

DISECCION POSTEROLATERAL DEL CUELLO

MENCION HONORIFICA PREMIO "BERNARDO GUZMAN BLANCO"

DR. EDGAR BRITO ARREAZA*, DR. CARLOS PACHECO SOLER**, DR. ESTEBAN GARRIGA GARCIA*,
DR. JOAQUIN LUGO***

Resumen: En el presente estudio presentamos la experiencia obtenida en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Oncológico "Padre Machado", en el empleo de la Disección Posterolateral del Cuello. Este procedimiento quirúrgico fue empleado en 9 pacientes los cuales presentaban el diagnóstico de melanoma, carcinoma epidermoide y carcinoma basocelular. En los pacientes en los cuales la disección se realizó en forma electiva, se evidenciaron ganglios positivos en el 25% ($1/4$), todos estos pacientes presentaban el diagnóstico de melanoma maligno. En los pacientes en los cuales se realizó la disección con carácter terapéutico, se evidenciaron ganglios positivos en el 60% de los casos ($3/5$). Este procedimiento permite la remoción del tumor primario y las vías de drenaje linfático en bloque, presentando resultados funcionales y estéticos satisfactorios. El control local de la enfermedad se logró en todos los casos, aunque el seguimiento en algunos pacientes fue corto.

Palabras Claves: Disección de Cuello, Cirugía, Tratamiento, Cáncer

INTRODUCCION

La disección posterolateral del cuello, es un procedimiento que permite la remoción de las áreas ganglionares de drenaje de la parte posterolateral de la cabeza y el cuello^(1, 2), para lo cual es necesario sacrificar la porción triangular del músculo trapecio, la parte superior del esplenio y el esternocleidomastoideo, el polo inferior de la parótida, la arteria occipital superficial, la vena yugular externa, el nervio espinal, los nervios gran occipital y occipital menor y el gran auricular⁽³⁾.

Los tumores malignos de la piel de la parte

posterior de la cabeza y el cuello hacen su diseminación hacia los ganglios linfáticos de la región posterolateral del cuello, ameritando muchas veces una disección posterolateral electiva o terapéutica. Dada la escasa frecuencia de las lesiones en esta localización, se realizan estas intervenciones quirúrgicas en muy pocas oportunidades.

El Hospital Oncológico "Padre Machado" (HOPM) es una institución de referencia nacional, lo cual nos ha permitido acumular una experiencia significativa. Esta operación cumple con el principio oncológico de reseca la lesión primaria con su correspondiente drenaje linfático. Es nuestro propósito divulgar un procedimiento poco conocido que nos parece útil en el tratamiento de estas lesiones. Para realizar la disección de la región posterolateral del cuello, es necesario conocer la anatomía de la re-

* Cirujano General, Cirujano Oncólogo, adjunto al Servicio de Cabeza y Cuello del H.O.P.M. M.A.S.V.O.

** Cirujano General, Cirujano Oncólogo, M.A.S.V.C. M.A.S.V.O.

*** Cirujano General, Cirujano Oncólogo, adjunto al Servicio de Cabeza y Cuello del H.O.P.M. M.T.S.V.O.

gión posterior (nuca) y la región lateral, pues el procedimiento va desde el músculo trapecio, en su porción posterior, hasta la vena yugular interna^(4, 5, 6, 7).

Indicaciones

Los carcinomas que se localizan en la piel de la parte posterior de la cabeza y cuello, y que tienen alta potencialidad de diseminarse por vía linfática. Ellos son:

1. Carcinoma epidermoide

Ha sido tema de controversia desde hace muchos años la necesidad de realizar disecciones electivas. Nadie discute que ante la presencia de adenopatías palpables (clínicamente positivas), debe hacerse una disección terapéutica sin tomar en cuenta el tamaño de la lesión.

Tenemos el concepto de que a los carcinomas epidermoides mayores de 4 cm. de diámetro o que lleguen con profundidad al periostio debe practicárseles una disección electiva

2. Melanoma

Los melanomas con un grosor mayor de 1,5 mm. según la escala de Breslow⁽⁸⁾ parecen beneficiarse de una disección electiva. No se discute tampoco la necesidad de una disección terapéutica en estas lesiones⁽⁹⁾.

