

Calidad de vida en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello tratados con disecciones cervicales linfonodulares

Quality of Life in Patients with Head and Neck Neoplasms Treated with Lymphonodular Cervical Dissections

Darselys Rivero Linares^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8674-1031>

Rafael Michel Coca Granado² <https://orcid.org/0000-0002-3914-7443>

Orlando Capote Tabares³ <https://orcid.org/0000-0003-1999-6373>

¹Hospital General Docente “Enrique Cabrera.” La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico-Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro.” Villa Clara, Cuba.

³Hospital Pediátrico Universitario “Borrás-Marfán.” La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: darselysrl@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida en pacientes oncológicos constituye un tema novedoso en el marco de la Oncología moderna. Su estudio es importante para seleccionar el tratamiento oncoespecífico.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida antes y después de la cirugía en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello tratados con disecciones cervicales linfonodulares.

Métodos: Se realizó una investigación de desarrollo, descriptiva, longitudinal y prospectiva en el Hospital Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” entre octubre 2013 y septiembre 2016. De una población de 58 pacientes se seleccionó una muestra no probabilística de 41; se aplicaron las escalas Karnofsky-Burchenal y House-Brackman, la Neck Dissection Impairment Index y la Encuesta de Calidad de vida de la Universidad de Washington.

Resultados: Tenían entre 66 y 75 años el 34,1 %; 70,7 % fueron masculinos; en relación al estado general 16 pacientes estaban perfectamente bien antes de la cirugía y 11 presentaron síntomas menores después de intervenidos; 21 pacientes (51,2 %) con función normal del facial después de la cirugía y 14 (34,1 %) presentaron una disfunción leve del hombro y cuello; el 61 % expresó que su calidad de vida era excelente antes de la cirugía, mientras que 34,1 % la señaló de buena un mes después.

Conclusiones: El estado general de los pacientes empeoró después de la cirugía según su percepción al llenar la encuesta. En relación con la calidad de vida, plantearon que estaban excelentes antes de la cirugía mientras que después el mayor número de pacientes planteó que la calidad de vida era buena y muy buena.

Palabras clave: calidad de vida; neoplasias de cabeza y cuello; disecciones cervicales linfonodulares.

ABSTRACT

Introduction: The quality of life in cancer patients constitutes a novel topic in the framework of modern oncology. Its study is important to select the oncospecific treatment.

Objective: To evaluate the quality of life before and after surgery in patients with head and neck neoplasms treated with lymphonodular cervical dissections.

Methods: A developmental, descriptive, longitudinal, and prospective investigation was carried out at Arnaldo Milián Castro Clinical-Surgical Hospital from October 2013 to September 2016. A non-probabilistic sample of 41 patients was selected from a population of 58. The Karnofsky-Burchenal and House-Brackmann scales were used. Neck Dissection Impairment Index, and the University of Washington Quality of Life Survey were applied.

Results: 34.1% were between 66 and 75 years old; 70.7% of them were male. In relation to the general condition, 16 patients were perfectly well before surgery and 11 exhibited minor symptoms after surgery; 21 patients (51.2%) had normal facial function after surgery and 14 (34.1%) had mild shoulder and neck

dysfunction. 61% referred that their quality of life was excellent before surgery, while 34.1% described it as good a month later.

Conclusions: The general condition of the patients worsened after surgery according to their perception when filling out the survey. Regarding quality of life, they stated that it was excellent before surgery, while afterwards the largest number of patients stated that their quality of life was good and very good.

Keywords: quality of life; head and neck neoplasms; lymphonodular cervical dissections.

Recibido: 12/12/2020

Aprobado: 14/01/2021

Introducción

El cáncer constituye un serio problema de salud y una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Diferentes instituciones científicas admiten que existen cuatro razones principales para explicar el aumento de la mortalidad por cáncer. Una de ellas es la disminución de las defunciones por enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados y el hecho de que cada vez más personas llegan a la vejez, etapa en la que son mayores las probabilidades de que se presente el cáncer.⁽¹⁾

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en las Américas la segunda causa principal de muerte. En el 2012 causó 1,3 millones de muertes (47 % ocurrieron en América Latina y el Caribe). Se espera que la mortalidad por cáncer aumente hasta 2,1 millones en el 2030; que 2,8 millones de personas sean diagnosticadas y 1,3 millones mueran por cáncer cada año.⁽²⁾

