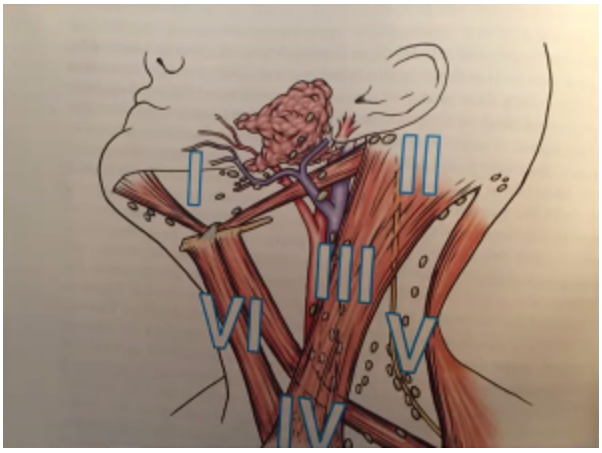
Cáncer de cabeza y cuello (Dr. José Manuel Fábrega)

Hay que saber que cabeza y cuello tiene varios aspectos anatómicos, uno de ellos la orofaringe que incluye toda la lengua, piso de boca, faringe posterior, nasofaringe y tiene la hipofaringe en la base de la lengua y hacía la epiglotis y la laringe y faringe posterior que incluye los senos paranasales y los senos piriformes.

En canceres de cabeza y cuello hablaremos acerca de distintas áreas anatómicas del cuello



Un tumor de la amígdala en la orofaringe con metástasis a nivel 2 o 3 del cuello, es importante estar al tanto de este idioma para comunicarnos en canceres de cabeza y cuello

La epidemiologia del CA de cabeza y cuello es > en hombres que, en mujeres, pero esta cambiando porque las mujeres están fumando más que los hombres

es importante saber que el tabaco y el alcohol son los dos efectos causativos del carcinoma, el área más común es la amígdala, en el futuro si un paciente llega con una masa en el cuello, el primer lugar que hay que buscar es la orofaringe y la amígdala, muchas veces se hace biopsia a ciegas de la amígdala cuando el paciente se presenta con masa metastásica

90% de los canceres de orofaringe son escamosos y el otro % son adenocarcinomas

Hay que tener en cuenta que los adenocarcinomas son masas submucosas

La parótida y las glándulas salivales, la parótida es la glándula con más amplia variedad de histología en un órgano, tiene casi 10 primarios histológicos distintos, cuando otros tienen menos, es característico que en la parótida el 80% de los tumores son benignos, el más común es el mixto benigno, el carcinoma pleomórfico, en las submaxilares el 50% son malignos

Presentación clínica

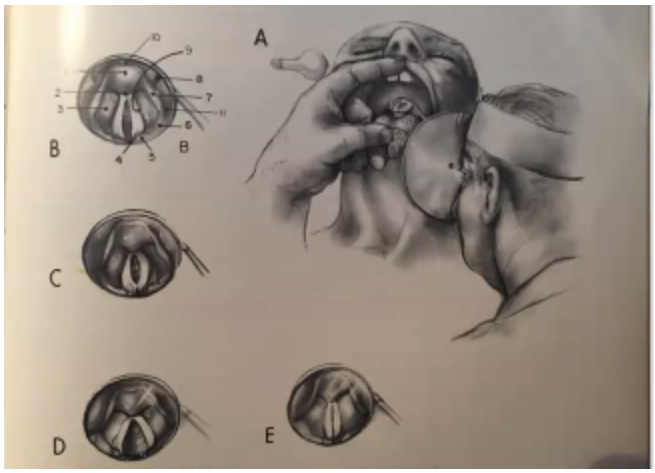
Usualmente el síntoma más común es dolor, hay que descartar un primario en la orofaringe, lengua, amígdala, etc., ronquera, cuando hay tumores en la cuerda vocales o área de la laringe, disfagia si hay obstrucción del área de la faringe y de la hipofaringe y una de las formas más comunes de presentarse un tumor de cabeza y cuello es con una masa en el cuello, lo cual no es raro que el paciente se presente al médico con una pelota en el cuello a nivel de IV o V, y cuando esto ocurre, el error más común es ir a tomar biopsias, sobre todo abiertas, porque se contamina el área para una futura cirugía, por lo tanto lo primero a realizar es un primario de donde provenga la metástasis de esa pelota

Cualquiera de los síntomas con lo que el paciente llegue, este debe ser inspeccionado por un cirujano de cabeza y cuello con experiencia, y buscar leucoplaquia o eritoplaquia

