

- 1 Médico, Especialista en Otorrinolaringología, Docente. Universidad de Cartagena.
- 2 Médico, Residente IV Año de Otorrinolaringología. Universidad de Cartagena Departamento de Cirugía, Sección Otorrinolaringología. Hospital Universitario del Caribe, Cartagena (Colombia).

Forma de Citar: Torres A, Silva H. Glosectomía parcial más vaciamiento de niveles cervicales I,II,III en el manejo del cáncer de lengua móvil. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello; 2015;43(1):50-56.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 24 de enero de 2014
Revisado: 30 de marzo de 2014
Aceptado: 15 de abril de 2014

Palabras clave:

Neoplasias de la lengua;
Glosectomía, Disección del cuello.

RESUMEN

Introducción: La incidencia del cáncer escamocelular de lengua ha venido incrementándose en las últimas décadas. Su presentación más usual es en el borde lateral, en la unión entre el tercio medio y posterior. Es más frecuente en hombres y se asocia con ingesta de alcohol y tabaco, radiación ultravioleta, virus humanos (papilomavirus), entre otros. **Objetivo:** Presentar el caso y técnica quirúrgica realizada en una paciente con carcinoma escamocelular de borde lateral de lengua estadio III, requiriendo glosectomía parcial más vaciamiento cervical de niveles I, II y III ipsilateral y radioterapia postoperatoria. **Diseño:** Reporte de caso. **Materiales y métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 60 años que consultó por 5 meses de presencia de masa en lengua con limitación para la protrusión lingual, dolor con la ingesta de alimentos y otalgia izquierda, con biopsia que reportó carcinoma escamocelular infiltrante moderadamente diferenciado. **Resultados:** El reporte de patología confirmó carcinoma escamocelular bien diferenciado queratinizante infiltrante con márgenes

Correspondencia:

Helen Carolina Silva Lamus: felencsl@hotmail.com
Departamento de Cirugía, sección Otorrinolaringología.
Hospital Universitario del Caribe, Cartagena (Colombia)
Calle 29 # 50-50, Cartagena De Indias (Distrito Turístico y Cultural), Bolívar
Tel. (5) 6697200

libres y vaciamiento ganglionar con 2 niveles ganglionares comprometidos por tumor, indicándose Radioterapia postoperatoria. Dos años después de tratamiento, paciente no ha presentado recurrencia de lesión tumoral. *Conclusiones:* Al igual que el manejo quirúrgico del tumor primario y las diversas formas de reconstrucción del defecto por la glossectomía, los autores apoyamos la disección electiva supraomohioidea de cuello en pacientes N0, ya que el control de la enfermedad del cuello y la supervivencia pueden mejorar significativamente, si se realiza la disección cervical antes que las metástasis se hagan clínicamente evidentes.

ABSTRACT

Key words:

Tongue Neoplasms, Glossectomy, Neck Dissection.

Introduction: The incidence of squamous cell tongue cancer has been increasing in recent decades. Its most common presentation is on the lateral edge, at the junction of the middle and posterior third. It is more common in men and is associated with intake of alcohol and snuff, ultraviolet radiation, human viruses (human papillomavirus), among others. *Objective:* To present the case and surgical technique performed on a patient with squamous cell carcinoma of the tongue side edge Stage III, requiring partial glossectomy's neck dissection of levels I, II and III ipsilateral and postoperative radiotherapy. *Design:* Case report. *Materials and Methods:* We present the case of a 60 year old patient with five months of presence of a mass on tongue with limitation for protrusion, pain with food intake and left otalgia, whose biopsy reported invasive squamous cell carcinoma is presented moderately differentiated. *Results:* The pathology confirmed invasive squamous cell carcinoma keratinizing, well differentiated with clear margins and lymph node dissection with 2 nodal levels involved by tumor, indicating postoperative radiotherapy. Two years after treatment, patient has had no recurrence of tumor lesion. *Conclusions:* As with the surgical management of the primary tumor and various forms of reconstruction of the defect by glossectomy, the authors support supraomohyoid elective neck dissection N0 patients as disease control and survival neck can improve significantly, if cervical dissection is performed before metastases are clinically apparent.

