

Cáncer de cabeza y cuello



¿Qué es el
cáncer de cabeza
y cuello?

Déjenos
explicárselo.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org



Serie de Guías Para Pacientes ESMO/FCC
basada en las Directrices de Práctica Clínica de la ESMO

CÁNCERES DE LA CABEZA Y EL CUELLO: GUÍA PARA LOS PACIENTES

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE BASADA EN LAS DIRECTRICES DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ESMO

Esta guía para pacientes ha sido preparada por la Fundación Contra el Cáncer para ayudar a los pacientes y a sus familiares a entender mejor la naturaleza de los carcinomas de células escamosas* de la cabeza y el cuello y comprender las mejores opciones de tratamiento disponibles en función del subtipo de carcinoma de células escamosas* de la cabeza y el cuello. Aconsejamos a los pacientes que pregunten a sus médicos qué pruebas o tipos de tratamientos se requieren para su tipo y estadio de enfermedad. La información médica descrita en este documento se basa en las directrices de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO, por sus siglas en inglés) para la evaluación y tratamiento del carcinoma de células escamosas* de la cabeza y el cuello. Esta guía para pacientes ha sido producida en colaboración con la ESMO y se divulga con el permiso de la ESMO. Ha sido escrita por un doctor en medicina y revisada por dos oncólogos de la ESMO, incluyendo al principal autor de las directrices de práctica clínica para profesionales. Asimismo, ha sido revisada por tres enfermeros de la EONS. También ha sido revisada por representantes del Grupo de Trabajo de Pacientes de Cáncer de la ESMO.

Más información sobre la Fundación Contra el Cáncer: www.anticancerfund.org

Más información sobre la Sociedad Europea de Oncología Médica: www.esmo.org

Para todas aquellas palabras marcadas con un asterisco se facilita una definición al final del documento.

Índice

Hoja informativa sobre los cánceres de cabeza y cuello	3
Definición de cánceres de cabeza y cuello.....	5
¿Son frecuentes los cánceres de cabeza y cuello?.....	6
¿Qué causa los cánceres de cabeza y cuello?	7
¿Cómo se diagnostican los cánceres de cabeza y cuello?.....	9
¿Qué es importante saber para obtener el tratamiento óptimo?.....	11
¿Cuáles son las opciones de tratamiento?	15
¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de los tratamientos?.....	19
¿Qué pasa después del tratamiento?	23
Definiciones de palabras difíciles.....	25

Este texto ha sido escrito por la Dra. Ana Ugarte (Fundación Contra el Cáncer) y revisado por el Dr. Svetlana Jezdic (ESMO), la Dra. Lisa Licitra (ESMO), Mary Tanay RN Msc (EONS), Julie Hewitt RGN, BSc (EONS), Anita Margulies BSN RN (EONS), Umberto Tassini (Associazione Italiana Laringectomizzati– AILAR y Federazione Italiana Associazioni Laringectomizzati e Pazienti Oncologici Testa e Collo – FIALPO) y Antonio Aglione (AILAR y FIALPO).

Esta guía para pacientes ha sido traducida al español por un traductor profesional y validada por el Dr. Gustavo A. López.

HOJA INFORMATIVA SOBRE LOS CÁNCERES DE CABEZA Y CUELLO

Definición de cánceres de cabeza y cuello

- Los cánceres de cabeza y cuello son un grupo de cánceres que se forman en los tejidos del tracto aerodigestivo superior (labios, lengua, boca, garganta y laringe) o en los senos y la cavidad nasal.
- La mayoría de cánceres de cabeza y cuello se originan en las células escamosas que forman estos tractos y cavidades y por ello son denominados carcinomas de células escamosas*. Estos cánceres son el tema de la presente guía.

Diagnóstico

- Cabe sospechar la presencia de cáncer de cabeza y cuello ante la presencia de síntomas como un bulto en el cuello, úlceras en la lengua, zonas con sangrado, manchas blancas o rojas en la boca, dolor de garganta, deglución dolorosa, ronquera persistente, nariz congestionada en un lado y/o secreción de sangre de la nariz, especialmente si persisten más de 3 semanas.
- La observación directa y la palpación de las lesiones sospechosas se complementarán con la observación de boca, nariz, garganta y vías respiratorias superiores con un tubo flexible con luz llamado endoscopio.
- Las imágenes médicas se usan para conocer la forma y el tamaño del tumor y también pueden usarse para verificar si el cáncer se ha propagado a otras partes del cuerpo.
- Un diagnóstico de cáncer solo puede confirmarse por medio del análisis del tejido tumoral (biopsia*) con un microscopio.

Tratamiento específico según la extensión de la enfermedad (clasificada en diferentes estadios)

- Los estadios I y II del cáncer de cabeza y cuello se denominan cánceres localizados o de etapa inicial, puesto que tienen un diámetro inferior a los 4 cm y no se han diseminado a ningún ganglio linfático.
 - La radioterapia* y la cirugía tienen una efectividad similar para tratar el tumor.
 - Las técnicas modernas de radioterapia* permiten limitar sustancialmente los daños a los tejidos sanos alrededor del tumor.
- Los estadios III y IV de los cánceres de cabeza y cuello se denominan respectivamente cáncer localmente avanzado y cáncer metastásico, ya que su tamaño supera los 4 cm de diámetro, se han propagado a ganglios* linfáticos o se han propagado a órganos distantes. La cuestión principal en estos estadios será evaluar si el tumor puede extirparse por completo por medio de cirugía sin comprometer demasiado la calidad de vida de la persona.
 - Si el tumor se considera resecable (operable), el tratamiento propuesto es la cirugía para extirpar el tumor, seguida de cirugía reconstructiva y radioterapia*. El análisis del tumor extirpado durante la cirugía proporcionará información adicional útil para decidir si debería agregarse quimioterapia* a la radioterapia tras la cirugía, en ciertos casos. La radioterapia es la alternativa cuando se desestima la cirugía como tratamiento, y el agregado de quimioterapia concomitante a la radioterapia es mas efectivo que la radioterapia sola.
 - En algunos casos, un fármaco denominado cetuximab*, que causa pocos efectos secundarios, podrá usarse en sustitución de la quimioterapia*.

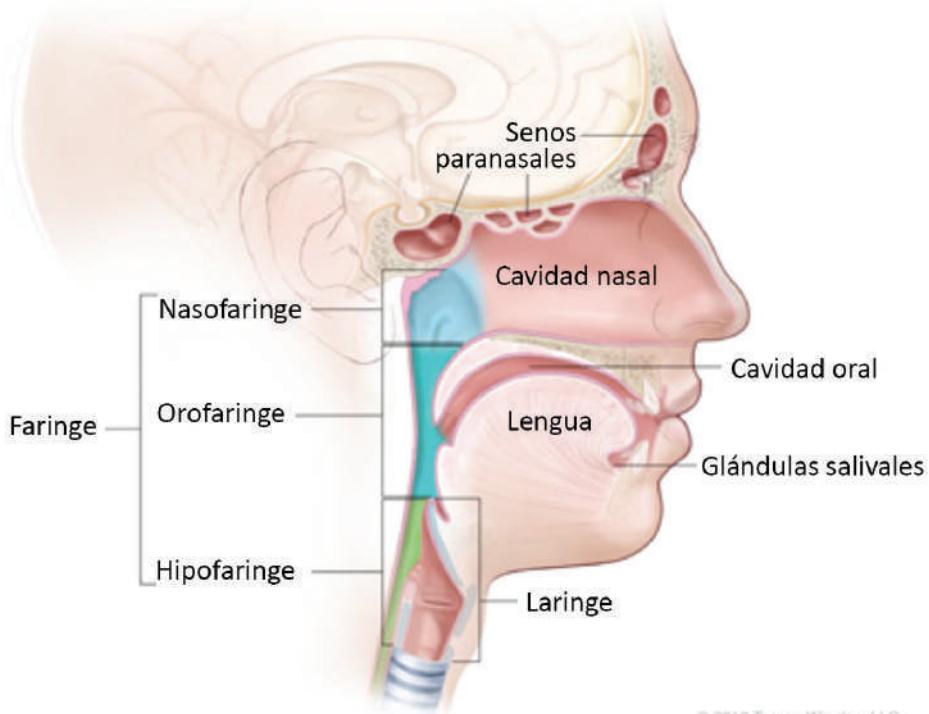
Seguimiento

- El seguimiento es importante para detectar efectos secundarios asociados con el tratamiento, como problemas de deglución o respiración. La función de la glándula tiroides se evalúa a 1, 2 y 5 años de distancia en pacientes que han recibido radioterapia en el cuello.
- El examen físico y la adquisición de imágenes médicas se realizarán de forma periódica principalmente para detectar la reaparición del cáncer.

DEFINICIÓN DE CÁNCERES DE CABEZA Y CUELLO

Los cánceres de cabeza y cuello son un grupo de cánceres que se forman en el tracto aerodigestivo superior (labios, lengua, boca, garganta y laringe), las glándulas salivales, la nasofaringe* (zona que conecta la nariz y la parte superior de la garganta) o los senos y la cavidad nasal. Casi todos los cánceres en estas áreas son carcinomas de células escamosas*. Los cánceres considerados como raros, esto es, los que se forman en las glándulas salivales, la nasofaringe*, los senos paranasales y la cavidad nasal, y los que tienen un tipo histológico* distinto al escamoso, son objeto de unas recomendaciones especiales y no están incluidos en esta guía.

Regiones del cáncer de cabeza y cuello



Regiones del cáncer de cabeza y cuello. Este dibujo ilustra la localización de los senos paranasales, la cavidad nasal, la cavidad oral, la lengua, las glándulas salivales, la laringe y la faringe (incluyendo la nasofaringe*, la orofaringe* y la hipofaringe*).

