

ADENOPATIES METASTÀTIQUES CERVICALS : ESTUDI CRÍTIC DEL SEU COMPORTAMENT DIFERENCIAT

A. TRASSERRA, R. AVELLANEDA, P. ABELLÒ i A. CUCHI

Al Departament d'Oto-rino-laringologia de la Universitat de Barcelona, amb la col·laboració de quasi tots els components del seu equip, a més dels signants de la comunicació present, hem analitzat 774 pacients amb tumors de cap i coll, tractats en el període 1973-79. Una tercera part dels casos (266 = 33'9 %) presentaven adenopaties cervicals clíniques en la seva primera exploració. Després del tractament de la lesió primitiva, independentment de si s'havien tractat o no les seves àrees ganglionars, hem pogut observar 138 recidives limfàtiques ulteriors (16'5 %).

Sobre aquesta base, hem estudiat:

- a) el *risc de metàstasi ganglionar* i les *vies limfàtiques preferents*, segons la topografia de la lesió original.
- b) el comportament diferent de la propagació limfàtica, segons la *naturalitat histològica* de la lesió primitiva.
- c) en el cas dels carcinomes, el mecanisme de la difusió ganglionar; especialment, el *grau d'invasió histològica del gangli* i el nombre de ganglis afectats.
- d) les *recidives*, en relació amb la topografia i la nissaga histològica de la lesió, i
- e) l'orientació actual de la *terapèutica*.

RISC DE METÀSTASI GANGLIONAR

La tendència a produir adenopaties metastàtiques cervicals va, des d'una xifra molt elevada a les regions limfòfiles (53 % a les amígdals, 70 % a la paret lateral del càvum i al si piriforme), fins a percentatges menyspreables a les regions d'escassa xarxa limfàtica (com la corda vocal, 1'5 %).

Quant a les vies preferents de propagació, destaquem algunes dades més interessants: a l'amígdala, l'adenopatia es presenta sistemàticament al mateix costat de la lesió; al si piriforme, hi ha un 5 % de metàstasis bilaterals; i a la part lateral del càvum, el 70 % d'adenopaties que dona es distribueixen de la manera següent: 30 % són homolaterals, 26 % bilaterals i 14 % contralaterals.

Hem exposat, en un plafó de l'exposició científica del Congrés, la sistemàtica dels grups ganglionars, amb les seves vies aferents i eferents; i, per cada terri-

tori, les vies limfàtiques per les quals es propaga la neoplàsia. A tall d'exemple, reproduïm un parell dels esquemes (figs. 1 i 2).

Cal que destaquem la significació del gangli subdigàstric o gangli de Kuttner, com a collector principal de tota la regió cervical.

IMPORTÀNCIA DE LA NATURALESA HISTOLÒGICA DE LA LESIÓ ORIGINAL

Els *carcinomes* tenen uns riscos de metastatització prou establerts. Constitueixen el bloc més important de la nostra estadística.

El *limfoepitelioma*, forma molt indiferenciada de carcinoma que trobem especialment a càvum i amígdala, és molt limfòfil; freqüentment el gangli n'és la seva primera manifestació. Quan es presenta aquesta histologia a l'examen d'una adenopatia cervical aparentment primitiva, cal sospitar sempre que la lesió inicial estigui amagada a rinofaringe.

El *melanoma* té un comportament limfàtic paradoxal, sovint imprevisible. Podem trobar ganglis dipositaris de melanina, no envaïts; metàstasis ganglionars fortament pigmentades, a partir de tumors acròmics; o metàstasis hemàtiques a distància, sense que s'hagi produït una invasió regional per via limfàtica.

Als melanomes malignes cutanis, el risc ganglionar depèn del gruix de la lesió, del nivell d'invasió en profunditat del dermis i del percentatge de mitosis. Quant als melanomes mucosos, que constitueixen la meitat de la nostra casuística, perquè el seu diagnòstic és patrimoni quasi exclusiu de l'ORL, el seu pronòstic és pitjor però fan més o menys ganglis que depenen, com els carcinomes, de la topografia de la lesió original: adenopaties freqüents al melanoma d'amígdala, però escasses (cap, en la nostra estadística) als melanomes naso-sinusals, que són els més abundants entre els mucosos.

