

**DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON CANCER DE BOCA Y ESOFAGO.**

Mgs. Dra. Gladys Bustamante C.<sup>2</sup>

**Resumen.**

El cáncer en general es una enfermedad aun poco conocida, que se encuentra cada vez más en todos los países del orbe. La mala definición clínica a partir de un manejo sesgado y limitante de la historia clínica, han permitido cada vez más, pasar desapercibido el diagnostico por falta de criterios clínico o deficitario manejo clínico del documento legal denominado "historia clínica" subvalorado por algunos especialistas como los del área odontológica.

Es pues no solo un deber, sino una obligación determinar los subtipos de canceres del aparato digestivo, haciéndose mención en esta oportunidad al cáncer de boca y esófago.

**Generalidades Sobre Oncología Clínica.**

El paciente con neoplasia, independientemente cual sea su origen, es un paciente con afección multiorgánica por el mismo proceso de enfermedad, por lo tanto su actitud física, orgánica y psíquica se ven alteradas, además de encontrarse con un entorno familiar con estrés y depresión por el

cuadro de base del paciente portador de la enfermedad.

Entre los tipos de cánceres del aparato digestivo, tenemos al:

**CÁNCER DE CAVIDAD ORAL:**

Que corresponde al 30% de todos los cánceres del tercio superior del cuerpo, es más frecuente en varones entre los 45 a 65 años de edad, teniéndose como factor predisponente, al tabaquismo y el consumo de alcohol. Se ha atribuido como causas probables de cáncer oral infecciones por virus, prótesis dentales, deficiencias nutricionales y mala higiene oral.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide, cuya localización preferencial radica en el borde lateral de la lengua, piso de la boca.

**Cuadro clínico:**

Se caracteriza por molestias inespecíficas en boca, úlceras pequeñas poco perceptibles y con pocas molestias locales, de evolución crónica, con eritema perilesional y falta de queratinización, los bordes son indurados por la infiltración inflamatoria, al desplazarse, se observa que la ulcera esta adherida a tejidos profundos, las cuales generan molestias solo cuando infiltran tejidos adyacentes.

<sup>2</sup> Médico Internista. Docente Emérito Facultad de Odontología UMSA. Mgs. Psicopedagogía y Educación Superior. Mgs. Gestión, planificación, evaluación y ejecución de proyectos. Mgs Desarrollo Local



*Cáncer borde lateral lengua*

Fuente;  
[http://www.fisterra.com/guias2/cancer\\_oral.asp](http://www.fisterra.com/guias2/cancer_oral.asp),  
 accedido en 14 de noviembre 2010

Otro hallazgo frecuente son las lesiones leucoplásicas o eritroplásicas, no dolorosas, mínimamente induradas, si bien la mayor parte de las lesiones leucoplásicas, no son cancerosas, aquellas que lo son, tienen poca claridad sintomatológica. En el examen de cuello se puede palpar adenopatías en las regiones de drenaje de las zonas afectadas, correspondiendo el 90% a la región yugulodigástrica.



*Cáncer piso de la boca*

Fuente; [http://www.fisterra.com/guias2/cancer\\_oral.asp](http://www.fisterra.com/guias2/cancer_oral.asp),  
 accedido en 14 de noviembre 2010

Los ganglios son indurados, mayores a 2 cms, adheridos a planos profundos, no dolorosos, generalmente son únicos. En ocasiones los pacientes con cuadros avanzados pueden referir otalgia intensa.

### Diagnóstico:

El diagnóstico básicamente debe ser clínico, ya que una observación poco cuidadosa de las lesiones orales, o una examen inadecuado o empírico de cuello, puede llevar a resultados fatales. Ante un diagnóstico clínico se debe plantear un diagnóstico de certeza, que se basa en la biopsia de la lesión o del ganglio satélite, con el uso de punch y anestésico local.

### Tratamiento:

El tratamiento planteado, es la cirugía y radioterapia, que pueden ser administrados solos o en terapia combinada dependiendo del estadio de la enfermedad.

En la etapa I se realiza exéresis con margen de seguridad, branquiterapia y teleterapia con Co 66 o acelerador lineal.

En la etapa II, se realiza además de la excéresis, vaciamiento ganglionar uni o bilateral, branquiterapia ampliada y teleterapia con Co 66.

En la etapa III y IV se inicia posterior a la cirugía, radioterapia o quimioterapia, siempre y cuando el paciente no tenga invasión linfática, presencia de tumor en límites quirúrgicos, o invasión extracapsular.

En caso de que la quimioterapia no sea posible se usa anticuerpos monoclonales h-R3 más cobalto terapia.

En la etapa IV b, se realiza cobaltoterapia, radioterapia o anticuerpos monoclonales, dependiendo de la respuesta, grado de recidiva, delimitación del tumor, debiéndose controlar al

paciente cada 3 o 4 semanas hasta la remisión completa o cambio de terapéutica.

### **CÁNCER DE ESÓFAGO:**

Es una neoplasia poco frecuente en el medio, se estima que representa el 1% de todas las neoplasias, su incidencia es mayor entre los 55 y 66 años de edad, siendo el tipo epidermoide u el adenocarcinoma los más frecuentes en presentación.

