

UNIDAD ONCOLÓGICA Y RECONSTRUCTIVA

- Información de interés público sobre el cáncer de cabeza y cuello
y sus opciones de tratamiento -

CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Le presentamos información actualizada sobre el cáncer de cabeza y cuello y las opciones de tratamiento médico y quirúrgico de los mismos, haciendo especial hincapié en estos últimos que son los que competen a nuestro Servicio.

La información que se ofrece es de carácter general y la finalidad con la que lo hacemos es para que el público tenga un mayor conocimiento sobre el cáncer de cabeza y cuello y sus diferentes tratamientos. No es una guía clínica ni pretende ser un protocolo de tratamiento para cualquier caso clínico concreto. Los pacientes que tienen un cáncer de cabeza y cuello deben ser diagnosticados, valorados por su médico especialista y el tratamiento se individualizará en función de diversas variables y una vez comentado con el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello del Hospital. Por tanto el contenido tiene únicamente un carácter orientativo y no puede servir como prueba en ningún tribunal. Las expectativas de supervivencia, se basan sólo en datos estadísticos y estos son variables y no pueden ser utilizados como referencia para cualquier caso concreto.

Cáncer de Cabeza y Cuello:

Con este nombre se conoce a un grupo de tumores malignos localizados en el área de la cabeza y del cuello, incluye los localizados en la Boca (lengua, suelo de boca, encía, mucosa oral, paladar duro), Orofaringe (amígdala, pilares amigdalinos, úvula, base de lengua), Nasofaringe, Hipofaringe, Laringe, Glándulas salivares, Piel de la cara, Huesos faciales y Senos paranasales. Se excluyen los cerebrales y los de tiroides.

La Cirugía Maxilofacial se ocupa de los tumores de la Boca, de los de Orofaringe, Senos paranasales, Glándulas salivares, Piel de la cara, Órbita y Huesos faciales.

Epidemiología:

Son tumores no muy frecuentes, representan el 5% de todos los tumores del cuerpo y aunque su frecuencia varía según diferentes zonas geográficas en el mundo, en Europa es más frecuente el de Laringe, seguido de Orofaringe, Boca y Nasofaringe.

Predomina en el varón, aunque por el uso del tabaco la relación varón-mujer está cambiando.

La edad media de aparición, en general es por encima de los 50 años, aunque cada vez es más frecuente ver tumores en personas por debajo de los 40 años.

Factores de riesgo en nuestro país:

En general se pueden considerar como tumores causados por causa ambiental, aunque hay pacientes que tienen ciertas condiciones que favorecen la aparición de tumores sin que intervenga ninguna causa externa o ambiental.

Se consideran factores de riesgo:

1.- Tabaco: Factor directo, que incrementa el riesgo de tumores de la cavidad oral y orofaringe. La cantidad de tabaco y frecuencia está directamente relacionado con el riesgo.

2.- Alcohol: Incrementa el riesgo de tumores de cabeza y cuello, sobre todo si se asocia con el tabaco. Su efecto sobre la inmunidad, hace que se incremente el riesgo de padecer tumores.

3.- Higiene bucal: La escasa higiene bucal y las zonas de traumatismo repetido: mordeduras o roce en las zonas posteriores de la boca o en otras por prótesis dentales mal ajustadas se relacionan con un mayor incremento de cánceres de la cavidad oral.

4.- Virus: Así como el cáncer de cérvix uterino en la mujer se relaciona con infecciones víricas y se ha desarrollado una vacuna, el cáncer de la mucosa oral, en algunos casos, se ha relacionado con la presencia de infecciones por virus del Papiloma Humano (HPV), sobre todo en personas no fumadoras, no bebedoras y con mayor frecuencia en personas jóvenes. En estos casos, con la biopsia se hacen determinaciones de proteínas del HPV (16 y 18) relacionadas con este tipo de tumores. Su determinación tiene un factor pronóstico, ya que estos casos tienen mejor pronóstico y suelen responder mejor a la quimioterapia y radioterapia.

5.- Sol: Así como la radiación ultravioleta favorece la aparición de tumores cutáneos, está directamente relacionada con la aparición de tumores del labio inferior.