¿SON LOS CÁNCERES DE CABEZA Y CUELLO FRECUENTES?

Los cánceres de cabeza y cuello representan el 4% de todos los cánceres a nivel mundial. La zona afectada con mayor frecuencia es la cavidad oral, que supone el 41% de todos los cánceres de cabeza y cuello, seguida por los cánceres de faringe y laringe, que representan el 22% y el 24% respectivamente.

En Europa, los cánceres de la cavidad oral se diagnostican todos los años en 48 individuos sobre un millón, seguidos por los cánceres nasofaríngeos* y los tumores de las glándulas salivales, de los que se diagnostican 28 y 13 casos por millón de personas respectivamente.

En Europa, el riesgo de desarrollar cáncer de cabeza y cuello es mayor para los hombres que para las mujeres. Existen algunas diferencias entre países, especialmente relativas a la población masculina. De 20 a 30 hombres de cada 100.000 desarrollarán cánceres de boca, lengua, orofaringe*, o hipofaringe* en algún momento de su vida, mientras que en el caso de las mujeres de 8 a 10 de cada 100.000 desarrollarán cánceres de boca o de lengua y de 2 a 3 cánceres orofaríngeos* o hipofaríngeos*. En general, el riesgo es mayor en Francia y Suiza y menor en algunas zonas de Italia y del Reino Unido. Sin embargo, el riesgo de cáncer hipofaríngeo* en las mujeres es menor en algunas zonas de Suiza.

Otros tipos de tumores, como los tumores epiteliales de cavidades nasales, de nasofaringe*, de ojo y de anejos oculares*, y de oído medio se producen en menos de 5 personas por cada millón. Estos tipos de cánceres se clasifican como cánceres raros de cabeza y cuello.

¿QUÉ CAUSA LOS CÁNCERES DE CABEZA Y CUELLO?

El consumo de tabaco y el consumo de alcohol han sido asociados con la aparición de más del 70% de los cánceres de cabeza y cuello. Asimismo se han identificado otros factores de riesgo*. Un factor de riesgo* aumenta el riesgo de aparición de cáncer, pero no es ni necesario ni suficiente para causar cáncer. Un factor de riesgo* no es una causa en sí mismo.

Algunas personas con estos factores de riesgo* nunca desarrollarán cánceres de cabeza y cuello y otras personas sin ninguno de estos factores de riesgo* sin embargo pueden desarrollar cánceres de cabeza y cuello.

Los factores de riesgo* de los cánceres de cabeza y cuello son:

- **Consumo de tabaco:** El riesgo está directamente relacionado con el tiempo y la cantidad de consumo de tabaco. Se ha observado, sin embargo, que el riesgo va disminuyendo con el tiempo una vez que se deja de fumar. La exposición al humo del cigarrillo (el tabaquismo pasivo) también aumenta el riesgo. No solo fumar tabaco, sino también el consumo de tabaco sin humo, como el tabaco de mascar y el tabaco en polvo, han sido asociados al cáncer oral. En algunos países asiáticos la combinación del consumo de tabaco con la costumbre de mascar betel o buyo (un estimulante que se consume en ciertas partes de Asia) está vinculada con la aparición de cánceres orales, en las amígdalas y faríngeos. Incluso el consumo de betel o buyo por sí solo aumenta el riesgo de desarrollar cáncer oral.
- **Alcohol:** El consumo de alcohol y el consumo de tabaco se han asociado a la mayoría de casos de cáncer de cabeza y cuello. El riesgo asociado al consumo de alcohol aumenta con el tiempo y las cantidades de alcohol consumidas. Los grandes bebedores corren un riesgo mayor, que se sitúa en 5 veces más que un no bebedor en el caso del cáncer oral y en 7 veces más en el caso de los cánceres faríngeos.
- **Virus del papiloma humano* (VPH, o HPV por sus siglas en inglés):** Se ha hallado evidencia de infección de VPH, en particular de VPH 16, en cánceres de orofaringe* y con mucha menos frecuencia en los de cavidad oral y laringe. Por otra parte, se ha observado que existe una correlación entre algunos comportamientos sexuales, como por ejemplo el inicio de la actividad sexual a temprana edad y la promiscuidad, y los cánceres de cabeza y cuello.



También se han correlacionado con la aparición de dichos cánceres factores como que parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos) hayan sido afectados por los mismos o la pertenencia a un estatus socioeconómico bajo. En cualquier caso, estos factores podrían reflejar solamente la variabilidad de exposición al consumo de alcohol y de tabaco.

Otros factores de riesgo* importantes para todos los tipos de cánceres de cabeza y cuello son las dietas con alto contenido en grasas animales y bajo contenido en fruta fresca, la exposición prolongada a la luz solar para el cáncer de labios, la enfermedad de reflujo gastroesofágico para los cánceres de laringe y faringe, la exposición a radiación* para el cáncer de glándulas salivales y el consumo de yerba mate* para los cánceres de las cavidades orales. Existen también unas condiciones precancerosas como son la aparición de manchas blancas y rojas (leucoplasia* y eritroplasia* respectivamente) asociadas con el uso de tabaco u otras condiciones que aumentan el riesgo de desarrollo de cáncer en la boca.

Se ha sospechado que otros factores como el consumo de café, la delgadez corporal o el estar por debajo del peso apropiado pueden asociarse a un aumento del riesgo de desarrollo de cánceres de cabeza y cuello, pero las pruebas a este respecto no son concluyentes.

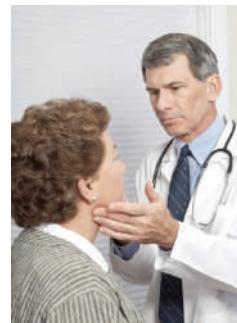
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN LOS CÁNCERES DE CABEZA Y CUELLO?

Puede sospecharse la existencia de los cánceres de cabeza y cuello por la aparición de síntomas que dependerán de la localización específica del cáncer. La aparición de bultos en el cuello, úlceras en la lengua, zonas con sangrado, manchas blancas o rojas en la boca, dolor de garganta, deglución dolorosa, ronquera persistente, nariz congestionada en un lado y/o secreción de sangre de la nariz, si persisten más de 3 semanas deberían ser investigadas por su médico.

El diagnóstico de los cánceres de cabeza y cuello se basa en los siguientes exámenes:

1. Examen físico.

El examen físico puede incluir la inspección visual de la boca, la nariz y el cuello, usando una luz y un espejo para obtener una visión más clara. La observación y palpación de los labios, las mejillas, las encías y el cuello se llevan a cabo para investigar la existencia de bultos u otras anomalías como las descritas anteriormente. Las conclusiones de estas observaciones guiarán los procedimientos diagnósticos posteriores.



2. Endoscopia*.

Mientras que la cavidad oral y la faringe oral pueden ser inspeccionadas directamente, la visualización de la nasofaringe*, la hipofaringe* y la laringe requiere el uso de laringoscopia* indirecta con espejo y/o endoscopia*, un procedimiento para examinar las áreas dentro del cuerpo usando un tubo delgado, flexible y con luz, llamado endoscopio. Este procedimiento no requerirá que el paciente permanezca mucho tiempo en la consulta del médico y no se necesitará anestesia*. Otro procedimiento llamado panendoscopia* comprende el uso de laringoscopia directa*, broncoscopia* (para evaluar las vías respiratorias en el pulmón), y esofagoscopia* para observar una posible presencia tumoral en el esófago. La panendoscopia* es un examen que se realiza bajo anestesia* general.



3. Examen radiológico.

La tomografía computarizada* (exploración con TC) y la imagen por resonancia magnética * (IRM) se usan para conocer el tamaño y la forma del tumor primario. La exploración con TC muestra los tejidos blandos, incluyendo los ganglios linfáticos*, las estructuras óseas y los vasos sanguíneos al mismo tiempo. Sin embargo la IRM* tiene una resolución mayor para representar detalles de los tejidos blandos. Por consiguiente la IRM* es el procedimiento inicial preferible para todas las localizaciones de los tumores, con la excepción de los cánceres laríngeos e hipolaríngeos*. Las radiografías de tórax se recomiendan para evaluar la posible presencia de metástasis* en el pulmón o de un tumor primario en el pulmón. A tal respecto, la exploración con TC del tórax puede llevarse a cabo en caso de tumores de mayor tamaño.



4. Examen histopatológico.

Es el análisis de laboratorio del tejido tumoral. Se lleva a cabo usando un microscopio para examinar el material obtenido a través de la biopsia*. La biopsia* de tejido puede realizarse a través de endoscopio y dependiendo de la localización del tumor también podrá llevarse a cabo simplemente abriendo la boca o en algunos casos tomando una muestra de un ganglio linfático* inflamado en el cuello. La información histopatológica confirmará el diagnóstico de cáncer y revelará características específicas del tumor. El diagnóstico histopatológico se hace de acuerdo con la clasificación de los tumores de cabeza y cuello establecida por la Organización Mundial de la Salud. Los tumores pueden ser más o menos agresivos que el tipo común, el escamoso*, así que es importante conocer esta información. Por ejemplo, los carcinomas papilares* y verrucosos* son menos agresivos, mientras que las variantes de células basaloides* y fusiformes* son más agresivas. Otros detalles adicionales que podrían ser comunicados por el patólogo se explicarán en el capítulo dedicado al tratamiento.



¿QUÉ ES IMPORTANTE SABER PARA OBTENER EL TRATAMIENTO ÓPTIMO?

Los médicos tendrán que considerar muchos aspectos relativos al paciente y al cáncer para poder decidir cuál es el tratamiento mejor.



