

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Cáncer de cabeza y cuello

* R. Baeza B.

* R. Claire S.

Su incidencia es baja dentro del total de cánceres diagnosticados. Se trata de un tipo de cáncer evitable y que, diagnosticado a tiempo, es curable. Las secuelas del tratamiento agresivo, hacen que este tipo de tumores, junto con lo apasionante de su estudio, diagnóstico y tratamiento, requieran de una estrecha colaboración entre médicos de distintas disciplinas (cirujanos oncológicos, radio oncológicos, odontólogos) y también exijan una estrecha e íntima comprensión por parte del paciente, de la magnitud del problema enfrentado y del cómo evitar secuelas y manejarlas una vez que éstas se presentan.

EPIDEMIOLOGIA

Estos tumores están íntimamente asociados al uso de tabaco y alcohol. Es por ello que no raramente se presentan en personas cuyo estado nutricional esté menoscabado y que, además, debido a descuido personal, permitan que estos tumores se presenten en estados avanzados.

Los síntomas de presentación son precoces y claros; aparición de nódulos en el cuello, aparición de lesiones solevadas en cavidad bucal que interfieren con el uso de prótesis dentales, masas que molestan la motilidad de la lengua, lesiones que sangran con la simple higiene dental, disfonías y dificultades en la deglución alta, etc. Es decir, una multitud de signos y

síntomas que suelen ser ignorados por el paciente hasta que llegan a tal grado de invasión regional que son notados incluso por los familiares del paciente.

Sin embargo debemos hacer notar que no es raro que estos signos y síntomas sean ignorados por el médico al ser consultado o lo que es frecuente, que estos tumores reciban tratamiento antibiótico por algún tiempo antes de ser examinados a fondo y derivados a centros especializados (el tumor de fosa amigdalina que precozmente se acompaña de adenopatías y que por su ubicación se presenta con dolor referido al oído es un ejemplo clásico de tratamiento antibiótico por una presunta otitis). Es también común observar que el diagnóstico precoz lo haga el odontólogo durante una consulta rutinaria del paciente por problemas dentales tan comunes en fumadores y bebedores.

Las histologías más frecuentemente envueltas son la del tumor epidermoide y el linfocarcinoma, ambos se acompañan de una alta incidencia de metástasis ganglionares las que están condicionadas por la ubicación anatómica del tumor primario.

Recordemos que el área de cabeza y cuello está ricamente drenada por linfáticos que siguen caminos y vías ordenadas, y que cuyo conocimiento permite hacer el diagnóstico del sitio de origen del tumor. En general se puede decir que un 20% de los tumores de piso de boca se acompañarán de ganglios de preferencia subdigástricos y submentonianos, un 30% de los tumores de lengua oral presentarán adenopatías de preferencia subdigástricas.

* *Departamento Hematología-Oncología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

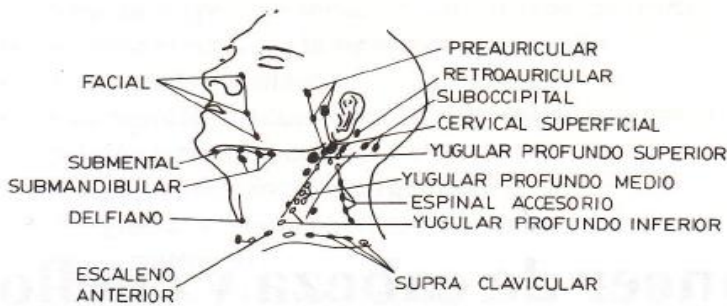


FIGURA 1. Sistema linfático cervical.

Yendo más hacia atrás, el compromiso linfático de presentación aumenta y es así como triángulo retromolar y paladar blando se asocian en un 45% de las veces a adenopatías subdigástricas y yugulares medias altas, la amígdala, surco glosopalatino y base de lengua presentan adenopatías en cerca del 70% de los casos; éstas son subdigástricas, yugulares altas y medias, y cervicales posteriores. La nasofaringe con un 80% de incidencia de ganglios distribuidos bilateralmente en el cuello es la más agresiva. Hacia abajo la pared faríngea presenta compromiso en un 60-70% de las veces apareciendo aquí los ganglios retrofaríngeos. La laringe supraglótica puede presentar hasta un 50% de ganglios con frecuencia bilaterales y de ubicación en torno a la zona yugular media y alta, muy similar en distribución a la del seno piriforme que se compromete en un 70% o más de las veces.

Tan importante es el compromiso ganglionar que no es infrecuente que cuando aparecen adenopatías en cuello, en que el tumor primario no es visualizado ni palpado, el examen bajo anestesia con toma de biopsia "ciega" de nasofaringe, base de lengua, amígdala y seno piriforme es el que da el diagnóstico.

