

INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA Y RADIOBIOLOGÍA  
CIUDAD DE LA HABANA

**GUÍAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN**  
**ONCOLOGÍA**

## **HIPOFARINGE**

**EDITORES: Dr. Miguel Arredondo López**  
**Dr. Juan Manuel González Gómez**

### **HIPOFARINGE**

#### ***INTRODUCCION.***

La hipofaringe es la parte más larga e inferior en que se divide la faringe, se extiende desde la línea imaginaria situada a nivel del hueso hioides hasta el borde inferior del cartílago cricoides donde se continúa con el orificio superior del esófago. Comprende tres regiones o subsitios: los senos piriformes (148.1), la pared posterior y lateral de la faringe (148,3), y la región postcricoidea (148,0).

El margen superior de los senos piriformes esta formado por el repliegue faringoepiglótico, el margen posterior corresponde al borde posterior del ala tiroidea. En el se describen dos paredes, la lateral o superficie externa que se corresponde a la superficie interna del cartílago tiroides y la membrana tirohioidea, y la medial o tabla interna formada por la superficie lateral del aritenoides y del cricoides, limitada hacia arriba por el repliegue ariepiglótico. El área retrocricoidea se extiende desde el borde posterosuperior de los aritenoides hasta la boca esofágica, corresponde a la superficie posterior de los aritenoides y del cartílago cricoides. La pared posterior de la hipofaringe se extiende aproximadamente unos 6 a 7 cms desde el nivel del borde libre de la epiglotis hasta el nivel del borde inferior del cricoides.

#### ***EPIDEMIOLOGÍA***

El cáncer de hipofaringe representa alrededor del 10% de los cánceres laringofaríngeos.

**.- Incidencia:**

Total de casos: 48 pacientes.

Tasa cruda: Masculino.- 0.7

Femenino.- 0.1

**- Mortalidad:**

Total de casos: 23 pacientes

Tasa cruda: Masculino.- 0.4

Femenino.- 0.1

**SISTEMÁTICA DIAGNÓSTICA.**

Los tumores de hipofaringe originan síntomas tardíos lo que conduce a diagnósticos tardíos, con relativa frecuencia el síntoma inicial es una adenopatía cervical o dolor a la deglución localizado en nivel faríngeo o referido al oído homolateral, posteriormente aparece disfagia progresiva y pérdida de peso, la extensión a la laringe provoca disfonía.

**Síntomas:**

Los tumores de la pared lateral provocan dolor de garganta unilateral, odinofagia bilateral (con infección sobreañadida), tardíamente aparece disfagia, dolor de oído, cambios en la voz, estrías sanguinolentas en el esputo.

**Examen físico:**

- Ø **General:** valoración del estado general del paciente y de la posibilidad de metástasis a distancia.
- Ø **Examen minucioso de región cervical,** haciendo referencia a la presencia de ganglios metastásicos, su localización específica y características semiológicas.
- Ø **Examen de vías aéreas digestivas superiores:** es indispensable.

**Exámenes complementarios.**

- Ø **Laboratorio clínico:** hemoquímica, estudios de función hepática y renal y otros según criterios clínicos.
- Ø **Rx de tórax:** valoración preoperatoria y buscar metástasis pulmonar. Vistas anteroposterior y lateral.
- Ø **TAC de cuello:** Indispensable, especialmente en los estadios T3 y T4 para efectuar un correcto estadiamiento, pues permite identificar infiltración submucosa, de cartílago o de partes blandas del cuello.
- Ø **Estudios contrastados de hipofaringe y esófago cervical:** para evaluar extensión tumoral y descartar lesión primaria del esófago.

**Estudios endoscópicos.**

- Ø **Hipofaringoscopia y Esofagoscopia**
- Ø **Laringoscopia**

**Estudios de anatomía patológica.**

- Ø **Biopsia:** preferentemente por ponche de la lesión primaria.
- Ø En los casos de debut de lesión primaria del cuello sin lesión tumoral faríngea evidente, se realizara **CAAF** del ganglio cervical, lo que orientará el diagnóstico.

**TRATAMIENTO**

**Estrategia general**

Las bases fundamentales del tratamiento son: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia; que, aunque pueden ser aplicadas de manera aislada, cada vez es más frecuente el uso combinado de la misma, en dependencia del estadio clínico en que se diagnostique la enfermedad.

## **OPCIONES.**

- Ø ESTADÍO I – T1 N0 M0
- ESTADÍO II - T2 N0 M0
- ESTADÍO III (INCIPIENTE)- T1 N1 M0

- 1- Radioterapia definitiva sobre lesión primaria y cuello.
- 2- Cirugía. Laringofaringectomía Parcial + Disecciones selectivas de cuello (si N0) o Funcionales (si N1)

\*\* Si después de la cirugía existen factores de riesgos en el diagnóstico anatomopatológico se dará RTP ó RTP+ QTP adyuvante. (En dependencia de factores mayores o menores)

- Ø ESTADÍO III (AVANZADO)- T2-3 N1 M0
- ESTADÍO IV (INCIPIENTE)- T1 N2-3 M0
- T2-3 Cualquier N M0

- 1- RTP definitiva sobre lesión primaria y cuello + QTP Concurrente.
  - 2- Inducción de QTP por 2 ciclos,  
Si respuesta completa en sitio primario, RTP definitiva sobre sitio primario y cuellos.  
Si respuesta parcial, QTP por un ciclo, y si respuesta completa en sitio primario, RTP definitiva sobre sitio primario y cuellos.  
Si menos de una respuesta parcial, se indica cirugía.
  - 3- Cirugía. Laringofaringectomía + Disecciones selectivas de cuello (si N0) o Radical Clásica o Modificadas (si N+)
- Ø ESTADÍO IV (AVANZADO) T4 Cualquier N M0
  - 1- Cirugía. Laringofaringectomía + Disecciones Radicales Clásicas o Modificadas de cuello y RTP + QTP concurrente y adyuvante a la cirugía.
  - 2- RTP definitiva sobre lesión primaria y cuello + QTP Concurrente.