Introducción

El carcinoma escamocelular (CEC) de lengua ocupa del 25 al 40% de los cánceres orales, posicionándose como el más común (1). En 2012 fueron estimados unos 12.770 nuevos casos en Estados Unidos. Más frecuente en hombres, en una relación 3:2; con una presentación entre la sexta y séptima décadas de la vida, sin embargo, en los últimos años se ha documentado una mayor incidencia en pacientes jóvenes, sobre todo mujeres blancas. (2). Su ubicación más habitual es el borde lateral de la lengua, en la unión entre el tercio medio y posterior. El tabaquismo, ingesta alcohólica, radiación ultravioleta, virus humanos (papilomavirus), deficiencias dietarias en vitamina A, E, C, Hierro e higiene dental deficientes hacen parte de la etiología de esta enfermedad (3, 4). El espectro clínico de estas lesiones varía, pudiendo ser totalmente asintomáticas, pero, debido a la pobre restricción que la musculatura intrínseca lingual provee al crecimiento del tumor, este puede adquirir un tamaño considerable antes de la producción de síntomas como sangrado, dolor, disfagia u odinofagia (5).

La lengua oral tiene una rica red linfática que la convierte en el sitio más frecuentemente asociado con metástasis

cervicales entre los cánceres de la cavidad oral (1). Las metástasis ocultas pueden estar presentes en 20 a 34% y la enfermedad metastásica es predictora de fallas en el tratamiento especialmente si hay presencia de diseminación extracapsular (6). En estadios tempranos, la cirugía es a menudo la forma preferida de tratamiento y debido a la incidencia de metástasis ganglionares ocultas es fundamental la disección cervical para el control locorregional. En estadios avanzados, la combinación de tratamiento quirúrgico y terapia coadyuvante con radioterapia y/o quimioterapia son llevadas a cabo.

Reporte de caso clínico

Mujer de 60 años que consultó a la sección de Otorrinolaringología de la ESE Hospital Universitario del Caribe (HUC), con 5 meses de presencia de masa en lengua con limitación para la protrusión lingual, dolor en el sitio de la lesión con la ingesta de alimentos y otalgia izquierda. En otra institución le fue tomada biopsia que reportó carcinoma escamocelular infiltrante moderadamente diferenciado y fue referida al HUC. Sin antecedente de tabaquismo ni alcoholismo.

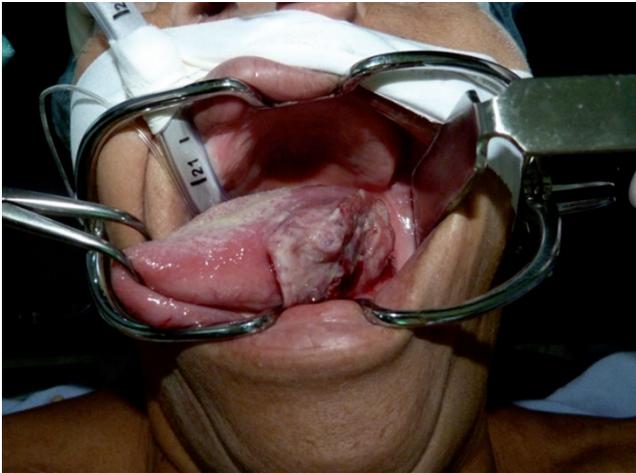


Figura 1. Carcinoma escamocelular bien diferenciado infiltrante de lengua móvil. Lesión exofítica, friable de 4.3 cm en borde lateral izquierdo de lengua con extensión ventral.

El examen físico mostró lesión de 4.3 cm de diámetro mayor, en borde lateral izquierdo de lengua con extensión ventral, exofítica, friable (Figura 1). A la palpación, había induración de la lesión que no comprometía la línea media. No había fijación lingual. El piso de la boca, trigono retromolar y base de la lengua estaban libres. Cuello negativo clínicamente.

La tomografía contrastada y resonancia magnética simple y con gadolinio, mostraron imagen irregular aumentada de señal en cara lateral izquierda de lengua, captadora de contraste en relación con proceso neoflativo, con normalidad en base de lengua, valléculas y epiglotis, sin imágenes de crecimiento ganglionar. (Figura 2). Los estudios de extensión para metástasis a distancia fueron negativos.

Se estadificó como carcinoma escamocelular de lengua móvil T3N0M0, indicándose Glosectomía Parcial Izquierda, vaciamiento ganglionar cervical de niveles I, II, III ipsilateral y traqueostomía.