3. Los tumores malignos de los anexos de la piel

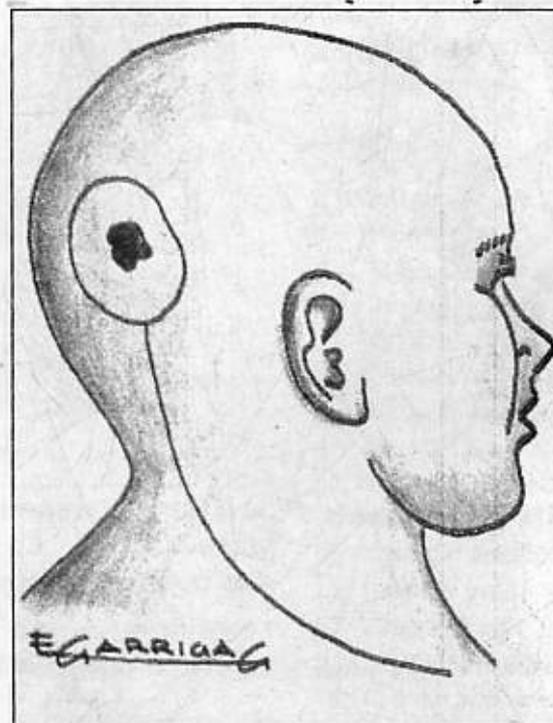
Son tumores poco frecuentes pero con tendencia a dar metástasis regionales, sobre todo en estas localizaciones. El procedimiento está indicado ante la presencia de adenopatías⁽¹⁰⁾.

Descripción técnica del procedimiento

La posición del paciente en la mesa operatoria dependerá de la localización del tumor primario; generalmente el paciente se coloca en decúbito ventral con el lado de la lesión elevado en 45 grados.

La incisión de la piel se diseña de tal manera que incluya de una vez la resección de la lesión primaria, siempre que esto sea posible (figura Nº 1).

Figura Nº 1



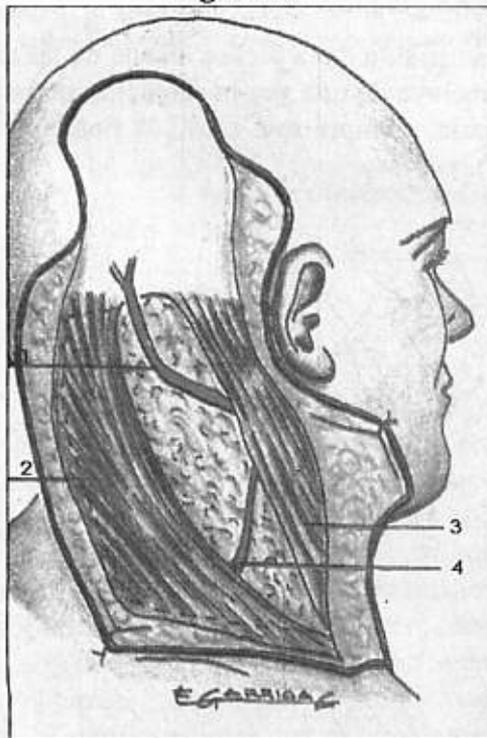
Se muestra la incisión utilizada que contempla la resección del tumor primario.

El tejido en la nuca propiamente dicho es más fibroso y denso que en la región lateral del cuello y por lo tanto el sangramiento es mayor, siendo recomendable el uso del electrocauterio para incidir los distintos planos.

Usamos por lo general una incisión de dirección vertical y oblicua que se extiende desde la lesión primaria hasta el borde antero-superior del músculo trapecio. Se levantan dos colgajos, uno anterior que llega hasta el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y debe incluir las fibras del platismo aunque este músculo generalmente no va más allá de la yugular externa en sentido posterior. El colgajo posterior se levanta hasta la línea media posterior. Seccionamos los músculos trapecio y esplenio al nivel de su inserción en la línea nuchal

y el ligamento nucae, podemos entonces retraer el músculo semiespinoso para de esta manera abordar los ganglios occipitales profundos del triángulo suboccipital, la disección a este nivel debe ser cortante debido a lo fibroso del tejido areolar. Se sacrifican el nervio gran occipital y la arteria occipital superficial. Se continúa la operación seccionando transversalmente los músculos esplenio y trapecio al nivel de la sexta vértebra cervical. El músculo elevador de la escápula se identifica y se preserva. A continuación se secciona el músculo esternocleidomastoideo al nivel de la apofisis mastoides del hueso temporal junto con la cola de la glándula parótida. El nervio espinal se secciona muy cerca de la vena yugular interna a su salida de la base del cráneo (Fig. N° 2 y 3).