Información importante sobre el paciente.

- Historial médico personal
- Historial familiar de cáncer
- Uso de alcohol y tabaco
- Resultados del examen clínico realizado por su médico
- Bienestar general
- Peso y estado nutricional
- Además del examen clínico, podrán realizarse otros exámenes para evaluar los riesgos de complicaciones debidas al tratamiento. De forma particular, se llevan a cabo evaluaciones de la función renal y de la salud dental, ya que algunas opciones de tratamiento podrían afectar a los riñones y a los dientes.

Información importante sobre el cáncer.

• Localización del tumor

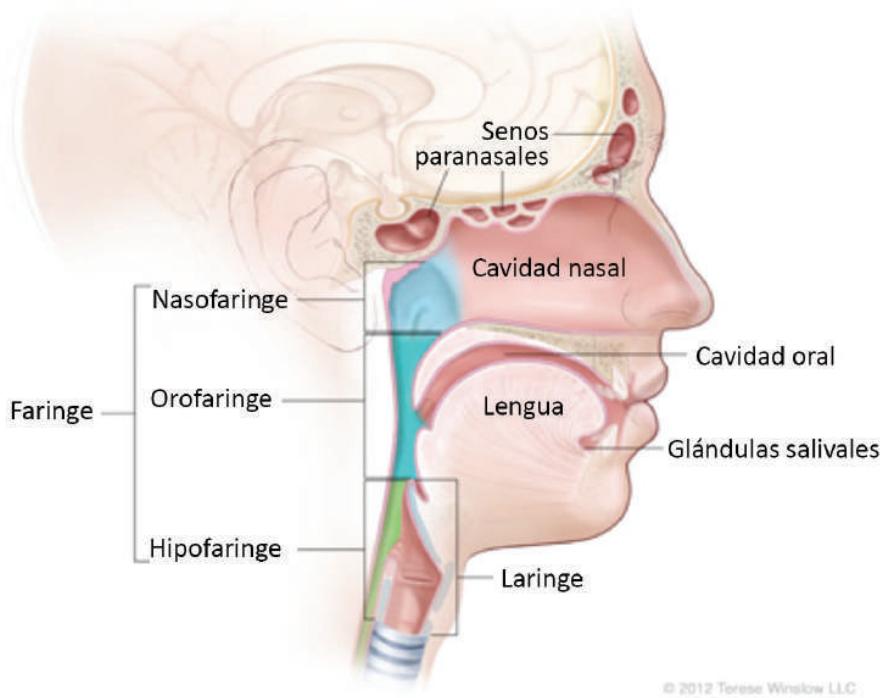
La localización del tumor influenciará las decisiones relativas al tipo de tratamiento a efectuar, ya que los cánceres de cabeza y cuello afectan a órganos relativamente pequeños y visibles y el tratamiento podría afectar a su funcionalidad y a su aspecto físico.

Los cánceres de cabeza y cuello afectan a la mayoría de los órganos pequeños pero funcionales de la cabeza y el cuello, con pocas excepciones. La tiroides, los ojos y el cerebro no están incluidos.

En esta guía en concreto no se presentan los cánceres de senos paranasales, de glándulas salivales, de cavidad nasal y nasofaríngeo* a pesar de ser cánceres de cabeza y cuello, porque las recomendaciones de tratamiento para estos cánceres son muy específicas.

Como se ha indicado anteriormente, las recomendaciones de esta guía son apropiadas para boca, labios, lengua, paladar, faringe (excluyendo su parte superior o nasofaringe*), y laringe.

Regiones del cáncer de cabeza y cuello



© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights.

Regiones del cáncer de cabeza y cuello. Este dibujo ilustra la localización de los senos paranasales, la cavidad nasal, la cavidad oral, la lengua, las glándulas salivales, la laringe y la faringe (incluyendo la nasofaringe*, la orofaringe* y la hipofaringe*).

- **Estadificación**

Los médicos utilizan la estadificación para determinar la extensión del cáncer y el pronóstico* del paciente. Se utiliza comúnmente el sistema de estadificación TNM. La combinación de T (tamaño del tumor e invasión de tejido cercano), N (implicación de ganglios linfáticos*) y M (metástasis* o diseminación del cáncer a otro/s órgano/s del cuerpo) clasificará al cáncer dentro de uno de los estadios que se explicarán más adelante.

La determinación del estadio es fundamental para realizar la decisión correcta acerca del tratamiento. Cuanto más bajo sea el estadio, mejor será el pronóstico*. La estadificación suele llevarse a cabo dos veces: tras el examen clínico y radiológico y después de la cirugía. Si se realiza cirugía, la estadificación podrá estar influenciada por los resultados del examen de laboratorio del tumor extirpado.

La estadificación es muy específica para cada localización del cáncer puesto que las estructuras afectadas no son las mismas. La finalidad de esta guía no es proporcionar información detallada, pero en cualquier caso deberá tener usted presente que la tabla que se presenta seguidamente solo facilita explicaciones muy generalizadas para proporcionarle un resumen de los estadios del cáncer de cabeza y cuello. Le recomendamos que consulte con sus médicos los detalles relativos a cada caso en particular.

Estadio	Definición
Estadio I	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tamaño del tumor e infiltración:</i> 2 cm de diámetro o menos sin infiltración de tejidos contiguos. • <i>Ganglios linfáticos* implicados:</i> No. • <i>Órganos distantes implicados:</i> No.
Estadio II	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tamaño del tumor e infiltración:</i> Tumor de más de entre 2 y 4 cm o que ya se ha diseminado a zonas cercanas. • <i>Ganglios linfáticos* implicados:</i> No. • <i>Órganos distantes implicados:</i> No.
Estadio III	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tamaño del tumor e infiltración:</i> Tumor de más de 4 cm. O • <i>Ganglios linfáticos* implicados:</i> Sí y máximo de 3 cm. • <i>Órganos distantes implicados:</i> No.
Estadio IV-A	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tamaño del tumor e infiltración:</i> Cualquier tamaño e infiltración. • <i>Ganglios linfáticos* implicados:</i> Sí y de entre 3 y 6 cm. • <i>Órganos distantes implicados:</i> No.
Estadio IV-B	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tamaño del tumor e infiltración:</i> El tumor invade el espacio delante de la columna vertebral en el cuello, la arteria carótida* o estructuras en la zona entre los pulmones llamada mediastino*, como la tráquea* y el esófago. O • <i>Ganglios linfáticos* implicados:</i> Sí y de un tamaño de más de 6 cm. • <i>Órganos distantes implicados:</i> No.
Estadio IV-C	Independientemente del tamaño del tumor primario y de los ganglios linfáticos* implicados, un órgano distante está implicado (metástasis* distante).

- **Resultados de la biopsia***

La biopsia* será examinada en el laboratorio. Este examen se denomina histopatología*. La segunda histopatología* implica el examen del tumor y de los ganglios linfáticos* tras la extirpación quirúrgica. Es muy importante confirmar los resultados de la biopsia* y proporcionar más información sobre el cáncer. Generalmente, cuantos más ganglios linfáticos* estén afectados y cuanto más baja sea la parte del cuerpo en la que están localizados, menos favorable será el pronóstico*. Los resultados del examen de la biopsia* deberán incluir:

- **Ubicación principal:** El pronóstico es diferente en función del área de la cabeza y el cuello afectada.
- **Estadio T:** Dimensiones del tumor y presencia o ausencia de invasión adyacente. El estadio T se usa para valorar la estadificación de la enfermedad, tal y como se ha explicado anteriormente. Cuanto más alto sea el estadio T, menos favorable será el pronóstico*.



- **Tipo histológico***: La mayoría de los cánceres de cabeza y cuello son carcinomas escamosos*. Son subtipos particulares de estos carcinomas los papilares* y los verrucosos*, que tienen mejor pronóstico, o los de células basaloïdes* y fusiformes*, que son más agresivos.
- **Profundidad de la invasión**: La invasión de los tejidos adyacentes superior a los 4 mm tiene un pronóstico* menos favorable.
- **Patrón de la infiltración**: Un patrón cohesivo significa que el tumor está creciendo como una masa única empujando a los tejidos adyacentes. Su pronóstico* es sin duda mejor que el del patrón no cohesivo (infiltrativo), en el que filamentos y láminas del tumor invaden los tejidos adyacentes.
- **Grado**: Los cánceres de cabeza y cuello se clasifican en grados de 1 a 4. Cuanto más alto sea el grado, menos favorable será el pronóstico*.
 - GX: El grado no puede ser determinado por el patólogo.
 - G1: Bien diferenciado, en el que las células cancerosas se asemejan mucho a las células sanas desde las que el cáncer se origina.
 - G2: Moderadamente diferenciado, las células son menos identificables, pero su origen aún puede determinarse.
 - G3: Escasamente diferenciado, las células apenas son identificables.
 - G4: Indiferenciado, las células cancerosas ni siquiera pueden compararse con las células sanas a partir de las cuales se originó.
- **Márgenes tumorales**: Los márgenes son los contornos o los bordes del tejido extirpado en la cirugía de cáncer. El margen se describe como negativo o limpio cuando el patólogo no encuentra células cancerosas en el borde del tejido, lo que sugiere que todo el cáncer ha sido extirpado. El margen se describe como positivo o implicado cuando el patólogo encuentra células cancerosas en el borde del tejido, lo que sugiere que no ha sido extirpado todo el cáncer. En el caso de los cánceres de cabeza y cuello, cuando se encuentran células cancerosas a una distancia de hasta 1 mm del borde de resección, los márgenes se consideran positivos. Se considera que podrían haber quedado células cancerosas en la zona de la que se extirpó el tumor.
- **Infiltración vascular y perineural**: El análisis de la biopsia* puede mostrar que las células tumorales infiltran los nervios (perineural) y los vasos (vascular) circundantes. Esta infiltración indica un riesgo elevado de recurrencia de la enfermedad tras el tratamiento en comparación con un tumor sin dicha infiltración.
- **Infección de VPH***: La investigación de la infección de VPH* actualmente no influencia la toma de decisión sobre el tratamiento a seguir. Sin embargo, se recomienda su valoración ya que puede revestir importancia para el pronóstico* y para aquellos pacientes que estén interesados en comprender mejor su enfermedad.

