

Epidemiología del cáncer de amígdala palatina

Epidemiology of palatal tonsil cancer

María Elena Guerra Chávez^{1*} <https://orcid.org./0000-0001-5240-5884>

Lidia Rosa Cutiño Montero¹ <https://orcid.org./0000-0003-2308-3032>

Mayra Verena Guerrero Aguilar¹ <https://orcid.org./0000-0002-5585-3532>

Luis Felipe Cervantes Castro¹ <https://orcid.org./0000-0002-6280-3314>

Beatriz del Carmen Tamayo Babastro¹ <https://orcid.org./0000-0003-3188-9925>

¹Hospital Provincial Universitario “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia: marigch@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La amígdala palatina es la localización más frecuente del cáncer de la orofaringe en el 40 % de los casos. Generalmente se presenta en estadios avanzados, su tratamiento debe depender del estadio en que se encuentre el paciente.

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con cáncer de amígdala.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en 63 pacientes con carcinoma de amígdala palatina, los cuales fueron atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital “Carlos Manuel de Céspedes” entre 2014 a 2019. Se estudiaron las variables: edad, sexo, síntomas y signos asociados, y modalidad de tratamiento.

Resultados: La edad más frecuente osciló entre 32 a 74 años, con mediana de 65 años. Predominó el sexo masculino con 42 pacientes (66,67 %) sobre el femenino con 21 (33,33 %). La odinofagia y la adenomegalia metastásica fueron el síntoma y el signo más frecuente con 65,07 % y 49,21 %, respectivamente. El 61,90 % se ubicaron en el estadio

IV. La quimioterapia concurrente con radioterapia fue el tratamiento más utilizado en 44,44 %, seguida de la quimioterapia paliativa en 31,75 %.

Conclusiones: Según los resultados del estudio se puede afirmar que el cáncer de amígdala es una enfermedad que suele predominar en hombres a partir de 50 años, y la adenomegalia metastásica es el signo más frecuente. Es una enfermedad en estado avanzado desde la primera consulta. La cirugía más radioterapia adyuvante es la combinación más empleada y que mejor resultados ofrece.

Palabras clave: carcinoma; amígdala palatina; odinofagia.

ABSTRACT

Introduction: The palatal tonsil is the most frequent location of oropharyngeal cancer in 40% of cases. Generally it occurs in advanced stages, its treatment would depend on the stage in which the patient is.

Objective: To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients with tonsil cancer.

Methods: A descriptive and retrospective study was performed in 63 patients with palatal tonsil carcinoma, they were treated in the Otorhinolaryngology service at Carlos Manuel de Céspedes Hospital from 2014 to 2019. The variables studied were age, sex, associated symptoms, signs, and treatment modality.

Results: The most frequent age ranged from 32 to 74 years, with a median of 65 years. Male sex predominated in 42 patients (66.67%) in relation to female with 21 patients (33.33%). Odynophagia and metastatic adenomegaly were the most frequent symptom and sign with 65.07% and 49.21%, respectively. 61.90% were in stage IV. Concurrent chemotherapy with radiotherapy was the most used treatment in 44.44%, followed by palliative chemotherapy in 31.75%.

Conclusions: According to the results of this study, tonsil cancer can be asserted as a disease that tends to predominate in men older than 50, and metastatic adenomegaly is the most frequent sign. It is an advanced disease from the first consultation. Surgery plus adjuvant radiotherapy is the most widely used combination that offers the best results.

Keywords: carcinoma; palatal tonsil; odynophagia.

Recibido:14/06/2020

Aceptado: 10/07/2020

Introducción

La amígdala palatina es la localización más frecuente del cáncer de la orofaringe, representa alrededor del 40 % de los casos. Entre factores de riesgo más conocidos se encuentra el fumar y la ingesta de alcohol. Desde el punto de vista histológico se describe como carcinomas de células escamosas primarios que surgen de la mucosa bucal u orofaríngea. También existen otras variantes histológicas como el adenoescamoso, verrucoso, basaloide y papilar. Estas variantes poseen una evolución natural diferente a los carcinomas escamosos comunes, pero su incidencia es baja, poseen una etiología común y en general se les trata de la misma manera.⁽¹⁾

Tiene una prevalencia mayor en hombres que en mujeres y la incidencia es superior en los estratos socioeconómicos medio y bajo. Desde el punto de vista clínico, los pacientes pueden pasar inadvertidos durante mucho tiempo, y debutar con un nódulo metastásico en cuello de origen desconocido. Es un tumor que en general se presenta en estadios avanzados. Con el avance de la enfermedad aparece: dolor al tragar, otalgia refleja, disfagia y a veces trismo.

