

Guías de Diagnóstico y Tratamiento en Oncología.

CARCINOMA DE NASOFARINGE

Autores:

Cirugía: Miguel Arredondo López

Oncología Médica: Delvys Rodríguez Abreu

Radioterapia: Roca Michuli

Anatomía Patológica: Sirced Salazar

AREA QUE CUBRE LA GUIA.:

Carcinoma de Nasofaringe.

A QUIEN VA DIRIGIDA:

A especialistas en Otorrinolaringología y Oncología.

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma Nasofaríngeo es el único de la región de cabeza y cuello que tiene algunas características que lo distinguen de otros tumores malignos de dicha región.

Es un tumor de origen epitelial, con una distribución entre poblaciones bien definida, prevaleciendo en algunas regiones del mundo. Las áreas de mayor riesgo se encuentran en el sudeste asiático y sur de China. Nuestro país se encuentra entre las áreas de bajo riesgo.

Este tipo de tumor ocurre predominantemente en hombres con un ratio de incidencia de 4.5:1.4. La curva de incidencia de edad es diferente a otros tipos de cánceres de la región de la cabeza y el cuello. Este ocurre en pacientes jóvenes, incluyendo niños, pero el pico de incidencia es visto entre los 55 y 64 años de edad.

En Cuba la tasa cruda de incidencia del Carcinoma de Nasofaringe en el año 2002 fue de 0.3 y 0.8 por 100 000 habitantes para el sexo femenino y masculino respectivamente; con una relación hombre-mujer de 3:1. La tasa de mortalidad para el año 2005 se comportó de forma similar a la incidencia para ambos sexos.

La distribución mundial del Carcinoma Nasofaríngeo, el estudio de las comunidades de inmigrantes y la tendencia a la agregación familiar han contribuido a dilucidar la etiología de estos tumores, donde se sospecha que exista un factor genético y otro ambiental. Se han invocado factores ambientales del tipo químico y biológico, dentro de estos últimos el virus del Epstein- Barr (EBV) juega un papel preponderante. En las zonas endémicas, la serología anti-EBV puede servir de pesquizaje. Un título elevado de anti- EBV aumenta el riesgo de padecer la enfermedad entre 80 y 100 veces en los 18 meses subsiguientes a la prueba. El origen de este tipo de lesión tumoral es el que menos asociado está al tabaquismo y alcoholismo entre aquellas ubicadas en la región de la cabeza y el cuello. Se estima un riesgo 20 veces mayor de padecer la enfermedad en familiares con parentesco de primer grado con enfermos de Carcinoma Nasofaríngeo.

Según la OMS el Carcinoma Nasofaríngeo se clasifica en:

Tipo I - Carcinoma Epidermoide Queratinizante

Tipo II - Carcinoma Epidermoide No Queratinizante

Tipo III - Carcinoma Indiferenciado, donde también se incluyen aquellos con un infiltrado linfoideo descritos como Linfoepiteliomas.

Los carcinomas queratinizantes constituyen entre un tercio y la mitad de los cánceres nasofaríngeos que ocurren en poblaciones de bajo riesgo como la nuestra; teniendo estos peor pronóstico en cuanto a control local y sobrevida.

En la nasofaringe se encuentran los siguientes subsidios anatómicos

- Pared posterosuperior
- Pared lateral: incluye rodetes tubarios y Fosa de Rosenmüller
- Pared inferior (porción superior de paladar blando)

SISTEMÁTICA DIAGNÓSTICA:

A. Anamnesis

1. Raza: es más frecuente en pacientes de la raza amarilla
2. APF de cáncer nasofaríngeo
3. Síntomas nasales: Estos son los más frecuentes y se caracterizan por obstrucción nasal, rinorrea, rinolalia, epistaxis y regurgitación
4. Síntomas Auditivos: Hipoacusia, acúfenos y Otagia
5. Bucofaríngeos: Odinofagia, Hemoptisis
6. Síntomas Neurooftalmológicos: Cefalea, Diplopia, Síndromes neurológicos (Extracraneales e intracraneales)

B. Examen físico:

1. Examen de la Nasofaringe: Rinoscopia posterior forzada, nasofibroscopia, Nasoscopio rígido.
2. Examen del cuello: Los carcinomas de nasofaringe cursan con una alta frecuencia de metastasis cervical. En muchas ocasiones la metastasis cervical es la primera y/o el único signo clínico de la enfermedad.
3. Exploración neurológica de los pares craneales

C. Exámenes complementarios de laboratorio

Hemograma completo, Hemoquímica básica, haciendo hincapié en evaluación de la función renal. Anticuerpos anti- EBV

D. Estudios de imagenología

1. TAC contrastada de la nasofaringe y desde la base del cráneo hasta las clavículas **INDISPENSABLE**
La TAC permite evaluar la lesión primaria, su extensión y la presencia de adenopatías en cualquiera de los niveles de drenaje de la nasofaringe. Es imprescindible para realizar el estadiamiento
2. RMN de la base del cráneo: evaluar invasión intracraneal.
3. Rx de Tórax: Evaluar metástasis a distancia
4. USG abdominal: Evaluar metástasis a distancia

E. Anatomía Patológica

1. Biopsia por ponche de lesión primaria
2. CAAF de ganglios cervicales si la lesión primaria no es detectable o no se puede acceder con facilidad o si existe duda de que las adenopatías sean de carácter metastásico.

