



Clínica cotidiana

Novedades sobre los aspectos etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos de la neoplasia de faringe-laringe

José Alberto Hermida Pérez^{*,a}, María Perera Hernández^b

^aCentro de Salud de El Paso. Santa Cruz de Tenerife. ^bHospital General de La Palma. Sta Cruz de Tenerife.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de enero de 2016

Aceptado el 24 de noviembre de 2016

On-line el 26 de junio de 2017

Palabras clave:

Cáncer

Faringe

Laringe

Etiología

Prevención

Tratamiento

R E S U M E N

El cáncer de faringe y laringe es una de las neoplasias de cabeza y cuello más frecuentes (25 %); el 98 % de ellas corresponde a carcinomas escamosos o epidermoides. Representa el 2 % de todos los tumores malignos del organismo.

Se describe un caso de un varón de 62 años de edad con antecedentes de ser fumador y bebedor crónico, hiperlipidemia y hepatopatía crónica. Acude a consulta por presentar disfagia para alimentos sólidos, sensación ocupación en la laringe y sangrado bucal.

Es remitido a Otorrinolaringología, donde se realiza faringo-laringoscopia en la que se detecta una tumoración úlcero-vegetante faringo-laríngea, cuya biopsia da como resultado un carcinoma epidermoide de laringe.

En la TAC de laringe y cuello se confirma la presencia de dicha tumoración. Se realiza TAC tóraco-abdominal y ecografía abdominal. Se diagnostica de forma casual un aneurisma aórtico que es intervenido exitosamente por Cirugía Vascul.

Una vez recuperado se realiza exéresis del tumor faringo-laríngeo por otorrinolaringología. Oncología indica tratamiento radioterapéutico y quimioterapéutico.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Developments on the etiopathogenic, clinical and therapeutic aspects of pharyngeal-laryngeal neoplasms

A B S T R A C T

Pharyngeal and laryngeal cancer is one of the most frequent head and neck neoplasms (25%) with 98 % of them corresponding to squamous cell carcinomas. This represents 2% of all the malignant tumors of the body.

A case of a 62 year old male with background of smoking, chronic drinking, hyperlipidemia and chronic liver disease is described. He came to the medical visit due to dysphagia for solid foods, space occupying sensation in the larynx and mouth bleeding.

He was sent to the Ear, Nose and Throat Doctor, where a pharyngeal-laryngoscopy was performed. This test detected a vegetan pharyngeal-laryngeal tumor, whose biopsy showed a squamous cell carcinoma of the larynx.

Keywords

Cancer

Pharynx

Larynx

Etiology

Prevention

Treatment

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:hermidana@yahoo.es (J.A. Hermida Pérez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.025>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

The CT scan of the larynx and neck confirmed the presence of this tumor. A thoracic-abdominal CT scan and abdominal ultrasound were performed. As an incidental finding, an aortic aneurysm was diagnosed and successfully operated on in Vascular Surgery.

After the patient recovered from the surgery, tumor excision of the pharyngeal-laryngeal tumor was performed by the Ear, Nose and Throat department. Oncology prescribed radiotherapy and chemotherapy.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A

Caso clínico

Varón de 62 años de edad, con antecedentes personales de ser fumador de 30 cigarrillos diarios, diagnosticado de enlismo crónico, hipercolesterolemia y hepatopatía crónica.

Es visto en consulta por disfagia para alimentos sólidos, sensación ocupación en la laringe y episodios aislados de sangrado bucal.

En la exploración se constata palidez cutáneo-mucosa, hiperemia y granulomatosis faringoamigdal. En la palpación del cuello se constata la existencia de una adenopatía submandibular izquierda, dura y fija. La palpación abdominal es negativa. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular discretamente disminuido. Auscultación cardiaca normal.

Remitimos a Otorrinolaringología, donde se realiza faringo-laringoscopia (Fig. 1). En ella se observa una neoformación úlcero-vegetante faringo-laríngea.

La biopsia de dicha tumoración da como resultado anatómopatológico un carcinoma epidermoide de laringe.

En la TAC de laringe y cuello (Fig. 2) se observa una masa de 3 x 2,2 cm, que ocupa la valécula izquierda y engrosa la epiglotis; en sentido ascendente infiltra la base de la lengua; afectación de la glotis, de la subglotis y del espacio paralaríngeo; adenopatía submandibular izquierda de 7-8 mm, que muestra una intensa captación y márgenes mal definidos, por lo que pensamos que se trata de un ganglio patológico; en el resto de cadenas ganglionares no se visualizan adenopatías.