La etiología y los factores de riesgo se relacionan al consumo de alcohol, y tabaco además de individuos que trabajan con asbesto, además la asociación con otras enfermedades como la acalasia, estenosis esofágica y gastrectomía previa entre algunas.

#### **Cuadro Clínico:**

Se relaciona con pérdida de peso y dificultad para la deglución de alimentos, inclusive líquidos, odinofagia, regurgitación alimenticia, halitosis fecaloidea, pirosis retroesternal, tos. Cuando el cuadro empeora se asocian alteraciones neurológicas del tipo del Síndrome de Claude Bernard Horner por crecimiento de la masa tumoral que comprime el simpático cervical y la vena cava superior.

#### **Diagnóstico:**

Los estudios que nos apoyan el diagnóstico clínico son:

Laboratorio: generalmente inespecíficos, donde se encuentra elevación de la fosfatasa alcalina y transaminasas, hipoalbuminemia, hipercalcemia.

Radiología: Radiografía de tórax con afección pleuropulmonar inespecífica.

TAC. Donde se observa la lesión y metástasis óseas a distancia, puede limitar la zona de lesión, si bien es un estudio muy sensible es de baja especificidad.

Resonancia Magnética: identifica la afección de órganos adyacentes sobre todo vasculares.

Endoscopia: Observa la lesión y permite una biopsia.

Otros estudios, esófago baritado, eco endoscopia, fibroncoscopia, tomografía por emisión de positrones, etc, tienen con fin el identificar la zona, limitarla y definir lesión en órganos adyacentes.

Clínicamente se plantea la clasificación Tumor, sensibilidad, magnitud, que nos ayuda a delimitar la severidad del cuadro:

T: tumor primario.

Tx: no se puede evaluar el tumor primario.

To: no existen signos de tumor primario.

Tis: carcinoma in situ.

T1: tumor que invade la lamina propia.

T2: Invade muscular.

T3: invade la adventicia.

T4: Invade estructuras adyacentes.

N: ganglios linfáticos regionales.

Nx no se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.

No: no se demuestran metástasis ganglionares regionales.

N1: metástasis ganglionares regionales.

M: presencia de metástasis a distancia.

Mo: no metástasis a distancia.

M1: presencia de metástasis a distancia.

M1a: metástasis en linfáticos celiacos.

M1b: otras metástasis a distancia.

M1a: metástasis en ganglios cervicales.

M1b: otras metástasis a distancia del esófago superior.



*Cáncer esófago superior*

Fuente:  
<http://www.stoptabac.ch/sp/Photos/Pict35.jpg>

**Tratamiento:**

La cirugía es el tratamiento de elección si la enfermedad es local, sin embargo a la fecha hay opciones paliativas no quirúrgicas como las prótesis autoexpandibles y electro fulguración endoscópica con láser.

En el momento de iniciar el tratamiento debemos tomar en cuenta que el inicio precoz y agresivo del mismo, mejorara

las tasas de supervivencia de los pacientes.

La técnica quirúrgica utilizada es la esofagectomía radical en bloque, la torácica total o la transhiatal, recurriéndose a la linfadenectomía mediastínica y cervical en casos de metástasis.

El uso de radioterapia tiene mejor respuesta en tumores de tercio superior que los localizados en tercio inferior, pero su uso es limitado generalmente por su afectación a la médula espinal, sin embargo la aplicación de radioterapia tridimensional limita estas complicaciones, aunque el costo es más alto.

La quimioterapia es un tratamiento poco usado y no recomendable si se realiza en forma aislada, utilizándose medicación como la Bleomicina, Mitomicina C, 5-fluoracilo, methotrexate, etc., con los efectos colaterales consiguientes.

El tratamiento en caso de enfermedad diseminada tiene como fin la disminución de las molestias signosintomatológicas ya mencionadas, y evitar metástasis en órganos nobles, intentándose a la par la mejora de la calidad de vida, aumento de masa muscular, peso, disminución del dolor, etc., para lo cual se recurre a uso de sondas naso gástricas, cirugía paliativa, uso de láser, quimioterapia o radioterapia, usándose a la fecha fármacos como el cisplatino, irinotecan y los taxanos..

**Bibliografía.**

1. Guide to Clinical Preventive Service. Screening. Neoplastic Disease. Screening for oral cancer. [En línea]. [Fecha de consulta 12-11-10]. URL disponible en: <http://text.nlm.nih.gov/>
2. Karen M, Close LG. Mass in the neck. En: Close LG, Larson DL, Shah JP eds. Essentials of head and neck oncology. New York: Thieme Medical Publishers; 1999. p. 243-251.
3. Dra. Teresa Cruz Rivero, Julio Santana Garay, Dr. Antonio Fernandez Mirabal, Dr. Ivan Cuevas Perez, et.al. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología Habana Cuba. Guías de diagnóstico y Tratamiento en Oncología.. Pags, 3-6
4. Gómez España, R. Serrano Blanch, E Aranda Aguilar Medicine , 9ª serie, Unidad 25: Cáncer de Esófago, , pags. 1605- 1611