Estos dos últimos exámenes se deben realizar siempre que tengamos como diagnóstico histológico un tipo II ó III de la OMS o si el cuello está clasificado como un N2 o N3, para evaluar metástasis a distancia.

ESTADIAMIENTO

El carcinoma de nasofaringe se estadiará clínica e imagenológicamente. Se utilizará la clasificación TNM de la AJCC. Para la realzar el misma es necesario:

- Tener un estudio de biopsia del tumor primario confirmatorio.
- Descripción clínica e imagenológica de la lesión primaria
- Evaluación clínico, imagenológica e histológica de los ganglios regionales
- Evaluación de la posible diseminación a distancia

TERAPEUTICA

T1-T2a N0M0

Opciones de tratamiento

Radioterapia sobre la nasofaringe con dosis ≥ 70 Gy y electiva sobre el cuello ≥ 50 Gy con un fraccionamiento diario de 2 Gy

T1 N1-3, T2b-T4 Cualquier N

Opciones de tratamiento.

El tratamiento recomendado para este grupo de pacientes es la quimiorradioterapia concomitante + quimioterapia adyuvante.

La radioterapia: Definitiva sobre la nasofaringe ≥ 70 Gy y sobre el cuello bilateral ≥ 50 Gy a 2 Gy diario.

Quimioterapia concurrente: CDDP 100 mg/m² SC días 1, 22 y 43 de la radioterapia definitiva sobre nasofaringe y ganglios cervicales voluminosos y electiva sobre resto del cuello.

Quimioterapia adyuvante: CDDP 80 mg/m² SC dia 1 + 5FU 1000 mg/m² SC por 4 días, repetir c/ 4 semanas por 3 ciclos.

Enfermedad residual o recurrente

Locorregional:

Cuello - Disección funcional cervical ó Disección radical cervical

Local - Braquiterapia con Iridium 192 en moldes que refuerza la dosis de RTP.
- Otros tratamientos citotóxicos de acuerdo al Performance Status (PS).

- Inclusión en ensayos clínicos

Enfermedad Metastásica:

Cualquier T, Cualquier N, M1

Quimioterapia basada en combinaciones con platino si respuesta completa se administrará radioterapia definitiva sobre nasofaringe y cuellos.

Inclusión en ensayos clínicos.

SEGUIMIENTO

Examen Físico

1er Año- entre 1 y 3 meses

2do Año- entre 2 y 4 meses

3er, 4to, 5to Años- entre 4 y 6 meses

Después de 5to Año- entre 6 meses y un año

-- Sistemática diagnóstica con exámenes complementarios (TAC c/ 6 ó 12 meses)

-- TSH c/ 6 ó 12 meses si cuello irradiado

-- Rehabilitación indicada.

Anexo 1: Clasificación TNM de la AJCC

TNM

T0- No evidencia de tumor primario

Tx- Tumor primario no puede ser evaluado

T1- Tumor confinado a la nasofaringe.

T2- Tumor que se extiende a los tejidos blandos.

T2a- Tumor que se extiende a la cavidad nasal o a la orofaringe sin extensión parafaríngea.

T2b- Tumor con extensión parafaríngea.

T3- Tumor que involucra estructuras óseas o senos perinasales.

T4- Tumor con extensión intracraneal y/o involucra nervios craneales, fosa infratemporal, hipofaringe, órbita o espacio masticatorio

N0- No metástasis en ganglios regionales.

NX- Metástasis en ganglios regionales no pueden ser evaluadas.

N1- Metástasis unilateral de nódulo(s) linfáticos de 6 cms o menos en su mayor dimensión, encima de la fosa supraclavicular.

N2- Metástasis bilateral de nódulo(s) linfáticos de 6 cms o menos en su mayor dimensión, encima de la fosa supraclavicular.

N3- N3a- Metástasis en nódulo(s) linfáticos mayor de 6 cms.

N3b- Metástasis con extensión a la fosa supraclavicular.

M0

M1- Metástasis a distancia

Más frecuentes: Pulmón, Huesos, Cerebro, Hígado

ETAPAS

Etapa I- T1 N0 M0

Etapa IIa- T2a N0 M0

Etapa IIb- T2b N0 M0

T1-2 N1 M0

Etapa III- T3 N0 M0

T3 N1 M0

T1-2-3 N2 M0

Etapa IVa- T4 N0 M0

T4 N1-2 M0

Etapa IVb- Cualquier T N3 M0

Etapa IVc- Cualquier T Cuaquier N M1