

Vaciamientos ganglionares inguino - ilíacos

Dres. Luis A. Carriquiry, Walter Hernández, J. Freddy Borges,
Guillermo Mesa y Julio César Priario

Los autores analizan su experiencia de 43 vaciamientos ganglionares inguino - ilíacos realizados en pacientes portadores de melanomas y, con menor frecuencia, carcinomas epidermoides de miembros inferiores, carcinomas anales y sarcomas de partes blandas.

Realizan una incisión cutánea oblicua, con sección de la arcada crural y transposición final del sartorio por delante de los vasos denudados. Analizan a la vez algunos detalles de técnica susceptibles de mejorar la pronunciada morbilidad loco - regional de esta operación.

Discuten las indicaciones del procedimiento, llegando a las siguientes conclusiones:

— el vaciamiento "curativo", en presencia de ganglios palpables, está indicado en todas las circunstancias en que el tumor primario ha podido o puede ser controlado, aun cuando en general no se acompañe de buen pronóstico alejado;

— el vaciamiento "profiláctico", en ausencia de ganglios palpables, sólo se discute en el caso del melanoma, aunque los estudios recientes no parecen indicar ventajas para su realización indiscriminada y sugieren la conveniencia de efectuarlo en el caso de tumores de cierta profundidad de infiltración.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Lymph Node Dissection.

Los vaciamientos ganglionares ocupan un lugar clásico en la terapéutica quirúrgica de las enfermedades neoplásicas malignas. Pero los adelantos recientes en oncología, en especial los vinculados al aspecto inmunológico de la relación tumor - huésped, han llevado a un cambio sustancial en la evaluación del papel de los ganglios linfáticos, que obliga a reconsiderar el rol de su exéresis quirúrgica.

La oncología tradicional se basa en el concepto de la evolución progresiva del cáncer, desde el tumor primario a los ganglios regionales por vía linfática y luego a la difusión metastática generalizada por vía sanguínea. De ahí que la cirugía considerada "radical" incluyera la exéresis preferentemente en block del tumor primario y de sus ganglios regionales, con el fin de conseguir la eliminación total de

*Clínica Quirúrgica "B" (Prof. J. C. Pradines).
Hospital de Clínicas. Montevideo.*

las células cancerosas del organismo, presumiblemente acantonadas, en ese estado de la evolución, dentro de esos límites. El fracaso de este tratamiento se explicaría o por el insuficiente margen de resección o por la existencia de micrometástasis a distancia, hasta ese momento clínicamente inaparentes.

Los nuevos conocimientos (17) obligan, sin embargo, a considerar el cáncer como una enfermedad sistémica desde sus primeras etapas, aún cuando clínicamente se manifieste como tumor localizado. Su evolución clínica dependerá mucho más de la relación inmunológica dinámica tumor - huésped que de una secuencia de progresión ordenada. Dentro de esta perspectiva, la cirugía mantiene — e incluso amplía — su papel terapéutico, pero deberá integrarse a formas de tratamiento sistémico como la quimioterápica antineoplásica y eventualmente la inmunoterapia. Si probablemente todos los tumores producen antígenos tumorales capaces de bloquear la respuesta inmunológica defensiva del huésped y si esta producción es cuantitativamente proporcional a la masa global de células neoplásicas del organismo, se comprenderá que la exéresis quirúrgica del mayor número de células tumorales permitirá al huésped responder con la máxima eficacia inmunológica al desafío de las células neoplásicas remanentes, sean micrometástasis o células circulantes. La cirugía dentro de esta perspectiva, no "curará" el cáncer, pero ayudará en forma muy importante al portador a defenderse contra él.

Obviamente, los ganglios linfáticos ya no podrán ser considerados sólo como un filtro a la difusión del cáncer: serán también el sitio preferencial de reconocimiento de los antígenos tumorales, a los que decodifican y analizan, transmitiendo luego la información al resto del sistema inmunitario, fundamentalmente al sector timo - dependiente, que elaborará la respuesta global al agente agresor.

Estos conceptos obligan a revisar nuestros criterios acerca de los vaciamientos ganglionares. Hemos elegido para ello el análisis de nuestra experiencia en el sector inguino - ilíaco, pues a diferencia de técnicas similares en otras regiones linfáticas, no existe en nuestro país ninguna revisión publicada sobre dicho tema, aparte de la descripción puramente limitada a aspectos técnicos efectuada por Mérola (15) en el 25º Congreso Uruguayo de Cirugía.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 7 de mayo de 1980.

Asistentes, Profesor Adjunto y Profesor Agregado de Cirugía. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Verona 5785, Montevideo (Dr. J. C. Priario).

MATERIAL Y METODO

Hemos realizado 44 VGII, realizados entre 1965 y 1969, en la Clínica Quirúrgica "B" de la Facultad de Medicina y en la práctica extra-hospitalaria de los autores. Fueron efectuados en 4 pacientes, siendo 38 unilaterales y 3 bilaterales (uno simultáneo y dos sucesivos).