6.- Alimentos: El déficit de vitaminas A y C puede contribuir en el inicio de estos tumores y en algunos países como la India la masticación de la nuez de betel está relacionada con el cáncer de boca. En Europa esto último no se utiliza.

7.- Factores predisponentes bucales: La presencia de lesiones blancas en boca (Leucoplasias) o lesiones rojas (Eritroplasia) se relacionan con un incremento del riesgo de sufrir un cáncer de boca. Aunque en términos globales se considera que las personas que tienen estas lesiones pueden incrementar el riesgo en un 12 %, dependerá del grado de displasia (alteración celular) que tenga en la biopsia y de otros factores que se relacionan claramente con el desarrollo tumoral: tabaco, alcohol y traumatismos repetidos.

8.- Antiguamente existían profesiones que se relacionaron con un incremento de la aparición de cánceres de boca: Asbesto y otros.

No hay factores genéticos relacionados, claramente, con el desarrollo de este tipo de tumores.

Prevención y detección precoz:

No hay programas de detección precoz, aunque cada vez se van haciendo más estudios sobre la relación de algunos de estos tumores con el Virus del Papiloma Humano, similares a los efectuados con el carcinoma de cérvix en las mujeres.

La prevención, por tanto supone intentar eliminar los factores de riesgo comentados más arriba.

Dejar el tabaco y el alcohol y los grandes fumadores y bebedores deberían ser seguidos rutinariamente por los Médicos de Atención Primaria o por los Odontólogos.

Las lesiones blancas (leucoplasias) en la mucosa bucal deben ser estudiadas, a veces con biopsia y dependiendo del grado de afectación celular (displasia) y de que la persona fume y/o beba, se realizarán extirpaciones de las lesiones o simplemente controles periódicos de las mismas. En caso de presentar lesiones blancas se recomienda más encarecidamente eliminar los factores más importantes como el tabaco, alcohol y revisar las prótesis dentales para evitar traumatismos protésicos crónicos.

Estadíaje:

Estadíaje TNM: El estadíaje describe la gravedad del cáncer que aqueja a una persona basándose en el tamaño tumoral y si el cáncer se ha diseminado o no en el cuerpo.

La clasificación está basada en el sistema de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC). Este sistema valora el tamaño de la lesión (T), las adenopatías regionales (N) y la presencia de metástasis a distancia (M).

El estadíaje del cáncer ayuda al médico a planificar el tratamiento más apropiado, sirve para poder hacer estimaciones pronósticas, permite la elaboración de estudios multicéntricos al poder intercambiar información utilizando una terminología común para evaluar y comparar resultados.

El estadíaje se basa en el comportamiento tumoral: las células cancerosas se dividen y crecen sin orden ni control y no mueren cuando deberían. Esto hace que formen, en general, un "bulto" o "masa" que se denomina "tumor". En su crecimiento descontrolado puede afectar a las zonas vecinas, pero también puede aprovechar las vías linfáticas para diseminarse hacia los ganglios vecinos, haciendo que estos crezcan, lo que se llama: "adenopatías, en otras ocasiones pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo hacia órganos o zonas alejadas de su lugar de origen, lo que se conoce como "metástasis".

La clasificación que se describe a continuación está basada en la revisión de la UICC de 2010.

T: Tamaño tumoral.

N: Grado de afectación de los ganglios linfáticos regionales.

M: Presencia de metástasis a distancia.

T	Tamaño del tumor
Tx	No se puede evaluar el tumor.
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor de menos de 2 cms de diámetro
T2	Tumor entre 2 y 4 cms de diámetro
T3	Tumor mayor de 4 cms de diámetro
T4	Tumor que afecta a estructuras vecinas
N	Ganglios o Adenopatías
N0	No se palpan adenopatías.
N1	Metástasis en un único ganglio en el mismo lado de la lesión (ipsilateral) con un tamaño igual o menor de 3 cms.
N2	Metástasis en un ganglio ipsilateral de más de 3 cms pero menor de 6 cms de diámetro o en varios ganglios ipsilaterales ninguno mayor de 6 cms, o en ganglios bilaterales o contralaterales ninguno mayor de 6 cms.
N2a	Metástasis en un ganglio ipsilateral entre 3 y 6 cms de diámetro mayor
N2b	Metástasis ganglionar múltiple ipsilateral ninguna mayor de 6 cms.
N2c	Metástasis ganglionar bilateral o contralateral, ninguna mayor de 6 cms
N3	Presencia de al menos un ganglio mayor de 6 cms.
M	Metástasis a distancia
M0	Ausencia de metástasis
M1	Presencia de metástasis