TAC tóraco-abdominal (Fig. 3): enfisema y bullas pulmonares, no nódulos, no adenopatías broncopulmonares ni mediastínicas; hígado, bazo, suprarrenales, páncreas y riñones sin metástasis; no adenopatías patológicas en las cadenas ganglionares; de forma casual se observa un aneurisma de la aorta abdominal que comienza inmediatamente por debajo de la arteria renal izquierda y se extiende a ambas ilíacas comunes con trombo mural.

Ecografía abdominal (Fig. 4): incremento difuso de la ecogenicidad hepática, secundaria a hepatopatía crónica, sin lesiones focales; porta, vesícula biliar y vías biliares normales; páncreas, bazo y riñones normales; aorta abdominal ateromatosa, con dilatación en su porción distal (33 mm).

Se interviene primeramente el aneurisma por el Servicio de Cirugía Vascular: implante de endoprótesis vascular aórtica. La evolución posquirúrgica es favorable y se procede al alta.

Es intervenido por otorrinolaringología mediante exéresis del tumor y vaciamiento de las cadenas ganglionares locales; se respetan las cuerdas vocales al no estar invadidas por el tumor.

La evolución postoperatoria es buena.

Es valorado por Oncología que indica tratamiento con radioterapia y quimioterapia combinadas.

Comentario

El cáncer de faringe y laringe (CFL), excluyendo los derivados de la piel, es una de las neoplasias de la cabeza y el cuello más frecuentes. Representa el 2 % de todos los tumores malignos del organismo y el 25 % de los tumores de la cabeza y el cuello; de ellos, el 98 % corresponde a carcinomas escamosos.

Es más frecuente entre los 50 y los 70 años. Se observa cada vez más en edades tempranas. Predomina en los hombres, con una relación de 4:1, aunque se ha visto un incremento de esta patología en las mujeres en los últimos años, probablemente asociado al mayor consumo de tabaco y alcohol.

Su incidencia es variable en todo el mundo^{1,2}. En España alcanza los 25 casos por 100.000 habitantes. Se estima que en 2014 se diagnosticaron 6.632 nuevos casos, 4.961 en hombres y 1.671 en mujeres. En el contexto europeo, la incidencia de este cáncer en España ocupó una posición intermedia³.

Es importante conocer sus factores de riesgo¹⁻⁵:

- Tabaquismo. El porcentaje de fumadores entre los pacientes con CFL asciende hasta el 97 %. El riesgo relativo de desarrollar CFL en fumadores de 10 cigarrillos/día durante 10 años es 30 veces mayor que en no fumadores.
- Alcohol. Está especialmente asociado a las localizaciones hipofaríngeas y supraglóticas. Los colutorios bucales que contienen etanol se asocian hasta en 28 % de los casos con el desarrollo de CFL.
- La exposición conjunta al tabaco y al alcohol aumenta el riesgo en más de un 50 %.
- Factores genéticos. No todos los pacientes con cáncer originado en las mucosas de la cabeza y el cuello son grandes fumadores o bebedores; hay experiencia molecular epidemiológica que sustenta la hipótesis de mayor susceptibilidad genética. Las alteraciones en la capacidad de metabolizar carcinógenos, en el sistema de reparación del DNA y en el sistema de apoptosis, hacen que ciertos individuos requieran menor dosis de carcinógeno que otros para desarrollar una neoplasia⁵.
- Factores ocupacionales. Por inhalación de productos tóxicos, los trabajadores del níquel, de la madera, del petróleo o de pieles tienen un riesgo incrementado de padecer cáncer de senos paranasales y de nasofaringe. La inhalación de

