

CANCER DE NASOFARINGE: PROTOCOLO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

GIL PARAISO, P.; DAMBORENEA TAJADA, J.; DE MIGUEL GARCIA, F.;
PEREZ OBON, J.; CAMPOS DEL ALAMO, M.A.; LLORENTE ARENAS, E.;
NAYA GALVEZ, M.J.

Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Miguel Servet. Zaragoza



RESUMEN

Presentamos el protocolo para el diagnóstico y tratamiento del cancer nasofaríngeo recientemente establecido en nuestro hospital, cuya elaboración ha sido posible gracias a la colaboración de los miembros del servicio de O.R.L. y las aportaciones de los miembros del comité de tumores de cabeza y cuello de nuestro hospital (servicios de Oncología Médica, Radioterapia, Cirugía Oral y Máxilofacial, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica).

INTRODUCCION

El cáncer de nasofaringe representa aproximadamente el 0,2% de todas las neoplasias malignas de la economía, el 2% de los tumores malignos de cabeza y cuello y el 14% de los cánceres de faringe (1). Es una patología mucho más frecuente en el sur de China, donde el riesgo de padecerla es 25 veces mayor al del resto del mundo (2). Entre las zonas de bajo riesgo se encuentra Europa occidental y América.

Se da en ambos sexos, con un ligero predominio para el hombre, aunque para algunos autores (3) no existe un predominio claro. Puede aparecer en cualquier edad, pero la mayor frecuencia se da entre los 50-70 años (1, 4).

En la etiopatogenia influyen varios factores: genéticos, sospechados por la mayor incidencia en determinadas zonas geográficas, que nunca llegara igualarse en los emigrantes a la registrada en su nueva zona (2) y por la relación con determinados antígenos de histocompatibilidad HLA (2, 5), la radioterapia previa sobre restos adenoideos, los

barotraumatismos, infecciones de repetición de las vías respiratorias altas, la dieta rica en hidrocarburos policíclicos y nitrosamina, exposición al níquel, cromo y materiales reactivos (5, 6, 7, 8). El factor más estudiado en los últimos años es la influencia del virus de Epstein-Barr, con evidencias de tasas elevadas de anticuerpos frente a antígenos del virus, en relación a controles sanos o de pacientes con otros tumores de cabeza y cuello (2, 5, 6, 7, 9, 10). No tiene ninguna relación etiológica el consumo de alcohol y tabaco (11).

Estos tumores tardan bastante tiempo en dar manifestaciones clínicas, evolucionando en una primera etapa de forma silenciosa (3, 4, 6, 8, 12, 13). Los síntomas se dividen en nasales (obstrucción nasal, rinorrea sanguinolenta, epistaxis), otológicos (derivados de la oclusión tubárica y otitis serosa provocados por el tumor), cervicales (adenopatías) y neurológicos (por compresión tumoral de pares craneales e invasión de la base del cráneo) (14).

Histológicamente, los tumores más frecuentes son los carcinomas escamosos e indiferenciados; donde se incluye el término de linfoepitelioma, aunque algunos autores le atribuyen una mejor respuesta al tratamiento radioterápico (1, 6, 15, 16). Otros tumores malignos que pueden encontrarse son linfomas, adenocarcinomas, plasmocitomas, melanomas malignos, fibrosarcomas, rhabdomiomas y mixosarcomas.

El diagnóstico se sospecha por la clínica, reposa en la rinoscopia posterior y se confirma por biopsia y estudio anatomopatológico.

El tratamiento es fundamentalmente radioterápico, siendo el papel de la cirugía escaso y considerándose la quimioterapia como coadyuvante y/o paliativa (11).

A continuación se expone el protocolo diagnóstico y tratamiento del cáncer de nasofaringe que se utiliza en el hospital Miguel Servet de Zaragoza.