El diagnóstico diferencial se realiza con otros tumores de la región de origen linfomatoso o el plasmocitoma, y con otras afecciones como la hipertrofia amigdalina simple, las micosis o la tuberculosis, que se observan en ocasiones.⁽²⁾

El carcinoma espinocelular de las amígdalas suele ser moderadamente o mal diferenciados (grados histológicos II y III). Tienen el poder de invadir rápidamente regiones vecinas de la orofaringe, que es una región rica en redes submucosas de linfáticos. Estos dos factores hacen que los pacientes se presenten ya en estadios avanzados localmente con tumores T3 y T4 de la clasificación TNM, y con metástasis ganglionares homo y bilaterales en aproximadamente el 50 % de los casos. No es raro que estas metástasis sean grandes (mayores de 3 cm) y fijas, lo que confiere muy mal pronóstico.⁽³⁾

El tratamiento está basado en dos propiedades biológicas de estos tumores:

1. Por su tipo celular indiferenciado y alto contenido de tejido linfático reaccional, muchos de los pacientes presentan tumores extendidos localmente e irresecables de inicio.
2. Responden muy bien a la radioterapia, y a la combinación de radio y quimioterapia.

La cirugía, la radioterapia y la quimioterapia son las vías terapéuticas que deben ser empleadas, de acuerdo con el estado de avance de cada caso. Esquemas de radioterapia y quimioterapia son actualmente llevados a cabo en casos avanzados, y se deja la cirugía como tratamiento de rescate en caso de recaídas loco regionales.⁽⁴⁾

El pronóstico de estos tumores es malo y las respuestas completas con supervivencia a 5 años no pasa del 40 al 50 %. La supervivencia tanto global como libre de enfermedad y la calidad de vida hasta el momento no son nada alentadoras. A esto tenemos que sumar, que al tratarse de pacientes fumadores y bebedores crónicos entre 5 a 10 % de los casos, presentan un segundo primario, generalmente en pulmón.⁽⁵⁾

Diversos datos internacionales revelan que el cáncer de cavidad oral en EE.UU. para el año 2020, estará presente en alrededor de 53 260 personas y al menos 10 750 personas morirán de este tipo de cáncer.⁽⁶⁾

Existen trabajos nacionales que muestran los aspectos epidemiológicos y las características clínicas con que se presentan en Cuba el cáncer de cabeza y cuello, los cuales no se alejan estadísticamente de los resultados y estudios que existen internacionalmente, aunque en la actualidad existen pocos.^(7,8,9)

El objetivo del presente trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes portadores de cáncer de amígdala.

Métodos

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de historias de pacientes con carcinoma de amígdala atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial Universitario “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, entre enero de 2014 a diciembre 2019.

De los 104 casos atendidos con este diagnóstico, fueron excluidas 41 historias por estar incompletas (falta del resultado de biopsia, falta de la valoración del equipo multidisciplinario de cabeza y cuello, falta de información sobre la modalidad de tratamiento y otras), por lo que el análisis se realizó a 63 historias.

Las variables estudiadas fueron demográficas: edad y sexo, y clínicas como: síntomas de presentación, signos asociados, el estadio en que se encontraba el paciente. Otra variable estudiada fue la modalidad de tratamiento administrado: cirugía, cirugía y radioterapia adyuvante, radioterapia exclusiva y radioterapia más quimioterapia.

Para el procesamiento de la información se realizaron cálculos de por cientos y medias.

Resultados

La edad promedio de los pacientes fue de 32 a 74 años, con una mediana de 65 años, aunque hubo un predominio del grupo de 50 a 59 años (26,98 %), le siguió en orden de frecuencia el grupo etario de 60 años y más (20,63 %). En relación al sexo se observó un predominio de hombres con 42 (66,67 %) sobre las mujeres con 21 casos (33,33 %) (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución por edad y sexo

Edad (años)	Femenino	%	Masculino	%
30 -39	5	7,94	2	3,18
40 -49	7	11,11	10	15,87
50 -59	7	11,11	17	26,98
60 y mas	2	3,18	13	20,63
Total	21	33,33	42	66,67

Del total de casos estudiados la odinofagia fue el síntoma predominante, le siguió en orden decreciente la disfagia y la otalgia, esta última en menor cuantía, porque aparece de forma refleja (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de casos según síntomas y signos

Síntomas	Número	%
Disfagia	17	26,98
Odinofagia	41	65,07
Otalgia	5	7,93
Total	63	100

Los signos que se presentaron fueron numerosos, predominó la adenomegalia, las úlceras y la pérdida de peso; sin embargo, las hemorragias y el trismo, aunque se presentaron en menor número de casos no son menos importantes, la primera porque puede llevar a peligrar la vida del enfermo y la segunda porque define el pronóstico (Tabla 3).