¿CUÁLES SON LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO?

La planificación del tratamiento requiere la labor conjunta de un equipo interdisciplinario de profesionales médicos. Se realiza una reunión de diferentes especialistas que recibe el nombre de opinión multidisciplinaria* o revisión del comité de tumores. En esta reunión se discutirá la planificación del tratamiento de acuerdo con la información pertinente anteriormente mencionada.

Se recomienda que los pacientes abandonen los hábitos considerados como factores de riesgo* para los cánceres de cabeza y cuello, como son el consumo de tabaco y de alcohol. También se les anima a que mantengan un estado nutricional sano antes de iniciar el tratamiento, ya que la deglución puede volverse más difícil debido al cáncer y a sus posibles tratamientos, por lo que se aconseja la intervención de un nutricionista. El tratamiento dental también es sumamente recomendable antes de iniciar el tratamiento, ya que la radioterapia* en esa zona de la cabeza hará que aparezcan caries en los dientes y este proceso podría verse empeorado por una mala salud dental. Una buena higiene oral es muy importante para reducir el riesgo de aparición de úlceras bucales (mucositis*) e infecciones orales.



El tratamiento generalmente combinará terapias que:

- Traten el cáncer localmente, como cirugía o radioterapia*
- Traten las células cancerosas en todo el cuerpo por medio de terapia sistémica* como quimioterapia* (cisplatino* o carboplatino*, 5-Fluorouracilo*, docetaxel*) y terapia biológica* dirigida* (cetuximab*).

La extensión del tratamiento dependerá del estadio del cáncer, de las características del tumor y de los riesgos para el paciente.

Los tratamientos listados a continuación tienen sus beneficios, sus riesgos y sus contraindicaciones*. Se recomienda que los pacientes pregunten a sus médicos sobre los beneficios y riesgos esperados de cada tratamiento para comprender completamente el tratamiento. En el caso de algunos tratamientos están disponibles varias posibilidades y la elección deberá discutirse en función del equilibrio entre beneficios y riesgos.

Tras describir las diferentes opciones de tratamiento que pueden usarse para tratar los cánceres de cabeza y cuello, se presentan los planes de tratamiento recomendados para el estadio en el que se encuentre la enfermedad.

Opciones de tratamiento usadas para los cánceres de cabeza y cuello

Cirugía

La cirugía se realizará bajo anestesia* general. El cirujano extirpará el tumor y durante la misma operación es posible que se extirpen algunos ganglios linfáticos*. Dado que el aspecto estético* y la funcionalidad de los órganos de la cabeza y el cuello pueden verse afectados de forma importante, la cirugía deberá intentar proteger las estructuras sanas todo lo que sea posible. Este tipo de cirugía recibe el nombre de cirugía conservadora. Podría llevarse a cabo también una cirugía reconstructiva (plástica) durante el mismo procedimiento para sustituir el tejido extraído con trozos de tejido de otras partes del cuerpo (colgajo de tejido). También podría desplazarse una zona de piel para cubrir la lesión (injerto de piel). El objetivo final de la cirugía reconstructiva es restablecer la apariencia y la función de los tejidos extraídos tanto como sea posible.



Radioterapia*

La radioterapia* es el uso de radiación* para eliminar las células cancerosas. Por lo general, las células cancerosas tienen menor capacidad de recuperarse del daño originado por la radiación que las células normales.



La radioterapia en el cáncer de cabeza y cuello está encaminada a destruir las células cancerosas localmente, usando radiación* de alta energía producida por un dispositivo de radioterapia*. En la radioterapia* externa, la radiación es producida por una fuente externa y dirigida al área de la cabeza o el cuello en la que está el tumor, incluyendo vasos linfáticos* y nódulos linfáticos* en algunos casos. Se usa una máscara para apoyar la cabeza y mantener al paciente inmóvil mientras se suministra el tratamiento. Una vez que se coloca la máscara en la cabeza y el cuello del paciente, se conecta a la mesa en la que el paciente está acostado. Es fácil respirar a través de la máscara, pero si a pesar de ello usted no se siente cómodo con la idea de ponerse una máscara, deberá comunicarlo a su equipo médico, que se asegurará de que usted supere cualquier estrés que pueda sentir.

Quimioterapia*

La quimioterapia* tiene la finalidad de eliminar las células tumorales. La quimioterapia* para el cáncer de cabeza y cuello se suministra a través de una vena, por lo que actúa sistémicamente* (a través de la circulación sanguínea). Existen varios medicamentos que son activos contra los cánceres de cabeza y cuello como cisplatino*, paclitaxel*, docetaxel*, 5-Fluorouracilo* (5-FU) y otros. Estos medicamentos también pueden usarse combinándose entre ellos. A veces la quimioterapia* se suministra en concomitancia con la terapia de radiación* para potenciar la acción de la radiación*.



Terapia biológica*

La terapia biológica consiste en el uso terapéutico de sustancias que han sido específicamente diseñadas para interferir en el crecimiento de células.

Cetuximab* es un anticuerpo monoclonal* que actúa contra el receptor del factor de crecimiento epidérmico* (RFCE), una estructura en la superficie de todas las células normales que las ayuda a crecer. El cáncer de cabeza y cuello lleva una alta cantidad de RFCE a la superficie de las células, y la unión de cetuximab* al RFCE* interfiere en el crecimiento de las células tumorales y causa su muerte.

Plan de tratamiento para estadios I y II

El tumor primario no alcanza los 4 cm de diámetro. En la laringe podría afectar parcialmente a las cuerdas vocales, pero la invasión de los tejidos circundantes es limitada. Los ganglios linfáticos y los órganos distantes no presentan signos de enfermedad.*

En los estadios I y II la radioterapia o la cirugía conservadora dan resultados similares con respecto al control local del tumor, aunque no se ha realizado nunca una comparación directa entre la eficacia de la radioterapia* y la de la cirugía. Las técnicas modernas de radioterapia, que permiten realizar en tiempo real tanto las imágenes como las calibraciones de los haces, ayudando a que los haces de radiación* lleguen de forma más precisa al tumor y eviten en la mayor medida posible a los tejidos que rodean al tumor.

Plan de tratamiento para estadios III y IV

El tumor primario supera los 4 cm de diámetro, invadiendo los tejidos circundantes de tal manera que podría verse comprometida su funcionalidad. Un ejemplo de ello sería la paralización de las cuerdas vocales en el cáncer de laringe. Además de ello, podría darse la invasión de ganglios linfáticos y/o órganos distantes.*

En general, un tumor podría considerarse operable o resecable cuando existe la seguridad de que una vez extirpado el tumor no quedarán células cancerosas, preservando la funcionalidad de los órganos afectados y proporcionando un buen resultado estético con o sin cirugía reconstructiva. Algunos tumores podrían afectar a estructuras técnicamente muy difíciles de operar, lo que hará que el cirujano considere que el tumor no es operable. Otros tumores podrían ser técnicamente resecables, pero el resultado podría no ser aceptable para el paciente desde un punto de vista estético* y funcional. Por ejemplo, un tumor grande en la lengua no representaría un gran reto para el cirujano, pero la extirpación de la lengua podría no ser aceptable para el paciente.

El tratamiento para los estadios avanzados III y IV, cuando un tumor es considerado resecable, incluye cirugía, a menudo con cirugía reconstructiva más radioterapia* después. Cuando los márgenes del tumor son positivos (esto es. cuando han sido infiltrados por el tumor) o este se disemina más allá del revestimiento externo de los ganglios linfáticos* (diseminación ganglionar extracapsular*) se recomienda quimiorradioterapia postoperatoria (radioterapia* y quimioterapia* administradas simultáneamente) con un único medicamento a base de platino* (cisplatino* o carboplatino*).

Sopesar el resultado esperado considerando la zona afectada por el tumor, la extensión de la enfermedad y las preferencias personales del paciente, entre otros factores, será de gran ayuda a la hora de efectuar la elección entre cirugía y radioterapia*. La radioterapia es la alternativa cuando se desestima la cirugía como tratamiento, y el agregado de quimioterapia concomitante a la radioterapia es más efectivo que la radioterapia sola. Como alternativa a la quimiorradioterapia, podría escogerse la radioterapia* administrada simultáneamente con cetuximab*. De hecho, aunque estos dos tratamientos no se han comparado formalmente, se ha observado que la radioterapia* combinada con cetuximab* causa menos efectos secundarios que la quimiorradioterapia. En cualquier caso, la eficacia de estos tratamientos en pacientes de más de 65 años todavía tiene que ser estudiada.

Las terapias que se administran antes de el tratamiento local con el objetivo de reducir el tamaño del tumor y mejorar su posibilidad de curación con cirugía o radiación* reciben el nombre de terapias de inducción. Los tratamientos de quimioterapia* que usan docetaxel* más cisplatino* más 5-Fluorouracilo* son una opción para la terapia de inducción. Hasta la fecha no existe una prueba clara de que la terapia de inducción mejore la supervivencia. Puede usarse dentro de protocolos de preservación de órganos en determinados cánceres laríngeos e hipolaríngeos* para evitar la laringectomía.

