31/10/2012

CARCINOMA OROFARÍNGEO Y CERVICO-FACIAL *(en cursiva comentarios del profesor, y lo subrayado es lo importante)*

Es una patología fundamentalmente atendida a nivel hospitalario.
La reconstrucción la hacen los cirujanos de maxilofacial.
La etiopatogenia de todos estos tumores está muy relacionada con eL TABACO (tb con el alcohol).
Hace falta un fibroscopio para ver la afectación del Ca.bucal hasta la orofaringe (ver paladar, lengua, mucosa yugal)

⇒ **TIPOS HISTOLÓGICOS DE TUMORES ORALES Y OROFARÍNGEOS (OMS 1971)**

1- Tumores del epitelio escamoso
2- Tumores de los tejidos blandos
3- Tumores del sistema melanógeno
4- Tumores de histogénesis controvertida
5- Lesiones pseudotumorales
6- Tumores no clasificados
7- Tumores del epitelio glandular

⇒ **LESIONES CANCERIZABLES O PRECANCEROSAS (OMS 1980)**

1-Lesiones cancerizables:
Leucoplasia
Eritroplasia queyrat = Enf. Bowen piel
Lesiones por fumar al reves

3-Enfermedades generales predisponentes:
Liquen plano: 25% lesiones cutáneas

(las peores son Leucoplasia y Eritroplasia)

⇒ **PATOLOGÍA DE LA MUCOSA ORAL**

→ **Líquen:**

Enfermedad inflamatoria crónica de la piel y mucosas de etiología desconocida.
5% de los problemas estomatológicos.

- Etiopatogenia: causa psíquica *(estrés,p.ej.)*, iatrogénica, diabetes, HTA, genética, inmunológica.
- Clasificación: Reticular *(el que vemos frecuentemente, como una tela de araña)*
  Atrófico
  Erosivo *(el que más nos preocupa)*
  En los tipos atrófico y erosivo es muy importante hacer biopsia. Se puede esperar 15 días para ver evolución y después hacer biopsia,pero preferiblemente cuanto antes)
- Clínica: mancha blanca, estrías de Wickham (tela de araña)
  Erosivo: erosión y ulceración de poca profundidad. Sintomatología dolorosa.
- Diagnóstico: Clínica + Biopsia. Se bipsian todas: toda lesión de 15 dias de evolución habría que biopsiarlo, pero mediante la practica clínica aprendes a

diferenciar cuales son benignos y no biopsiaremos. Toda lesión que aparezca y desaparezca no nos preocupa, lo malo nunca desaparece.

- D. Diferencial*:* leucoplasia, lupus, E. ampollosas, carcinoma.

- Evolución: Cronicidad → BROTES (factores irritativos)
- Entre 1-10% transformación maligna (atróficos y erosivos)*(más bien 1%)*
- Tratamiento: - Suprimir irritantes- dejar de fumar.
  - Compensar enfermedades generales.
  - Laser.
  - Triamcinolona o ácido retinoico,
  - Corticoides
  - REVISIONES PERIÓDICAS *(por lo menos durante 1 año)*

  si hay dudas biopsiar!!

→ **Leucoplasia:**

Placa blanca que no se desprende por el raspado. Término clínico sin implicación histológica. (ya no es una tela de araña, es una placa blanca mas homogénea, a veces al inicio de la patología es difícil diferenciarlo del liquen , por lo que si queremos podemos biopsiarlo)

- Etiopatogenia: **tabaco**, alcohol, enf. Sistémicas (sífilis, candidas, avitaminosis A y B, anemia ferropénica, inmunodeficiencias, etc.), traumatismos, virus (HPV), químicas, desconocidas, anemias.
- Clasificación: Homogéneas
  No homogéneas *(preocupantes)*
- Clínica: en los casos no complicados, *asintomáticas*.
- Diagnóstico*:* Clínica + Biopsia.
- D.Diferencial*:* líquen, lupus.
- Evolución: displasia
  Homogéneas 1,3%
  No homogéneas 52%, va combirtiendose en una placa menos homogénea.
- Tratamiento: suprimir irritantes, compensar enfermedades generales.
  REVISIONES PERIÓDICAS.
  Higiene bucal, eliminar factores irritativos.
  En formas no homogéneas y eritroplásicas o en homogéneas con displasia → eliminación quirúrgica (laser co2).