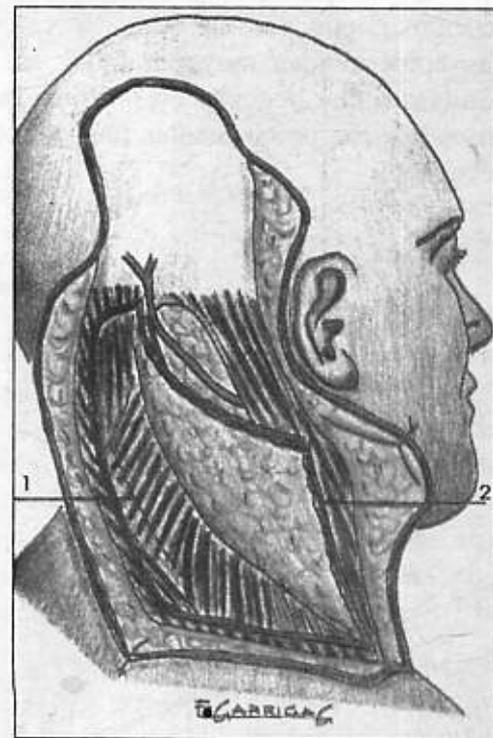
Figura N° 2



Se extirpó la lesión primaria con márgenes adecuados y se disecciona un colgajo anterior y posterior.

1. Nervio occipital menor
2. Trapecio (la línea punteada muestra el sitio de corte)
3. Externocleidomastoideo
4. Nervio espinal

Figura N° 3

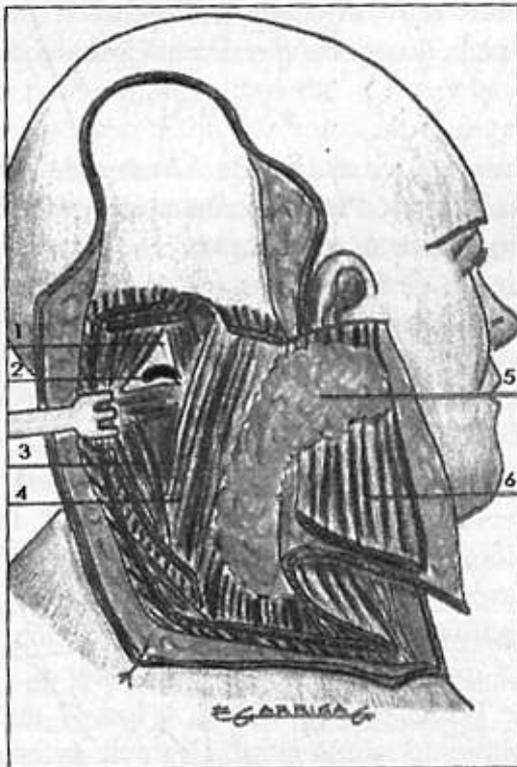


Se levanta el trapecio y se expone el segundo plano muscular. La línea punteada señala el sitio de corte del esplenio

1. Esplenio
2. Trapecio y Tejido célula-ganglionar debajo de este

Se procede entonces a disecar la vena yugular interna, dejándola completamente libre de su adventicia y del tejido célulo-ganglionar que la acompaña. Al seccionar el músculo

Figura Nº 4

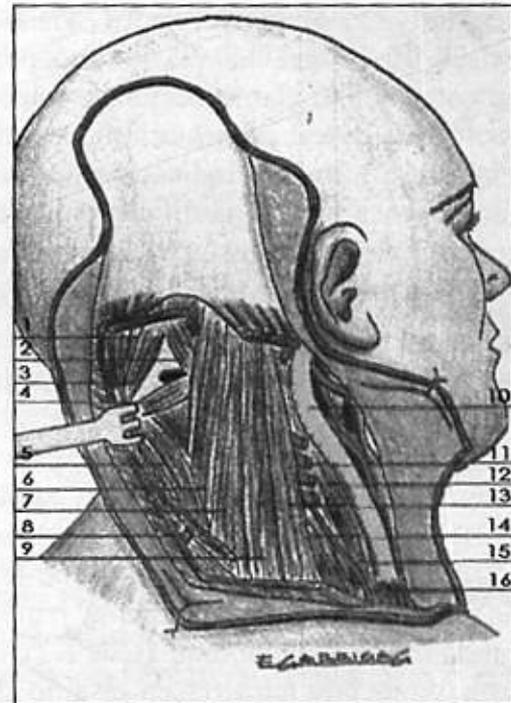


Una vez seccionado el esplenio arriba y abajo y retrayendo el músculo semiespinoso de la cabeza, se disecciona (en continuidad), el tejido célulo-ganglionar del triángulo suboccipital

1. Triángulo suboccipital
2. Arteria vertebral
3. Semiespinoso del cuello
4. Largo de la cabeza
5. Tejido célulo-ganglionar del triángulo suboccipital diseccionado (ganglios occipitales profundos)
6. Esplenio

externocleidomastoideo dos centímetros por encima de la clavícula obtenemos el espécimen (Fig. Nº 4 y 5).