Exámenes de cabeza y cuello

Inspección visual y palpación bimanual de orofaringe

Endoscopía flexible es un embolo de la nariz al cuello y de esta forma por visión directa es mucho más precisa



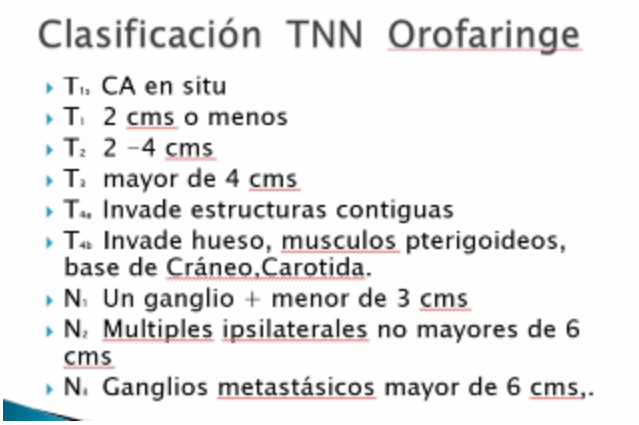
Principios básicos en cáncer de cabeza y cuello

La neoadyuvancia trata al paciente de afuera para dentro y disminuye el tumor de manera notable, y luego se puede tratar mediante cirugía de una mejor manera

- Masa en cuello con primario oculto nunca biopsiar sin antes buscar exhaustivamente el primario.
- Area mas común de primario oculto es amígdala.
- Considerar examen bajo Anestesia y Biopsias de areas probables guiados por localización de la masa metastácica.
- Uso de neoadyuvancia basada en QT con base de cisplatino evita Cirugías masivas y preserva órganos (ie. Mandíbula, Laringe) en 70% de casos

Clasificación TMN orofaringe

Es necesario aprendérselo porque se usa en todos los tumores del cuerpo, los cuales consisten en T por el tamaño del tumor, M por los ganglios regionales del área



Estadio en CA de orofaringe

- *Estadio I – T1No MO*
- *Estadio II – T2*
- *Estadio III – T3*

Tipos de radical de cuello

Hay 3 estructuras importantes en el cuello, el esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio accesorio espinal, en la disección radical de cuello, se remueven las 3 estructuras y con ellos los ganglios, es la más común a realizar, con la neoadyuvancia se pueden bajar las masas y se pueden hacer menos disecciones radicales, preservando las 3 estructuras.

Protocolo de neoadyuvancia

- *Tradicional es Fu/ cisplatino*
- *Ahora con mas TAX 324 que utiliza 3 ciclos de inducción con PTF, seguido de quimioradioterapia: carboplatino-R.T.*
- *TAX 324 mas efectivo con 33% respuesta completa versus 19% en 5FU / cisplatino*
- *Si la respuesta al PTF es buena se opera y se deja la R.T. para adyuvante postcirugía o si es completa se da quimioradioterapia, obviando la cirugía*

CA de nasofaringe

- *Casi todas presentes en etapas avanzadas (III o más)*
- *CA de nasofaringe común en china y exposición a EBV*
- *Tratamiento es quimioterapia de inducción más quimioradioterapia al primario y ambos cuellos por altísima probabilidad de metástasis*
- *Sobrevida peor que otros sitios: alrededor de 40%*

CA de senos paranasales

- *Tratamiento hay que hacerle un PET-CT o CT para descartar invasión a base de cráneo, cerebro u orbita*
- *Hay que recordar que techo del maxilar es piso orbita, por lo que en maxilectomía puede necesitarse exenteración orbitaria para lograr márgenes negativos*
- *Múltiples tumores raros como:*
- *Estesioneuroblastoma (nervio olfatorio)*
- *Angiofribroma (vascular en nasofaringe)*
- *Angiocentric T cell linfoma*

CA de glándulas salivares

- *Hay que tratarlos con cirugías, como la parotidectomía*
- *Superficial o subtotal*
- *Total*
- *Tumores de lóbulo profundo abdomen amígdalas de ese lado*
- *Tratamiento de tumores depende del grado de la diferenciación:*
    - *Mucoepidermoides de bajo grado*
    - *CA de células acinicas son de bajo grado*
    - *Mucoepidermoides de alto grado*
    - *CA epidermoide*
    - *Adenocarcinoma de alto o bajo grado*
    - *Después de parotidectomía los hallazgos deben recibir radioterapia*