En Cuba las tres primeras causas de muerte, para todas las edades, se han comportado como sigue: en el año 2000 murieron por enfermedades del corazón 20 258 personas por 100 000 habitantes, le siguieron las enfermedades malignas, con 16 426, y las cerebrovasculares, con 8143. En el año 2011 las enfermedades

cardiovasculares aportaron 22 237 defunciones por 100 000 habitantes, el cáncer, ya en evidente ascenso, ocasionó 21 817 muertes, mientras que las enfermedades cerebrovasculares fueron responsables de 8648 defunciones. En el 2012 la mortalidad por cáncer ascendió más, con 22 532, y desplazó a las enfermedades del corazón al segundo puesto, con 22 234.^(3,4)

Los carcinomas de cabeza y cuello constituyen aproximadamente el 7 % de todas las neoplasias y la cuarta causa de muerte por cáncer en el sexo masculino. Son heterogéneos, varían histológicamente y tienen una etiología y una epidemiología distintas, aparecen con diferentes formas clínicas y de progresión y con diversos los enfoques terapéuticos y pronósticos. Comprenden todas las neoplasias malignas de la vía aerodigestiva superior (VADS), de los senos perinasales y de las glándulas salivales mayores y menores; las neoplasias de piel, de partes blandas, de huesos y de las estructuras neurovasculares de cabeza y cuello e incluye las lesiones malignas de las glándulas tiroides y paratiroides.^(5,6)

En la Provincia de Villa Clara, en el año 2015, se diagnosticaron un total de 2452 personas con algún tipo de cáncer de cabeza y cuello, para una tasa bruta de 22,8. El cáncer en la laringe es el noveno más encontrado y le sigue el cáncer en el esófago. En particular para el sexo masculino el cáncer de cabeza y cuello se presentó con un total de 2059 casos, para una tasa bruta de 36,8.⁽⁷⁾

Tratar a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello puede ayudarlos al manejo adecuado de su enfermedad, a aceptarla y a convivir con ella pues de su grado de infiltración e invasión a otros sistemas del organismo dependerán su tratamiento, su pronóstico y los años de supervivencia; especialmente si los síntomas repercuten en su calidad de vida (CV), conocer su morbilidad permite un mejor manejo de la enfermedad nosológica y daría la posibilidad de brindar una mejor atención de salud a este tipo de paciente. Así se podrá establecer una mejor relación médico-paciente y se lograría mejorar la calidad de vida y de los servicios de salud.

Se debe tener en cuenta que la CV varía a través del tiempo y se modifica según las circunstancias y según las intervenciones realizadas, en la medida de que estas sean certeras o no. De igual forma, se debe contar con el punto de vista del paciente y su percepción frente a lo que está viviendo, las alternativas que pueda tener como ser humano y la red social en la que está inmerso.⁽⁸⁾

Los factores específicos considerados más satisfactorios o insatisfactorios por el paciente en un determinado momento pueden alterarse; sin embargo, la calidad de vida atribuible puede permanecer estable o variar en dependencia de cómo fluctúen o interaccionen estos factores entre sí. Se recomienda una valoración individualizada de los diferentes componentes de la calidad de vida y, posteriormente, una valoración global del paciente.^(9,10)

No existen criterios únicos para definir la CV; sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como bienestar, satisfacción, multidimensional y subjetivo/objetivo que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones. Una definición global de CV puede ser el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Al ser una medida de auto-reporte se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y de satisfacción. El resultado final de esta evaluación es producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su CV, que constituye un abordaje multidimensional pues se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe el bienestar o el malestar referente a ellas.⁽¹¹⁾

La importancia de realizar estudios de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello radica en que, actualmente, existen disímiles alternativas terapéuticas que ofrecen similares resultados en cuanto a supervivencia y control locorregional de la enfermedad. Un mejor conocimiento de la funcionalidad y el bienestar del paciente posterior al tratamiento puede constituir factor importante a la hora de elegir entre las diferentes opciones de manejo.⁽¹²⁾

En Cuba existe poca experiencia respecto a medir la calidad de vida en pacientes con cánceres de cabeza y cuello. En estudios^(1,6) efectuados por la especialidad de Radioterapia, se validó un cuestionario con 41 preguntas, en las que determinados factores como: síntomas de la enfermedad, secuelas físicas, relación persona-sociedad y la vida emocional fueron estimados a través de escalas de valor particularizadas por cada paciente. En la especialidad de Cirugía no existe precedente de este tipo de estudio por lo que nos propusimos emplear diferentes instrumentos y técnicas enfocados a evaluar la CV en este tipo de enfermedad.