### **FRECUENCIA Y DOSIS:**

**RTP-** Definitiva sobre lesión primaria ( $\geq 70$  gy) y electiva sobre el cuello ( $\geq 50$  gy) a 2 gy diario.

### **RTP + QTP concurrente-**

CDDP 100 mgs/m<sup>2</sup> SC días 1, 22 y 43 + RTP definitiva sobre lesión primaria y ganglios cervicales voluminosos y electiva sobre resto del cuello.

### **RTP Postquirúrgica (adyuvante)**

$\geq 60$  gy sobre lesión primaria y niveles ganglionares de alto riesgo.

$\geq 50$  gy sobre resto del cuello.

### **Factores de Riesgos Anatomopatológicos:**

**Mayores:** Borde de sección quirúrgica positivo.

Invasión extracapsular ganglionar.

**Menores:** Múltiples ganglios positivos sin invasión extracapsular.

Permeación perineural, vascular o linfática.

### **QTP de inducción:**

CDDP+ 5FU

CDDP+ 5FU+Docetaxel

### **ENFERMEDAD RESIDUAL O RECURRENTE:**

#### **Locorregional:**

**Cuello** - DFC ó DRC clásica o modificada.

**Local** - Cirugía de rescate. Laringofaringectomía.

## **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.
- Rx de Tórax según indicación clínica.
- TSH c/ 6 ó 12 meses si cuello irradiado.
- Rehabilitación indicada.

## **ANEXO I**

### **CLASIFICACION Y ESTADIAMIENTO**

**Tis: carcinoma *in situ*.**

**T1: tumor limitado a un sitio o de 2 cms o menos en su mayor diámetro.**

**T2: tumor con extensión a una region adyacente u otro sitio sin fijación de la hemilaringe o mayor de 2 cms y menos de 4 cms en su mayor diámetro.**

**T3: tumor con extencion a una region adyacente u otro sitio con fijación de la hemilaringe, o mayor de 4 cms en su mayor diámetro.**

**T4-a: tumor con extencion al cartílago tiroides o cricoides, hueso hioides, grandula tiroides, esófago, tejidos blandos del cuello.**

**T4-b: tumor que invade fascia prevertebral, arteria carotida o se extiende a estructuras del mediastino.**

**NO: no ganglio invadidos**

**N1: ganglio unico homolateral menor de 3 cm**

**N2: ganglio(s) homolateral entre 3 y 6 cms**

**N2-a: ganglio unico homolateral entre 3 y 6 cms**

**N2-b: ganglios multiples homolateral menor de 6 cms**

**N2-c: ganglios bilaterales o contralaterales menor de 6 cms**

**N3: ganglio(s) mayor de 6 cms o extension a fosa supravascular**

**N3-a: ganclio mayor de 6 cms**

**N3-b: invasion de fosa supravascular**

**MO: no metastasis a distancia**

**M1: metastasis a distancia**

**Estadio O: Tis NO MO**

**Estadio I: TI NO MO**

**Estadio II: T2 NO MO**

**Estadio III:** T3 NO MO  
T1 N1 MO  
T2 N1 MO  
T3 N1 MO

**Estadio IV-A:** T4-a NO MO  
T4-a N1 MO  
T1 N2 MO  
T2 N2 MO  
T3 N2 MO  
T4-a N2 MO

**Estadio IV-B:** T4-b cualquier N MO  
Cualquier T N3 MO

**Estadio IV-C:** Cualquier T cualquier N M1  
Cualquier T, cualquier N con M1

### **BIBLIOGRAFIA**

- Shants S.P., Hairison L.B., Focastier A.A. Tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, nasofarynx, oral cavity and aeropharynx. In: De Vita U.T., Hellman S, Rosenberg S.A., Cancer. Principles and practice of oncology. 6 ed. Philadelphia; 2001. p.797-860
- Sessions R.B., Hairison L.B., Farastiere A.A Tumores of the larynx and hypopharynx. In: De Vita U.T., Hellman S., Rosenberg S.A. Cancer. Principles and practice of oncology. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p.878-886
- Chung C., Sagerman R.H. Radiations and surgery for advanced cancer of the larynx and pyriform sinus. In: Kagar A.R., Miles I. editors. Head and neck oncology. Clinical management. USA: Pergamon Press; 1989. p.26-43
- Adams G.L. Malignant tumors of the nose and paranasal sinuses. In: Kagar A.R., Miles I, editors. Head and neck oncology. Clinical Management. USA: Pergamon Press, 1989. p.26-43
- Enciclopedia Salnat de Ciencia Medicos. T.II Barcelona: Imprenta Hispano-Americana S.A.; 1958. p.911-912
- Enciclopedia Salnat de Cincia Medicas. T.V. Barcelona: Imprenta Hispano-Americana S.A.; 1958. p.74-79
- National Cancer Institute. Cancer del seno paranasal y de la cavidad nasal (PDQ): tratamiento. Actualizado: 19/10/05