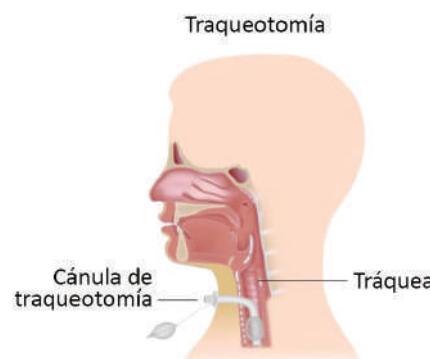
¿CUÁLES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS?

Riesgos y efectos secundarios de la cirugía

La cirugía tiene como objetivo extirpar el tumor y una pequeña parte del tejido circundante en un esfuerzo para asegurar que no queden células cancerosas en la zona. Considerando la estructura y la visibilidad de los órganos afectados, pueden plantearse ciertos problemas de tipo funcional y de estética corporal dependiendo de la ubicación del tumor.

La voz y el habla normales pueden verse afectados temporal o permanentemente. Otros problemas incluyen debilidad en los hombros, dificultad de masticación y deglución, pérdida auditiva o disfunción de la glándula tiroides. Puede que sea necesario el uso de un tubo de alimentación para mantener la nutrición; este tubo pasará a través de la nariz hasta el estómago o directamente a través de la piel hasta el estómago. La extirpación total de la laringe requerirá la creación de una abertura (ostoma) en la base del cuello para permitir la respiración normal porque ya no habrá una conexión entre la nariz y la boca y la tráquea*. Se colocará un tubo de traqueostomía en esta abertura para mantener el ostoma abierto. El tubo de traqueostomía requiere unos cuidados especiales diarios y tiene que mantenerse limpio. El propio paciente se encargará de realizar las tareas pertinentes y los médicos y enfermeros le proporcionarán la capacitación adecuada.

En función de la localización del tumor extraído, algunos pacientes podrán experimentar desfiguración facial. A estos pacientes se les ofrece la cirugía reconstructiva para ayudar a mejorar su aspecto y mantener las funciones corporales.



Riesgos y efectos secundarios de la radioterapia*.

Complicaciones iniciales

El área de la piel a través de la cual pasa el haz de radiación* podría enrojecerse, irritarse y/o hincharse; el daño provocado a las glándulas salivales podría generar sequedad de boca o espesamiento de la saliva. El revestimiento de la boca podría hincharse, doler y algunas veces ulcerarse, esto se denomina mucositis*. La radiación* también puede afectar a las yemas lingüales y causar alteraciones en el sentido del gusto. Las infecciones orales, especialmente la candidiasis (muguet) son otro efecto secundario de la radiación* aplicada a la cabeza y el cuello. Un control del dolor adecuado y el mantenimiento de una buena higiene oral son muy importantes.

Complicaciones tardías

Las complicaciones tardías derivadas de la radioterapia* dependen del daño acarreado a las estructuras cercanas al área tratada. La radioterapia* puede causar daños a los dientes y provocar alteraciones en el suministro de sangre a las mandíbulas. En cualquier caso, esto podrá prevenirse con un tratamiento dental adecuado antes de comenzar las sesiones de radioterapia*.

La inflamación y/o la aparición de cicatrices causadas por la radioterapia* podrían llegar a provocar dolor y problemas en la deglución, cambios de voz, cambios en el sentido del gusto y una consiguiente pérdida de apetito.

La acumulación de cerumen o la aparición de cicatrices en los canales auditivos podrían causar pérdida auditiva. Dado que la glándula tiroides está localizada inmediatamente frente al cuello, también puede verse afectada. En este caso, la glándula producirá menos hormonas tiroideas* y el paciente podría sentirse cansado y débil. Deberá supervisarse la funcionalidad de la glándula tiroides tras el tratamiento con radioterapia*.

Durante el seguimiento, el equipo de atención médica valorará periódicamente la presencia de estas complicaciones.

Efectos secundarios de los medicamentos contra el cáncer

Cisplatino* y carboplatino* (medicamentos a base de platino*)

El daño renal es un efecto secundario que requerirá un ajuste de las dosis. Los daños a los nervios pueden provocar visión borrosa y pérdida auditiva. La náusea y los vómitos y el desequilibrio de electrolitos*, así como un recuento alterado de células sanguíneas (glóbulos rojos*, glóbulos blancos* y plaquetas*) suelen ser frecuentes.

El medicamento carboplatino* puede causar adelgazamiento y pérdida del cabello. Aunque es improbable que la pérdida de cabello sea completa, el equipo médico advierte de ello a los pacientes para que puedan hacer frente a tal situación.

Docetaxel*

A veces causa retención de líquidos, decoloración temporal de las uñas y sarpullido con prurito. Algunas personas también desarrollan el síndrome mano-pie (molestias en las palmas de las manos y las suelas de los pies con hormigueo, entumecimiento, dolor, sequedad y posiblemente descamación) o solamente entumecimiento y hormigueo en manos y pies, mucositis* y pérdida del cabello. Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes sufrirá una reacción alérgica durante la primera o la segunda infusión de docetaxel*. Precisamente por este motivo se suministran antihistaminas* a los pacientes antes de la administración de docetaxel*.

5-Fluorouracilo*

Pueden producirse importantes efectos secundarios en aquellas personas que padezcan de insuficiencia enzimática congénita de dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD)*. Estas personas tienen bajos niveles de la enzima dihidropirimidina deshidrogenasa que el cuerpo necesita para metabolizar este medicamento.

Sensibilidad de la piel a la luz solar: la exposición al sol deberá evitarse durante al menos un año desde la terminación del tratamiento.

Síndrome de mano-pie (también denominado eritema palmoplantar): la piel de las palmas y las suelas muestra enrojecimiento, está dolorida y se puede descamar. Este síndrome generalmente es leve.

Los daños al corazón y la mucositis* también son importantes efectos secundarios posibles del 5-Fluorouracilo*.

Cetuximab*

Algunos efectos secundarios bien conocidos asociados con el uso de cetuximab* son: erupción cutánea similar al acné, fatiga, desequilibrio de electrolitos* (niveles bajos de magnesio* en la sangre) e inflamación de la piel alrededor de los dedos de manos y pies.

Aunque estos son efectos secundarios conocidos de los medicamentos contra el cáncer, se puede intervenir para ayudar a prevenirlos o tratarlos. Los efectos secundarios serán valorados y supervisados periódicamente por el equipo multidisciplinario para garantizar que se establezcan las medidas apropiadas lo antes posible.

Efectos secundarios de la quimiorradiación

El uso de dos enfoques como la quimioterapia* y la radioterapia* de forma simultánea aumenta las posibilidades de que aparezcan efectos secundarios. Los efectos secundarios de la primera se añaden a los efectos secundarios de la segunda.

Efectos psicológicos y sociales

Todas las terapias usadas para tratar el cáncer de cabeza y cuello también tienen efectos negativos que suponen un impacto en los aspectos psicológicos y sociales del paciente. Estos aspectos pueden percibirse en mayor o menor medida dependiendo de la personalidad del paciente y de si este se considera sano o enfermo después del tratamiento.

Las cicatrices visibles suponen un importante impacto comparadas con otros efectos negativos. En el caso de las laringectomías y sus familias, la pérdida de voz plantea el principal problema. En estos casos todas las capacidades comunicativas, tan necesarias para las relaciones sociales, deben cambiar junto con la imagen física personal. Todos los cambios debidos al cáncer de cabeza y cuello producen ciertas inseguridades y complejos. En la mayoría de los casos la ansiedad generada por la adaptación a una nueva situación completamente desconocida puede verse aumentada por las dudas sobre el éxito del tratamiento recibido. De este modo, en el paciente se puede generar confusión, exceso de discapacidad, pérdida de autoestima y repliegue sobre sí mismo.

La mayoría de los problemas se plantea sin duda en el área social, pero estos también pueden presentarse a nivel familiar y laboral.

Sobre la familia

Dentro del seno de la familia pueden plantearse problemas cuando el paciente afronta una nueva situación muy complicada y necesita todo el apoyo y la atención de su familia. Los miembros de la familia también estarán atravesando una situación difícil en la que desconocen lo que el paciente espera de ellos.

Cuando la enfermedad se vive como un obstáculo para la vida familiar habitual, porque es algo que está requiriendo demasiada atención, los problemas consiguientes son:

- Enfrentamientos en la pareja
- Problemas en las relaciones sexuales
- Cambios de comportamiento

Por lo tanto, pueden verse afectados tres diferentes ambientes familiares solo a raíz de la aparición de la enfermedad. La familia debería estrechar sus lazos. A veces los problemas que existían previamente podrían empeorar sustancialmente y otras veces las cosas simplemente siguen su curso natural y la familia consigue continuar con su vida como si nada hubiera ocurrido.

Sobre el entorno laboral

Resultar temporal o definitivamente discapacitados supone una disminución de ingresos acompañada de un incremento del gasto médico en medicamentos, ayudas necesarias, prótesis, etc. Por consiguiente, la reintegración social no siempre resulta tan simple y viable.

Sobre las relaciones sociales

A menudo el paciente percibe cambios de actitud en sus viejos amigos. El paciente experimenta la sensación de marginación debido a la insensibilidad y, en caso de que se le haya practicado una laringectomía, debido al rechazo por parte de la mayoría de la gente. Para superar este estado es necesario que cambie la actitud del paciente, pero al mismo tiempo la actitud de la sociedad debe cambiar a través de campañas de sensibilización y de divulgación de la información relativa al cáncer de cabeza y cuello y sus implicaciones.