Esta población estaba compuesta por 26 hombres y 15 mujeres, con un promedio de edad de 50 años, con un máximo de 72 y un mínimo de 14.

De estos pacientes, 39 presentaban tumores primitivos concomitantes o ya tratados en el área de drenaje linfático de los ganglios inguinales (34 en miembros inferiores, 1 en pared abdominal infraumbilical, 1 en vulva y 3 en ano); dos eran metástasis de un primitivo desconocido.

Etiológicamente los tumores primitivos fueron:

- melanoma, 23 casos, incluyendo uno de primitivo de localización desconocida;
- carcinoma epidermoide cutáneo en 11 casos, todos localizados en miembros inferiores;
- carcinoma anal, en 3 oportunidades;
- sarcomas de partes blandas en 3 casos, todos en muslo;
- adenocarcinoma de localización desconocida, en la observación restante.

La indicación del VGII se planteó:

- como "profiláctico" en ausencia de ganglios palpables, en 9 observaciones (7 melanomas y 2 sarcomas);
- como "terapéutico" con ganglios palpables, en 35 oportunidades, de las cuales en una fue puramente paliativo o destinado a eliminar una masa ganglionar ulcerada y sangrante de la región inguinal.

En la casi totalidad de los casos realizamos un VGII siguiendo una técnica vecina a la de Das Gupta (2), cuyos puntos fundamentales destacamos:

- amplia incisión oblicua en S itálica, de la piel, desde el flanco al vértice del triángulo de Scarpa, cortando el pliegue inguinal en su parte media (fig. 1);
- disección cuidadosa de los colgajos cutáneos (fig. 2);
- exéresis centripeta del tejido celulo-linfo-adiposo inguinal, siguiendo de abajo a arriba la vaina de los vasos femorales, e incluyendo la vena safena interna que se liga y secciona en el vértice inferior de la disección (figs. 3 y 4);
- abordaje del Bogros por sección de la arcada crural cerca de la espina iliaca anterosuperior continuada sobre los músculos anchos del abdomen cerca de la cresta iliaca (fig. 5);
- exéresis de arriba a abajo, desde el cruce del uréter, de los ganglios iliacos, incluyendo finalmente los de la región obturatriz;

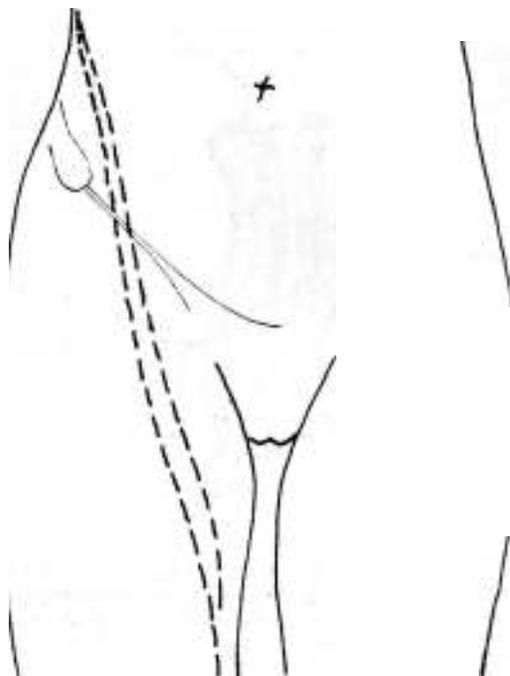


FIG. 1.— Incisión cutánea oblicua.

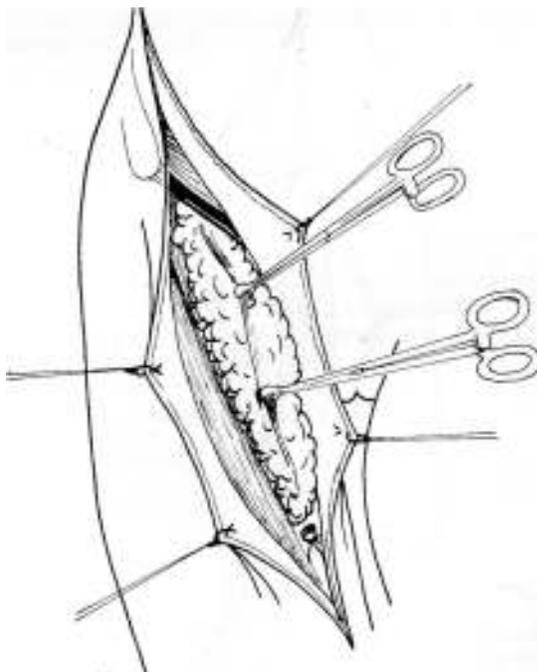


FIG. 2.— Tiempo inguinal del vaciamiento: se ha seccionado la vena safena interna en el vértice inferior del triángulo de Scarpa y se procede a la disección del tejido célu-lo-linfo-ganglionar contenido en dicho triángulo.