DIAGNOSTICO

En la determinación de la ubicación y extensión del tumor es básico no sólo la inspección sino también la palpación ya que un gran porcentaje de los cánceres de cabeza y cuello pueden ser palpados. Esto es importante porque si bien las clasificaciones de tumores asumen que éstos son unidimensionales, la realidad es que son tridimensionales, y hay una diferencia pronóstica entre tumores exofíticos, claramente visibles y con frecuen-

cia sangrantes y aquéllos endofíticos, infiltrativos que generalmente invaden y tienden a fijar los tumores a las estructuras de base.

En el examen de cabeza y cuello, debe inspeccionarse con una buena luz, el área de la cavidad bucal, mirando sobre y bajo la lengua, recorriendo la mucosa en el espacio pregingival, luego inspeccionando los pilares amigdalinos y el triángulo retro molar para finalmente, hacia la orofaringe, ver la fosa amigdalina y la base de la lengua. Para estas últimas regiones es indispensable contar con un espejo lo mismo que para examinar la nasofaringe. Tanto en cavidad bucal como en orofaringe el examen debe ser completado con palpación.

La laringe requerirá de una laringoscopia indirecta, procedimiento sencillo que sólo requiere de una buena fuente luminosa, espejo y gasa y que obviamente debiera estar al alcance de cualquier sala de examen. Raramente el paciente requerirá de anestesia local (tipo spray) para dicho examen.

En el examen se presta atención no sólo a la extensión de la enfermedad, la que debe ser medida y no estimada, sino también a la motilidad de las estructuras invadidas por el tumor. El examen del cuello, debe ser hecho de preferencia desde detrás del enfermo examinando primero un lado del cuello y luego el otro. Debe examinarse cada región: subdigástrica, y siguiendo hacia abajo, en el recorrido del esterno cleidomastoideo, las regiones yugulares alta, media y baja. Hacia posterior deben reconocerse las regiones cervicales posteriores y hacia adelante las submandibulares y submentonianas. Hacia arriba debe buscarse la región preauricular. En cada región debe identificarse y medirse las adenopatías palpadas.

No es inhabitual que el motivo de consulta no sea la aparición de una masa o ulceración, que puede ser sensible y/o sangrante o una disfonía persistente, sino que se consulte por la aparición de ganglios en cuello. Ante esto la anamnesis cuidadosa, investigando por antecedentes epidemiológicos como alcohol y tabaco debe ser completada por el examen de cavidad bucal, orofaringe, nasofaringe y laringoscopia indirecta. Debe evitarse al máximo la biopsia del nódulo cervical, ya que esto generalmente sólo dificulta el tratamiento posterior creando nuevas vías de diseminación. Sólo ante la firme sospecha de que se esté en presencia de un linfoma debe intentarse la biopsia del ganglio y si es así se

debe extirpar un ganglio completo y no un trozo. Obviamente todo esto requiere que el procedimiento sea realizado por un especialista y el médico general debe limitarse a un cuidadoso examen físico y luego derivar el paciente.

Una vez identificado el tumor primario y su extensión el estudio se complementa con radiografía de tórax en dos proyecciones. Confirmada la ausencia de enfermedad metastásica en el sitio más frecuente, el paciente debe ser evaluado y tratado por odontólogo previo a su manejo curativo con cirugía y/o radioterapia.

ETAPIFICACION

Nuevamente es el sistema TNM el usado. Brevemente T se subdivide en T1: hasta 2 cm.; T2: 2 a 4 cm.; T3: mayor de 4 cm., pero sin invasión de músculo, hueso o piel; T4: compromiso de músculo, hueso o piel. En el caso de laringe T1 identifica el tumor confinado sólo a una región, T2 la invasión de más de una región, T3: la fijación de la laringe (parálisis de cuerda por ejemplo) y T4 enfermedad masiva con extensión a cartílago. En cuanto a la enfermedad en cuello ésta se divide en N0 sin ganglios palpables, N1 ganglio de hasta 3 cm.; N2 puede ser ganglio único de 3 a 6 cm, o múltiples ganglios no mayores de 6 cm., N3 ganglio masivo mayor de 6 cm. o ganglios contralaterales o bilaterales.

TRATAMIENTO

En la selección de la modalidad terapéutica o de la secuencia a usar intervienen factores que dependen del paciente y de los médicos. Por un lado, en un paciente médicamente inoperable la selección deberá ser por necesidad irradiación, y si el paciente es un alcoholico que no dejará de beber o un fumador que seguirá fumando, la selección debe ser por necesidad quirúrgica.