¿QUÉ SUCDE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

No es raro que se sigan experimentando síntomas relacionados con el tratamiento una vez que este haya concluido.



- Es común que la ansiedad, la fatiga, los problemas para conciliar el sueño o la depresión continúen en la fase post-tratamiento; los pacientes que experimenten estos síntomas pueden necesitar apoyo psicológico.
- Una memoria deficiente y la dificultad para concentrarse no son efectos secundarios infrecuentes de la quimioterapia* y generalmente son reversibles en el plazo de pocos meses.
- Otros efectos secundarios del tratamiento deberán tratarse cuidadosamente ya que algunos de estos podrían limitar algunas funciones del organismo como la audición, el habla, la sequedad de la boca e incluso el sentido del gusto de la comida. Las preocupaciones acerca de la apariencia física podrían ser una causa de estrés y depresión.

Seguimiento con los médicos

Una vez que se haya completado el tratamiento, los médicos propondrán un seguimiento del paciente con la finalidad de:

- detectar posibles recaídas
- evaluar los efectos negativos del tratamiento y tratarlos
- proporcionar apoyo psicológico e información para ayudar a los pacientes a regresar a su vida normal

Las pruebas de imágenes y los exámenes físicos son importantes durante el seguimiento de los pacientes de cara a recurrencias potencialmente curables y para analizar la aparición de nuevos tumores. Ambos tipos de pruebas son fundamentales en caso de que se sospeche la posibilidad de recurrencia de la enfermedad.

La exploración con TC* y la IMR* son pruebas diagnósticas que se usan frecuentemente para evaluar los resultados del tratamiento seguido. A veces se usa una prueba diagnóstica llamada exploración con TEP-TC* (o PET-CT por sus siglas en inglés) que se añade a los procedimientos anteriores. La prueba de exploración con TEP-TC* usa una sustancia que contiene glucosa*; dicha sustancia se le inyecta al paciente. Esta sustancia a base de glucosa es absorbida por cualesquier células cancerosas presentes en el organismo y muestra un "punto caliente" en el escáner. El resultado positivo de la exploración con TEP-TC* no siempre significa que haya cáncer residual, su médico podría solicitar más pruebas para estar seguro, pero si la exploración con TEP-TC* da un resultado negativo hay una alta probabilidad, bajo ciertas circunstancias, de que no haya enfermedad residual y no se requerirán otras pruebas.



El seguimiento también es importante para detectar efectos secundarios del tratamiento suministrado al paciente, como por ejemplo problemas de deglución o de respiración.

Es posible que se realicen radiografías de tórax una vez al año. La evaluación de la función de la glándula tiroides a través de una prueba de laboratorio se recomienda a 1, 2 y 5 años de distancia en aquellos pacientes cuyos cuellos hayan recibido radioterapia*.

El regreso a la vida normal

Puede resultar difícil convivir con la idea de que el cáncer puede regresar. Por lo que sabemos a día de hoy, no se puede aconsejar un modo específico para hacer que disminuya el riesgo de reaparición tras la terminación del tratamiento. Como una consecuencia del cáncer en sí mismo y del tratamiento, el regreso a la vida normal puede no resultar fácil para algunas personas.

Es necesario estimular el deseo del paciente de creer "que existe un futuro y que puede ser incluso mejor de lo que se esperaba antes del diagnóstico".

Las cuestiones relacionadas con el aspecto corporal, el cansancio, el trabajo, las emociones o el estilo de vida pueden representar una preocupación para usted. Pueden surgir ciertos problemas en caso de que se le haya practicado una laringectomía. En general, el trabajo puede reanudarse pero puede requerir una adaptación del entorno de trabajo en caso de que se trate de ambientes ruidosos, polvorrientos, contaminados, demasiado fríos o demasiado cálidos o cuando el trabajo implique levantar pesos. También es posible que queden limitadas las actividades al aire libre. La natación y los deportes extremos normalmente deberían dejar de practicarse. Las relaciones interpersonales podrían suponer un reto al principio por razones como el ruido producido al respirar, un posible olor del ostoma, no conseguir ser escuchados correctamente cuando se hable o notar cómo los niños miran fijamente el ostoma. En cualquier caso, puede resultar de gran ayuda hablar de estas cuestiones con parientes, amigos, otros pacientes, enfermeros o médicos. La experiencia de las personas que han terminado por acostumbrarse a la nueva situación puede proporcionar una ayuda inestimable para vivir una vida normal. En muchos países se dispone del apoyo representado por las asociaciones de pacientes que ofrecen consejos sobre temas como la gestión de los efectos de los tratamientos, así como servicios psico-oncológicos, páginas web dedicadas o líneas de información telefónica.

¿Qué sucede si vuelve a aparecer el cáncer?

Cuando el cáncer vuelve a aparecer estamos ante lo que se denomina recurrencia o recidiva. El tratamiento con quimioterapia* es la opción estándar para la mayoría de los pacientes. Puede reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida. La primera opción podría incluir una combinación de cetuximab* con cisplatino* o carboplatino* y 5-Fluorouracilo*. A aquellos pacientes para los que se prevé que no se tolerará bien un tratamiento con más de un medicamento, se les podrá suministrar semanalmente solo metotrexato* o solo cetuximab*. Ambas opciones han demostrado acarrear efectos secundarios limitados y ambas pueden ayudar a reducir los síntomas.

En determinados casos de recurrencia localizada, podrán considerarse la cirugía (en caso de que sea operable) o la reirradiación.

DEFINICIONES DE PALABRAS DIFÍCILES

5-Fluorouracilo*

Medicamento que se usa para tratar los cánceres de mama, estómago y páncreas y ciertos tipos de cáncer colorrectal y de cabeza y cuello. También se usa en forma de crema para tratar el cáncer de células basales y la queratosis actínica (afección de la piel que puede convertirse en cáncer). Está en estudio para el tratamiento de otras afecciones y tipos de cáncer. El 5-Fluorouracilo impide que las células elaboren ADN y puede destruir células cancerosas. Es un tipo de antimetabolito. También se llama 5-FU y fluorouracilo.

Anexos oculares

Estructuras visuales accesorias como los párpados, el aparato lagrimal y el tejido orbital.

Anestesia

Estado reversible de pérdida de conciencia en el que el paciente no siente dolor, no tiene reflejos normales y responde menos al estrés, inducido artificialmente mediante el empleo de ciertas sustancias conocidas como anestésicos*. Puede ser general o local y permite que los pacientes puedan someterse a cirugía.

Anestésico

Sustancia que causa ausencia de sensibilidad o de conciencia. Puede ser local (causando pérdida de sensibilidad en una parte del cuerpo) y general (durmiendo a la persona).

Anticuerpo monoclonal

Los anticuerpos monoclonales son anticuerpos que son exactamente los mismos, porque son producidos por clones de la misma célula madre.

Antihistaminas

Tipo de medicamento que bloquea la acción de las histaminas, las cuales pueden causar fiebre, picazón, estornudos, mucosidad nasal y lagrimeo. Las antihistaminas se utilizan para prevenir la fiebre en los pacientes que se someten a transfusiones de sangre y para tratar alergias, tos y resfriados.

Arteria carótida

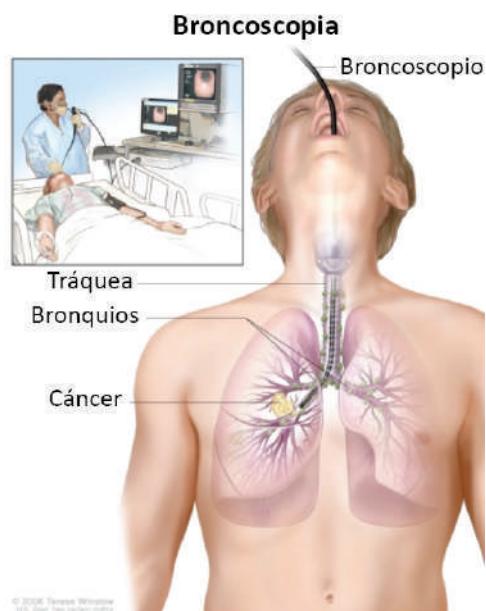
Arteria principal que lleva la sangre del corazón a la cabeza. Hay una arteria carótida en cada lado del cuello, y cada una se divide en dos ramas. La rama interior lleva la sangre al cerebro y los ojos, mientras que la rama exterior lleva la sangre a la cara, la lengua y las partes externas de la cabeza.

Biopsia

Extracción de células o tejidos para que los examine un patólogo. El patólogo estudiará el tejido bajo un microscopio o llevará a cabo otras pruebas en las células o el tejido. Hay muchos tipos diferentes de procedimientos de biopsia. Los tipos más comunes incluyen: (1) biopsia por incisión, en la que solo se extrae una muestra de tejido; (2) biopsia por escisión, en la que se extrae por completo una masa o un área sospechosa; y (3) biopsia de aguja, en la que se extrae una muestra de tejido o fluido con una aguja. Cuando se usa una aguja ancha, el procedimiento se llama biopsia central. Cuando se usa una aguja fina, el procedimiento recibe el nombre de biopsia por aspiración con aguja fina.

Broncoscopia

Procedimiento en el que se usa un broncoscopio para observar el interior de la tráquea, los bronquios (pasajes de aire que conducen a los pulmones), y los pulmones. Un broncoscopio es un instrumento delgado en forma de tubo, con una luz y una lente para observar. También puede tener una herramienta para extirpar tejido, que será analizado bajo un microscopio para determinar si hay signos de enfermedad. El broncoscopio se introduce por la nariz o por la boca. El broncoscopio puede usarse para detectar cáncer o para realizar algunos procedimientos de tratamiento.