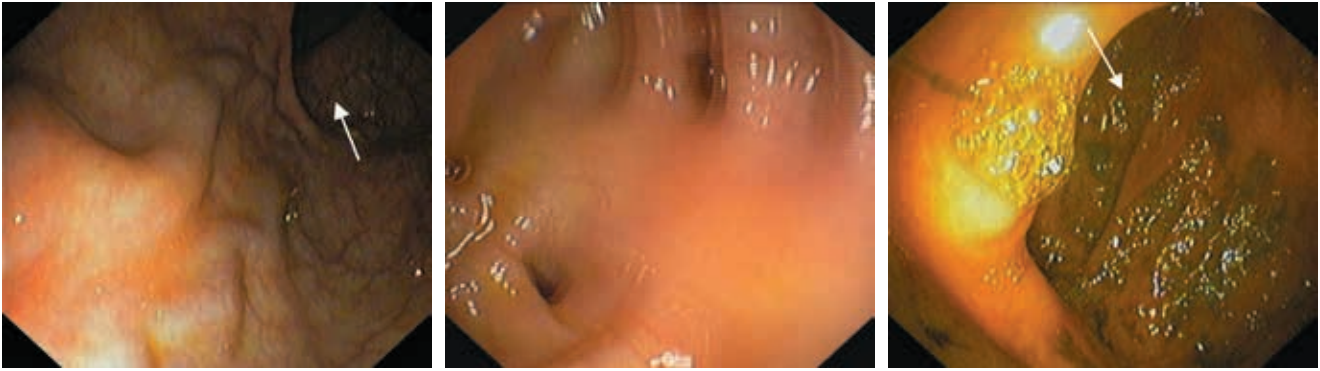


Figura 1 - Laringoscopia: neoformación úlcero-vegetante faringo-laríngea.

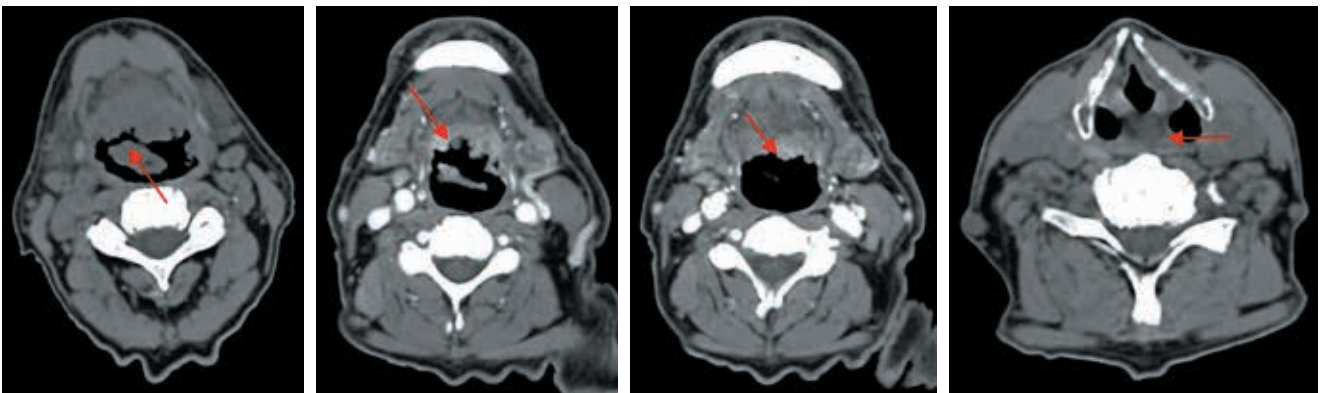


Figura 2 - TAC de laringe y cuello sin y con contraste: masa que ocupa la valécula izquierda; engrosa la epiglótis e infiltra la base de la lengua; cuerdas vocales intactas.

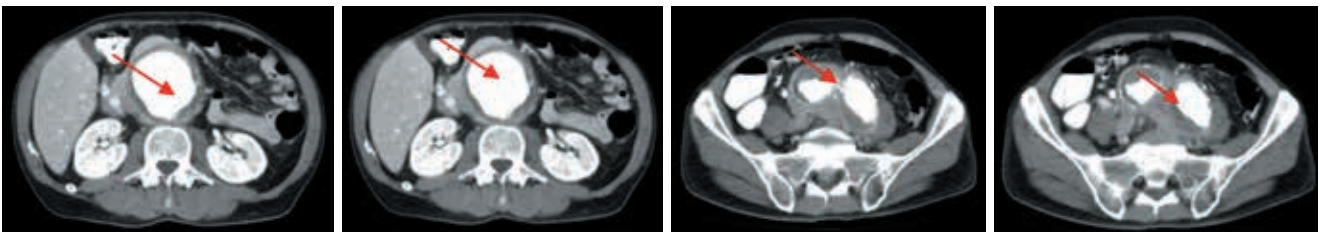


Figura 3 - TAC tóraco-abdominal sin y con contraste: aneurisma de la aorta abdominal que comienza por debajo de la arteria renal izquierda y se extiende a ambas ilíacas comunes con trombo mural.

hidrocarburos en áreas urbanas parece asociarse con mayor riesgo de CFL. La exposición a asbesto y plomo también aumenta el riesgo.