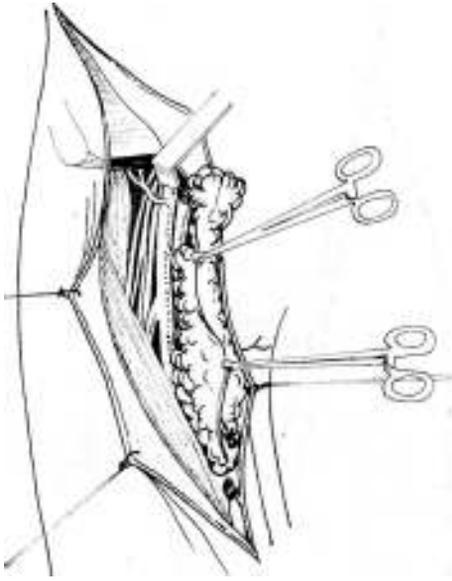


FIG. 3.—Tiempo inguinal del vaciamiento: se ha completado la disección del tejido céluo-linfoganglionar del triángulo de Scarpa y sólo resta la ligadura y sección del cayado de la safena interna.

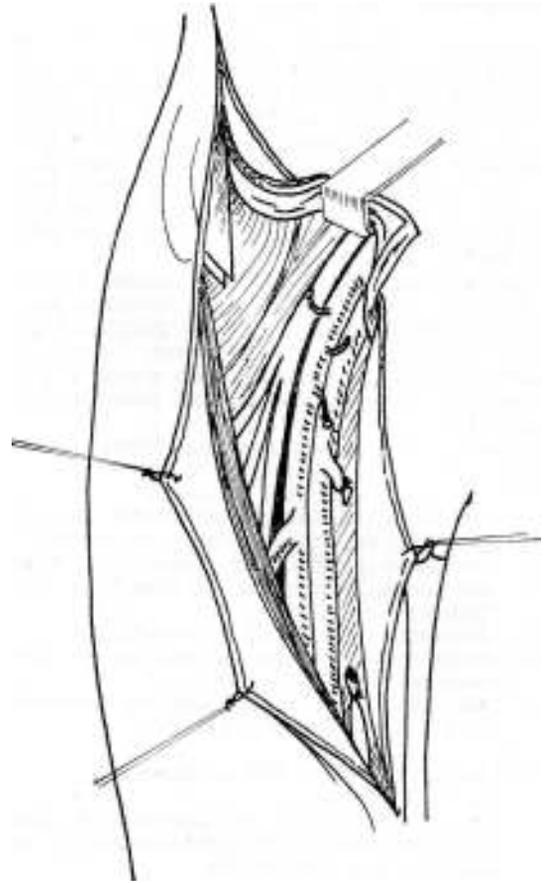


FIG. 5.—Tiempo iliaco del vaciamiento: se secciona la arcada crural cerca de la EIAS y se continúa la sección de los músculos anchos en sentido oblicuo paralelo a la cresta iliaca.

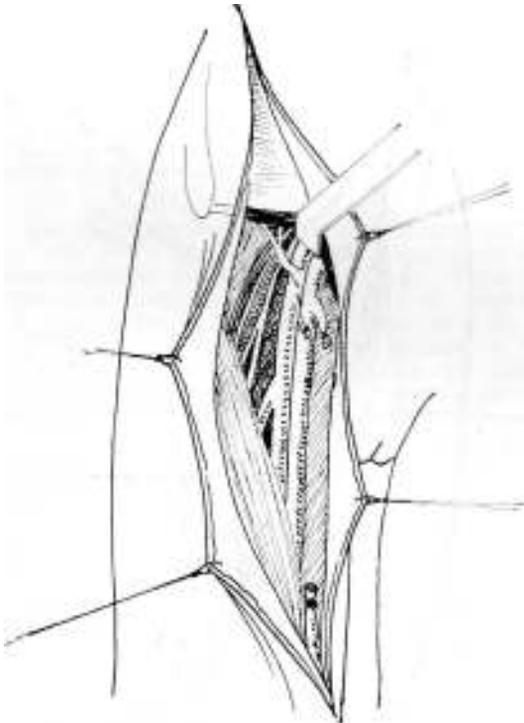


FIG. 4.—Tiempo inguinal del vaciamiento: se ha realizado la exéresis total del tejido céluo-linfoganglionar del triángulo de Scarpa.

- reconstrucción de la arcada y de los músculos abdominales por sutura directa, plano a plano;
- transposición del sartorio por delante de los vasos femorales, conservando su irrigación e inervación (fig. 6);
- colocación de dos drenajes aspirativos, uno iliaco y otro inguinal;
- resección de banda de piel de 1 - 1,5 cm. de ancho, a ambos lados de la incisión cutánea y cierre de ésta sin tensión.

En el periodo postoperatorio:

- mantenemos al paciente en cama durante 7 - 10 días, a fin de evitar tensiones sobre la línea de sutura y reducir el aflujo de linfa;
- conservamos los drenajes aspirativos mientras exista salida de líquido en volumen superior a 20 c.c./día;
- retiramos los puntos de sutura cutánea recién a los 14 - 16 días.