Figura Nº 5



Se levanta el trapecio y se expone el segundo plano muscular. La línea punteada señala el sitio de corte del esplenio

1. Recto menor
2. Oblicuo superior
3. Recto mayor
4. Oblicuo menor
5. Semiespinoso del cuello
6. Largo de la cabeza
7. Elevador de la escápula
8. Nervio espinal (cortado)
9. Escaleno posterior
10. Vena yugular interna
11. Ramas del plexo cervical (cortado)
12. Escaleno anterior
13. Escaleno medio
14. Plexo braquial
15. Nervio frénico
16. Externocleidomastoideo

Se suturan los colgajos dejando "in situ" un sistema de drenaje por aspiración continua. El defecto de la lesión primaria puede cubrirse con injertos libre de piel o colgajos locales⁽¹²⁾.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó el procedimiento en 9 pacientes del Hospital Oncológico "Padre Machado" desde el 20-05-87 al 15-11-95. Se recopilaron los siguientes datos: identificación, edad, sexo, localización de la lesión primaria, histopatología de la lesión primaria, indicación del procedimiento, técnica y sus modificaciones, complicaciones, resultado histopatológico de la pieza, tratamiento adyuvante, evolución y seguimiento.

Presentación de los casos

Caso 1

Paciente masculino de 58 años de edad, referido al Hospital Oncológico "Padre Machado" (HOPM), debido a una lesión que le fue extirpada en región parieto-occipital izquierda e informada como melanoma (Clark IV). Al examen se apreciaba cicatriz en el sitio de la resección y no se palpaban adenopatías cervicales. Se intervino quirúrgicamente el 20-05-87 realizándole ampliación de márgenes, colocación de un injerto libre y una disección posterolateral. El estudio anatomopatológico no encontró tumor en los márgenes ni ganglios positivos. No recibió tratamiento adyuvante. El paciente falleció a los 29 meses de operado por metástasis pulmonares

Caso 2

Paciente masculino de 60 años de edad. En 1986 se le extirpó un carcinoma epidermoide del cuero cabelludo en región occipital derecha. Fue operado en el Hospital Central de Cumaná y en el estudio de anatomía patológica se encontraron los márgenes positivos, por lo que se le suministró Radioterapia Externa y Quimioterapia postoperatoria. Fue referido en 1989 al HOPM por presentar recidiva tumoral y se le palpó una adenomegalia espinal. Se interviene el 15-03-89 practicándose exéresis de la lesión

incluyendo la tabla externa del occipital, disección posterolateral del lado derecho y reconstrucción con un colgajo local. Fue informado como un carcinoma basoescamoso con infiltración de tejidos blandos de la nuca y sin ganglios positivos. En junio de 1989 le extirpan 3 lesiones retroauriculares diferente a las antes extirpada. Luego se pierde el seguimiento.

Caso 3

Paciente masculino de 67 años de edad. Es referido al HOPM por habersele extirpado una lesión tumoral pigmentada en la nuca, lado izquierdo, informada como melanoma (Clark IV). Al examen se aprecia una cicatriz consolidada y no palpaban adenopatías cervicales. Se intervino el 21-04-89 y se realizó una ampliación de los márgenes locales y una disección posterolateral del lado izquierdo, electiva, con preservación del nervio espinal y el esternocleidomastoideo. No presentó complicaciones. Anatomía patológica no encontró tumores en los márgenes ni en los 19 ganglios encontrados en la disección. Recibió quimioterapia adyuvante DTIC por 12 ciclos. A los 47 meses de seguimiento se encontraba libre de enfermedad.

Caso 4

Paciente masculino de 49 años de edad. Se le practicó una biopsia incisional de una lesión pigmentada en el hombro izquierdo diagnosticada como melanoma (Clark IV), motivo por el cual acude al HOPM. No se palpaban adenopatías cervicales. Se intervino quirúrgicamente el 23-06-89 realizándose extirpación amplia de la lesión y una disección posterolateral. Evoluciona sin complicaciones. El estudio del espécimen informó melanoma (Clark IV) con márgenes negativos y los 16 ganglios estudiados con adenitis crónica. Recibió Interferón a título adyuvante y a los 11 meses de seguimiento se encontraba sin evidencia de enfermedad; luego se pierde de control.

Caso 5

Paciente masculino de 83 años de edad. Referido al HOPM con antecedente de extirpación

en 1985 de un tumor en la región infraauricular derecha, informado como carcinoma sugestivo de hidradenoma maligno de células claras. Le practicaron en aquella oportunidad una disección modificada del cuello del mismo lado y radioterapia postoperatoria (6000 cGy). En 1989 le realizan una parotidectomía izquierda por infiltración difusa de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Al examen se apreciaba una masa en la región de la nuca, lado derecho de 7 cm. de diámetro. El 14-03-90 se le practica una disección posterolateral derecha. El informe de anatomía patológica reporta: fragmento de tejido fibro-adiposo difusamente infiltrado por carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Recibe radioterapia adyuvante, solo 3000 cGy, ya que se le había administrado previamente en la zona 6000 cGy. Se pierde del seguimiento.