Tabla 3 - Distribución según el signo presentado por los pacientes

Signos	Número	%
Úlcera	13	20,63
Adenomegalia	31	49,21
Trismo	5	7,94
Hemorragia	6	9,52
Pérdida de peso	8	12,70
Total	63	100

En su gran mayoría los enfermos llegan tardíos a la consulta como se observa en la tabla 4; el estadio que predominó en los pacientes estudiados fue el IV y el III de forma decreciente. El estadio II se comportó de forma importante en un 11,11 %, no se diagnosticó ningún caso en estadio temprano.

Tabla 4 - Distribución de casos según el estadio

Estadio	Número de pacientes	%
I	0	0
II	7	11,11
III	17	26,98
IV	39	61,90
Total	63	100

La quimioterapia concurrente con radioterapia fue la modalidad de tratamiento más utilizada en los pacientes, seguida de la quimioterapia paliativa y la radioterapia exclusiva en un número importante de los casos. La cirugía con radioterapia adyuvante se empleó poco y la cirugía exclusiva no se utilizó en los casos estudiados. (Tabla 5)

Tabla 5 - Distribución según tipo de tratamiento

Tratamiento recibido	Número de pacientes	%
Cirugía	0	0
Cirugía y radioterapia adyuvante	2	3,17
Radioterapia exclusiva	13	20,64
Radioterapia y quimioterapia coadyuvante	28	44,44
Quimioterapia paliativa	20	31,75
Total	63	100

Discusión

Si se analiza la casuística de esta investigación se puede observar la prevalencia y el comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de amígdala, que es idéntico al que se encuentra en la literatura.^(2,7) El predominio del sexo masculino sobre el femenino resulta similar al de *Quiróz*, que observó en sus trabajos que existía mayor cantidad de varones 37 (94,8 %) en la relación con solo las 2 mujeres estudiadas, lo cual está en correspondencia a los resultados de la investigación presentada.⁽¹⁰⁾

Quijano, en España, observó que este tipo de cáncer predominó en varones de 60-80 años de edad; estos datos no coinciden con el presente estudio pues se encontró que el grupo etario más afectado fue el de 50 a 59 años de edad.⁽¹¹⁾

Los autores de este trabajo hallaron que la odinofagia fue el síntoma más frecuente, seguido por la disfagia y la otalgia refleja. Lo anterior coincidió con resultados similares obtenidos en un estudio en Paraguay, en que el 70 % de los pacientes presentaron odinofagia seguido de otalgia y ulceración.⁽¹⁰⁾

La linfopatía metastásica fue el signo más frecuente. En Camagüey, *Peña* encontró que el 35,44 % de los casos que estudió presentaban adenopatía cervical, resultados similares a los encontrados en este trabajo.⁽¹²⁾ No se encontraron resultados diferentes a los descritos.

En la presente investigación, el diagnóstico se realizó tardíamente, los casos se reportaron en el estadio IV. *Casal*, en un estudio con 67 pacientes en la provincia de Camagüey observó que 32,8 % de estos se presentaron fundamentalmente en estadio III y IV.⁽¹³⁾ Otros estudios también reflejan esta situación del diagnóstico en etapas tardías, pues las características clínicas de esta enfermedad (oligosintomática) lo propician, lo cual compromete los resultados terapéuticos de la misma.^(10,12)

No hay un consenso en la modalidad de tratamiento más adecuado a esta enfermedad. Cada centro se adecua a sus condiciones y experiencia. En los estadios tempranos, que son los menos, hay acuerdo que los resultados con radioterapia son tan buenos como con cirugía.

Las pautas de tratamientos utilizadas son:⁽¹³⁾

- Cirugía sola con resección local peroral (cirugía con resección local amplia y disección linfoganglionar unilateral y/o bilateral y reconstrucción con colgajos miocutáneos vecinos más radioterapia adyuvante o complementaria)
- Radioterapia exclusiva (con acelerador lineal o bomba de cobalto aplicaciones de 2 gays por día, durante 5 días a la semana y de 5 a 6 semanas; total 5000 a 6000 gays.)
- Quimioterapia concurrente con radioterapia (en sándwich), 3 ciclos de inyección, separadas por 3 semanas entre los ciclos. Paliativa, en casos avanzados o recidivados, usando cisplatino y 5 flúor uracilo como drogas básicas.