Clasificación pTNM

La clasificación pTNM es la que se realiza tras el estudio histológico de las piezas extirpadas. En esta clasificación se valoran datos microscópicos:

- **Margen Tumoral:** se valora la afectación macroscópica, afectación microscópica, libres pero próximos , o márgenes libres. Cuanta mayor es la afectación de los márgenes mayores posibilidades de recidiva hay, pudiendo precisar nuevos tratamientos (quirúrgicos o radioterapia) y se relaciona con una menor supervivencia global.
- **Diferenciación celular:** Bien diferenciados, moderadamente diferenciados, pobremente diferenciados o indiferenciados. La diferenciación valora el grado de parecido de las células

tumorales con las células de los tejidos de los que se origina. Cuanto más indiferenciación, los tumores son más agresivos y su crecimiento suele ser mayor.

- Infiltración Perineural: Presente o ausente. La presencia de infiltración perineural es un dato de mayor agresividad tumoral.

Con estos datos se define el *estadio* de la enfermedad (I a IV) y se relacionan con el pronóstico.

Estadio I: Tumor confinado al lugar primario, sin adenopatías ni metástasis y se suele relacionar con un mejor pronóstico.

Estadio II -III: Tumores con mayor afectación local y progresivamente mayor afectación ganglionar.

Estadio IV: Tumores avanzados: IVA - Tumores moderadamente avanzados con enfermedad local/regional. IVB - Tumores muy avanzados con enfermedad local/regional. IVC - Tumores con enfermedad metastásica a distancia

Por tanto, cuanto más alto es el Estadio TNM, más grave y peor pronóstico tiene el tumor, relacionándose con las recidivas tumorales y la supervivencia a largo plazo. Además de este factor existen otros factores no incluidos dentro de la clasificación TNM que también tienen factor pronóstico (los siguientes se refieren a los tumores que manejamos los Cirujanos Orales y Maxilofaciales, no pretenden ser una guía para todos los tumores de otras localizaciones):

- *Edad*: En un principio son tumores más frecuentes en edades avanzadas, por encima de los 65 años. Su aparición en edades menores de 40 años se asocia a un peor pronóstico.

- *HPV 16 positivo*: La determinación de la presencia del Virus del Papiloma Humano 16, se asocia con una mejor respuesta al tratamiento.

- *Localización tumoral*: Para el mismo estadiaje, aquellos tumores localizados en zonas de peor acceso o en las que es más difícil conseguir una resección completa con márgenes correctos, pueden evolucionar con un peor pronóstico.

- *Respuesta a la Quimioterapia*: En los tumores que nos ocupan, no suele utilizarse la Quimioterapia como medida de primera elección, salvo tumores muy grandes o que por su localización no va a ser posible conseguir unos márgenes quirúrgicos correctos. La respuesta a la Quimioterapia inicial (Quimioterapia de inducción o neoadyuvante). En estos casos la respuesta a este tratamiento implica que posteriormente responderán mejor a la Radioterapia.

Opciones de tratamiento:

Los tratamientos que se utilizan en este tipo de tumores son: la Cirugía, la Radioterapia y la Quimioterapia.

****Cirugía:***

La Cirugía es el tratamiento de elección inicial, excepto en los tumores orofaríngeos, sobre todo en los estadios precoces o cuando es posible realizar una resección adecuada, que pueda

evitar tratamientos posteriores. En casos avanzados, se puede utilizar la cirugía y posteriormente la Radioterapia sola o asociada a Quimioterapia (Quimioterapia adyuvante).

La Cirugía tiene una serie de efectos secundarios que son inherentes al mismo, y dependerán de la zona intervenida y de la reconstrucción que se realice. No es lo mismo extirpar la lengua entera, que un trozo pequeño o que extirpar un trozo de mandíbula. En general los efectos secundarios incluyen cicatrices, zonas de la cara y cuello que quedan dormidas, dificultades para mover alguna parte de la cara, cuello y hombro, etc.. (Para una exposición más detallada de las posibles secuelas y efectos secundarios de la cirugía: ver más arriba en el apartado: "Aspectos específicos de algunos procedimientos")

Siempre que sea posible, se intentará realizar una reconstrucción primaria de la zona intervenida, que minimice la morbilidad del tratamiento quirúrgico y permita una mejor recuperación de la función, de la estética y de la reinserción social del paciente.