Caso 6

Paciente masculino de 90 años de edad. Es enviado al HOPM por habersele extirpado una lesión en la piel de la región retroauricular del lado derecho que resultó un melanoma. Al ingreso se aprecia una cicatriz bien consolidada y no se palparon adenopatías. Se realiza el 17-04-90 ampliación de márgenes y una disección posterolateral derecha electiva.

Evoluciona sin complicaciones. En la ampliación de márgenes no se encuentra tumor y en la disección habían tres ganglios positivos de los 17 estudiados. Tres meses más tarde se descubre una metástasis en la piel del abdomen (hipocondrio derecho) y al ultrasonido se aprecian metástasis hepáticas. Se refiere al servicio de Oncología Médica pero se pierde el control.

Caso 7

Paciente masculino de 74 años de edad. Le resecan en el Hospital General "Miguel Pérez Carreño" del IVSS, en junio de 1990, una lesión en región temporo-parietal izquierda informada como carcinoma epidermoide bien diferenciado. Desde julio de 1993 nota adenopatías cervicales del lado izquierdo por lo que

acude al HOPM. Al examen se palpan adenopatías en cadena espinal, yugular media y superior del lado izquierdo. El 15-12-93 se realiza una disección posterolateral izquierda sin complicaciones. El informe de anatomía patológica demuestra carcinoma epidermoide en plastrón de 4 x 4 cm. y en 4 de 8 ganglios adicionales estudiados. Recibió radioterapia adyuvante en su localidad (Hospital Central de Maracay) y su último control fue a los 2 meses de operado, sin evidencia de enfermedad.

Caso 8

Paciente masculino de 39 años de edad. Consulta al HOPM por presentar adenopatías cervicales. Al examen se aprecian adenopatías espinales, suboccipitales y parotídeas la mayor de 4 x 4 cm. y una lesión pigmentada en el cuero cabelludo en región temporo-parietal izquierda.

El 29-06-94 se interviene realizándole una exéresis amplia de la lesión en cuero cabelludo con reconstrucción con colgajo local y una disección posterolateral izquierda con parotidectomía superficial (preservando el nervio facial). Anatomía patológica informa como nevus azul la lesión de cuero cabelludo y metástasis de melanoma en los 5 ganglios suboccipitales, en 1 de los 2 parotídeos y en ninguno de los submaxilares. Recibió radioterapia adyuvante (6600 cGy) y quimioterapia (DTIC, Platino e Interferón). En marzo de 1995 ingresa al hospital por trastornos neurológicos (marcha y lenguaje). La resonancia magnética (RMN) muestra múltiples imágenes en parénquima cerebral compatibles con metástasis. Egresada del hospital en malas condiciones.

Caso 9

Paciente femenina de 82 años de edad quien presenta lesión ulcerada en región occipital izquierda de 3 años de evolución, de 10 cm. de diámetro, cuya biopsia reportó carcinoma ulcerado. Infiltrante de glándulas sudoríparas ecricinas. Al examen físico se evidencian múltiples adenopatías espinales y occipitales. El 15-11-

95 se interviene realizándole una exéresis amplia de la lesión en cuero cabelludo con reconstrucción con colgajo local y una disección posterolateral izquierda. Anatomía patológica reporta un carcinoma basoescamoso de patrón adenoideo, bordes de resección libres de neoplasia; con 6 ganglios linfáticos negativos. En postoperatorio no presenta complicaciones. No se aplica tratamiento adyuvante.

RESULTADOS

Se intervinieron con este procedimiento 9 pacientes. El promedio de edad fue de 64,67 años, con un rango de 39 a 90 años. El melanoma fue el tipo histológico más frecuente asociado a disección posterolateral con $\frac{5}{9}$ casos (55,56%), seguido en orden de frecuencia por $\frac{2}{9}$ casos de carcinoma epidermoide y $\frac{2}{9}$ casos de carcinoma basoescamoso, lo cual representa el 22,22% para ambos grupos (tabla I).

