

Radioterapia paliativa a dosis masiva en cáncer avanzado irresecable de cabeza y cuello*

Massive dose palliative radiotherapy in unresectable advanced cancer of the head and neck*

Juan José Fernández-Torres^{1,a}, Adela Heredia-Zelaya^{2,a}, María Alejandra Arens-Benites^{3,a}, Christian Vargas Del Rio^{1,a}, Erika Ugarte-Venero^{4,a}, Cristian Díaz-Vélez^{5,6,b}

RESUMEN

Se presentan 02 pacientes con cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado e irresecable que fueron admitidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; el primero con el diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide y el segundo con sarcoma fusocelular. A ambos pacientes se les brindó tratamiento con radioterapia externa en dosis masiva de 10Gy/sesión/mes, obteniendo como resultado una marcada disminución del volumen tumoral y con ello una mejora de la calidad de vida según lo referido por los pacientes. Se optó por este esquema de tratamiento por lo avanzado de la enfermedad, alto riesgo de pérdida de vista e intención paliativa.

Palabras Clave: cáncer, neoplasias de cabeza y cuello, radioterapia, atención paliativa (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

We present 02 patients with head and neck cancer, locally advanced, unresectable who were admitted to the National Institute of Neoplastic Diseases, the first with the histological diagnosis of squamous cell carcinoma and spindle cell sarcoma second. Both patients were provided with external radiotherapy 10Gy/sesión/mes massive doses, resulting in a marked decrease in tumor volume and thereby improving the quality of life as reported by patients. We chose this treatment schedule so advanced disease, high risk of vision loss and palliative intent.

Keywords: cancer, head and neck neoplasms, radiotherapy, palliative care (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

En los pacientes con enfermedades incurables, la radioterapia (RT) es usada con intención paliativa con resultados favorables en la disminución de la sintomatología para casi todos los casos. En las metástasis óseas o tumores Bulky con compromiso de hueso, los resultados de diversos trabajos realizados en las últimas décadas, han demostrado altas cifras de respuesta en una variedad de tumores, alcanzando aproximadamente 60% de respuesta total, utilizando técnica de RT sencillas y con

esquemas de fraccionamiento administrados hasta en una sola sesión⁽¹⁻⁴⁾.

En síndromes obstructivos de vena cava superior, la indicación basada en evidencia propone cursos de 30 Gy en 10 sesiones, 4 Gy por 5 fracciones o 2,5 Gy por 15 fracciones. En casos de obstrucción aérea por tumores bulky de cabeza y cuello o mediastinales las opciones comprenden 10 Gy en 1 sesión, 8,5 Gy por 2 sesiones con intervalo de una semana, 4 Gy por 5 fracciones, 5,3 Gy por 10 fracciones o 2,5 Gy por 15 fracciones. En sangrados de origen ginecológico se propone 3,7 Gy b.i.d. por 2 días cada 2 semanas por 2 prn⁽⁵⁾.

The American Society of Radiation Oncology (ASTRO) evalúa múltiples esquemas de fraccionamiento para el manejo de las metástasis óseas: 30 Gy en 10 fracciones, 24 Gy en 6 fracciones, 20 Gy en 5 fracciones y 8-10 Gy en una única sesión. Entre todos estos modelos no se han encontrado diferencias significativas en las tasas de alivio/control del dolor (en promedio 78% de los pacientes refieren aceptable alivio/control del dolor óseo). Tampoco se han registrado diferencias en las toxicidades agudas o tardías, entre todos los esquemas mencionados. Los tratamientos en monodosis para pacientes con grandes limitaciones de movilización se tornan atractivos, tanto para ellos como para los médicos, sin embargo han demostrado requerir repeticiones de dosis en mayor proporción que los esquemas fraccionados (20% vs 8%)⁽⁶⁾.

Los pacientes ancianos y todos aquellos que viven distantes a los servicios de RT conforman una población con desventaja con respecto a los demás, en los que la decisión del esquema

1. ONCORAD SAC y ONCOBRAQUITERAPIA SAC
2. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima-Perú.
3. Hospital Victor Lazarte Echegaray. Trujillo-Perú.
4. Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins. Lima-Perú.
5. Registro Hospitalario de Cáncer. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo-Perú.
6. Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres. Filial Norte. Chiclayo-Perú.
a. Médico Radioncólogo b. Médico Epidemiólogo Clínico.
* Trabajo realizado con apoyo de ONCORAD SAC y ONCOBRAQUITERAPIA SAC

único en dosis elevadas o masivas debe ser especialmente considerada. The U.S. Preventive Services Task Force's no considera necesarios más estudios acerca de la efectividad de estas modalidades⁽⁹⁾.