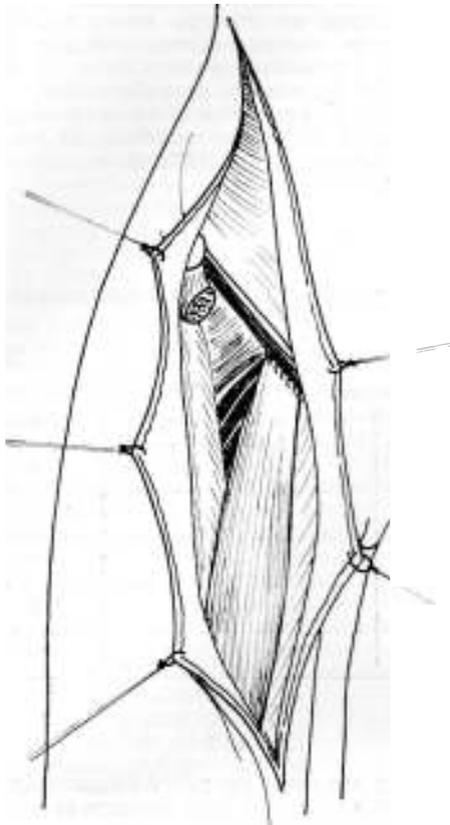


FIG. 6.— Se aprecia la transposición del sartorio para cubrir el eje vascular femoral desnudo por el vaciamiento.

RESULTADOS

Esta serie incluye una sola muerte postoperatoria, en una paciente de 75 años, portadora de un melanoma de vulva, que falleció a los 25 días en un cuadro de coma profundo de instalación aguda, interpretado por el neurólogo como un accidente vascular encefálico hemorrágico con compromiso primario de tronco.

La única complicación intraoperatoria fue una herida de vena femoral que pudo ser suturada sin ulterioridades.

Las complicaciones postoperatorias fueron por el contrario, frecuentes.

En el postoperatorio inmediato, las encontramos en 27 de los 44 vaciamientos (60%), aunque todas fueron loco - regionales (dos casos de hipoplasia medular importante deben ser atribuidos a la perfusión concomitante con quimioterápicos antineoplásicos). Entre ellas sobresale en frecuencia la necrosis de los bordes de la herida cutánea, que observamos en 21 casos. Le sigue la supuración, en 17 casos frecuentemente vinculada a la anterior. Pero sólo en 4 ocasiones el complejo necrosis - infección fue de entidad suficiente como para originar áreas cruentas que exigieran injerto se-

cundario de piel. En 7 oportunidades existió linforragia o linfocele, que se agotaron espontáneamente o por punciones repetidas, a veces a costa de infecciones secundarias. En 4 casos, se debieron drenar hematomas de cierta entidad. En 1 caso se produjo una típica flegmasia alba dolens, por trombosis venosa fémoro - iliaca que se trató satisfactoriamente con anti-coagulantes.

A distancia, la secuela más frecuente es el linfedema, prácticamente constante en sus grados menores, pero que en 4 casos alcanzó cierta entidad, aunque nunca llegó a constituirse en un factor invalidante.

El estudio microscópico de los ganglios reveló existencia de metástasis en 32 casos y ausencia de ellas en 12.

El cotejo entre el status clínico de los ganglios y la presencia o no de metástasis histológicas, se puede observar en la tabla 1.

TABLA 1
VACIAMIENTOS GANGLIONARES
INGUINO - ILIACOS

Correlación clínico - histológica

	Metástasis	
	+	-
Ganglios palpables	25	9
Ganglios no palpables	6	3

Resulta más interesante aún efectuar este cotejo de acuerdo a la naturaleza del tumor primario (tabla 2):

- en los melanomas, se destaca el alto porcentaje de falsos negativos pues 6 de los 7 casos operados con criterio profiláctico evidenciaron metástasis histológicas;
- en los carcinomas epidermoides cutáneos, resalta, por el contrario, la alta incidencia de falsos positivos (7 de 12);
- en los carcinomas anales, la concordancia fue total;
- en los sarcomas de partes blandas, inversamente los ganglios fueron histológicamente negativos en los 3 casos, confirmando la escasa linfofilia de estos tumores.

En lo concerniente a la evolución alejada, hemos podido evaluarla en 34 de los 41 pacientes, descontando la única muerte postoperatoria y 6 perdidos en el curso del seguimiento.

De estos 34 pacientes, 15 (44%) se encuentran vivos todos sin evidencia clínica de enfermedad y 19 han fallecido, todos, salvo uno que lo hizo por infarto de miocardio, a consecuencia de la generalización de su enfermedad neoplásica.

En 5 observaciones se produjo recidiva local del neoplasma a nivel de la región inguinal operada (2 melanomas, 2 carcinomas anales y 1 carcinoma epidermoide cutáneo). Todas estas recidivas se produjeron dentro del año del VGII y condujeron en breve plazo a la muerte aún en un caso en que se realizó hemipelvectomía ante la ausencia de otras metástasis demostrables.