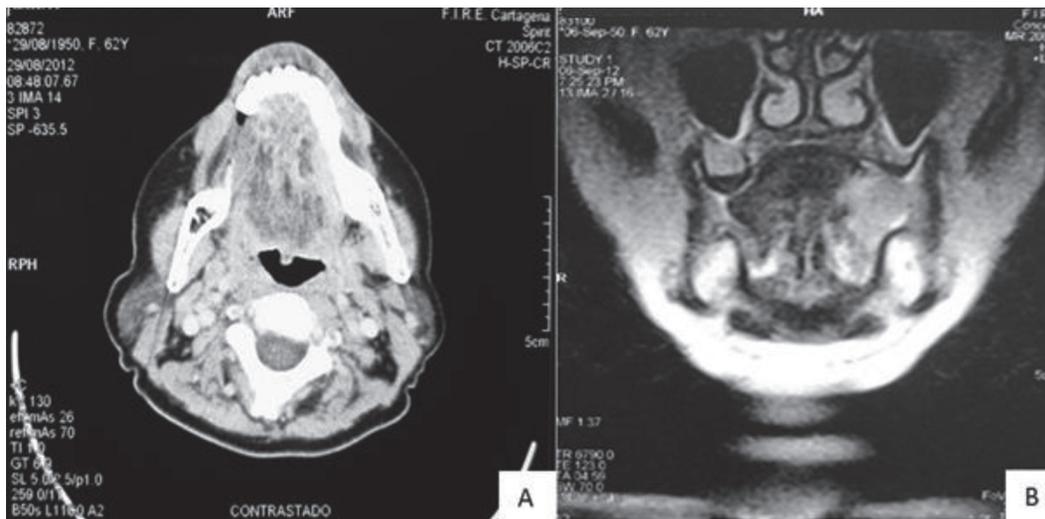


Figura 2. Paciente con diagnóstico de carcinoma escamocelular bien diferenciado infiltrante T3N0M0. Hallazgos en tomografía contrastada de cuello (A) y resonancia magnética con Gadolinio (B). Imagen en borde lateral de lengua izquierda con extensión ventral.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general, intubación orotraqueal, con lateralización cervical a la derecha, se realiza asepsia y antisepsia de región cervical y previa realización de traqueostomía, se realiza incisión que inicia inferior a punta de mastoides, desciende por la cara lateral del músculo Esternocleidomastoideo (ECM) siguiendo un pliegue de cuello, se dirige medialmente a la altura del cricoides y asciende por línea media hasta la región submental, comprometiendo piel, tejido celular subcutáneo, fascia cervical superficial y músculo Platisma.

Se eleva colgajo superior subplastico teniendo en cuenta el nervio Auricular Mayor y la vena Yugular Externa hasta la mandíbula, identificando y conservando rama marginal de nervio facial. El colgajo inferior expone el vientre posterior de músculo Omohioideo, Se incide la fascia de ECM en la

cara medial hasta el borde posterior. Se identifica el vientre posterior del músculo digástrico.

Se identifica nervio Accesorio Espinal y se eleva para disecar el nivel II b. La resección de este nivel se pasa por debajo del nervio accesorio espinal y se continúa disecando inferiormente el tejido medial al ECM completando la resección del nivel III que es llevado hacia la línea media. Se corta la fascia del músculo omohioideo. Se identifica el plexo cervical superficial, la vaina carotídea y vena yugular interna. Se identifican y ligan ramas de la vena yugular interna. (Figura 3)

En el nivel I, luego de haber preservado la rama marginal del nervio facial, se exponen los vientres anterior y posterior del músculo digástrico. Se identifica los vasos faciales y el nervio hipogloso, los cuales se disecan, clanean, seccionan y se ligan con suturas no absorbibles. Se

expone el músculo milohioideo y se eleva, encontrando el nervio lingual y conducto de Wharton, el cual se clampea, secciona y liga. Se reseca glándula submaxilar. Se disecciona región submental con resección de la glándula sublingual y tejido graso adyacente.