REPORTE

Caso Clínico 01

Enfermedad Inicial

Paciente de 49 años de edad, natural de Ucayali y procedente de Lima sin antecedentes personales ni familiares de importancia para el caso.

Acude por presentar aumento rápidamente progresivo de volumen a nivel de la mejilla derecha de 03 meses de evolución, alcanzando una masa que protruye por boca.

Examen Clínico

En la piel de la mejilla derecha se observan 2 lesiones primarias: la primera en la parte central de la mejilla de tipo macular, melanótica de 4cm de diámetro, destacando en la parte central un nódulo hiperpigmentado de 1,5cm. En la parte más externa de la piel de la mejilla se observa otra lesión exofítica, ulcerada de 10x8x6cm, escasamente sangrante, de consistencia pétreo. No se observan otras masas cervicales (Figura N°01).

Anatomía patológica: carcinoma epidermoide infiltrante de patrón exofítico con queratinización focal.



Figura N°01: Tumoración a nivel de la mejilla derecha exofítica, ulcerada, con demarcación de campos de tratamiento (A: Frontal B: Lateral).

Manejo: Se programa primera sesión masiva de radioterapia a dosis de 10Gy. Se programa reevaluación en 30 días (Figura N°02).



Figura N°02: Tumoración a nivel de la mejilla derecha a un mes de primera sesión masiva de radioterapia. Respuesta parcial mayor de aproximadamente 80% (A: Frontal B: Lateral).

Se programa segunda sesión masiva de radioterapia a dosis de 10Gy y posteriormente reevaluación en otros 30 días (Figura N°03).



Figura N°03: Tumoración a nivel de la mejilla derecha a un mes de segunda sesión masiva de radioterapia ha disminuido en un 90% (A: Frontal B: Lateral).

En vista a la buena respuesta con el tratamiento el paciente se decide que continúe manejo por los Departamentos de Medicina Oncológica y de Cabeza y Cuello.

Al 18 de febrero del 2011, tenía indicación de tratamiento quirúrgico por el departamento de cabeza y cuello; sin embargo el paciente no acepta el tratamiento y se ha perdido de vista hasta la fecha.

Se concluye que en este caso, el pronóstico de sobrevida es corto pero al menos se ha extendido 13 meses, con notable mejora en la calidad de vida reflejada en la recuperación del habla, del rango articular de la mandíbula, de la masticación y deglución así como de la capacidad respiratoria y el dolor.

Caso Clínico 02

Enfermedad Inicial

Paciente mujer de 57 años de edad natural y procedente de Lima, quien presenta una tumoración en la mejilla derecha de dos meses de evolución, le produce poco dolor y parestesias en el labio inferior y en el reborde alveolar derechos; la sensibilidad en la hemilengua derecha también esta disminuida. Tiene antecedente de fumadora desde hace 40 años con un promedio de media cajetilla al día, la que ha disminuido a 5- 6 cigarrillos hace 4 años. Fue evaluada por institución particular mediante biopsia de aspiración en la mejilla la que no es contributoria, trae panorámica dental y tomografía de macizo facial en la que se evidencia erosión ósea y tumoración a nivel del trigono retromolar.

Examen Clínico

En cavidad oral se aprecia una tumoración submucosa a nivel del trigono retromolar con extensión a la vertiente externa del reborde alveolar, al sulcus y parte de la mejilla que mide 3,5 x 3 cm, la consistencia es blanda y renitente. Existe un trismus leve, no hay otras alteraciones en cavidad oral ni faringe. A nivel externo la tumoración abomba la mejilla derecha infiltrando parcialmente partes blandas de la misma sin afectación de la movilidad facial. No se palpaban adenopatías en el cuello.

Anatomía Patológica: sarcoma fusocelular (NOS) Panqueratina (-); Vimentina (+); Actina (-); P-S100 (-).