TABLA 2

VACIAMIENTOS GANGLIONARES INGUINO - ILIACOS

Correlación clínica histológica de acuerdo a la naturaleza del tumor primario

Tumor primario	Clínica	Histología	
		+	-
Melanoma			
gangl. palp.	16	14	2
gangl. no palp.	7	6	1
Ca cutáneo			
gangl. palp.	12	5	7
gangl. no palp.	0	0	0
Ca anal			
gangl. palp.	5	5	0
gangl. no palp.	0	0	0
Sarcoma PB			
gangl. palp.	1	0	1
gangl. no palp.	2	0	2

TABLA 3

EVOLUCION ALEJADA DE LOS MELANOMAS (23 casos)

Años	Vivos	Muertos
0 - 1	3	6
1 - 2	2	3
2 - 3	1	-
3 - 4	-	-
4 - 5	4	2
5 - ...	1	2
Total	11	13

En 2 ocasiones, ambas en melanomas, se produjeron metástasis en tránsito en el miembro inferior operado. Ambas fueron tratadas con perfusión con citostáticos y una lleva ya dos años sin evidencia clínica de enfermedad.

El análisis de la evolución alejada de acuerdo a la etiología del tumor primario se puede apreciar en forma más detallada en las tablas 3, 4 y 5.

TABLA 4

EVOLUCION ALEJADA DE LOS CARCINOMAS CUTANEOS (11 casos)

Años	Vivos	Muertos	Perdidos
0 - 1	1	2	2
1 - 2	1	2	1
2 - 4	-	-	1
4 - 5	-	-	1
Total	2	4	5

TABLA 5

EVOLUCION ALEJADA DE LOS CARCINOMAS ANALES (3 casos) Y LOS SARCOMAS DE PARTES BLANDAS (3 casos)

Ca anales	3
muertos entre 0 - 1 a.	3
Sarcomas de PB	3
vivos	2
uno entre 1 y 2 años	
uno entre 3 y 5 años	
perdido	1

DISCUSION

El análisis de la presente serie se centrará en tres puntos fundamentales:

1. el debate sobre las indicaciones del VGII, con especial consideración a la polémica entre los partidarios de los vaciamentos "profiláctico" y "terapéutico";
2. la consideración de los elementos de técnica quirúrgica y cuidados pre y postoperatorios capaces de disminuir la morbilidad postoperatoria;
3. la actualización a la luz de los nuevos conceptos oncológicos del rol del vaciamiento ganglionar.

Con respecto al primer punto, nuestra serie refleja, en menor escala, el abanico de indicaciones del procedimiento, fundamentalmente

destinado a tratar las metástasis, a cuales o potenciales, de los tumores originados en la cuenca de drenaje linfático de dichos ganglios. Como en la estadística de Pack Reekers (18), predominan los melanomas, especialmente de la extremidad inferior, seguido por los carcinomas epidermoides cutáneos y anales. La escasa incidencia de carcinoma anales refleja la rareza de esta entidad en nuestro medio. La ausencia de carcinomas de la vulva y del pene resulta en cambio, del hecho de que su tratamiento lo realizan habitualmente los especialistas y no el cirujano general. La indicación del procedimiento en casos de partes blandas se limita a aquellos incluidos en la raíz del muslo, cuya exéresis amplia obliga anatómicamente a realizar el vaciamiento ganglionar, como en nuestras propias observaciones; excepcionalmente podría entenderse a tumores distales capaces de dar metástasis ganglionares con mayor frecuencia —rabdomyosarcomas, sinoviosarcomas (3)—. No tenemos finalmente en nuestra serie ningún caso de vaciamiento por linfoma primario de la región inguinal, sin otra diseminación, que son muy poco frecuentes.

No podemos dejar de mencionar los vaciamientos indicados ante la existencia de metástasis de un primitivo desconocido. Como en otras regiones linfáticas, creemos que están formalmente indicados si luego de una cuidadosa búsqueda diagnóstica no se logra encontrar el primitivo y se descartan otras metástasis a distancia, pues no es excepcional obtener sobrevividas prolongadas, probablemente vinculadas a la regresión espontánea del tumor primario, lo que se ha comprobado en reiteradas ocasiones, en el caso del melanoma. De nuestras dos observaciones, en una el vaciamiento fue indicado con criterio puramente paliativo ante la existencia de una gran masa inguinal a punto de ulcerarse, metastásica de un adenocarcinoma probablemente ovárico, en una paciente que falleció con metástasis generalizadas siete meses más tarde, pero el otro, en el que se comprobó histológicamente la presencia de metástasis de un melanoma, lleva ya un año de sobrevivida, sin evidencias de enfermedad.

