

TRATAMIENTO DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO CON RADIOTERAPIA

Dr. Rolando Loría • Oncólogo y Radioterapeuta



Los tumores de cabeza y cuello son originados de los diferentes sub sitios de esta región anatómica. De esta forma, las estirpes histológicas más habituales son aquellas que provienen de los estratos escamosos y adenoides; no obstante también podemos hacer mención de lesiones originadas en las estructuras linfoides, vasculares, dérmicas y tejidos nerviosos. Los factores irritantes externos como el tabaco y el fumado, son las principales causas de alteración que llevan al desarrollo de una neoplasia. A estos se han agregado etiologías virales como el Virus del Papiloma Humano

(VPH) o el virus Ed Epstein-Barr, que provocan mutaciones en las cadenas de ADN de las células desencadenando mitosis descontroladas.

Los tumores de cabeza y cuello, en su gran mayoría, son originados en las mucosas, por lo que es común el estirpe escamoso. Este tipo de enfermedad neoplásica puede migrar a través de los vasos linfáticos hacia las regiones ganglionares adyacentes inmediatas y dependiendo de su ubicación primaria, lo pueden hacer contralateral.

Tabla 1. Distribución de los ganglios metastásicos clínicos del cuello de los carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello.

Sitio del Tumor	# Pacientes (%)	Distribución de los ganglios linfáticos metastásicos por nivel (porcentaje de los # pacientes ipsilaterales / contralateral)					
		I	II	III	IV	V	Otros
Cavidad Oral (n=787)	36	42/3.5	79/8	18/3	5/1	1/0	1.4/0.3
Oropharynx (n=1,479)	64	13/2	81/24	23/5	9/2.5	13/3	2/1
Hypopharynx (n=847)	70	2/0	80/13	51/4	20/3	24/2	3/1
Supraglottic larynx (n=428)	55	2/0	71/21	48/10	18/7	15/4	2/0
Nasopharynx (n=440)	80	9/5	71.56	36/32	22/15	32/26	15/10

N+: Nodo positivo.

Por Gregoire V. Coche E, Cosnard G, et al. selección y delineación de volúmenes diana de ganglios linfáticos en radioterapia conformal de cabeza y cuello: propuesta de estandarización de terminología y procedimiento basada en la experiencia quirúrgica. Radiother Oncol 2000; 5,6: 135-150, con el permiso.

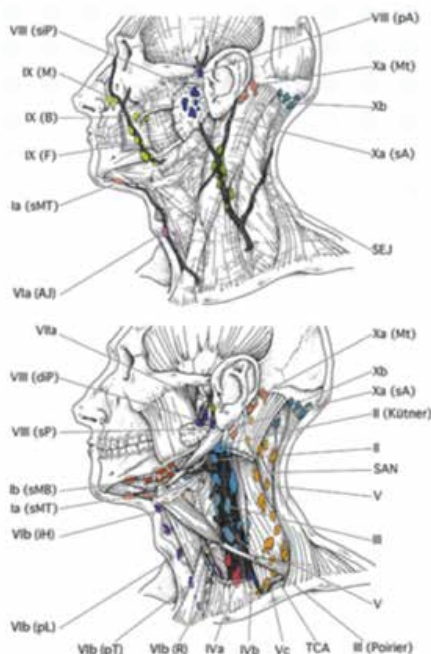


Fig. 1. Superficial (top) and deep (bottom) lymphatic node groups of the head and neck. These groups are named according to the node levels modified from Robbins classification (see Table 1) [modified from Leung] [11]. A: anterior jugular; B: buccal; dP: deep uteroparotid; F: facial; dH: distal hyoid; M: malar; Mt: mastoid; pA: parotid; pL: paralyngal; pT: paratracheal; B: buccal; dP: deep uteroparotid; F: facial; dH: distal hyoid; M: malar; Mt: mastoid; pA: parotid; pL: paralyngal; pT: paratracheal; SA: submandibular; SAN: spinal accessory nerve; SEJ: superficial external jugular; sP: superficial uteroparotid; sMB: submandibular; sMT: submental; sP: subparotid; TCA: transverse cervical artery.

(Grégoire V, 2014)

En la mayoría de los casos los estadios tempranos de cabeza y cuello se abordan con estrategias terapéuticas quirúrgicas. Cuando la enfermedad compromete estructuras adyacentes, la estrategia quirúrgica en la mayoría de los casos compromete la funcionalidad de algún órgano.

Estudios fechados a finales de la década de los 90, demuestran preservación de la función de estos tejidos con tratamientos concomitantes, con radioterapia y quimioterapia, mejorando los resultados oncológicos.

El desarrollo tecnológico en materia de radioterapia ha permitido preservar la función de estructuras adyacentes al tumor de cabeza y cuello, escalar la dosis terapéutica, mejorar la calidad de vida del paciente, aumentando el periodo libre de la enfermedad y la sobre vida global.

Para ello se emplean protocolos de entrega de tratamiento de radioterapia, con planificaciones de intensidad modulada, radioterapia volumétrica, Radioterapia Guiada por Imágenes (IGRT) y Radioterapia estereotáxica hipofraccionada (menos sesiones con aumento en la dosis diaria).

Estas técnicas permiten una mejor distribución o conformación de la dosis diaria, evitando el daño a las estructuras o tejidos sanos adyacentes al tumor, lo que se traduce en menos efectos secundarios agudos y tardíos. La precisión de la entrega de tratamiento, requiere del conjunto de equipos de captura de imágenes e inmovilización del paciente para la reproducibilidad de los planes de tratamiento. Estos dispositivos utilizados en el tratamiento de tumores de cabeza y cuello, deben brindar confort y seguridad al paciente como máscaras termoplásticas, colchones al vacío, máscara con fijación de mordedura y captura de imágenes diarias con nuestro equipo On Board Image (OBI), integrado en nuestro acelerador Lineal Trilogy.

Nuevas estrategias con inmunoterapia que se encuentran en investigación, podrían cambiar los esquemas actuales del manejo del cáncer, en procura de mejores resultados oncológicos y mayor preservación de la función de las estructuras anatómicas contiguas.

Bibliografía

E. H., D. W., C. P., & L. B. (2013). *Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. .

Grégoire V, A. K. (2014). Delineation of the neck node levels for head and neck tumors: a 2013 update. *DAHANCA, EORTC, HKNPCSG, NCIC CTG, NCRI, RTOG, TROG consensus guidelines*. *Radiother Oncol*, 172-81.

Créditos:

Dr. Rolando Loria. Médico Especialista en Radioterapia. Correo electrónico: rolando.loria@siglo21.cr