En general, en los tumores tempranos cualquiera de las dos modalidades es igualmente efectiva en controlar el primario, y la selección está guiada por las secuelas de uno o las mutilaciones del otro. Es así como en pequeños tumores de cavidad bucal se prefiere cirugía antes que irradiación para no irradiar la cavidad bucal y su mucosa, sin embargo, como veremos más adelante, el manejo del cuello requerirá de irradiar por necesidad volúmenes grandes, así que de todas maneras se irra-

diará mucosa bucal.

En orofaringe el tratamiento de elección en la enfermedad temprana es irradiación por la eficiencia en cubrir todas las zonas de riesgo. En laringe, tanto la laringectomía como la radiación pueden controlar con similar posibilidad las lesiones tempranas, sin embargo el deseo de conservar la fonación hace preferir la irradiación. Un punto de peso en la elección de terapia radica en el posible rescate de las fallas. Si bien ambas son igualmente efectivas en controlar el tumor temprano, no lo son en el rescate de las fallas al tratamiento y es así como la cirugía es altamente exitosa en el rescate de las fallas a la radioterapia, y ésta no lo es en el rescate de las fallas quirúrgicas. Esta es otra razón para preferir como manejo inicial la irradiación. En cuanto al manejo de la enfermedad primaria masiva, ambas, la cirugía y la radioterapia son poco eficientes cuando se usan en forma convencional y por separado. La combinación de cirugía y radioterapia usando radioterapia preoperatoria en pacientes jóvenes y en buenas condiciones y usando radioterapia postoperatoria en pacientes mayores y/o en malas condiciones generales o desnutridos es una alternativa razonable de tratamiento.

Ultimamente se han usado modalidades de irradiación con alteraciones del esquema habitual de fraccionamiento, es decir hiperfraccionamiento, con lo que es posible dar dosis mayores de radiación pero con menor daño al tejido normal. Sin embargo estas modalidades son de investigación, y sólo al alcance de algunas instituciones en nuestro medio. Previo al tratamiento, el paciente debe ser cuidadosamente evaluado en cuanto a su estado nutricional y dental, pues ambos incidirán en una posibilidad de curación con mayor o menor incidencia de complicaciones. Especialmente si el paciente va a ser irradiado, debe ser cuidadosamente preparado por el odontólogo, no sólo tratando la patología gingival y dental existente sino que preparando los moldes para aplicar flúor en forma de gel el cual el paciente deberá seguir usando para siempre para evitar la aparición de caries que podrían desembocar en necrosis de partes blandas y osteoradionecrosis en pacientes curados de su tumor. La nutrición es importante para que el paciente pueda ser tanto irradiado y/o operado.

En cuanto a los factores dependientes de los médicos, éstos exigen que tanto el cirujano y el radioterapeuta no sólo sean de similar competencia y conoci-

miento, sino que cada uno esté familiarizado con las ventajas y limitaciones del otro procedimiento, para así poder determinar la magnitud del propio. Así cuando, después de la radioterapia hay tiempos críticos que respetar donde no antes de ni después de ellos se puede realizar el acto quirúrgico con seguridad; después de la cirugía, la irradiación no debe iniciarse más allá de 7 semanas después ya que, si así sucede, su efectividad disminuye en un factor de diez. Por lo tanto, cirugía excesiva que demore la cicatrización es tan pernicioso como la no corrección de la desnutrición que pudiera producirse durante la irradiación resultando, en ambos casos, prolongación de los intervalos entre uno y otro procedimiento disminuyendo, por lo tanto, la efectividad de ambos. Al mismo tiempo, la magnitud y longitud de la incisión quirúrgica condiciona la eficiencia y riesgo de complicaciones al irradiar.

En cuanto al manejo del cuello, inicialmente no se consideraba el tratarlo si éste estaba clínicamente negativo, sin embargo, al realizar disecciones electivas de cuello se pudo observar que hasta un 30-40% de los cuellos clínicamente negativos contenían ganglios patológicos. Por otro lado, el fracaso de la disección de cuello en controlar la enfermedad ganglionar hace que en cuellos N0 N1 el manejo sea de preferencia radiación y en cuellos N2 y N3 el manejo sea asociado.

RESULTADOS Y PRONOSTICO

Un análisis detallado de los resultados área por área y estado por estado escapa al objetivo de esta presentación. Sólo recalcaremos algunos puntos que nos parecen de particular importancia.