Carboplatino

Medicamento que se usa para tratar el cáncer avanzado de los ovarios que nunca se ha sometido a tratamiento o para los síntomas de cáncer de ovarios que ha vuelto a aparecer tras el tratamiento con otros medicamentos contra el cáncer. También se usa con otros medicamentos para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas recidivante, avanzado o metastásico y el cáncer de cabeza y cuello. Está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. El carboplatino es una forma del medicamento contra el cáncer denominado cisplatino* y causa menos efectos secundarios en los pacientes. Se une al ADN de las células y puede destruir las células cancerosas. Es un tipo de compuesto de platino.

Cárcinoma basaloide de cabeza y cuello

Tipo agresivo de cáncer de cabeza y cuello que inicia en las células que se asemejan a las células basales (basaloideas) de la epidermis. La epidermis o capa externa de la piel tiene cinco capas de diferentes tipos de células; las células basales están en la capa más profunda. Pero los cánceres de cabeza y cuello no incluyen a los cánceres de piel, sino más bien al cáncer de estructuras internas.

Cárcinoma de células escamosas

Cáncer que empieza en las células escamosas. Las células escamosas son células delgadas y planas que se parecen a las escamas de los peces; se encuentran en el tejido que forma la superficie de la piel, el revestimiento de los órganos huecos del cuerpo y el revestimiento de los aparatos respiratorio y digestivo. La mayoría de los cánceres de ano, cuello uterino, cabeza y cuello, y vagina son carcinomas de células escamosas. También se llama carcinoma epidermoide.

Cárcinoma de células fusiformes

Tipo de tumor que contiene células llamadas células fusiformes debido a su forma. Al analizarlas con un microscopio las células fusiformes tienen una forma larga y delgada. Los tumores de células fusiformes pueden ser sarcomas o carcinomas. Los carcinomas de células fusiformes empiezan en la piel o en los tejidos que revisten o cubren órganos internos mientras que los sarcomas de células fusiformes empiezan en el hueso, cartílago, grasa, músculos, vasos sanguíneos u otros tejidos conectivos o de sostén.

Cárcinoma papilar/Cárcinoma escamoso papilar de cabeza y cuello

Subtipo de cáncer de cabeza y cuello. Es una variante del carcinoma de células escamosas. Su nombre (papilar) hace referencia al patrón de su crecimiento, tiene protuberancias con forma de pezón o papilas. Este subtipo de cáncer tiene buen pronóstico.

Cárcinoma verrucoso

Una variante rara del carcinoma de células escamosas, con un bajo grado de malignidad y poca probabilidad de presentar metástasis distantes.

Cetuximab

Medicamento que se usa para tratar ciertos tipos de cáncer de cabeza y cuello, y cierto tipo de cáncer colorrectal diseminado a otras partes del cuerpo. También está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. El cetuximab se une a una proteína que se llama receptor del factor de crecimiento epidérmico* (RFCE), que se encuentra en la superficie de algunos tipos de células cancerosas. Esto puede impedir el crecimiento de las células cancerosas. El cetuximab es un tipo de anticuerpo monoclonal.

Cisplatino

Medicamento que se usa para tratar muchos tipos de cáncer. Contiene el metal platino. Destruye las células cancerosas al dañar su ADN e impedir que se multipliquen. El cisplatino es un tipo de agente alquilante.

Contraindicación

Afección médica o síntoma que impide la administración de un tratamiento dado o de un procedimiento al paciente. Las contraindicaciones pueden ser absolutas, lo que significa que el tratamiento no debería administrarse nunca a los pacientes con esta afección o síntoma, o relativas, caso en el que los beneficios pueden superar a los riesgos en algunos pacientes con esta afección o síntoma.

Desequilibrio de electrolitos

Los electrolitos son minerales como el calcio, el potasio y el sodio. Están presentes en la sangre, en los fluidos corporales y en la orina. Se ingieren con la comida, las bebidas y los medicamentos y suplementos. Los electrolitos juegan un papel importante a la hora de mantener el funcionamiento normal del organismo, por lo que deberían mantenerse en un buen equilibrio. Su ingestión reducida o excesiva o su eliminación reducida o excesiva del cuerpo causan desequilibrio de electrolitos y por consiguiente una disfunción del organismo.

Diseminación ganglionar extracapsular

Infiltración de las células cancerosas más allá de la cápsula (capa exterior del tejido que rodea a los ganglios linfáticos) del ganglio linfático metastásico.

Docetaxel

Docetaxel pertenece al grupo de medicinas contra el cáncer conocidas como taxanos. Docetaxel bloquea la capacidad de las células de destruir el "esqueleto" interno que les permite dividirse y multiplicarse. Con el esqueleto íntegro las células no pueden dividirse y terminan por morir. Docetaxel también afecta a las células no cancerosas como las células sanguíneas, lo que puede acarrear efectos secundarios.

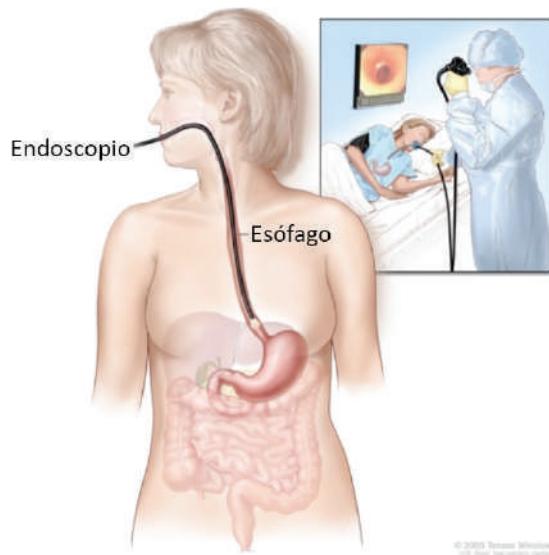
Endoscopia

Procedimiento médico en el que un médico introduce en el cuerpo del paciente un instrumento similar a un tubo para visualizar su interior. Existen numerosos tipos de endoscopias, cada una de las cuales está diseñada para visualizar partes concretas del cuerpo.

Esofagoscopia

Examen del esófago mediante un esofagoscopio. Un esofagoscopio es un instrumento similar a un tubo delgado, con una luz y una lente para observar. También puede tener una herramienta para extraer tejido, analizarlo bajo un microscopio y determinar si hay signos de enfermedad.

Esofagoscopia



Estética

En este contexto, se corresponde con la belleza y la apariencia física.

Eritroplasia

Mancha anormal de tejido rojo que se forma en las membranas mucosas de la boca y que se puede volver cancerosa. El tabaco (fumado o masticado) y el alcohol, pueden aumentar el riesgo de padecer de eritroplasia.

Exploración con TEP-TC

Procedimiento en el que una pequeña cantidad de glucosa radioactiva (azúcar) se inyecta en una vena y se usa un escáner para crear imágenes detalladas computarizadas de áreas del interior del organismo en el que se usa la glucosa. Al usar las células cancerosas a menudo más glucosa que las células normales, las imágenes pueden usarse para verificar la presencia de células cancerosas en el organismo. Se llama también exploración de tomografía por emisión de positrones.

Factor de riesgo

Algo que puede aumentar la probabilidad de padecer una enfermedad. Algunos ejemplos de factores de riesgo para el cáncer son: edad, antecedentes familiares de ciertos cánceres, consumo de productos del tabaco, exposición a la radiación u otras sustancias químicas, infecciones por ciertos virus o bacterias y ciertos cambios genéticos.

Ganglio linfático

Masa redondeada de tejido linfático rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo. Los ganglios linfáticos filtran la linfa (líquido linfático), y almacenan los linfocitos (glóbulos blancos). Están ubicados a lo largo de los vasos linfáticos. También se llama glándula linfática.

Glóbulo blanco

Célula del sistema inmunitario que ayuda al cuerpo a combatir infecciones.

Glóbulo rojo

El tipo de célula sanguínea más común. Contiene hemoglobina que es la sustancia que hace que la sangre tenga color rojo. Su función principal es el transporte de oxígeno.

Glucosa

La glucosa es un monosacárido ampliamente presente en el tejido vegetal y animal. Es la fuente principal de energía del organismo.

Hipofaringe/hipofaríngeo

Parte inferior de la garganta. El cáncer de la hipofaringe también recibe el nombre de cáncer hipofaríngeo.

Histopatología

Examen y estudio de tejido y células usando un microscopio. El tejido obtenido del organismo por medio de biopsia o cirugía es colocado en un fijador y transportado al laboratorio. En el laboratorio es cortado en secciones finas, coloreado con diversos tintes y seguidamente estudiado bajo el microscopio. Un histopatólogo es un doctor que interpreta secciones de tejido incluyendo tejido tumoral.

Hormona tiroidea

Hormona que afecta a la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura corporal y el peso. La hormona tiroidea es elaborada por la glándula tiroides y también puede ser producida en el laboratorio.

Imagen por Resonancia Magnética (IRM)

Técnica de obtención de imágenes usada en medicina. Usa resonancia magnética. A veces se inyecta un fluido que mejora el contraste entre los diferentes tejidos para hacer que las estructuras sean visibles de forma más clara.

Insuficiencia de dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD)

Trastorno genético por el que la enzima DPD se encuentra en cantidad reducida o ausente. La insuficiencia de DPD puede causar síntomas neurológicos o ser asintomática. La enzima DPD descompone ciertos medicamentos usados en quimioterapia; en su ausencia estos medicamentos se acumulan y los pacientes pueden resultar gravemente afectados por su toxicidad.