Con abre bocas de Jennings se expone cavidad oral, se fija hemilengua derecha con pinza de campo y se tracciona hacia anterior, se coloca punto de seda en hemilengua izquierda y se tracciona igualmente. Con cauterio, se realiza incisión lateral a la línea media, en dirección anteroposterior, continuando a la altura de la unión de los 2/3 posteriores de la lengua y a lo largo del piso de la boca, manteniendo márgenes adecuados, hasta que queda libre el espécimen lingual (Figura 4)

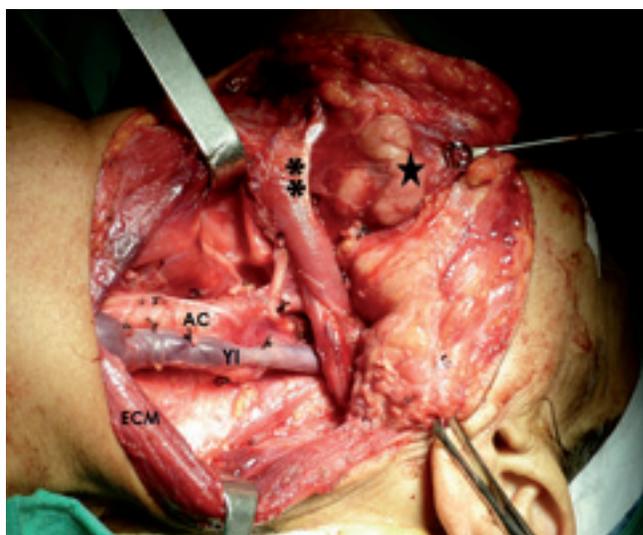


Figura 3. Diseción cervical ganglionar supraomohioidea. Se ha realizado el vaciamiento de niveles ganglionares II- III y disección de nivel I donde se muestra glándula submaxilar (estrella). Otras estructuras vistas en la imagen: vena Yugular Interna (YI), arteria Carótida Común (AC), tendón común de musculo Digástrico (asteriscos), músculo Esternocleidomastoideo (ECM)

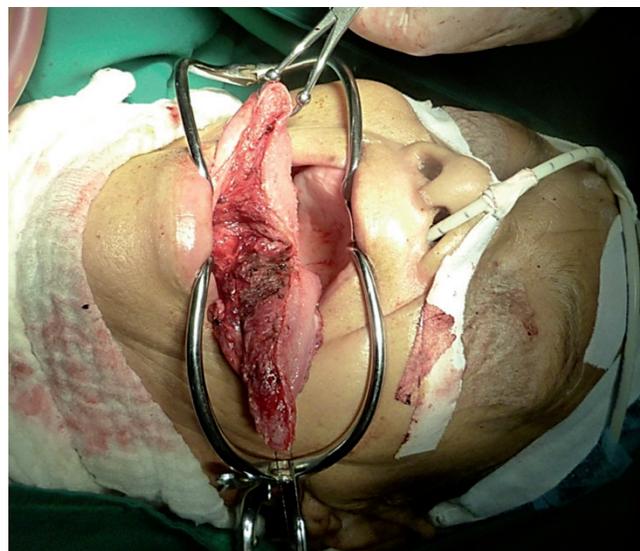


Figura 4. Resección de carcinoma escamocelular bien diferenciado, en borde lateral izquierdo de lengua con extensión ventral.

En muslo izquierdo, se toma injerto de piel de 0.018 mm de espesor y se cubre sitio donante con vendaje impregnado en ungüento antibiótico.

Se injerta piel de espesor parcial a bordes de resección y sutura con monofilamento no absorbible 4.0. (Figura 5). Se fija un vendaje capitonado sobre injerto. Se realiza hemostasia y cierre por planos con sutura de Poliglactina 910 y puntos separados en piel con sutura monofilamento no absorbible, previa colocación de drenaje de presión negativa.

Se dejó cánula de traqueostomía No. 6.0

El reporte de patología confirmó carcinoma escamocelular bien diferenciado queratinizante infiltrante con márgenes libres y vaciamiento ganglionar con 2 niveles ganglionares comprometidos por tumor, indicándose a Radioterapia postoperatoria. Dos años después de tratamiento, paciente no ha presentado recurrencia de lesión tumoral. (Figura 6)