*Radioterapia:

La Radioterapia consiste en el tratamiento de la enfermedad mediante ondas de alta energía. Su efecto es local sobre la zona irradiada. Afecta a las células con mayor capacidad de crecimiento, como son las células tumorales, de forma que aquellos tumores con mayor índice de crecimiento o división celular serán más sensibles a este tratamiento.

Cuando se decide dar Radioterapia, bien como inicio del tratamiento o como complemento a otros utilizados, es preciso delimitar la zona a tratar con un TAC y calcular las dosis y el volumen. Todo esto lo realizará el Servicio de Oncología Radioterapia.

Para una información más pormenorizada se recomienda consultar la página web de este Servicio.

Los efectos secundarios de la Radioterapia en los tumores de cabeza y cuello puede ser variable y dependerá de la localización concreta de la zona a tratar, del volumen y dosis de irradiación y de la sensibilidad particular de cada paciente. Entre estos se incluyen:

- *Sequedad de boca:* El paciente puede quejarse de tener la boca seca, lo que le puede dificultar salivar la comida, tragar o incluso hablar. Es debido a la pérdida definitiva de glándulas salivares. Se puede paliar algo incrementando la ingesta de agua o sustitutivos salivares.
- *Problemas dentales:* La radioterapia debilita las piezas dentales y los tejidos de sostén de las mismas, de forma que estas pueden tener más problemas de caries, fracturas, periodontitis (piorrea), sangrados gingivales y en definitiva de acabar perdiendo las piezas dentales. Se recomienda extremar la higiene oral y previamente al tratamiento radioterápico sanear todo lo posible la boca para evitar tener que hacer tratamientos dentales en pleno tratamiento.
- *Mucositis:* Es una inflamación de la mucosa de la boca y de la garganta, que produce dolor, dificultad para comer y hablar. Cuando aparece los médicos de Oncología Radioterápica le pondrán un tratamiento para paliar la sintomatología. Si esta mucositis fuera muy intensa, es

posible que tengan que suspender temporalmente el tratamiento y reanudarlo en cuanto esté mejor.

- *Infecciones:* La radioterapia favorece las infecciones en la zona tratada, son frecuentes las infecciones por hongos.

- *Retraso en la cicatrización de los tejidos:* La radioterapia puede retrasar la cicatrización de los tejidos y en los casos en que es necesaria realizar una cirugía al poco tiempo de terminar la radioterapia, el sangrado es mayor, la disección de los tejidos es más laboriosa y la cicatrización es peor y más lenta. De igual forma si se realizan extracciones dentales próximas a haber finalizado la radioterapia se pueden producir retrasos en la cicatrización del hueso o lo que se denomina: *Osteonecrosis postradioterapia*. En este caso el hueso traumatizado por la extracción no termina de cicatrizar y acaba infectándose y el cuerpo intenta expulsarlo. A veces es necesario hacer tratamientos con Oxígeno Hiperbárico, o cirugías para extirpar la parte de hueso afectada. Por todo esto se recomienda, en lo posible, no realizar exodoncias en el año siguiente a haber terminado la radioterapia, y si esta fuera necesaria, se utilizaría primero el oxígeno hiperbárico, se haría la extracción y volvería a la cámara de oxígeno hiperbárico para intentar minimizar el riesgo de osteonecrosis postradioterapia que es de difícil solución.

- *Trismus postradioterapia:* Consiste en la inflamación o fibrosis de los músculos que cierran la boca: masetero, pterigoideos fundamentalmente, por efecto directo de la radioterapia sobre los mismos: Produce una dificultad cada vez mayor para la apertura de boca con un endurecimiento de estos músculos. Su tratamiento es difícil y en general consiste en una cirugía bajo anestesia general para despegar los músculos afectados de la mandíbula, forzar la apertura de estos y una vez abierta lo más posible, colocar una cuña en la boca 24 h al día que mantenga la boca en esta posición durante unos 3 meses, para que los músculos se “peguen” a la mandíbula estando esta abierta.