Tomografía axial computarizada de Macizo Facial: tumoración de densidad de partes blandas con áreas centrales de necrosis que compromete el trigono retromolar del lado derecho, infiltra la rama ascendente y parcialmente la rama horizontal del maxilar inferior derecho, en relación a persistencia o recurrencia de enfermedad. La tumoración mide 3.6x4.6x4.7cm de diámetros transverso, anteroposterior y cefalocaudal respectivamente. Presencia de adenopatías en el grupo IIA y IIB del lado derecho, la de mayor diámetro de 18mm.



Figura N°04: Tumoración con tejido necrótico que protruye por la cavidad oral (A: Frontal B: Lateral).

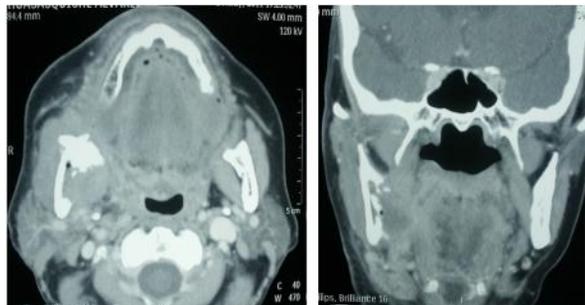


Figura N°05: Estudio tomográfico de macizo facial previo al tratamiento con radioterapia (A: Axial B: Coronal).

La paciente recibe 02 sesiones de radioterapia masiva a dosis de 10Gy por sesión con intervalo de un mes. Luego continúa manejo por Medicina Oncológica (Figura N°06).



Figura N°06: Luego de dos sesiones masivas de radioterapia la tumoración ha disminuido en un 90%. En vista a la buena respuesta al tratamiento, no se le

administró la tercera dosis de radioterapia, sigue manejo por el departamento de Medicina Oncológica y controles por el departamento de Cabeza y Cuello.

La paciente a fecha 18 de Mayo del 2012, ha desarrollado metástasis en globo ocular, tiene programada enucleación por el departamento de oftalmología y paralelamente continúa manejo por medicina oncológica.

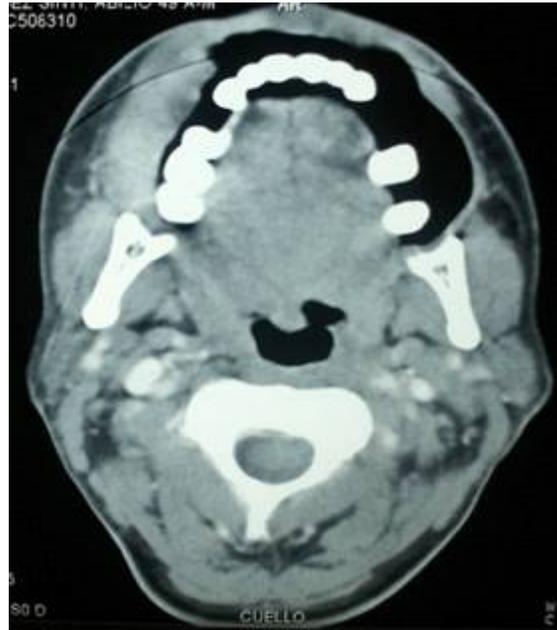


Figura N°07: Estudio tomográfico de macizo facial post tratamiento con radioterapia.

DISCUSIÓN

El tratamiento con quimioterapia más radioterapia (QT +RT) concomitante es el tratamiento que debe considerarse de elección en el cáncer localmente avanzado de cabeza y cuello⁽⁷⁾. Ante enfermedades inoperables localmente avanzadas, con compromiso de partes blandas, huesos y estructuras aerodigestivas superiores, los esquemas hipofraccionados de RT se presentan como una alternativa ante la necesidad de respuesta clínica precoz y de comodidad para los pacientes.

En los casos presentados se optó por un tratamiento en dosis masivas de RT, especialmente debido a lo avanzado de la enfermedad y a la pobre posibilidad de adhesión a los esquemas convencionales de larga duración con el consiguiente alto riesgo de abandono.

Las alternativas quirúrgicas se reservarán para escenarios en los cuales la RT masiva haya conseguido respuesta considerable o remisión sin evidencia de enfermedad a distancia⁽⁷⁾.

La toxicidad mostrada por los pacientes sometidos a esquemas masivos tanto en la literatura disponible como en estos casos presentados ha sido aceptable.