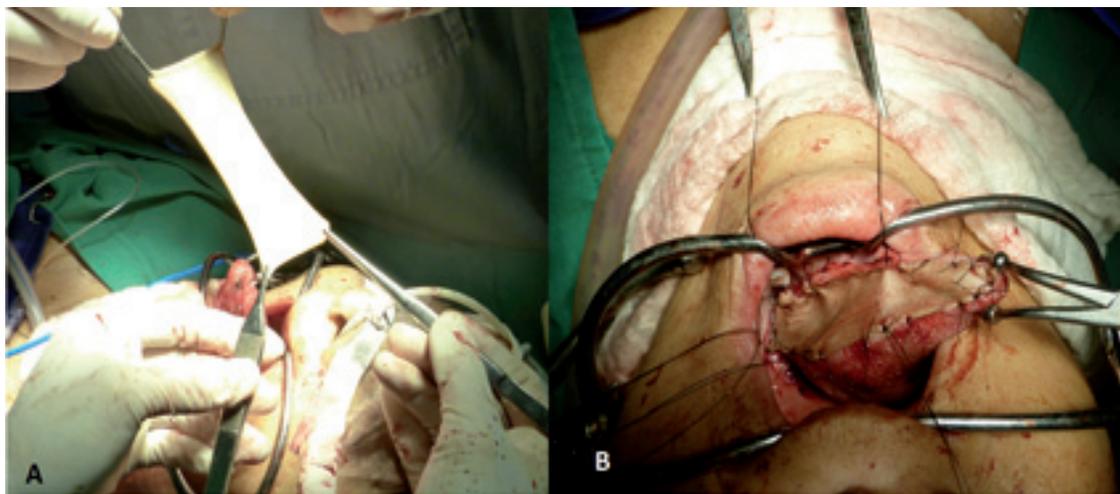


Figura 5. A) Injerto de piel de espesor parcial tomado de región anterior de muslo izquierdo. B) Reconstrucción lingual con injerto de piel.



Figura 6. Paciente a los 2 años del tratamiento quirúrgico y radioterapia, sin recurrencia de lesión tumoral y adecuada función deglutoria y del lenguaje.

Discussion

Pese a los avances en el diagnóstico y tratamiento del CEC de lengua móvil, este continúa teniendo mal pronóstico, con una supervivencia de 56% a 5 años (1). Se han reconocido predictores de pobre pronóstico tales como el estadio inicial, estado de los márgenes quirúrgicos, extensión de las metástasis ganglionares, diseminación extracapsular, invasión perineural y linfovascular.(6) (7)

En general, el manejo óptimo debe evaluar el cáncer primario y cualquier enfermedad metastásica. En cuanto más intenso sea el tratamiento, mejor el control locorregional y la supervivencia (6).

Los cánceres de cavidad oral han sido históricamente manejados de manera quirúrgica (8). En la mayoría de CEC de lengua, la glosectomía parcial es la opción quirúrgica para el tumor primario en estadios iniciales o formando parte del tratamiento multimodal en estadios avanzados. El manejo quirúrgico permite evaluar márgenes, compromiso perineural o invasión linfovascular, además de la profundidad y estadificación del tumor, permitiendo trazar un esquema de manejo (9). Usualmente se prefiere el manejo quirúrgico de cánceres T1/T2 de la cavidad oral para evitar los graves efectos secundarios de la radiación a la boca.

Tumores T3/T4 tradicionalmente han sido tratados con resección del primario, vaciamiento cervical en presencia o no de ganglios y radioterapia postoperatoria. La cirugía también se utiliza para el salvamento en el sitio primario si hay enfermedad residual o recurrente.(9)

La cirugía con intención curativa tiene como objetivo eliminar el tumor primario con márgenes de tejido normal entre 1-2 cm considerados usualmente suficientes para asegurar que toda la enfermedad macroscópica sea erradicada (6), aunque hay controversia sobre el rango de espesor de corte crítico de 2 a 10 mm sobre márgenes quirúrgicos, (1) y actualmente no existe un consenso sobre el margen adecuado (10).

Ya que la lengua, en comparación con otros compartimientos, no presenta un tabique en la línea media para restringir la diseminación tumoral, (11) tener márgenes li-

bres en la resección puede ser difícil. El tumor puede tener una infiltración profunda que dificulte decidir en donde debe estar el margen de resección. (12)

La reconstrucción lingual, puede darse por cierre primario del defecto, y colgajos locales, regionales o a distancia. Para defectos pequeños, el cierre primario del defecto con injertos de espesor parcial, pueden mejorar la función deglutoria y del habla (13). El cierre por segunda intención puede servir para defectos pequeños sobre todo en la lengua anterior.

Para pacientes con CEC de vía aerodigestiva superior, el manejo adecuado de los ganglios cervicales es un tópico importante e incluso polémico, que tiene una influencia significativa en la supervivencia. En general, el manejo agresivo sea quirúrgico o con radioterapia ha contribuido a mejorar el pronóstico (14). El manejo electivo terapéutico de los ganglios cervicales es recomendado para todos los pacientes de cáncer de lengua oral.