Métodos

Se realizó una investigación de desarrollo, descriptiva, longitudinal y prospectiva. El universo de estudio comprendió 58 pacientes que acudieron a la consulta de Cabeza y Cuello del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Universitario Clínico- Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” de Villa Clara, en el período comprendido entre octubre 2013 y septiembre 2016.

La muestra quedó conformada por 41 pacientes a partir de muestreo no probabilístico que cumplió con los siguientes criterios de inclusión: histología de neoplasia maligna localizada en cabeza y cuello, etapas clínicas I-IVa, ningún tratamiento oncoespecífico anterior, pacientes tributarios a tratamiento quirúrgico con disecciones cervicales linfonodulares y pacientes sin parálisis o paresias faciales ni molestias en el cuello y en el hombro.

Los instrumentos utilizados para el desarrollo de la investigación fueron: escala de Karnofsky-Burchenal, escala de gradación de la función muscular facial de House-Brackman, el cuestionario Neck Dissection Impairment Index (NDII) y el cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QOL-R4).

Los pacientes incluidos llenaron dichos instrumentos antes y después de la cirugía. Se estadiaron utilizando la 7^{ma} edición de la clasificación TNM del manual de estadiamiento del cáncer de la American Joint Committee on Cancer (AJCC).

La planificación quirúrgica se decidió por un equipo multidisciplinario de cabeza y cuello. En todos los casos se efectuó la excisión del tumor primario con disecciones de cuellos concomitantes, unilaterales o bilaterales. En la disección de cuello se trataron los niveles linfonodulares según la clasificación establecida en el año 2002 por el doctor *K. Thomas Robbins* en el “Sloan-Kettering Memorial Cancer Center.”^(5,13)

Todos los especímenes quirúrgicos incluyendo el tumor primario y linfonódulos cervicales se enviaron al departamento de Anatomía Patológica para su evaluación macroscópica y microscópica. En los informes anatómo-histológicos se estudió: localización, tamaño y grosor del tumor primario, así como presencia, localización, número y tamaño de metástasis a los linfonódulos cervicales. También se revisaron el pTNM, la invasión perineural, vascular y linfática y extensión extracapsular. Se establecieron relaciones entre las diferentes variables.

El estudio se acogió a los principios éticos de la *Convención de Helsinki* para la investigación médica y fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro.” Solo el personal médico vinculado a la investigación tuvo acceso a los datos y resultados y estos se mantuvieron en estricta privacidad. Con tal propósito se firmó un acuerdo legal referido a no divulgar información y a confidencialidad. Todos los pacientes incluidos en el estudio firmaron un consentimiento informado diseñado para los fines de la investigación.

Para la obtención de la información se confeccionó un cuaderno de recolección de datos, individual para cada paciente, también se utilizó la historia clínica y la información obtenida en los instrumentos antes mencionados. La información

obtenida fue procesada a través de una base de datos utilizando el software de procesamiento estadístico *Pasw Statistics* (SPSS versión 21.0) para Windows y se organizó en tablas de frecuencia y contingencia. Los datos fueron representados gráficamente según el tipo de información. Para evaluar la posible asociación entre variables se utilizó la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon.

Resultados

En cuanto al sexo y la edad predominó el sexo masculino con 70,7 % de casos y el grupo de 66 a 75 años con 34,1 %, siguiendo en orden de frecuencia el grupo etario de 56 a 65 con 31,7 %. En el sexo masculino, que fue el más representativo, predominó la edad 56 a 65 años (26,8 %). (Tabla 1).