- *Alteraciones del gusto o del olfato:* Suele suceder durante el tratamiento y puede mejorar con el tiempo.

- *Hipotiroidismo:* Aunque hoy día es muy raro que suceda, si se irradia la glándula tiroides se puede producir una alteración en su función que haga precisar medicación sustitutiva de hormonas tiroideas.

- *Fatiga:* Al final del tratamiento es normal notar un cierto cansancio por lo que se debe evitar ejercicios intensos que aumenten la fatiga.

En caso de aparecer algún tipo de complicación con el tratamiento los médicos de Oncología Radioterapia le ofrecerán las mejores opciones para minimizar en lo posible los síntomas.

El hecho de recibir radioterapia no supone ningún riesgo para sus familiares más cercanos o amigos.

*Quimioterapia:

La Quimioterapia consiste en la utilización de una serie de fármacos llamados quimioterápicos con el objetivo de destruir las células tumorales, que son las que tienen un crecimiento más acelerado, aunque también pueden afectarse algo las células normales.

La medicación se administra por vía intravenosa o por boca y dependiendo de los centros o de la localización del tumor podría administrarse por vía arterial llevando un catéter hasta la zona a tratar para introducir el fármaco lo más cerca posible de la zona tumoral. Su efecto al ir al torrente sanguíneo es general en todo el cuerpo.

El tipo de fármaco, su dosificación y el intervalo dependerá de lo que planifique el Servicio de Oncología Médica y dependerá de diversos factores. Se siguen desarrollando fármacos nuevos para el tratamiento de los tumores, como sucede con los Anticuerpos Monoclonales, que no son realmente quimioterápicos y que se puede combinar con la radioterapia y la quimioterapia.

Los intervalos en los que se administra la medicación se conocen como "Ciclos de tratamiento". El número de Ciclos de tratamiento dependerá de factores tumorales y personales y serán planificados por los médicos de Oncología Médica.

Para una información más detallada se recomienda consultar la página web de este Servicio.

En los tumores de Cabeza y Cuello los esquemas de tratamiento, básicamente son de tres tipos:

- *Neoadyuvante o de inducción:* Se administra antes de hacer Cirugía.
- *Adyuvante:* Se administra después del tratamiento de Cirugía o de Radioterapia.
- *Concomitante:* Se administra a la vez que la Radioterapia.

Algunos efectos secundarios de la Quimioterapia en los Tumores de Cabeza y Cuello son superponibles a los de la Radioterapia, incluyendo: dolor, boca seca, predisposición a las infecciones y cambios de sabor. Estos efectos suelen desaparecer al finalizar el tratamiento.

De forma más específica, la Quimioterapia puede tener otros efectos secundarios por su acción sobre otras células del cuerpo, sobre todo aquellas que se reproducen con más rapidez:

- *Alteraciones en la médula ósea:* Se produce una disminución de las células de la sangre que se forman en la médula ósea, glóbulos rojos (*anemia*), leucocitos (*neutropenia*) o plaquetas (*trombopenia*). En casos de anemia severa puede ser necesario realizar transfusiones de sangre o poner estimuladores de la formación de glóbulos rojos como la eritropoyetina. La neutropenia favorece a veces las infecciones por la bajada de defensas que ocasiona. La trombopenia cuando es intensa favorece el sangrado, sobre todo por mucosas como la boca o la nariz.

Para evitar o detectar este tipo de complicaciones se realizan estudios analíticos de forma periódica y antes de administrar cada Ciclo de tratamiento.

- *Trastornos digestivos:* A veces se producen náuseas y vómitos, que con un tratamiento adecuado se pueden controlar.

- *Mucositis*: Es la inflamación de la mucosa de la boca, que se acompaña de dolor e incluso úlceras. Este efecto secundario es más frecuente e intenso cuando se asocia la Quimioterapia con la Radioterapia. Las mucositis pueden favorecer la aparición de hongos en la boca y pueden dificultar la alimentación.

- *Alopecia*: Se trata de la caída del cabello, la intensidad de la pérdida dependerá del tipo de fármaco utilizado. En general la pérdida es temporal y suele volver a salir entre dos y tres semanas después de terminado el tratamiento. La recuperación puede no ser completa o similar a la situación previa.