En el estudio presentado ningún paciente recibió tratamiento con cirugía exclusiva, pues no eran tributarios de esta. El tipo de tratamiento recibido con más frecuencia fue la radioterapia y quimioterapia coadyuvante, con 28 casos para un 44,44 %; esta situación concuerda con los hallazgos encontrados en otros trabajos como el de *González*. En un estudio de 87 pacientes realizado en Chile demostró que la radioterapia concomitante con cisplatino semanal ofrece excelentes resultados en el cáncer de amígdala.⁽¹⁴⁾

Otras modalidades de tratamiento empleadas, pero en menor medida, fueron la cirugía y radioterapia adyuvante y la radioterapia exclusiva respectivamente. Estas estadísticas concuerdan con varios estudios confrontados en la literatura revisada.^(15,16,17)

Se concluye que el cáncer de amígdala predomina en hombres a partir de 50 años, la adenomegalia metastásica es el signo más frecuente. Es una enfermedad en estado avanzado desde la primera consulta. La cirugía más radioterapia adyuvante es la combinación más empleada y que mejor resultados ofrece.

Referencias bibliográficas

1. Cárcamo M. Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. Rev Méd Clínica las Condes. 2018 [acceso 14/04/2019];29(4):388-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.009>
2. Bell N. Virus del papiloma humano y cáncer: enemigos por derrotar. MEDISAN. 2015 [acceso 14/04/2019];19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100001&nrm=iso
3. García F. Tratamiento del cáncer de laringe avanzado y calidad de vida. Revisión sistemática. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017;68(4):212-19.
4. Ballesteros A. Tumores cabeza y cuello en O.R.L. Sociedad Española de Oncología Médica. 2020 [acceso 14/04/2019]. Disponible en: <https://seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/104033-tumores-cabeza-y-cuello-ork?showall=1>
5. Boettiger P. No todos son lo mismo, una reflexión acerca de la medicina personalizada Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello, Santiago de Chile. 2019 [acceso 14/04/2019];79(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162019000400385>
6. Miguel P. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cub Estomatol. 2016 [acceso 14/04/2019];53(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006
7. Torres M. Factores pronósticos del cáncer bucal. Rev Méd Elect Ciego de Ávila. 2016;22(3):4-12.

8. Gómez B. Tendencia de la incidencia del cáncer de laringe en un área sanitaria, entre los años 2007 y 2013 Acta Otorrinolaringol Esp. 2014 [acceso 14/04/2019];66(3):127-31. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-e...-tendencia-incidencia-del-cancer-laringe-S0001651914001630>
9. Batista M. Factores de riesgo genéticos de cáncer bucal. Holguín, Cuba. 2014 [acceso 14/04/2019];18(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400014&nrm=iso
10. Quiróz J. Cáncer de amígdala palatina. Estudio clínico epidemiológico de 39 pacientes. Periodo 1994 -2008. An Fac Cienc Méd, Asunción. 2009 [acceso 14/04/2019];42(2). Disponible en: http://scielo.iics.una.py//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492009000200005&lang=pt
11. Quijano S. Carcinoma epidermoide basaloide de amígdala en adulto. Rev Esp Patol. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-patologia-epidermoide-basaloide-amigdala-adulto-S1699885515000720>
12. Peña A. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cub Estomatol. 2006;43(1):11-21.
13. Casal R. Cáncer de la Cavidad Oral: un llamado a la prevención de salud. Rev Científ Estud Ciencias Méd Cuba, 16 de abril. [acceso 14/04/2019]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/215/articulo2.html>
14. González P. Tratamiento no quirúrgico en cáncer epidermoide de orofaringe avanzado. Análisis de resultados oncológicos en función del subsitio tumoral y fraccionamiento de radioterapia. Rev Chil Cir. 2016 [acceso 14/04/2019];68(5). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000500006&lang=pt
15. López F. Resultados del tratamiento de los carcinomas epidermoides orofaríngeos mediante cirugía transoral. Acta Otorrinolaringológica Española. 2015 [acceso 14/04/2019];66(2):74-82. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-e...sultados-del-tratamiento-los-carcinomas-S0001651914001022>
16. Langdon C. Quimioterapia metronómica para adenocarcinoma pleomorfo avanzado de nasofaringe Acta Otorrinolaringol Esp. 2016;67(3):182-4.

17. Vinés E. Manejo del cáncer de cabeza y cuello: ¿Radioterapia a quién, ¿cuándo y por qué? Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello. 2017 [acceso 14/04/2019];77(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162017000100013

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

- María Elena Guerra Chávez: Elaboró la idea original del tema; realizó el diseño de la investigación y contribuyó en la redacción del trabajo y la revisión de la bibliografía.
- Lidia Rosa Cutiño Montero: Contribuyó en la redacción del trabajo y la revisión metodológica del mismo.
- Mayra Verena Guerrero Aguilar: Participó en la revisión de la bibliografía y la organización de las mismas por las normas de Vancouver.
- Luis Felipe Cervantes Castro: Contribuyó en la redacción del trabajo y la organización de la bibliografía por las normas de Vancouver.
- Beatriz del Carmen Tamayo Babastro: Participó en la revisión de la bibliografía y la organización de las mismas por las normas de Vancouver.