Tabla 1 - Pacientes con cáncer de cabeza y cuello según el grupo etario y el sexo

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
35 a 45	1	2,4	2	4,9	3	7,3
46 a 55	0	0,0	2	4,9	2	4,9
56 a 65	2	4,9	11	26,8	13	31,7
66 a 75	5	12,2	9	22,0	14	34,1
más de 75	4	9,8	5	12,2	9	22,0
Total	12	29,3	29	70,7	41	100

La Tabla 2 muestra la distribución de pacientes según localización de la neoplasia primaria, siendo más frecuente la del suelo de la boca en 13 pacientes (31,7 %) siguiendo en frecuencia la de la lengua en 11 casos para 26,8 %.

Tabla 2 - Pacientes con cáncer de cabeza y cuello según el sitio de la neoplasia primaria

Sitio de la neoplasia primaria	Total	
	No.	%
Carrillo	2	4,9
Cuero cabelludo	1	2,4
Desconocido	1	2,4
Labio	2	4,9
Laringe	1	2,4
Lengua	11	26,8
Mucosa nasal	1	2,4
Glándula parótida	2	4,9
Piel	3	7,3
Reborde alveolar	1	2,4
Suelo de boca	13	31,7
Trígono retromolar	3	7,3
Total	41	100

En la Tabla 3 se aprecia que 38 pacientes (92,7 %) presentaban diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide y solo 1 (2,4 %) de otros tipos histológicos que son menos comunes en la cavidad bucal.

Tabla 3 - Pacientes con cáncer de cabeza y cuello según el tipo histológico

Tipo histológico	No.	%
Carcinoma epidermoide	38	92,7
Carcinoma adenoideo quístico	1	2,4
Linfoma no Hogdkin	1	2,4
No precisado	1	2,4
Total	41	100

Según el estado general de los pacientes, antes y después de la cirugía, se encontró que: en preoperatorio 16 pacientes se encontraban perfectamente bien (39,0 %) y 14 con síntomas menores (34,1 %) antes de la cirugía y que al mes de la cirugía 11 presentaban síntomas menores (26,8 %), coincidiendo 10 pacientes (24,4 %) en realizar actividad normal con algún esfuerzo y los que son incapaces

de realizar actividad física, pero se valen por sí mismos respectivamente. Se obtuvieron resultados estadísticos significativos, con valor de $p < 0,000$. (Tabla 4)

Tabla 4 - Pacientes con cáncer de cabeza y cuello según el estado general antes y después de la cirugía

Estado general	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Requiere ayuda ocasional con sus necesidades personales	4	9,8	7	17,1
Incapaz de realizar actividad física pero se valen por sí mismo	4	9,8	10	24,4
Actividad normal con algún esfuerzo	3	7,3	10	24,4
Síntomas menores	14	34,1	11	26,8
Perfectamente bien	16	39,0	3	7,3
Total	41	100	41	100

Las complicaciones posoperatorias presentadas no fueron frecuentes: 9,8 % de los casos presentó dehiscencia de la herida y la hipertensión arterial posquirúrgica, la infección, la necrosis tisular y la traqueostomía se presentó en el 2,4 % para cada una. El 80,5 % de los casos no presentó complicación. (Tabla 5)

Tabla 5 - Distribución de los casos según las complicaciones posquirúrgicas

Complicaciones postoperatorias	No.	%
Dehiscencia de la herida	4	9,8
HTA* postquirúrgica	1	2,4
Infección	1	2,4
Necrosis	1	2,4
Traqueostomía	1	2,4
Ninguna complicación	33	80,5
Total	41	100

Con relación a la disfunción en el cuello y el hombro de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que han sido sometidos a cirugía, 14 de los casos presentaron disfunción leve (34,1 %) seguida de 10 que presentaron disfunciones moderadas para un 24,4 %.

La localización de la disección cervical linfonodular más frecuentemente realizada fue la bilateral 43,9 % de los casos, siguiendo la unilateral izquierda 29,3 %. La unilateral derecha se hizo en el 26,8 % de los enfermos. (Tabla 6).

Tabla 6 - Distribución según la localización de la disección cervical linfonodular

Localización de la disección cervical linfonodular	No.	%
Bilateral	18	43,9
Unilateral derecha	11	26,8
Unilateral izquierda	12	29,3
Total	41	100

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello 25 de los pacientes (61,0 %) plantearon que antes de la cirugía estaban excelentes y 14 (34,1 %) que en un mes después de la intervención quirúrgica la calidad de vida era buena e igual número planteó que su calidad era muy buena. Se obtuvo un resultado estadístico significativo, con un valor de $p < 0,000$.