En términos generales, no se discute la necesidad del vaciamiento "terapéutico" en presencia de ganglios clínicamente comprometidos, salvo que existan metástasis a distancia que lo hagan inútil como gesto de intención curativa. Aún dentro de esta eventualidad, pueden haber indicaciones de tipo paliativo como la mencionada más arriba. Es bien conocido que la comprobación histológica de metástasis ganglionares constituye uno de los factores de mal pronóstico de mayor importancia, disminuyendo en forma tanto más sensible las probabilidades de sobrevivida cuanto más sean los ganglios comprometidos y más intenso el grado de invasión ganglionar. Pero aún así, su existencia dista de ser un signo de incurabilidad: alrededor de un 20 % de los pacientes con metástasis ganglionares pueden llegar a los cinco años de sobrevivida con la ayuda de un vaciamiento ganglionar bien indicado.

El debate se plantea en torno a la indicación del vaciamiento "profiláctico" que preferiríamos llamar "sistemático". Los proponentes de

este criterio se fundan en la frecuencia de las metástasis ganglionares subclínicas, cuya evolución ulterior sin tratamiento comprometería las chances de sobrevivida del paciente.

Cabe distinguir aquí entre los distintos tipos de tumores. La experiencia ha prácticamente resuelto la disyuntiva en lo concerniente a los carcinomas epidermoides cutáneos y anales. Con respecto a los primeros, la frecuencia de metástasis ganglionares es tan baja que existe acuerdo unánime en indicar sólo el vaciamiento ante la existencia de ganglios clínicamente comprometidos y aún así, en nuestra serie la mayoría no albergaba metástasis siendo adenopatías de naturaleza inflamatoria, secundarias a la constante infección de tumores vegetantes muy avanzados. Creemos conveniente, en estas circunstancias, diferir el vaciamiento hasta un período prudencial luego de tratado el tumor primario, reevaluando previamente el status clínico de las adenopatías. Con respecto a los segundos, caben consideraciones similares, destacando Goligher (7) el mal pronóstico cuando las metástasis ganglionares son sincronas, con sensible mejoría cuando se producen en forma metacrónica. Nuestros casos confirman por lo menos la primera aseveración.

El debate continúa centrándose en los melanomas. La mayor parte de los autores norteamericanos se inclinan por el vaciamiento profiláctico, apoyándose en la alta frecuencia de metástasis de subclínicas (tabla 6) y en la aparente superioridad de resultados frente a los vaciamientos terapéuticos en análisis retrospectivos.

TABLA 6

INCIDENCIA DE METASTASIS SUBCLINICAS EN VACIAMIENTOS PROFILACTICOS POR MELANOMA

Autor	Incidencia
Goldsmith (6)	17 %
Gumport (10)	14 %
McCarthy (14)	16 %
Southwick (21)	11 %
Fortner (4)	15 %
OMS Melanoma Group (22)	19 %

Pero Polk (19) ha señalado vigorosamente la falacia que entraña comparar el resultado de series de vaciamientos profilácticos y terapéuticos, destacando que en el primer grupo quedan incluidos un 70 % de casos que podrían ser simplemente curados con la exéresis local, mientras que en el segundo ya se han implícitamente seleccionado aquellos de peor pronóstico, pues justamente presentan metástasis ganglionares. Y si se analiza con cuidado el estudio de Fortner (5) se encuentra que la sobrevivida a 5 años de los casos con vaciamiento profiláctico (76 %) no es significativamente diferente de la de aquellos tratados primero con resección local y luego con eventual vaciamiento ante la aparición de ganglios palpables (70 %). A ello se ha venido a agregar el re-

sultado del estudio prospectivo y randomizado del grupo cooperativo de la OMS (22) sobre melanomas, que ha evidenciado resultados en un todo similares para dos grupos extensos de pacientes, sometidos o no al vaciamiento profiláctico, lo que a su vez ha sido confirmado por un estudio similar, de menor alcance, de la Clínica Mayo (20).

Por lo tanto, el vaciamiento profiláctico indiscriminado parece hoy en día un exceso, pues somete a una operación mutilante y no carente de morbilidad a un gran número de pacientes que no la necesitan. Los estudios recientes de Wanebo y col. (24) y de Holmes y col. (12), que estudian la incidencia de metástasis ganglionares subclínicas en relación con la profundidad del tumor primario, evaluada de acuerdo a los grados de Clark - Breslow, parecerían estar indicando una forma de selección mejor la indicación operatoria para aquellos casos con alto porcentaje de incidencia de metástasis subclínicas. En los últimos casos de nuestra serie —realizados siguiendo estos criterios— hemos encontrado un 100 % de metástasis subclínicas para los melanomas de niveles III - V de Clark.

Con respecto al segundo punto, ningún autor discute la morbilidad realmente importante del VGII, por más que su mortalidad no sobrepase el 1 %.