Els *limfomes malignes* no són habitualment metàstasis, sinó que constitueixen el mateix tumor inicial. Poden ser-ho, en el cas dels limfomes malignes no hodgkinians, la localització primitiva dels quals pugui trobar-se a l'anell limfàtic de Waldeyer.

Les adenopaties només són localitzades a la fase inicial de la malaltia de Hodgkin, mentre que els limfomes no hodgkinians són difosos d'entrada i tenen un pronòstic pitjor.

GRAU D'INVASIÓ HISTOLÒGICA DEL GANGLI

Quan les adenopaties eren clínicament evidents, les trobarem histològicament envaïdes (N⁺) en un 71 % dels casos. Entre aquests ganglis positius, un de cada cinc (17'9 %) presentaven ruptura capsular.

En la dissecció de les peces operatòries de buidament ganglionar cervical, hem trobat, en un 60 % dels casos, un o dos ganglis envaïts; en el 40 % restant, la invasió afectava 3 o més ganglis.

En aquest estudi cal agrair la col·laboració del Departament d'Anatomia Patològica del Clínic.

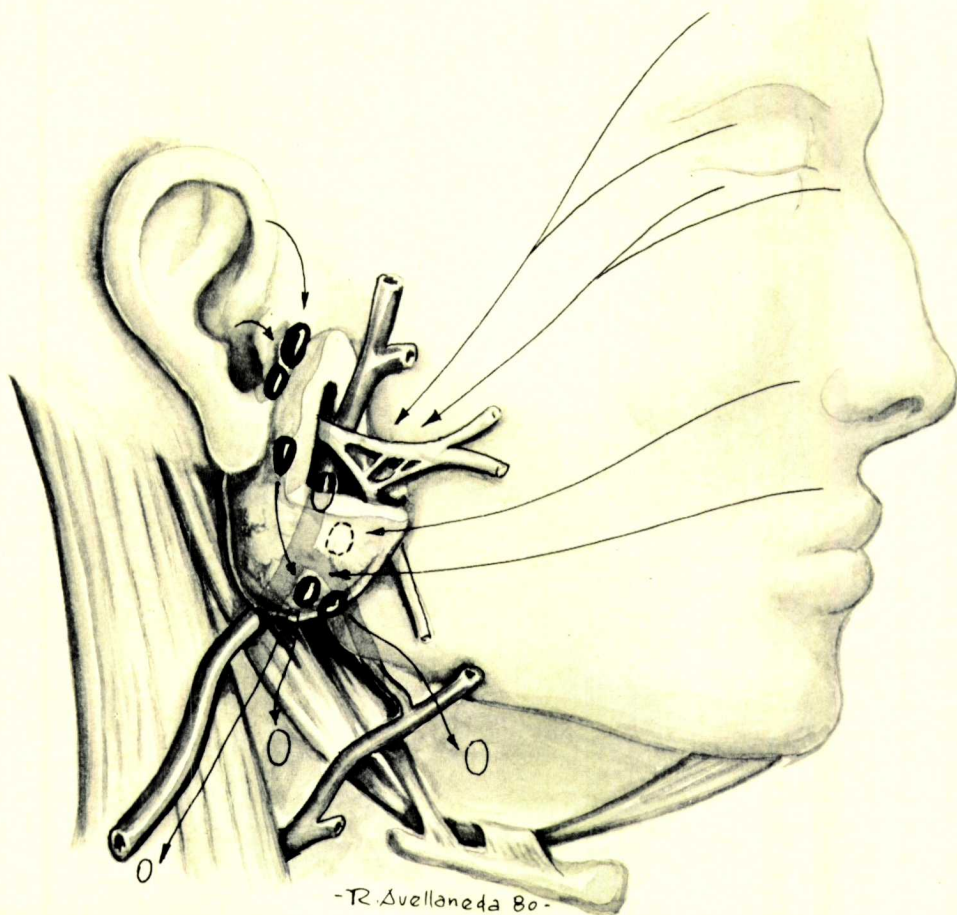
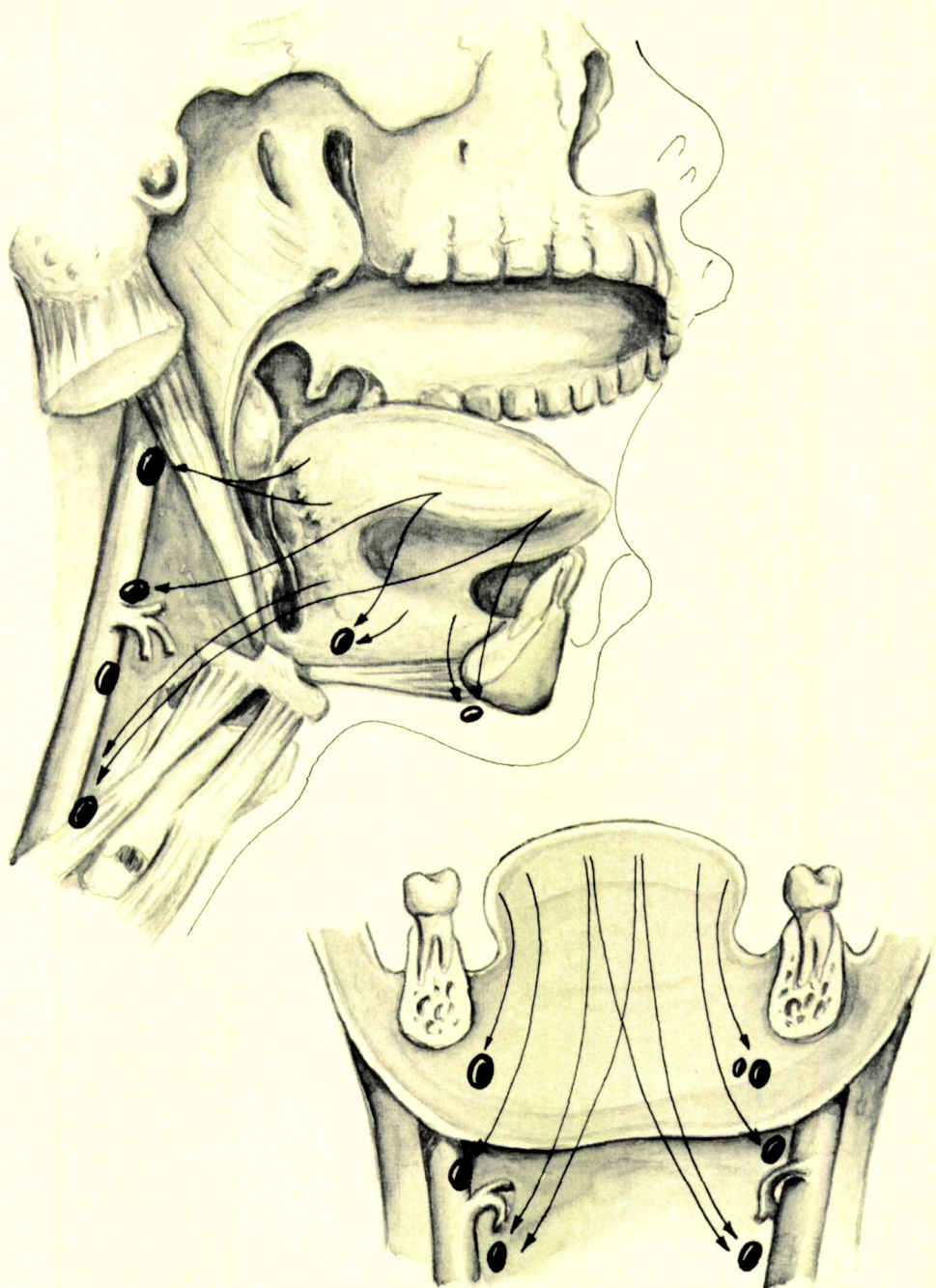


FIG. 1. — *Ganglis parotidis: superficiais i profunds. Vies aferents dels territoris cutanis facials. Vies eferents a ganglis dels grups jugular intern i submaxillar.*



-R. Avellaneda. 80-

FIG. 2. — Drenatge limfàtic de la llengua i sòl de boca. Tots, excepte els marginals de la llengua, poden tenir un drenatge contralateral.