Laringoscopia (directa/indirecta con espejo)

Examen de la laringe con un espejo (laringoscopia indirecta) o un laringoscopio (laringoscopia directa).

Leucoplasia

Mancha anormal de tejido blanco que se forma en las membranas mucosas de la boca y otras partes del cuerpo. Se puede volver cancerosa. El uso de tabaco (para fumar y para mascar) y de alcohol puede aumentar el riesgo de leucoplasia en la boca.

Mediastino

Área entre los pulmones. Los órganos ubicados en esta área son el corazón y sus vasos sanguíneos grandes, la tráquea, el esófago, el timo y los ganglios linfáticos, pero no los pulmones.

Medicamento/terapia a base de platino

Tratamiento que usa medicamentos derivados del elemento platino. Incluye cisplatino, carboplatino y oxaliplatino.

Metástasis

Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se han diseminado se llama "tumor metastásico" o "metástasis". El tumor metastásico contiene células que son como aquellas del tumor original (primario).

Metotrexato

Medicamento que se usa para tratar ciertos tipos de cáncer, la artritis reumatoide y afecciones graves de la piel, como la psoriasis. El metotrexato impide que las células elaboren ADN y puede destruir las células cancerosas. Es un tipo de antimetabolito. También se llama ametopterina, MTX, y Rheumatrex.

Mucositis

Inflamación del revestimiento del sistema digestivo. Se presenta a menudo en forma de llagas en la boca.

Nasofaringe/Nasofaríngeo

Parte superior de la garganta detrás de la nariz. Una abertura en cada lado de la nasofaringe conduce al oído.

Nivel de magnesio

Concentración del mineral magnesio en la sangre, medida a través de una prueba de laboratorio. El magnesio es un mineral que el cuerpo usa para ayudar a mantener los músculos, los nervios y los huesos. También se usa en el metabolismo de energía y en la síntesis de proteínas.

Opinión multidisciplinaria

Enfoque de planificación del tratamiento en el que varios médicos expertos en diferentes especialidades (disciplinas) examinan y discuten la enfermedad y las opciones de tratamiento de un paciente. En el tratamiento de cáncer, una opinión multidisciplinaria puede incluir la de un oncólogo médico (que trata el cáncer con medicamentos), un oncólogo quirúrgico (trata el cáncer con cirugía) y un radiooncólogo (que trata el cáncer con radiación). También se llama revisión del comité de tumores.

Orofaringe

Parte de la garganta ubicada en la parte posterior de la boca detrás de la cavidad oral. Incluye el tercio posterior de la lengua, el paladar blando, las paredes laterales y posteriores de la garganta y las amígdalas.

Paclitaxel

Medicamento usado para tratar el cáncer de mama, el cáncer de ovario y el sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA. También se usa junto con otro medicamento para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas. Asimismo, el paclitaxel está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. Impide la formación de células porque bloquea su multiplicación y puede destruir células cancerosas. Es un tipo de agente antimitótico. También se llama Taxol.

Panendoscopia

La panendoscopia de cabeza y cuello es el examen combinado de nariz, boca, garganta y parte superior de las vías respiratorias (tráquea y bronquios). Se realiza usando un tubo flexible iluminado para visualizar correctamente esas partes del cuerpo. Durante este procedimiento se puede realizar una biopsia de las zonas sospechosas.

Plaqueta

Fragmento pequeño de célula que juega un papel fundamental en la formación de coágulos sanguíneos. Los pacientes con un recuento bajo de plaquetas corren el riesgo de hemorragia severa. Los pacientes con un recuento alto corren el riesgo de trombosis, la formación de coágulos de sangre que pueden bloquear los vasos sanguíneos y provocar derrames u otras condiciones graves, y también pueden correr el riesgo de hemorragia grave a causa de la disfunción plaquetaria.

Pronóstico

Resultado probable de la evolución de una enfermedad; la probabilidad de recuperación o de que la enfermedad reaparezca.

Quimioterapia

Tipo de tratamiento contra el cáncer que usa medicamentos que destruyen células cancerosas y/o limitan su crecimiento. Estos medicamentos suelen administrarse al paciente por medio de infusión lenta dentro de una vena pero también pueden administrarse oralmente, por infusión directa en una extremidad o por infusión al hígado, en función de la localización del cáncer.

Radiación

Puede definirse como energía que viaja a través del espacio. Son ejemplos de radiación la radiación UV y los rayos X, que se usan comúnmente en medicina.

Radioterapia

Una terapia en la que la radiación se usa en el tratamiento del cáncer siempre orientada al área específica del cáncer.

Radioterapia externa

La radioterapia externa enfoca haces de rayos X de alta energía, electrones o haces de partículas, como protones, hacia el cáncer desde el exterior del cuerpo, y se aplica en series de tratamientos breves y diarios. La radioterapia externa puede administrarse tras la cirugía, o antes de la cirugía con la intención de reducir el tamaño del tumor para hacer más fácil su extracción quirúrgica. Puede usarse también independientemente de la cirugía, como tratamiento principal del cáncer o para aliviar los síntomas causados por metástasis o tumores masivos.

Rayos X

Los rayos X son una forma de radiación usada para crear imágenes del interior de los objetos. En medicina los rayos X se usan comúnmente para obtener imágenes del interior del cuerpo.

Receptor del factor de crecimiento epidérmico (RFCE)

Proteína que se encuentra en la superficie de algunas células a la cual se une el factor de crecimiento epidérmico haciendo que las células se multipliquen. Se encuentra en concentraciones anormalmente altas en la superficie de muchos tipos de células cancerosas, de manera que estas células pueden multiplicarse de forma excesiva en presencia del factor de crecimiento epidérmico. También se llama RFCE, ErbB1 y HER1.

Reflujo gastroesofágico

Flujo hacia atrás de los contenidos ácidos del estómago al esófago (el tubo que conecta la boca con el estómago). También se llama reflujo esofágico, reflujo gástrico, o reflujo ácido.

Terapia biológica

Tratamiento dirigido a estimular o restablecer la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer y las infecciones y contra otras enfermedades. Se usa también para hacer que disminuyan ciertos efectos secundarios que pueden ser causados por algunos tratamientos contra el cáncer. También se llama inmunoterapia, bioterapia y terapia modificadora de la respuesta biológica (o terapia MRB).

Terapia dirigida

Tipo de tratamiento en el que se usan medicamentos u otras sustancias, como anticuerpos monoclonales, para identificar y combatir tipos específicos de células cancerosas. La terapia dirigida causa menos daño a las células normales que otros tipos de tratamientos de cáncer.

Terapia sistémica

Tratamiento en el que se usan sustancias que viajan por la corriente sanguínea y llegan hasta las células de todo el cuerpo y las afectan. La quimioterapia y la inmunoterapia son ejemplos de terapia sistémica.

Tipo histológico

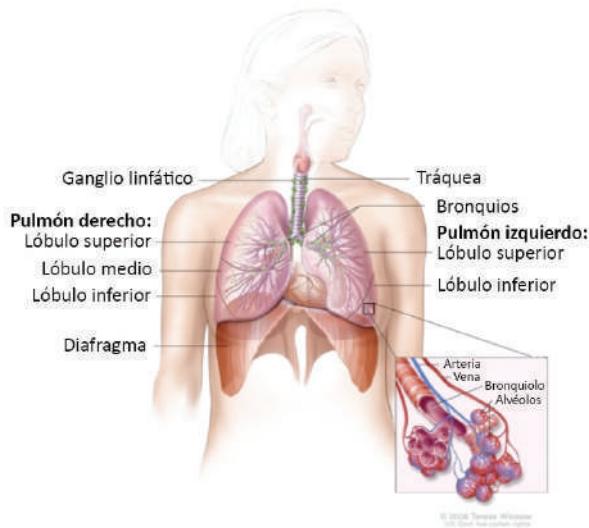
La categoría en la que se agrupa un tumor, considerando las características de sus células y otras estructuras bajo el microscopio.

Tomografía computarizada (exploración con TC)

Forma de radiografía en la que los órganos del cuerpo son escaneados con rayos X y los resultados son sintetizados por una computadora para generar imágenes de partes del cuerpo. También se llama exploración con TC.

Tráquea

Vía respiratoria que va de la laringe hasta los bronquios (vías respiratorias grandes que llegan hasta los pulmones).



Vaso linfático

Tubo delgado que transporta la linfa (líquido linfático) y los glóbulos blancos por el sistema linfático.

VPH (Virus del Papiloma Humano)

El VPH representa una familia de virus que causan infección local de piel o mucosas. Hay dos subgrupos de tipos de VPH que infectan el tracto genital: los virus de bajo riesgo que causan verrugas en los genitales, y los de alto riesgo que causan cánceres de cuello uterino, vagina, vulva y ano en las mujeres y cáncer de pene y ano en los hombres y cánceres de cabeza y cuello.

Yerba mate

Planta usada para hacer una bebida caliente (infusión) llamada mate. El mate se consume en muchos países de Sudamérica y en algunos países árabes.

Las guías para pacientes de ESMO / Fundación Contra el Cáncer están diseñadas para ayudar a los pacientes, a sus familiares y a sus cuidadores a comprender la naturaleza de los distintos tipos de cánceres y evaluar las mejores opciones de tratamiento disponibles. La información médica descrita en las Guías para Pacientes se basa en las Directrices de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), que están diseñadas para guiar a los médicos oncólogos en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diferentes tipos de cánceres. Estas guías son producidas por la Fundación Contra el Cáncer en colaboración estrecha con el Grupo de Trabajo de las Directrices de la ESMO y el Grupo de Trabajo de Pacientes de Cáncer de la ESMO.

Para más información visite las páginas www.esmo.org y www.anticancerfund.org