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO

1.- Historia Clínica:

a) Filiación

b) Enfermedad actual:

- Primer síntoma y fecha
- Síntomas asociados

c) Antecedentes Patológicos:

- Generales
- Esfera O.R.L. o Maxilofacial

d) Antecedentes Personales:

- Alergias medicamentosas
- Medicaciones actuales
- Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco); dietéticos (nitrosaminas); laborales (cromo, níquel, metales radiactivos).
- Infecciones respiratorias (virus de Epstein-Barr).

e) Antecedentes Familiares

2.- Exploración Clínica:

a) General

b) Local:

- Rinoscopia anterior y posterior.
- Exploración otológica: otoscopia, audiometria e impedanciometria.
- Exploración minuciosa de boca y orofaringe; palpación.
- Laringoscopia indirecta (motilidad laríngea).
- Descripción del tumor (infiltrante, exofítico, infiltrovegetante)
- Localización y extensión
- Valoración de zonas vecinas: base de lengua (tacto), orofaringe e hipofaringe,...
- Palpación meticolosa del cuello y en caso de adenopatías:
 - . Localización
 - . Características del ganglio
 - . Medida en cms. (dos diámetros)
- Exploración neurológica (pares craneales).

3.- Exploraciones complementarias:

a) Generales:

- Bioquímica básica: hepática, metabólica, renal.
- Hemograma completo.
- Serología de Epstein-Barr.
- Gammagrafía ósea.
- Radiografía de tórax y TAC en imágenes sospechosas.
- Ecografía abdominal (en casos seleccionados).

b) Locales:

- Rx simple de cavum
- TAC cervicofacial (Deberá realizarse al menos 2 días después de la biopsia).
- RNM en casos específicos de duda en la TAC (sospecha clínica de afectación de pares craneales con TAC normal; invasión de base de cráneo) y en las recidivas.
- Ecografía cervical a criterio de la TAC cervical.
- Rinoscopia posterior bajo anestesia general: en caso de no ser posible la biopsia con anestesia tópica o de existir dudas razonables, después de las exploraciones previas, de la extensión tumoral.

4.- Confirmación diagnóstica:

- Biopsia. En general con anestesia tópica o general caso de no poder hacerse así o existir dudas razonables de la extensión tumoral.
- PAAF y/o biopsia de ganglio linfático ante tumor de origen desconocido**

5.- Evaluación final:

- a) Valoración del estado general.
- b) Resultado de la Anatomía Patológica.
- c) Clasificación según UICC-87 (TNM y Estadio).

6.- Clasificación histológica:

- a) Tipo histológico
- b) Grado de diferenciación: bien, moderadamente o mal diferenciados.
- c) Se indicará si el tumor es queratinizante o no.

7.- Estudio de la pieza de resección (ganglionar). Debe contener:

- a) Tipo de cirugía realizada
- b) Tipos histológicos y grados de diferenciación del tumor.
- c) Número de ganglios metastatizados sobre el total de disecados, indicando el tamaño del más grande, divididos por niveles (Se marcará la pieza para el Patólogo y hará un dibujo). En caso de existir invasión de la cápsula ganglionar, extensión a tejidos blandos y/o invasión vascular linfática o si hay infiltración linfocitaria, se hará constar en el informe.
- d) Otras lesiones, si las hubiese.

Clasificación TNM (U.I.C.C. 1987)

- T para designar el tumor primitivo
- N para designar adenopatías regionales
- M para designar metástasis a distancia

TUMOR PRIMARIO - T

- Tx No se puede determinar el tumor primario
- Tis Carcinoma preinvasivo (carcinoma "in situ")
- To No existe evidencia de tumor primario
- T1 Tumor limitado a una sola área de la nasofaringe
- T2 Tumor que afecta a dos o más áreas de la nasofaringe.
- T3 Tumor con extensión a la cavidad nasal y/u orofaringe.
- T4 Tumor con extensión a base de cráneo y/o infiltración de pares craneales.

GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES - N

- N₀ No existe evidencia de afectación linfática regional
- N₁ Evidencia de metástasis en un ganglio linfático regional homolateral, móvil menor de 3 cms de Ø
- N₂ Evidencia de metástasis en un sólo ganglio linfático ipsilateral de 3 a 6 cms de Ø (N_{2a}) o múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales no mayores de 6 cms(N_{2b}) o metástasis linfáticas bilaterales o contralaterales no mayores de 6 cms de Ø(N_{2c}).
- N₃ Evidencia de metástasis en ganglios linfáticos de más de 6 cms de Ø.

METASTASIS A DISTANCIA - M

- Mx No se puede determinar la presencia de metástasis.
- Mo No hay evidencia de metástasis a distancia.

M1 Se aprecian metástasis a distancia.