Tabla I
Fecha de la Intervención, Edad, Lugar del Primario e Histopatología

| <i>Paciente</i> | <i>Fecha</i> | <i>Edad</i> | <i>Lugar del Primario</i> | <i>Histopatología</i> |
|-----------------|--------------|-------------|---------------------------|-----------------------|
| 1 | 05-87 | 58 | Parieto-occipital | Melanoma |
| 2 | 03-89 | 60 | Occipital | Ca. Basoescamoso |
| 3 | 04-89 | 67 | Nuca | Melanoma |
| 4 | 06-89 | 49 | Hombro | Melanoma |
| 5 | 03-90 | 83 | Auricular-parotídea | Ca. Epidermoide |
| 6 | 04-90 | 90 | Retro-auricular | Melanoma |
| 7 | 12-93 | 74 | Temporo-parietal | Ca. Epidermoide |
| 8 | 06-94 | 39 | Desconocida | Melanoma |
| 9 | 11-95 | 82 | Occipital | Ca. Basoescamoso |

En el 44.44% de los casos ($\frac{4}{9}$), la indicación de la disección posterolateral fue electiva y siempre en melanoma (Clark IV en tres de ellos y en uno no se precisó la profundidad). En los otros cinco pacientes existía evidencia clínica de adenopatías regionales.

De los 9 casos, en tres se realizó en conjunto la extirpación de la lesión primaria (pues en el caso número 8 no se encontró el primario y se pensó en una lesión pigmentada cercana, que finalmente fue

un nevus azul. En 3 casos, la extirpación del primario se realizó fuera del HOPM y no había seguridad en los márgenes, por lo que fueron ampliados y estudiados. En un caso se preservó el músculo esternocleidomastoideo y el nervio espinal. Se añadió una parotidectomía total (caso número 6) por ser área de drenaje linfático de la lesión primaria en este paciente y una parotidectomía superficial (caso número 8) por presencia de adenopatías parotídeas, ambos casos con preservación del nervio facial (tabla II).

Tabla II
Indicación de la intervención y procedimiento realizado

| <i>Paciente</i> | <i>Indicación</i> | <i>Procedimiento realizado</i> |
|-----------------|-------------------|---|
| 1 | Electiva | AM + DPL |
| 2 | Terapéutica | ELP + DPL |
| 3 | Electiva | AM + DPL + Preserv. N. Espinal y Externocl. |
| 4 | Electiva | ELP + DPL |
| 5 | Terapéutica | DPL |
| 6 | Electiva | AM + DPL + Parotidectomía Total |
| 7 | Terapéutica | DPL |
| 8 | Terapéutica | DPL + Parotidectomía Superficial |
| 9 | Terapéutica | DPL |

AM: Ampliación de márgenes quirúrgicos

DPL: Disección Postero-Lateral

ELP: Extirpación de la lesión Primaria

En los tres casos tratados simultáneamente (números 2, 4 y 9), el resultado de anatomiza patológica fue carcinoma basoescamosos recidivado, melanoma Clark IV y carcinoma basoescamoso respectivamente, en todos los casos presentaron márgenes libres de tumor. En ninguno de los casos en que se ampliaron márgenes

(números 1, 3 y 6) se encontró enfermedad. En el caso número 8 se sospechó que una lesión pigmentada de cuero cabelludo de la región temporo-parietal derecha era el primario pero resulto un nevus azul y dicho primario permaneció desconocido (tabla III).

Tabla III
Indicación de la intervención y procedimiento realizado

| <i>Paciente</i> | <i>Indicación</i> | <i>Procedimiento realizado</i> |
|-----------------|-------------------|---|
| 1 | Electiva | AM + DPL |
| 2 | Terapéutica | ELP + DPL |
| 3 | Electiva | AM + DPL + Preserv. N. Espinal y Externocl. |
| 4 | Electiva | ELP + DPL |
| 5 | Terapéutica | DPL |
| 6 | Electiva | AM + DPL + Parotidectomía Total |
| 7 | Terapéutica | DPL |
| 8 | Terapéutica | DPL + Parotidectomía Superficial |
| 9 | Terapéutica | DPL |

AM: Ampliación de márgenes quirúrgicos

DPL: Disección Postero-Lateral

ELP: Extirpación de la lesión Primaria

En los casos en que la disección posterolateral se realizó de forma electiva (números 1, 3, 4

y 6), el estudio de anatomía patológica demostró solo ganglios positivos en el caso numero 6

(metástasis de melanoma en 3 de 17 ganglios estudiados), lo que representa el 25%. Cuando se realizó en forma terapéutica (casos número

2, 5, 7, 8 y 9), solo en dos casos no se encontraron ganglios positivos (números dos y 9), lo que representa el 60% (tabla IV).

Tabla IV
Resultado Anatomopatológico de la Disección Posterolateral

| <i>Paciente</i> | <i>Estado Ganglionar</i> |
|-----------------|-------------------------------------|
| 1 | Negativo |
| 2 | Negativo |
| 3 | Negativo |
| 4 | Negativo (adenitis crónica 16/16) |
| 5 | Infiltración difusa Ca. Epidermoide |
| 6 | 3/17 |
| 7 | Plastrón Ganglionar 4 x 2 cm. + 4/8 |
| 8 | Suboccipitales 5/5 + Parotídeos 1/2 |
| 9 | Negativo |

Se utilizó solamente radioterapia, de manera adyuvante, en 2 casos de carcinoma epidermoide (números 5 y 7); en el caso número 5 se administraron solamente 3000 cGy pues había recibido anteriormente 6000 cGy en la misma localización.