RECIDIVES GANGLIONARS

La major part de les recidives es presenten abans dels dos anys d'evolució.

a) En relació amb la *localització del tumor primitiu*, observem:

- les topografies que donen més recidives després del tractament inicial són el si piriforme (33 %), la supraglotis (22 %) i l'additus laringi (19 %);
- les regions cutànies de cap i coll són també motiu de metàstasis freqüents pel fet d'incloure els melanomes que s'hi produeixen;
- s'observen, però, menys recidives ganglionars en el càvum (18 %), perquè són tumors de reproducció local i propagació endocraniana més que no pas limfàtica.

b) Quant a la *nissaga histològica*:

- el melanoma és el que dona més recidives ganglionars;
- al limfoma, les adenopaties són quasi sistemàtiques: no es tracta pròpiament de metàstasis, sinó que és la seva forma natural de recidiva;
- i el limfoepitelioma, a pesar de ser molt limfòfil, dona un 33 % de recidives ganglionars, xifra relativament baixa però que és deguda a la localització preferent d'aquesta lesió a nivell de càvum, del qual ja hem vist la forma pròpia d'evolució desfavorable.

c) No són valorables les recidives *quant al tractament aplicat*, perquè aquest guarda massa relació amb les característiques de la lesió i adenopaties inicials. Les màximes recidives (fins a un 54 %) les trobem quan s'ha fet un buidament ganglionar cervical radical, seguit de radioteràpia, amb o sense quimioteràpia; ja que aquesta terapèutica, que és la més activa de què disposem, és precisament la que s'aplica als casos pitjors (des de N^+_1 fins a N_3).

ORIENTACIÓ ACTUAL DEL TRACTAMENT

Per a les adenopaties del *carcinoma*, clínicament positives o molt previsibles, el tractament quirúrgic és el preferent a la regió cervical; especialment si podem operar en monobloc, amb el tumor primitiu (cas de la laringe): Unilateral o bilateral, segons el tipus de drenatge limfàtic de la regió; funcional o radical, segons la histologia per-operatòria; limitat a determinades cadenes, d'acord amb els mapes ganglionars del coll.

Quan tractem la lesió original per radioteràpia (càvum, amígdala), també utilitzem terapèutica física en les àrees ganglionars: les adenopaties dels tumors de càvum són les més radiocurables.

La quimioteràpia és poc útil. I de la immunologia, n'esperem més a nivell diagnòstic que terapèutic: quan ens puguin dir el nivell de defensa immunològica dels nostres malalts, podrem decidir sobre una base lògica la conveniència o no d'extirpar les cadenes ganglionars (per conservar una línia defensiva o per fer un barratge anatòmic quan aquesta defensa ha claudicat). La immunoteràpia actual

es limita a l'estímul inespecífic per a combatre la immunodepressió de les altres terapèutiques.

Al *melanoma maligne* cutani fem una exèresi quirúrgica ganglionar en els casos de tumor primitiu de risc elevat (més de 1'5 mm. de gruix de la lesió, més d'un 1 % de mitosis per camp), que cal completar amb quimioteràpia i immunoteràpia per BCG. Als melanomes mucosos, una exèresi ganglionar útil es fa més difícil; és el cas de les possibles invasions ganglionars a base de crani o mediastí.

Per als *limfomes*, limitem la cirurgia a les adenectomies biòpsiques o de relíquies postractament físic. La terapèutica d'elecció és la radioteràpia, completada amb químio-immunoteràpia.

Una exposició extensa i randomitzada dels tractaments —especialment quirúrgics— i els seus resultats, es pot trobar a la nostra Ponència sobre Adenopaties Cervicals (Ed. Garsi, Madrid, 1980).

CONCLUSIONS

En relació amb les adenopaties metastàtiques cervicals i el seu comportament diferenciat segons la naturalesa histològica de la lesió, podem dir que:

1. Els esquemes clàssics sobre la forma de propagació ganglionar al cap i coll, conserven el seu valor.
2. Als carcinomes es pot pronosticar, amb força encert, el grau de risc ganglionar quant a percentatges, llocs on apareixeran els ganglis i temor de recidives ulteriors.
3. Els melanomes i limfomes són molt més paradoxals i d'uns percentatges de supervivència molt inferiors, fruit d'un comportament biològic i d'una forma d'invasió ganglionar completament diferents.