Control local: en general el control local en tumores tempranos T1 y T2 se alcanza sobre el 80% de las veces, en cambio el control sólo alcanza a un 40-50 en los T3 y T4. Asociaciones de tratamientos y el uso de hiperfraccionamiento permiten elevar el control a cifras de 60% y más. El problema en cuello es un poco mejor en cuanto al control local siempre y cuando el manejo sea adecuado y realizado de común acuerdo por el radioterapeuta y el cirujano. Sin embargo, el problema no es sólo el control local sino que también el de la sobrevida libre de enfermedad. Si bien el tamaño del tumor primario se traducirá fundamentalmente en la magnitud de la agresividad del tratamiento loco-regional y sus secuelas, la incidencia de metástasis a distancia no depende del tamaño tumoral sino que está íntimamente ligada al estado de la enfermedad ganglionar. Así como en pacientes portadores de enfermedad ganglionar N0 N1, el riesgo de muerte por metástasis a distancia es de sólo 10%, éste sube a 40% en los casos en que se presentan con enfermedad N2-N3. Esto recalca la importancia de un diagnóstico precoz el que se debe conseguir frente a cualquier paciente que se presente con un ganglio en cuello o con una masa o ulceración en la mucosa bucal u orofaríngea.

Recordemos que el cáncer epidermoide es resistente a los antibióticos y anti inflamatorios. Lo mismo rige para disfonías que deben ser agresiva y precozmente investigadas sin olvidar que los mismos factores epidemiológicos que producen el cáncer de cabeza y cuello son altamente favorables para el desarrollo de neoplasias pulmonares. Estas últimas, también producen disfonías cuando el compromiso intratorácico envuelve el nervio recurrente laríngeo y también dan metástasis ganglionares, pero hay que tener presente que éstas son supraclaviculares, las que se presentan más alto son de origen de cabeza y cuello. Por lo tanto, así como el primer paso en un paciente que se presenta con un nódulo alto en el cuello es pedirle que abra la boca, el primer paso ante una adenopatía de presentación supraclavicular es pedir una radiografía de tórax, y si ésta es negativa investigar vía digestiva.

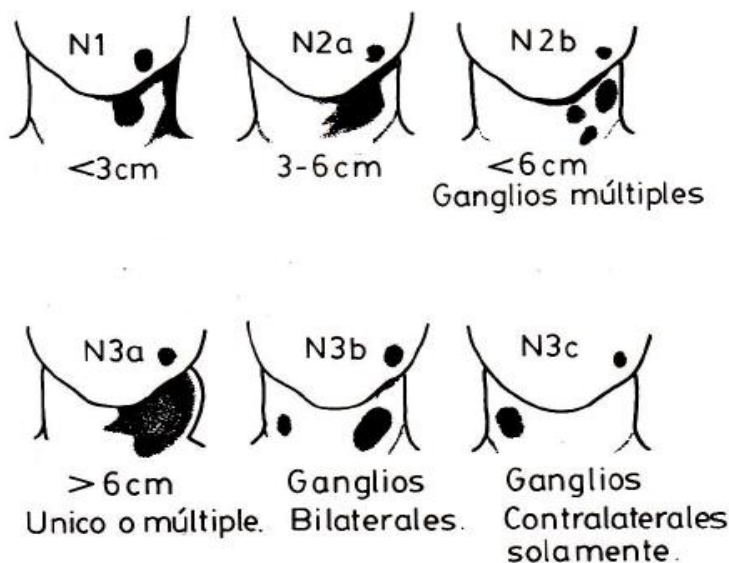


FIGURA 2. Etapificación ganglios cervicales.

En cuanto al manejo del paciente que se presenta con enfermedad metastásica a distancia, éste es solamente paliativo, lo mismo ocurre para el que la desarrolla después del tratamiento locoregional. La quimioterapia en esta área es altamente experimental y hasta la fecha no hay estudios que hayan mostrado su efectividad.

El seguimiento de estos enfermos se basa en examen físico cuidadoso, y en una radiografía de tórax anual, si bien el período de mayor riesgo de presentar falla local o a distancia es el de los 2 primeros años, en general se necesita un mínimo de tres años para que aparezca sobre el 95% de las fallas, dicho de otro modo el riesgo de fallar se acerca a cero al cabo de tres años.

En resumen: los cánceres de cabeza y cuello son un conjunto de tumores que se producen fundamentalmente por abuso (alcohol y tabaco), cuyo diagnóstico está al alcance del médico general tanto por los síntomas producidos como por lo simple del examen físico

que debe realizarse, pero cuyo tratamiento requiere de un equipo médico altamente especializado para que éste se vea coronado por el éxito.

BIBLIOGRAFIA

1. De Vita, V.T. Jr.; Hellman, S.; Rosenberg, S.A.: *Cancer, Principles and Practice of Oncology*. 2 ed. Philadelphia J.B. Lippincott. 1985.
2. Fletcher, G.H.; Jesse, R.H.: The place of irradiation in the management of the primary lesion in Head and Neck cancers. *Cancer* 1977; 39: 862-7.
3. Fletcher, G.H.: Elective irradiation of subclinical disease in cancers of the Head and Neck. *Cancer* 1972; 29: 1450-4.
4. Million, R.R.; Cassisi, N.J.: *Management of Head and Neck Cancer. A multidisciplinary approach*. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1984.