→ **Eritroplasia:**

Área rojiza que no puede ser diagnosticada como otra enfermedad definible.
91% Carcinomas in situ. Es una lesión con peor pinta, pero no todas las lesiones rojas de la boca son eritroplasias, debemos de confirmarlo histológicamente porque el 90% se convierten en malignos.

Tabaco y alcohol.

- Clasificación:
  Homogéneas: lesión de color rojo brillante, aterciopelado, con bordes bien definidos.
  No homogéneas: irregulares.
- Clínica: asintomáticas.

- Diagnóstico: clínica + biopsia. BIOPSIA SIEMPRE!!! No como las blancas que solo se hace en ocasiones.
- Tratamiento: suprimir irritantes.
  REVISIONES PERIÓDICAS.
  Higiene bucal.
  Eliminación quirúrgica por la elevada frecuencia de displasia epitelial. Eliminación con laser siemrpe porque el 90% se convierten en malignos.

1. TUMORES DEL EPITELIO ESCAMOSO

Benignos: Papiloma Escamoso *(quitar con Láser, si hay dudas biopsiar)*

Malignos: Carcinoma Intraepitelial ("in situ") *(no infiltra capas profundas!!)*
Carcinoma espinocelular epidermoide
* Verrucoso
* Fusocelular
* Linfoepitelioma

→ Carcinoma epidermoide de la cavidad oral (CECO) (espinocelular, escamoso)

- Epidemiología:

- Tumor maligno más frecuente de la cavidad oral *(99%)*
- 310.000 nuevos casos al año en todo el mundo (5% del total de tumores en **varones** y 2% en mujeres).
- Incidencia anual en España de 8.7 casos por 100.000 habitantes.
- Incidencia anual en Madrid de 7.8 casos por 100.000 habitantes.
- Incidencia creciente en las últimas décadas, y en personas **cada vez más jóvenes** *(lo + importante; será más preocupante su reconstrucción)*
(existe una relación directa con el tabaco: antes la mayoría de los casos eran mayores de 60, ahora son mayores de 40, incluso ha habido alguna de veintitantos)

- Teoría de los cofactores (wynder):

Factores intrínsecos:
- nutrición, sexo, raza, herencia
- enfermedades predisponentes

- Factores extrinsecos;

- **tabaco** (x8), **alcohol** (x5), hábitos perniciosos, luz solar

Mucosa Normal
↓
Fact. Intrínsecos y Extrínsecos
↓
Lesión Crónica o Cancerizable
↓
Cáncer de la Mucosa

- Factores de Riesgo: Agentes físicos, químicos, biologicos

- **Tabaco** (hasta 8 veces más riesgo para los fumadores de más de 20 cigarrillos/día).
- Alcohol (hasta 5 veces más riesgo en bebedores de más de 50 g de alcohol/día).
- Dieta (las dietas ricas en frutas y verduras se han asociado a menor riesgo).
- Higiene oral (la adecuada higiene oral se ha asociado a menor riesgo).
- Virus (el HPV y el VEB se han implicado en la carcinogénesis oral).
- Inmunodeficiencia crónica.
- Factores genéticos (mutación de p53, polimorfismo en los genes del citocromo P450 y la glutation-S-transferasa, etc.)
- **Lesiones premalignas** (leucoplasias, eritroplasias, líquen plano). *(no significa que siempre desarrollen Ca. Pero hay que vigilar y hacer biopsia si dudas)*
- **Traumatismo de repetición sobre la mucosa** (roce con los dientes, prótesis mal ajustadas, etc.).
-

(las lesiones que aparecen y desaparecen, generalmente son benignas. Cuando no desaparecen tras tiempo, entonces sí que suelen ser malignas!)

- Clínica

- Varón en la 6ª-7ª década de la vida, **fumador** y bebedor importante
- La localización más frecuente es **lengua** › seguida por el suelo de boca. › labio
- Suelen mantenerse asintomáticos durante mucho tiempo
- Características clínicas agresivas (crecimiento progresivo, infiltración de estructuras adyacentes, dolor, necrosis, úlceras, hemorragias…).