- La radiación de la cabeza y del cuello incrementa el riesgo durante un lapso de hasta 40 años.
- Etiología vírica. El herpes virus tipo II, el virus del papiloma humano (serotipos 16, 18 y 31), y el virus de Epstein-Barr (tipos II y III de la Organización Mundial de la Salud) se asocian estrechamente al CFL. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede desempeñar un papel de cofactor en la génesis de los CFL. El virus herpes humano-8 es un cofactor exógeno oportunista y saprófito que aprovecha la presencia del VIH para inducir tumorigénesis; su transmi-

sión es por vía sexual y se ha identificado en 30-60 % de la población homosexual seropositiva para VIH⁴.

- Procesos inflamatorios crónicos: laringitis, procesos irritativos, como gastritis y reflujo gastroesofágico, y mala higiene bucal.
- Factores nutricionales:
 - Diversas dietas y alimentos han sido asociados a la aparición de CFL: consumo de pescados y carnes saladas, debido al alto contenido de nitrosaminas; el consumo de té de hierba mate en Sudamérica se ha asociado a CFL y esófago.
 - Deficiencias nutricionales de vitaminas A y C y de beta-carotenos.
 - Consumo de marihuana.

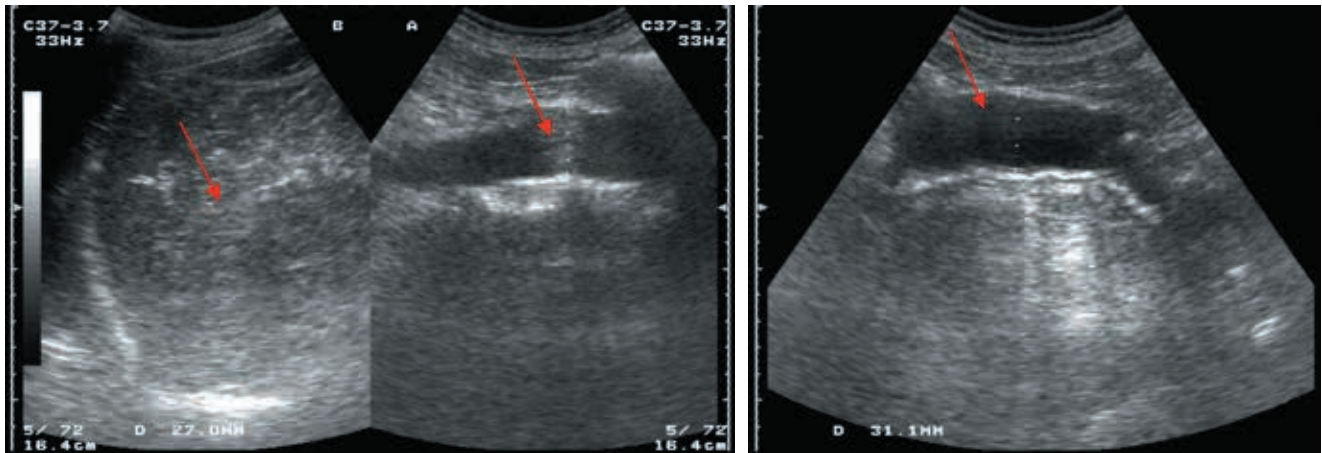


Figura 4. Ecografía abdominal: hígado con incremento difuso de la ecogenicidad secundario a hepatopatía crónica, sin lesiones focales; aorta abdominal de aspecto ateromatoso y con una leve dilatación en su porción distal, con un diámetro máximo de alrededor de 33 mm.

En atención primaria (nuestro ámbito de trabajo) la prevención primaria emerge como una estrategia importante en el CFL^{6,7}. A continuación, hacemos mención de diferentes medidas preventivas importantes:

- Aconsejar a los pacientes el abandono del hábito tabáquico, ya que se ha demostrado que la interrupción de este hábito disminuye considerablemente el riesgo de aparición de lesiones premalignas y malignas.
- Aconsejar sobre el consumo moderado de alcohol.
- En la literatura revisada se habla de la quimioprevención, enfocada a personas con alto riesgo de CFL, con el objetivo de prevenir, detener, disminuir o retrasar la aparición de neoplasias. Consiste en la administración de uno o más fármacos con el objetivo de interrumpir la progresión de la carcinogénesis y revertir los cambios hacia una mucosa sana⁸. Entre estos fármacos se encuentran la vitamina A y sus análogos, los retinoides. Todos modulan y regulan el desarrollo celular, la diferenciación celular y la apoptosis tanto de las células normales, las displásicas y las neoplásicas. En uno de los estudios más importantes que ha evaluado los retinoides en la prevención del cáncer, el EUROS-CAN (n= 2.592), se concluye que la vitamina A, asociada o no a la N-acetilcisteína, no incrementa la supervivencia de pacientes con cáncer de cabeza y cuello ni disminuye la posibilidad de padecerlo en pacientes con alto riesgo; además la administración de betacarotenos parece tener un efecto deletéreo en pacientes fumadores⁹.
- Otra de las medidas importantes en la prevención de esta neoplasia es fomentar los hábitos de vida e higiénico-dietéticos saludables: dieta sana, rica en frutas y verduras, baja en grasas animales, suspender el hábito de intoxicación alcohol-tabaco y la adecuada higiene buco-dental^{6,7,10}.

El tratamiento de estos pacientes es complejo. La localización y extensión de la enfermedad, así como los hallazgos patológicos, dictan el tratamiento adecuado (cirugía, radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos). En los pacientes en estadios avanzados las medidas paliativas (traqueostomía, analgesia, nutrición enteral por gastrostomía, apoyo psicológico al enfermo y su familia) son las de elección.

Generalmente, el 40 % de los pacientes en estadios iniciales (I y II) se tratan con una sola modalidad de tratamiento. Por el contrario, los que se encuentran en estadios avanzados en el momento del diagnóstico se suelen beneficiar de terapias combinadas. Por ello la evaluación inicial y el desarrollo de un plan de tratamiento para el paciente con CFL requiere un equipo multidisciplinario con experiencia en todos los aspectos de cuidados especiales que requieren estos pacientes^{11,12}.

En el caso de nuestro paciente, una vez realizado el diagnóstico de carcinoma epidermoide, se efectuó en primer lugar la intervención quirúrgica, consistente en la exéresis tumoral. Posteriormente se administró tratamiento radioterapéutico y quimioterapia según los protocolos establecidos. En este momento el paciente es portador de una cánula de traqueostomía y una gastrostomía para alimentación enteral^{11,12}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paré CA, Paré CE, Roa Sanabria BR, Tagle JF, Chamorro AP. Cáncer de Laringe: Revisión. Rev Posgr de la Via Cát Med. 2009; 192: 17-22.
2. Celedón LC, Royer PM, Ortúzar BL. Laringectomía parcial en cáncer laríngeo precoz: 25 años de experiencia. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2008; 68: 117-23.
3. Galcerán J, Amejjide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Araceli Alemán A, et al. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2014.
4. Prades J. Factores etiológicos y oncogenes. ORLDIPS. 2004; 31: 14-32.
5. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (eds). World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005.

6. Gallegos-Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. *Cir Ciruj*. 2006; 74: 287-93.
7. Davidson BJ. Epidemiology and etiology. En: Shah JP (ed). *Cancer of the head and neck*. Hamilton, BC: Decker; 2001. p. 1-19.
8. Mohar A, Frías-Mendivil M, Suchil-Bernal L, Mora T, Garza JG. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública Mex*. 1997; 39: 253-8.
9. Van Zandwijk N, Dalesio O, Pastorino U, De Vries N, Van Tinteren H. EUROSCAN, a randomized trial of vitamin A and N-acetylcysteine in patients with head and neck cancer or lung cancer. For the European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and Neck and Lung Cancer Cooperative Groups. *J Natl Cancer Inst*. 2000; 92: 977-86.
10. Ribas V, García-Ruiz C, Fernández-Checa JC. Mitochondria, cholesterol and cancer cell metabolism. *Clin Transl Med*. 2016; 5: 22.
11. Hemmat SM, Wang SJ, Ryan WR. Neck dissection technique commonality and variance: A survey on neck dissection technique preferences among head and neck oncologic surgeons in the American Head and Neck Society. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2017; 21: 8-16.
12. Dean A, Roldán J, Jurado A, Ruza M, Ramos M, Acosta A, et al. Comisión de cáncer de cabeza y cuello (CCCC). Protocolo de cáncer de cabeza y cuello. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. p. 1-166. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/comite_tumores/pro_ca_cabeza_cuello.pdf.