Discusión

La edad es un factor importante en cualquier estudio y, en muchas ocasiones, es determinante a la hora de tomar conductas terapéuticas. En estudio realizado en la provincia de Las Tunas⁽¹³⁾ sobre la caracterización de pacientes con cáncer de labio se obtuvo que los que tenían edades de 60 años y más (19;61,3 %) predominaron.

En otro estudio realizado en la provincia de La Habana,⁽¹⁴⁾ con el título “Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en pacientes operados” el grupo etario que predominó fue 60-70 años con 36 casos, que representaron 58,1 %, lo que demuestra que la edad es un factor de riesgo en estos tipos de cáncer. Otro estudio realizado en él “Hospital Universitario de Sevilla”, España, las edades mayores de 60 años fueron las más significativas (15; 56,5 %).⁽¹⁵⁾

En Villa Clara⁽¹⁶⁾, Cuba, en trabajo sobre las metástasis de la glándula submaxilar, predominaron los grupos de edades de 49 a 62 y de 63 a 76 años (33;76 % cada uno). Estos datos coinciden con los obtenidos en esta investigación.

El incremento del riesgo de presentar la enfermedad en edades avanzadas, tal y como lo muestran los resultados de este y otros estudios^(4,16), se explica por aumento del llamado “riesgo acumulativo” debido fundamentalmente, a que la edad es el factor que individualmente mayor por ciento aporta al cáncer de cabeza y cuello, aunque se ha notado un incremento de pacientes que presentan cáncer en etapas más tempranas de la vida.

El cáncer de cabeza y cuello es más frecuente en hombres, coincide esto con los datos obtenidos en este estudio. En otro estudio realizado en La Habana en el año 2001 por *Hidalgo y otros*⁽¹⁴⁾ se obtuvo también predominio del sexo masculino con 82,3%.

En otro estudio realizado por *Campos y Medina*⁽¹³⁾ se muestra que, de acuerdo al sexo, fue más frecuente el masculino (27; 87,1 %); este resultado también coincide con otro estudio realizado por *Herce y otros*⁽¹⁵⁾, en el que se presentaron 19 hombres, para 82,6%.

En Cali, Colombia se realizó un estudio⁽¹⁷⁾ donde fueron más frecuentes los hombres con el 56 %, a diferencia del estudio realizado por *López*⁽¹⁸⁾ donde predominaron las mujeres con 49 casos (51,6 %). Estos resultados están dados, fundamentalmente, porque son los hombres los que más practican hábitos tóxicos

como el tabaquismo y el alcoholismo y, en la mayoría de los casos, los dos al unísono, lo que aumenta considerablemente el riesgo de padecer cáncer; sin embargo, también se ha observado un ascenso en la cantidad de mujeres que practican estos hábitos en la actualidad. Otro elemento está dado por el factor ocupacional, el hombre está más expuesto a los rayos solares en el campo, así como en otros oficios que constituyen riesgos como zapateros y carpinteros al colocarse instrumentos dentro de la boca.⁽¹⁹⁾

Con relación a la localización donde más frecuentemente se presentan las lesiones y las neoplasias es en el área de cabeza y cuello, y más particularmente en la cavidad bucal, en este estudio se encuentra, en primer lugar, el suelo de la boca, seguido por los localizados en la lengua. En estudio ya mencionado efectuado en el Hospital Universitario de Sevilla, España⁽¹⁵⁾, los pacientes presentaron la neoplasia primaria en el suelo de la boca (12; 52,1 %), resultado que coincide con otra investigación realizada en la Universidad de Murcia, España⁽¹⁸⁾, en el que la localización también era en el suelo de la boca (76; 80,9 %); coincidiendo a su vez con estudio realizado en Villa Clara⁽¹⁶⁾ en el que se localizaron las neoplasias en el suelo de la boca (23; 53,5%).