- Diagnóstico

- Historia clínica y exploración física sistematizadas *(muy imp.)(sobre todo de suelo de boca) (siempre con guantes!!)*
  - *Inspección intraoral*
  - *Palpación intraoral y bimanual*
  - *Importante palpación de ganglios cervicales! Todos los epidermoides se propagan por via linfática, es muy raro la propagación por via hematógena. Es raro encontrar metástasis pulmonar, hepática… solo en fases terminales. Por lo que se propagan principalmente por vías secundarias, es decir, linfáticas.*
  - *No olvidar explorar orofaringe, porque podemos tener algo por debajo de la base de la lengua, lo hacemos con un fibrobroncoscopio.*

- Confirmación Histopatológica mediante PAAF o biopsia

Biopsia – Escisión; lesión visible o accesible.
- bisturí, sacabocados, punch, etc
- lesión < 1 cm extirpación total
- incisión eliptica incluya tej. sano
- profundidad > epitelio

* P.A.A.F.: tumores profundos y gánglios

IMPORTANTE: **Como norma general, toda lesión sospechosa de mas de 1 cm y de más de 15 días- un mes de evolución, que no responda al tratamiento conservador *(enjuague, etc.),* debería ser biopsiada por un especialista.***(así que*

*mandar al hospital al ORL o cirujano maxilofacial para que no se demore demasiado, que es lo que ocurre por mandarlas a los odontólogos, los cuales, la mayoría no hacen biopsias)***************
Una lesión maligna no desaparece si no que va a mas, crece!*!!!! Debemos de biopsiarlo.*

- Formas clínicas
  - Ulceroso (mas frecuente) ("en beso" u "hojas de libro")
  - Verrucoso
  - Exofítico

- Diagnóstico

Estudio de extensión loco-regional y a distancia:

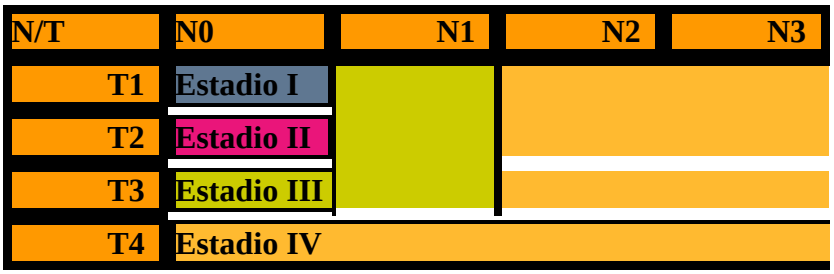
- Radiología simple (ortopantomografía)
- TAC (si pensamos en una evaluación ósea) y RMN (evaluación de partes blandas) *(el TC debería hacerse torácico, porque se han encontrado casos en que había afectación esofágica. Pero normalmente no se hace porque estos tumores no suelen dar metástasis, sino más bien extensión local, así que se hace hasta el cuello)*
- Endoscopia y Fibroscopia ocasionalmente. Si pensamos que pueda haber lesión por debajo del suelo de la boca que no vemos a simple vista.
- PAAF de nódulos cervicales.
- Rastreo óseo (gammagrafia).
- PET.

- Estadiaje → TNM****************

- **T**: Tx: Tumor primario no localizado.
  T0: No evidencia de tumor primario.
  Tis: Carcinoma *in situ*.
  T1: Tumor primario menor de 2 cm.
  T2: Tumor primario de entre 2 y 4 cm.
  T3: Tumor primario de más de 4 cm.
  T4: Tumor primario de cualquier tamaño que desborda su estructura anatómica de origen, infiltrando estructuras próximas *(casi siempre hay afectación ósea)(ej:lesión en encía de 1cm que infiltra hueso) (en este caso el tamaño más frecunte es T3)*

- **N**: ganglio positivo es el factor pronostco mas importante, porque como hemos dichono hay casi metástasis hematógenas.
  N0: No evidencia de adenopatías cervicales. (no hace fata saber las zonas del cuello, pero cuanto mas cerca de la lesión sea será menos agresivo)
  N1: Adenopatía cervical única, homolateral al lado del tumor y < 3 cm.
  N2a: Adenopatía cervical única, homolateral al lado del tumor y de 3-6cm.
  N2b: Adenopatías cervicales múltiples, homolaterales al lado del tumor, ninguna > 3 cm.
  N2c: Adenopatías cervicales bilaterales o contralaterales al lado del tumor, ninguna > 3 cm.
  N3: Adenopatía o adenopatías > 6 cm. Adenpatia gigante este donde este.