En Cuellos N0, el método óptimo de manejo continúa siendo controvertido (15). La incidencia de metástasis ocultas en los ganglios linfáticos regionales por CEC varía de 6 a 46% (16) correlacionándose con el tamaño, grado y profundidad del tumor primario. Para pacientes con tumores T1 y T2, sin evidencia clínica o radiológica de metástasis cervicales, el control de la enfermedad es de 80-90% mientras la supervivencia a 5 años para pacientes con estadio III o IV es de 18-55% (13). El tratamiento electivo del cuello N0 puede prevenir el aumento de la morbilidad, recurrencias y la necesidad de más cirugía radical, pero también pueden someter al paciente a una cirugía mayor innecesaria y sus riesgos asociados (17).

El tratamiento de cuello N0 se reduce a 2 opciones: irradiación electiva o disección electiva -que implica la resección quirúrgica de los ganglios linfáticos más implicados en albergar metástasis-. La irradiación selectiva puede limitar el uso de radioterapia en una segunda estancia, sobre todo en segundos tumores primarios en cabeza y cuello. Cuando ésta ha sido previamente realizada en la región de cabeza y cuello, es raramente factible como opción terapéutica. Por otro lado, si se desarrolla un segundo tumor primario y previamente hemos usado la cirugía como procedimiento terapéutico, tendremos a la mano la cirugía y la radioterapia como potenciales opciones de manejo en el tratamiento de un segundo primario (15). Ferlito et al, recomienda tratar el cuello N0 cuando la incidencia de metástasis ocultas sea mayor de 20%. Esta incidencia puede variar con el sitio de localización del primario, su tamaño y características específicas (15).

Myers et al, favorece la disección electiva de cuello más que la conducta de “esperar y ver”. La disección de niveles I a III y posibilidad de nivel IV al mismo tiempo que la extracción del tumor es recomendada para N0 y ciertos casos seleccionados de N+(17). La disección de cuello supraomohioideo eliminaría la mayoría de los ganglios linfáticos que puedan estar involucrados en metástasis ocultas de la lengua, incurriendo en una menor morbilidad.

Fasunla et al, mostró que la disección cervical electiva reduce el riesgo de muerte específica de la enfermedad en

comparación con la observación (18). Una revisión sistemática de Tandon et al, concluye que en pacientes con cuello N0, el nivel a tratar es el nivel II en pacientes con cáncer de cavidad oral. (19)

En pacientes con cuello N+, la disección cervical es efectiva para el tratamiento de pacientes N1 y algunos N2 sin compromiso extracapsular. Condiciones como metástasis cervicales múltiples, compromiso extracapsular, metástasis fijas y compromiso carotídeo o invasión perineural requieren radioterapia postoperatoria y/o quimioterapia. La radioterapia postoperatoria ha mostrado reducción en tasas de recurrencia en pacientes que presenten estas condiciones. (20)

Un factor que influye en la selección del tratamiento de cuello, es la modalidad con la que se tratara el tumor primario. Si se emplea radioterapia externa, el cuello es irradiado de manera simultánea. Igualmente, si la cirugía es la elegida como método de tratamiento para la lesión primaria, la disección electiva del cuello es realizada en la misma cirugía.

Por otra parte, la radioterapia ha emergido como un tratamiento viable sola o en combinación con cirugía o quimioterapia. Se usa como manejo definitivo, en el postoperatorio -como terapia adyuvante para pacientes que presentan factores de riesgo elevado o enfermedad avanzada- y como terapia de salvamento (7). Los pacientes que presentan enfermedad avanzada T3 o T4 o diseminación a ganglios linfáticos cervicales con o sin extensión extracapsular requieren de este tratamiento (21).

Conclusiones

El cáncer de lengua tiene un comportamiento localmente agresivo y su predisposición a metastatizar a ganglios linfáticos cervicales, hace que las medidas a tomar para su manejo sean más intensas para lograr un mejor control locorregional. Actualmente el cáncer localmente avanzado dista de ser el ideal, aunque una mejor comprensión de los factores pronósticos ayudarán en la elección de terapias que beneficien al paciente. Al igual que el manejo quirúrgico del tumor primario y las diversas formas de reconstrucción del defecto por la glossectomía, los autores apoyamos la disección electiva supraomohioidea de cuello en pacientes N0, ya que el control de la enfermedad del cuello y la supervivencia pueden mejorar significativamente, si se realiza la disección cervical antes que las metástasis se hagan clínicamente evidentes.