La radioterapia externa ha sido y sigue siendo el tratamiento de primera línea para el manejo del dolor, sangrado y compresión de diversas estructuras anatómicas. Varios esquemas de fraccionamiento han probado notables rangos de paliación, numerosos estudios prospectivos randomizados⁽⁶⁾ demuestran que 30 Gy en 10 fracciones, 24 Gy en 6 fracciones,

20 Gy en 5 fracciones, 8 Gy en 1 sesión ó 10 Gy en 1 sesión pueden ofrecer excelentes resultados en el control del dolor, sangrado o compresión con mínimos efectos secundarios. Los cursos cortos tienen la ventaja de una baja incidencia de repeticiones de dosis en las mismas zonas, y las dosis únicas o masivas son más convenientes para pacientes y médicos. La repetición de la dosis para esquemas únicos ha probado ser seguros y efectivos para pacientes con corta expectativa de vida.

En nuestra experiencia, la administración de dosis únicas masivas de 10Gy con intervalos de 30 días entre ellas, hasta por 3 sesiones podría ser considerada.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. [Palliative radiotherapy trials for bone metastases: A systematic review](#). J Clin Oncol 2007;25(11):1423-1436.
2. McQuay HJ, Collins S, Carroll D, Moore RA. [Radiotherapy for the palliation of painful bone metastases](#). Cochrane Database Syst Rev 2008;4.
3. Sze WM, Shelley MD, Held I, Wilt TJ, Mason MD. [Palliation](#)

[of metastatic bone pain: single fraction versus multifraction radiotherapy: A systematic review of randomised trials](#). Clin Oncol (R Coll Radiol) 2003;15(6):345-352.

4. Wu JS, Wong R, Johnston M, Bezjak A, Whelan T. [Meta-analysis of dose-fractionation radiotherapy trials for the palliation of painful bone metastases](#). Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003; 55(3):594-605.
5. Hansen E., Roach M. [Handbook of Evidence-Based Radiation Oncology](#). Second Ed. Springer Science+Business Media. 2010.
6. Lutz S, Berk L., Chang E., Chow E., Hahn C., Hoskin P., Et Al. [Palliative Radiotherapy for Bone Metastases: An ASTRO Evidence-Based Guideline](#). Int J Radiat Oncol Biol

Correspondencia:

Juan Fernández Torres
 Correo: juancho040179@hotmail.com
 Teléfono: 989240220 - (74)225437
 Dirección: Av. José Leonardo Ortiz N° 423 Chiclayo-Perú

Revisión de pares:

Recibido: 15/11/2012
 Aceptado: 30/11/2012



► Consulta las ediciones anteriores

Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

The screenshot shows the website interface for 'Revista del cuerpo médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo'. The main header features the logo 'imbiomed' and the URL 'www.imbiomed.com.mx'. A navigation menu includes 'SERVICIOS' (Catálogo de Revistas, Regístrese, Eventos, Avisos, Banco de Imágs., Reconocimientos), 'HOME', 'TOP', 'AUTORES', 'INSTRUCCIONES PARA PUBLICAR', 'SUSCRIBASE', and 'CARTAS AL EDITOR'. A search bar is present with the text 'BUSQUEDA ¡Pruébalo, es nuevo!'. A central banner reads 'publique SU revista'. Below this, the journal title and issue information are displayed: 'Revista del cuerpo médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo', 'Abril-Junio 2012, Volúmen 5, Número 2', 'Rev Cuerpo Médico HNAAA 2012 5(2)'. A 'Datos Grals. de la Revista' button is visible. The main content area features an 'Editorial' section with the title 'El desafío del impulso de la investigación científica en los hospitales' by Alvítez Izquierdo Jaime F. and Cerrón Rivera Carlos. Below the article title are buttons for 'Descarga PDF' and 'Observación'. A 'Top de autores' section lists '1.- Rubén Cañedo'. On the right side, there is an 'Índice' menu with options like 'Editorial', 'Artículos originales', 'Casos clínicos', 'Artículo científico valorado críticamente', 'Comunicación corta', and 'Cartas al editor'. A 'Lo más leído' section lists 'Interpretación clínica de la biometría hemática...', 'Los valores morales...', and 'Las consecuencias del...'. The footer of the screenshot shows the URL 'http://www.imbiomed.com.mx'.