Algunos autores como Moore (16), llegan incluso a preconizar el vaciamiento ganglionar profiláctico en los melanomas de cabeza y cuello y de miembros superiores, y a abstenerse de él en los localizados en los miembros inferiores, en razón de esa morbilidad. La extensa serie de Fortner, Booher y Pack (4) evidencia una tasa de complicaciones postoperatorias de 66 %, vecina a la nuestra de 60 %. Si bien son complicaciones fundamentalmente locoregionales que rara vez ponen en peligro la vida del paciente, prolongan sensiblemente el tiempo de hospitalización y pueden dejar secuelas permanentes. Interesa por tanto destacar algunas medidas preventivas que estamos aplicando en nuestros últimos casos.

Para evitar la necrosis de piel, nos parece fundamental manejar con extremo cuidado los colgajos cutáneos, no adelgazándolos en demasía —recordar que los ganglios se encuentran en su totalidad por debajo de la fascia de Scarpa— y evitando extenderlos por fuera del borde interno del sartorio y externo del adductor mayor. Igualmente, al fin de la intervención, resecamos una banda de piel de 1 cm. de espesor a cada lado de la incisión, eliminando así el tegumento presumiblemente más desvitalizado (8). Creemos que sustituir la incisión oblicua por una o dos horizontales (23), podría ser útil para evitar esa posible necrosis, pero preferimos el riesgo de ella, a cambio de una mejor exposición que nos permita realizar más fácilmente un vaciamiento completo.

Hemos comenzado a emplear en forma sistemática la antibióticoterapia profiláctica, pues la contaminación bacteriana de los linfáticos del miembro inferior es muy frecuente. Preferimos por el momento la cefradina, administrada por vía intravenosa en curso corto, des-

de 2 horas antes de la intervención hasta el 2º día del postoperatorio.

Creemos igualmente fundamentar el drenaje aspirativo, con el fin de evitar los acúmulos de sangre y de linfa en la zona decolada, siendo importante exteriorizar los tubos con contraincisiones situadas por fuera de las áreas de decolamiento, para no comprometer aun más la vitalidad de los colgajos.

Destacamos también la importancia de reallizar la ligadura minuciosa del tejido celulo-linfoadiposo del vértice inferior de la disección, junto a la vena safena, para obstruir en forma efectiva a los linfáticos aferentes del miembro inferior, lo que no consiga la simple sección a bisturí eléctrico (1).

Finalmente creemos conveniente el reposo prolongado postoperatorio y el uso de medias elásticas graduadas al comenzar la deambulación para prevenir el linfedema (11).

Más a largo plazo, no hemos tenido eventraciones inguinales o crurales pese a haber seccionado la arcada crural en la mayor parte de nuestras observaciones: no creemos por ello necesario ni levantarla en block por escoplado de la espina iliaca ántero - superior (13), ni resecarla con la pieza operatoria (9), aunque reconocemos que, en algunos casos, puede ser conveniente la reconstrucción inguinal con descenso al Cooper, como en la técnica de Mc Vay.

En tercer lugar, nos parece necesario destacar el doble papel que asume el vaciamiento ganglionar dentro del cuadro terapéutico de estos tumores. Por un lado, conserva su función propiamente terapéutica, destinada a eliminar los ganglios metastasiados por el tumor y, como ya vimos, a permitir a las defensas del organismo a actuar más eficazmente contra las células tumorales remanentes. Pero por otro lado, agrega también una función de estadificación de alto valor pronóstico, pues permite confirmar la existencia de metástasis a ese nivel y —lo que es más importante y no sustituible por la punción o la biopsia aislada— analizar el grado de compromiso metastático, en cada ganglio y en el conjunto, lo que se correlaciona en forma íntima con las perspectivas de sobrevida a largo plazo del paciente. Al mismo tiempo brinda una información fundamental para el recurso de terapias sistémicas, químio y/o inmunoterapia, que se encuentran aun en gran medida en la fase de ensayo clínico, en algunos de los cuales han entrado nuestros últimos pacientes.

RESUME

Disection ganglionnaire inguino - iliaques

Les auteurs analysent leur expérience de 43 vidages ganglionnaires inguino - iliaques réalisés chez des patients porteurs de mélanomes et, peu souvent de carcinomes épidermoïdes des membres inférieurs, de carcinomes anaux et de sarcomes des parties molles.

Ils décrivent la technique employée d'habitude, sur la base d'une seule incision cutanée oblique, avec la section de l'arcade crurale et la transposition finale du couturier devant les vaisseaux dénudés. Ils analy-

sent en même temps, quelques détails de technique qui peuvent améliorer l'importante morbidité loco-régionale de cette opération.

Finalement, ils discutent, attentivement sur les indications du procédé, en parvenant aux conclusions suivantes:

— le vidage "curatif", les ganglions palpables étant présents, est indiqué dans chaque circonstance où la tumeur primaire a pu ou peut être contrôlée, même si elle n'est pas accompagnée d'un bon pronostic éloigné;

— le vidage "prophylactique", les ganglions palpables étant absents, est mis en question dans le cas de mélanome, cependant les études récentes ne semblent pas indiquer les avantages de cette réalisation non-discriminée et suggèrent la convenance de l'effectuer dans les cas de tumeurs avec une certaine profondeur d'infiltration.