- **M:** M0: No evidencia de metástasis a distancia. No esta indicado una vigilancia de metástasis lejana, es decir, por ejemplo no esta indicado una RM de pulmón.
M1: Evidencia de metástasis a distancia.
(propagación es vía linfática)



- Estadíos del cáncer bucal y Supeviviencia a 5 años

- ESTADÍO I → T1 N1 M0 → = ó > 75% (lesión menor de 2 cm, se quita sin mas)

- ESTADÍO II → T2 N0 M0 → 50-75 %

- ESTADÍO III → T3 N0 M0
→ T(1, 2, 3) N1 M0 } 25-50% (ya hay una denopatia)
- ESTADÍO IV
→T4 N(0-1) M0
→ Cualquier T N(2-3) M0
→ Cualquier T Cualquier N **M1** } = ó < 25% (cualquier T4 o N≥2)

- <u>Tratamiento</u>

- <u>Resección con márgenes</u> *(mínimo 1 cm)*, vaciamiento cervical *(uni o bilateral)* y RT, QT postoperatoria en el caso de que el tumor se considere resecable. Casi todos los pacientes tiene ganglios positivos, por lo que daremos RT postoperatoria que además nos destruirá cualquier posible célula tumoral que se haya quedado en el margen de la extirpación.
- El defecto suele requerir cierre mediante colgajos libres o pediculados.
Si es posible, **la reconstrucción debe hacerse de forma inmediata.**
El tratamiento del cáncer de cabeza y cuello en estadios avanzados debe ser siempre locorregional.

<u>Siempre: quitar tumor + limpiar cuello + reconstrucción</u>
(si lesión resecable → qx poco tiempo tras RM. No demorarse mucho, xq puede ser que al operar ya sea irresecable).

(como quitaríamos a un paciente un trozo de lengua debido a que esta este afectada por el tumor, mediante una cirugía transmandibular).

- **<u>TERAPEÚTICA DEL CÁNCER BUCAL</u>**

-Cirugia:
Lesión primaria
Ganglios cadenas cervicales
-Radioterápia; - braqu., iridio 192 ó radium, aproximad. 50 - 60 gy
- externa, co60, 40- 70 gy
- intraoperatoria
- partic.pesadas (protones, piones, neutrones)

- Quimioterápia; protocolos:
tipos:
- neoadyuvante o induc.;trat.inicial, antes círug./ rdt
- adyuvante o coadyuvante
- sincrónica ó radioquimioterapia
- intrarterial
farmacos:
- metotrex.,bleomic.,cisplat., carboplat. y fluoropirim.
- combinaciones y protocolos

- Tratamiento quirúrgico del cáncer bucal

Tipo:
- Resección lesión primitiva.
-Resección de la lesión primitiva + diseccion ganglionar cervical
Dos tiempos quiurgicos (cuando hacemos linfaadenectomia y una ez cerrado el cuello hacemos una apertura oral y extirparemos la lesión)
Lesión primitiva +pull through- sacamos el tumor a traes del cuello
Lesión primitiva + comando (eliminación del tumor junto con la parte del hueso que este afectada)

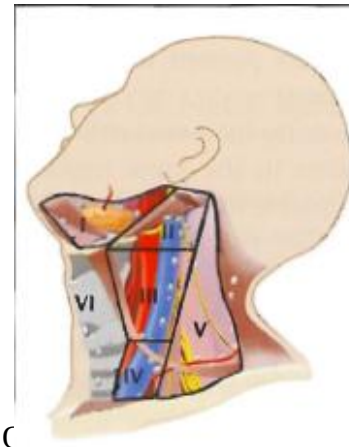
-Disección ganglionar cervical
- Funcional o radical modificada: dejamos los musculos, venas y nerios.
-Radical: Musculo, nervio (espinal) y vena (yugular)
- músculo e.c.m
- nervio espinal
- vena yugular interna
- otras estructuras necesarias

- Diseccion cervical: vena yugular interna, carótidas ext e int, ramo marginal del nervio facial o rama mandibular que va por la mandibula. Son las tres estructuras mas importantes. (en las diapos hay mas).