ESTADIOS.-

Estadio I T1	N0	M0	
Estadio II T2	N0	M0	
Estadio III T3	N0	M0	
	T1,T2,T3	N1	M0
Estadio IV T4	N0,N1	M0	
	Cualquier T	N2,N3	M0
	Cualquier T	Cualquier N	M1

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

Estadios I y II

- Radioterapia externa sobre lecho tumoral y cadenas ganglionares cervicales.
- Quimioterapia si no existe respuesta completa a la radioterapia.

Estadios III y IV

- Combinación de quimioterapia y radioterapia:
 - . 1º Quimioterapia: BEC 3 ciclos
 - . 2º Radioterapia hiperfraccionada: 120 cGy mañana/tarde llegando a los 70-75 Gy.
- Cirugía ganglionar cervical si hay respuesta local completa con persistencia de adenopatías.
- Quimioterapia si hay persistencia local de tumor no resecable con o sin adenopatías:
 - . Pasa a la 2ª línea de Quimioterapia: 5FU+Cisplatino.
- En los N2-N3: Quimioterapia + Radioterapia.
- En los M1 Quimioterapia.

TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS.

1.- De la recidiva local sin adenopatías:

- Cirugía. Tumor resecable.
- Quimioterapia/Braquiterapia. Tumor no resecable.

2.- Recidiva local con adenopatías:

- Quimioterapia.

3.- Recidiva cervical:

- Cirugía ganglionar si es resecable
- Quimioterapia en los no resecables.

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO

- Al segundo-tercer mes reevaluación completa del paciente con nueva biopsia, TAC, etc.

- Exploración mensual del cavum durante el primer año postratamiento con fibroscopio y palpación cervical.
- Seguimiento hasta los 5 años.

BIBLIOGRAFIA

1. LEROUX ROBERT, J., y DE BRUX, J.: "Tumores malignos de rinofaringe". En Histopathologie ORL et cervico-faciale, pp.227-233, 1976.
2. VILAS MELERO, J., Y cols.: "Carcinoma nasofaríngeo, aspectos clínicos y terapeuticos". Anales ORL Iber. Amer. XI (1): 19-37, 1984.
3. TRASERRA, J., y cols.: "Cáncer de rinofaringe". En Atlas ORL para el médico general, pp. 157-165, 1986.
4. MARTIN, C., y DEL CAÑIZO, A.: "Formas de comienzo del cáncer de cavum, basados en 29 casos". Acta ORL Esp. 36 (4): 281-288, 1985.
5. MACKAY, Y. S., y BULL, T. R.: "Nasopharyngeal cancer". En Scott-Browns: Otolaryngology, pp. 314-325, 1987.
6. BRAYN NEEL III: "Carcinoma nasofaríngeo": En Clínicas ORL de Norteamérica 2:117-128, 1986.
7. FERNANDEZ, E., y cols.: "Virus Epstein-Barr y cáncer de cavum". Acta ORL Esp. 37 (3): 181-183, 1986.
8. GIRABASCUAS, V., y Cols.: "Angiofibroma nasofaríngeo juvenil". En Clínicas ORL de Norteamérica, 4: 683-694, 1986.
9. TSONG CHOU LINN et al.: "Epstein-Barr virus associated antibodies and serum biochemistry in nasopharyngeal carcinoma". Laryngoscope 94: 1485-1488, 1984.
10. GUY, D. T.: "Valor semiologique du dosage des anticorps EBV dans les carcinomes du nasopharynx". J. F. d'ORL 32 (8): 493-494, 1983.
11. TRASERRA, J.: "Tumores malignos de la rinofaringe". En otorrinlaringología de Abello, P. y Traserra, J. :448-455, 1992.
12. RIVA GARCIA, J., y RUANO CABRERO, C.: "Presentación de un caso de linfoma localizado en cavidad nasal". Acta ORL Esp. 36 (5): 325-327, 1985.
13. FAIREN, M.: "El cancer de nasofaringe". En temas de ORL vol. II. pp. 183-189, 1977.
14. DE MIGUEL, F., y cols.: "Cáncer de nasofaringe: nuestra experiencia con 34 casos". Acta ORL Esp. 40 (6):419-424, 1989.
15. APPLEBAUM, E. L., et al.: "Limphoepithelioma of the nasopharynx". Laryngoscope, 92: 510-514, 1982.
16. DIKESON, R. J.: "Nasopharyngeal malignancy: an evaluation of 209 patients". Laryngoscope, 91 (3): 333-354, 1981.