SUMMARY

Radical Groin Dissection

43 radical groin dissections performed in patients with melanoma and less frequently with inferior limb epidermoid carcinoma, anal carcinoma or soft tissue sarcomas are reviewed by the authors.

The technic consists in a single oblique incision, the inguinal ligament division and finally, the sartorius transposition over the femoral vessels. Some details are pointed out in order to avoid the high morbidity rate.

The indications are discussed in order to reach the following conclusions:

— "curative" radical dissection in case of palpable lymph nodes when primary tumor is under control is indicated although with poor long-term results;

— "prophylactic" radical dissection without palpable lymph nodes is discussed only in case of melanoma. Recent studies didn't show any advantage in doing it in an unrestrained way.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BYRON RL, YONEMOTO RH, KASE S. Radical inguinal node dissection in the treatment of cancer. *Surg Gynecol Obstet*, 114: 401, 1962.
2. DAS GUPTA TK. Radical groin dissection. *Surg Gynecol Obstet*, 129: 1275, 1969.
3. D'AURIA AE. Vaciamientos ganglionares, en "Sarcomas de partes blandas. Clínica y tratamiento" *Cir Uruguay*, 43: (supl. 2): 53, 1973.
4. FORTNER JG, BOOHER RJ, PACK GT. Results of groin dissection for malignant melanoma in 220 patients. *Surgery*, 55: 485, 1964.
5. FORTNER JG, WOODRUFF J, SCHOTTENFELD D, MACLEAN B. Biostatistical basis of elective node dissection for malignant melanoma. *Ann Surg*, 186: 101, 1977.
6. GOLDSMITH HS, SHAH JP, KIM DH. Prognostic significance of lymph node dissection. *Cancer*, 26: 606, 1970.
7. GOLIGHER JC. Carcinoma del canal anal y del ano, en "Cirugía del ano, recto y colon". Barcelona. Salvat, 1979.
8. GRAY DB, BAILEY HA. A new technique for radical ilio-inguinal lymph node dissection. *Ann Surg*, 145: 873, 1957.
9. GRONSHONG LE. A technique for radical groin dissection. *Surg Gynecol Obstet*, 136: 986, 1973.
10. GUMPORT SL, HARRIS MN. Results of regional lymph node dissection for melanoma. *Ann Surg*, 179: 105, 1974.
11. GUMPORT SL, MEYER HW. An improved technique for an adequate radical groin dissection for malignancy. *Surgery*, 38: 660, 1955.
12. HOLMES EC, MOSELEY HS, MORTON DL, CLARK W, ROBINSON D, URIST MM. A rational approach to the surgical management of melanoma. *Ann Surg*, 186: 481, 1977.
13. HO IAN AP. Ilio-inguinal lymphatic excision. *Surgery*, 54: 592, 1963.
14. IC CARTHY JG, HAAGE SEN CD, HERTER FP. The role of groin dissection in the management of melanoma of lower extremity. *Ann Surg*, 179: 156, 1974.
15. MEROLA L. Vaciamiento ganglionar inguino-iliaco. *Cir Uruguay*, 45: 501, 1971.
16. MOORE GE, GERNER RE. Malignant melanoma. *Surg Gynecol Obstet*, 132: 427, 1971.
17. MORTON DL. Changing concepts of cancer surgery: surgery as immunotherapy. *Am J Surg*, 135: 367, 1978.
18. PACK GT, REEKERS MD. The management of malignant tumors of the groin. A report of 122 groin dissections. *Am J Surg*, 56: 545, 1942.
19. POLK HC, LINN BS. Selective regional lymphadenectomy for melanoma: a mathematical aid to clinical judgement. *Ann Surg*, 174: 402, 1971.
20. SIM FH, TAYLOR WF, IVINS JC, PRITCHARD DJ, SOULE EH. A prospective randomized study of the efficacy of routine elective lymphadenectomy in the management of malignant melanoma. Preliminary results. *Cancer*, 41: 948, 1978.
21. SOUTHWICK HW. Malignant melanoma: role of node dissection reappraised. *Cancer*, 37: 202, 1976.
22. VERONESI U, ADAMUS J, BANDIERA DC, BRENHOVID IO, CACERES E, CASCINELLI N, CLAUDIO F, IKONOPISOV RL, JAVORSKJ VV, KIROV S, KULAKOVSKI A. Inefficacy of immediate node dissection in stage I melanoma of the limbs. *New Engl J Med*, 297: 627, 1977.
23. WAGNER DE, ROCHLIN DB, WEBER AP. A new approach to radical retroperitoneal iliac and femoral node dissection. *Arch Surg*, 103: 681, 1971.
24. WANEBO HJ, FORTNER JG, WOODRUFF J, MACLEAN B, BINOWSKI E. Selection of the optimum surgical treatment of stage I melanoma by depth of micro invasion: use of the combined technique of Clark-Breslow. *Ann Surg*, 182: 302, 1975.