Se indicó quimioterapia adyuvante en 2 casos de melanoma: en uno DTIC por 4 ciclos (caso número 3) y en otro Interferón (caso número 4).

En el caso número 8 se aplicó radioterapia hasta una dosis de 6600 cGy y quimioterapia con DTIC, Platino e Interferón (tabla V).

Tabla V
Tratamiento Adyuvante (Radioterapia - Quimioterapia)

| <i>Paciente</i> | <i>Tratamiento Adyuvante</i> |
|-----------------|---|
| 1 | No |
| 2 | No |
| 3 | Quimioterapia (DTIC 4 ciclos) |
| 4 | Quimioterapia (Interferón) |
| 5 | Radioterapia 3000 cGy (había recibido previamente RT) |
| 6 | No |
| 7 | Radioterapia (en su localidad Maracay) |
| 8 | Radioterapia 6600 + Quimioterapia (DTIC + Platino + Interferón) |
| 9 | No |

El seguimiento de los pacientes fue de 2 a 47 meses con un promedio de 13 meses. Tres

de los cinco pacientes con diagnóstico de melanoma tuvieron mala evolución por metástasis

a distancia y sin enfermedad local o regional. El caso número 1 murió a los 29 meses del tratamiento por metástasis pulmonares; el caso número 6 presentó a los 3 meses de intervenido metástasis en la piel del hipocondrio derecho y

en el hígado; en caso número 8 reingresa a los nueve meses de tratado con trastornos neurológicos (marcha y lenguaje; se evidencian metástasis cerebrales por resonancia magnética nuclear (tabla VI).

Tabla VI
Tiempo de Seguimiento y Evolución de los pacientes

| <i>Paciente</i> | <i>Seguimiento</i> | <i>Evolución</i> |
|-----------------|--------------------|---|
| 1 | 29 m. | Muerto (Metástasis pulmonar) |
| 2 | 3 m. | Libre de Enfermedad |
| 3 | 47 m. | Libre de Enfermedad |
| 4 | 11 m. | Libre de Enfermedad |
| 5 | 0 m. | Perdido de Seguimiento |
| 6 | 3 m. | Con Enfermedad (Metástasis Piel Hd Y Hepática) |
| 7 | 2 m. | Libre de Enfermedad |
| 8 | 9 m. | Con Enfermedad (Metástasis Intracerebral {Malas Condiciones}) |
| 9 | 2 m. | Libre de Enfermedad |

DISCUSION

La primera descripción de la disección posterolateral se debe a Donald B. Rochlin, la cual apareció descrita en *Surgery Gynecology & Obstetrics* en septiembre de 1968. Rochlin la llamó de esta manera, Disección Posterolateral y, la desarrolló en cadáveres, habiendo acumulado cuatro casos en el momento de su publicación⁽¹⁾.

En los trabajos que hemos podido obtener, la encontramos luego descrita como disección de la parte posterior del cuello por John V. Wander y Prabir K. Chaudhuri de Chicago en la misma publicación *Surgery Gynecology & Obstetrics* en julio de 1976⁽³⁾. La revista *Laryngoscope* de junio 1983 incluye la Aplicación de la Disección Posterior del Cuello en el Tratamiento de los Melanomas del Cuero cabelludo⁽¹²⁾. No es sino hasta 1985 cuando la encontramos incluida en un libro de texto: *Cutaneous Melanoma* de Charles M. Balch y Gerald W. Milton⁽¹³⁾. En 1988, aparece en la tercera edición del Atlas de Cirugía y Cabeza y Cuello de Loré⁽¹⁴⁾.

Tiene cabida en la moderna clasificación de las disecciones de cuello que hace K. Thomas Robbins en el libro *The neck Diagnosis and Surgery* editado por Williams Shocley y Harold C. Pillsbury⁽²⁾.

En nuestro país al consultar varios cirujanos, que se ocupan de la cirugía de cabeza y cuello con frecuencia, estos refirieron haberla realizado de manera ocasional o como parte de una disección radical clásica por haberse extendido las lesiones hasta la nuca.

En el Instituto de Oncología "Luis Razetti", el cual cuenta con un prestigioso servicio dedicado a esta especialidad, también se ha realizado en contadas ocasiones.