La radioterapia en pacientes de alto riesgo y con factores de mal pronóstico, sigue siendo una herramienta para el manejo agresivo de esta patología, ayudando a lograr la curación y disminución de las recurrencias.

Conflicto de intereses

Ninguno Declarado.

REFERENCIAS

1. Suslu N, Hosal AS, Aslan T, Sozeri B, Dolgun A. Carcinoma of the oral tongue: a case series analysis of prognostic factors and surgical outcomes. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71(7):1283-90.
2. Hilly O, Shkedy Y, Hod R, Soudry E, Mizrahi A, Hamzany Y, et al. Carcinoma of the oral tongue in patients younger than 30 years: comparison with patients older than 60 years. *Oral Oncol.* 2013; 49(10): 987-90.
3. Bachar G, Hod R, Goldstein DP, Irish JC, Gullane PJ, Brown D, et al. Outcome of oral tongue squamous cell carcinoma in patients with and without known risk factors. *Oral Oncol.* 2011;47(1):45-50.
4. McDowell JD. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Clin North Am.* 2006; 39(2): 277-94.
5. Robinson PN, Mickelson AR. Early diagnosis of oral cavity cancers. *Otolaryngol Clin North Am.* 2006; 39(2):295-306.
6. Fan KH, Lin CY, Kang CJ, Huang SF, Wang HM, Chen EY, et al. Combined-modality treatment for advanced oral tongue squamous cell carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2007; 67(2):453-61.
7. Bello IO, Soini Y, Salo T. Prognostic evaluation of oral tongue cancer: means, markers and perspectives (II). *Oral Oncol.* 2010; 46(9):636-43.
8. Hicks WL Jr, North JH Jr, Loree TR, Maamoun S, Mullins A, Orner JB, et al. Surgery as a Single Modality Therapy. *Am J Otolaryngol.* 1998; 19(1): 24-8.
9. Campana JP, Meyers AD. The surgical management of oral cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2006; 39(2):331-48.
10. Chang AM, Kim SW, Duvvuri U, Johnson JT, Myers EN, Ferris RL, et al. Early squamous cell carcinoma of the oral tongue: comparing margins obtained from the glossectomy specimen to margins from the tumor bed. *Oral Oncol.* 2013; 49(11): 1077-82.
11. Prince S, Bailey P. Squamous carcinoma of the tongue: review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1999; 37(3):164-74.
12. Montero PH, Palmer FL, Shuman AG, Patel PD, Boyle JO, Kraus DH, et al. A novel tumor: Specimen index for assessing adequacy of resection in early stage oral tongue cancer. *Oral Oncol.* 2014; 50(3): 213-20.
13. Sun J, Weng Y, Li J, Wang G, Zhang Z. Analysis of determinants on speech function after glossectomy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65(10): 1944-50.
14. Ferlito A, Rinaldo A, Robbins KT, Leemans CR, Shah JP, Shaha AR, et al. Changing concepts in the surgical management of the cervical node metastasis. *Oral Oncol.* 2003; 39(5):429-35.
15. Wei WI, Ferlito A, Rinaldo A, Gourin CG, Lowry J, Ho WK, et al. Management of the N0 neck reference or preference. *Oral Oncol.* 2006; 42(2):115-22.
16. Ferlito A, Silver CE, Rinaldo A. Elective management of the neck in oral cavity squamous carcinoma: current concepts supported by prospective studies. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 47(1): 5-9.
17. Cheng A, Schmidt BL. Management of the N0 neck in oral squamous cell carcinoma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008; 20(3):477-97.
18. Fasnula AJ, Greene BH, Timmesfeld N, Wiegand S, Werner JA, Sesterhenn AM. A meta-analysis of the randomized

- controlled trials on elective neck dissection versus therapeutic neck dissection in oral cavity cancers with clinically node-negative neck. *Oral Oncol.* 2011; 47(5): 320-4.
19. Tandon S, Munir N, Roland NJ, Lancaster J, Jackson SR, Jones TM. A systematic review and Number Needed to Treat analysis to guide the management of the neck in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Auris Nasus Larynx.* 2011; 38(6): 702-9.
 20. Myers EN, Fagan JJ. Treatment of the N+ neck in squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. *Otolaryngol Clin North Am.* 1998; 31(4):671-86.
 21. Ballonoff A, Chen C, Raben D. Current radiation therapy management issues in oral cavity cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2006; 39(2): 365-80.