⇒ DISECCIÓN CERVICAL

- Anatomía Quirúrgica

Vena Yugular Interna
Ramo Marginal Nervio Facial (VII pc)
Nervio Vago (X pc)
Nervio Espinal (XI pc)
Nervio Hipogloso (XII pc)
Nervio Frénico
Plexos nerviosos cervical y torácico superior
Conducto Torácico
Arterias Carótidas Externa e Interna



(no hace falta saberse los cuadrantes)

- Generalidades:

- Índice de metástasis en pacientes con tumor Cavidad C
subclínicas)
- Diseminación ganglionar es el factor pronóstico más importante en la supervivencia global del paciente
- La presencia de diseminación ganglionar aumenta el riesgo de recidiva locorregional y a distancia
- En cavidad oral la diseminación ganglionar se produce fundamentalmente a los niveles I, II y III (el II es el más afectado con diferencia)

- Indicaciones:

En tumores con afectación de la línea media o con alto riesgo de afectación ganglionar bilateral (base de lengua, suelo de boca, Orofaringe (Pilares) seno piriforme, hipofaringe y laringe supra- y subglótica) la disección cervical debe ser BILATERAL *(en 8 de cada 10 pacientes se hace bilateral). En ocasiones la linfadenectomia por tanto será bilateral según dpnmde este el tumor primario y la edad del paciente.*

- Tratamiento:

- **Estadio I** → Resección Local o RT
- **Estadio II** → Resección Local o RT +/- DC Supraomohioidea
- **Estadio III** → Resección + DC Uni o Bilat. + RT/QT . En ocasiones también se lleva a comité para ver si lo operamos o no
- **Estadio IV** → Resección + DC Uni o Bilat. + RT/QT . En este se discute si se opera o no , pero si se operara se haría un radioterapia neoadyuante.

(Estadio IVb → No indicacion de cirugía)

⇒ MANEJO EN AP DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DE CABEZA Y CUELLO YA TRATADO *(no hace falta saber)*

- Postoperatorio inmediato, postradioterapia, postquimioterapia.
- Cuidados paliativos.
- Postoperatorio inmediato…

Control de la cura de las heridas.

Prescripción de fármacos.
Apoyo emocional paciente/familia (ansiedad- depresión).
Analgesia.
Derivación a centro hospitalario.

- Cuidados paliativos

ENFERMEDAD TERMINAL:
Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte. Pronóstico de vida inferior a 6 meses. Estos pacientes son mandados a oncología donde será tratados

<u>FUNDAMENTAL no etiquetar de enfermo terminal a un paciente potencialmente curable.</u>

- Bases del tratamiento
- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
- <u>El enfermo y la familia son la unidad a tratar.</u>
- Promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo.
  - Instrumentos básicos
- Control de síntomas.
- Apoyo emocional enfermo-familia.

Nota: dijo que lo más importante que entraría en el examen era
- *una lesión de 15 años de evolución → biopsiar!!*
- *Tto qx del Ca bucal (en general, no las técnicas)*

<u>METÁSTASIS GANGLIONAR DE ORIGEN NO CONOCIDO</u> (MGOD)
Haremos al paciente una eco- PAAF.
Metástasis cervical de estirpe epidermoide, por lo que debemos de pensar que el tumor este de cuello para arriba.
Antiguamente la causa mas frecuente era cáncer de cavum y ahora parece que es la orofaringe: amígdala palatina.
Si tenemos un gl cervical que con la PAAF nos da que es epidermoide, debemos de pensar, que el tumor esta en la GARGANTA!!!!!!!!!!!!!!!!
Ganglio en el cuello que nmo es un linfoma porque nos da la PAAF que es epidermoide, debemos saber que esta en la garganta y harán una fibrobroncoscopia y lo normal es que el tumor este en la amígdala o en el cavum

Examen ca oral: biopsia de mucosa sospechosa
Rx de tiras y analítica
Examen ORL
Endoscopia naso-faringea: amigdalectomía reglada

……

Tratamiento agresivo. Cirugía +RT

- Como hay ganglio positivo:
  N1 vaciamiento radical sin RT?
  N2-3 vaciamiento radical+ RT.

- Según diferenciación:
  Bien diferenciado…….

  Pronostico mal: aria en función del tto y del estadio N
  N1-2 54.2 %
  N3 14%
  La aparición posterior de tumor primario no modifica el pronostico.