Nuestro primer caso data de mayo de 1987 y se trataba de un melanoma del cuero cabelludo; seguimos en esa oportunidad de la manera más fiel posible la descripción de Wander y Chaudhuri⁽³⁾, única referencia bibliográfica de la cual teníamos conocimiento para ese momento y la cual nos ha servido de patrón en el resto de nuestro casos.

La decisión de llevar a cabo el procedimiento, nació de la inquietud que nos generó un paciente que consultó al hospital por un melanoma Clark IV, ulcerado, en la región parieto-occipital el cual había sido resecado fuera del hospital. Fue discutido en la reunión del departamento de cabeza y cuello con la finalidad de ofrecerle algún tipo de tratamiento complementario. Ya estábamos en conocimiento del trabajo publicado por Wander y Chaudhuri⁽³⁾, y nos pareció que esta intervención se adaptaba perfectamente a los requerimientos terapéuticos de este paciente. El éxito obtenido en el control locorregional de la enfermedad y la excelente tolerancia, así como su escasa morbilidad nos animó a seguir empleándola.

Que tengamos conocimiento, se trata de la primera experiencia presentada en nuestro país de disección posterolateral del cuello. Hemos acumulado nueve casos, en ninguno de los cuales hubo complicaciones de importancia.

Los pacientes presentaron poca deformidad y buena función con el procedimiento a pesar de que la resección de las masas musculares involucradas y la sección de nervios podrían hacer pensar que el resultado estético y funcional iba a ser pobre.

Ninguno de los pacientes recidivó a nivel del sitio de la disección posterolateral aunque el seguimiento en algunos fue muy breve.

Rochlin, al estudiar los especímenes de disección posterolateral encontró un mínimo de 24 ganglios y un máximo de 35. Consecuentemente lo considera un procedimiento útil, pues remueve las vías de drenaje linfático de la porción posterior del cuello y la región suboccipital en un espécimen, en continuidad con la lesión primaria⁽³⁾; debemos hacer la salvedad que el número de ganglios encontrados en nuestra experiencia es mucho menor, lo que puede ser atribuido a la poca experiencia que tienen nuestros patólogos en el manejo de estos especímenes.

BIBLIOGRAFIA

1. Carlson, GW; Surgical Anatomy of the Neck. *Surg. Clin. North Am.* 1993; 73:837-852
2. Robbins, KT; Neck Dissection, Classification and Incisions. In: Shockley WW and Pillsbury-III HC, editors. *The Neck, Diagnosis and Surgery*. St. Louis, Mosby. 1994; 381-429
3. Wander, JV; Chaudhuri, PK; Dissection of the Posterior Part of the Neck. *Surg. Gynecol. Obst.* 1976; 143:97-100
4. Rouviere, H; Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica, Tomo I (Cabeza y Cuello). Madrid, Casa Editorial Bailly.Bailliere, 1987; 491-492
5. Testut, L; Jacob, O; Tratado de Anatomía Topográfica, Tomo I. Barcelona, Salvat Editores S. A. 1950; 607-621
6. Testut, L; Latarjet, A; Tratado de Anatomía Humana, Tomo I. Barcelona, Salvat Editores S. A. 1954; 821-911
7. Williams, PL; Warwick, R; Gray, Anatomía. Barcelona, Salvat Editores S. A., 1985; 592-604
8. Breslow, A; Tumor Thickness, Level of Invasion and Node Dissection in Stage I Cutaneous Melanoma; *Ann. Surg.* 1975; 182:572-575
9. O'Brien, CJ; Gianoutsos, MP; Morgan, MJ; Neck Dissection for Cutaneous Malignant Melanoma; *World Surg.*, 1992; 16:222-226
10. Million, RR; Cassisi, NJ; Mancuso, AA; Stringer, SP; Mendelhall, Wm; Parsons, JT; Management of the Neck for Squamous Cell carcinoma. In Million RR and Cassisi NJ, editors. *Management of Head and Neck Cancer, A Multidisciplinary Approach, Second Edition*. Philadelphia, JB Lippincott, 1994; 75-142
11. Rochlin, DB; Posterolateral Neck Dissection for Malignant Neoplasms; *Surg. Gynecol. Obst.* 1962; 115:369-373
12. Fisher, SR; Cole, TB; Seigler, HF; Application of Posterior Neck Dissection in Treating Malignant Melanoma of the Posterior Scalp; *Laryngoscope* 1983; 93:760-765
13. Balch, CM; Urist, MM; Maddox, WA; Milton, GW; McCarthy; Management of Regional Metastatic Melanoma. In; Balch, CM and Milton, GW; editors; *Cutaneous Melanoma*; Philadelphia, JB Lippincott, 1985; 93-120
14. Loré, JM; An Atlas of Head and Neck Surgery. Second Edition. Philadelphia, WB Saunders Compny, 1988; 670-673