En estudio realizado en Cali, Colombia,⁽¹⁹⁾ la localización más frecuente fue la lengua (41 %) lo cual, aunque no coincidió con los resultados de este trabajo hubo también gran representación de pacientes con neoplasias en el suelo de la boca (15,4 %) y en ese mismo país, pero en Medellín la localización más frecuente fue en la lengua con 38 pacientes para un 40%.⁽¹⁷⁾

En otro estudio realizado en Sao Pablo, Brasil sobre CV en pacientes tratados con radioterapia, la localización más frecuente fue la orofaringe (18,30 %) seguida de la laringe (16;26,7 %) pasando a tercer lugar la cavidad bucal (14;23,3%).⁽²⁰⁾

La opinión de los autores de este trabajo, basada en las características morfológicas de la mucosa de la cavidad bucal, es que existen sitios más vulnerables a la presentación de este tipo de lesiones entre los que se encuentran

el suelo de la boca, la cara ventral y el borde lateral de la lengua y el paladar blando, por la ausencia de queratina en la mucosa de estas localizaciones, lo que las hace más indefensas ante las agresiones de hábitos tóxicos, ocupacionales y otros factores como las comidas calientes, el trauma por obturaciones defectuosas con áreas filosas y otros.

El tipo histológico resulta de gran importancia en el momento de decidir la conducta a seguir con estos pacientes, por lo que es necesario, además de confirmar la presencia de cáncer, saber su histología, su comportamiento y su manejo individualizado. En este estudio predominó el carcinoma epidermoide, algo que coincide con el estudio realizado en la provincia de Las Tunas, Cuba,⁽¹³⁾ en que los pacientes presentaron predominantemente el mismo tipo histológico, (24; 77,4 %); sin embargo, en La Habana⁽¹⁴⁾ en pacientes operados por cáncer bucal, prevaleció el tipo histológico de adenocarcinoma (37; 59,7 %).

En España⁽¹⁵⁾ en un estudio efectuado se reportó que el 100% de los pacientes presentaron carcinomas escamosos, siendo similar el resultado al efectuado en Villa Clara⁽¹⁶⁾ en 37 pacientes donde se encontró como histología un carcinoma epidermoide (86 %). De alguna forma esto puede estar determinado por la localización en que se presentaron las neoplasias en ambos estudios, en los que la cavidad bucal es donde predominan los carcinomas epidermoides y las glándulas submaxilares, sitios predilectos de los adenocarcinomas.

El estado general de los pacientes es evaluado mediante la escala de *Karnofsky-Burchenal*, que tiene como objetivo conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas, actuando como elemento predictor independiente de mortalidad tanto en enfermedades oncológicas como no oncológicas, a la vez que sirve para la toma de decisiones clínicas y para valorar el impacto del tratamiento y del pronóstico de la enfermedad de los pacientes (un valor de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los seis meses siguientes), por lo que aunque es una escala un poco inexacta tiene gran valor para el especialista encargado del tratamiento de estos pacientes.

En muchas ocasiones los pacientes, antes de ser operados, presentan lesiones asintomáticas, que no les afectan sus actividades cotidianas; sin embargo, después de la cirugía aparecen comorbilidades inherentes al tratamiento quirúrgico a pesar de desaparecer la causa que motivó la cirugía. En la bibliografía consultada^(21,22) existe información sobre la escala, pero no estudios similares que la hayan utilizado, sin embargo, se obtuvieron resultados estadísticos significativos.

El cuestionario *Neck Dissection Impairment Index* (NDII) es el instrumento que evalúa la disfunción del cuello y el hombro como parte del tratamiento oncoespecífico al mes de la cirugía. El estudio realizado muestra que los pacientes, después de operados, refieren una leve disfunción del cuello y el hombro que no desaparece con el uso de analgésicos y que, en muchas ocasiones, es una de las mayores preocupaciones del paciente en el postoperatorio, es muy posible generalizar que todos los pacientes presentan molestias en el cuello y el hombro tras una disección cervical linfonodular. Resultó imposible comparar los resultados obtenidos con otro estudio por no encontrar ninguno con la aplicación de este cuestionario.

El Cuestionario de calidad de vida, de la Universidad de Washington, (UW-QOL-R4) fue el instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida en los pacientes con cáncer antes de la cirugía en el preoperatorio inmediato y al mes de la cirugía. En este estudio se obtuvo que, antes de la cirugía, predominaron pacientes que referían su calidad de vida como excelente y al mes de la cirugía, refirieron su CV solo como muy buena y/o buena, lo que evidencia un empeoramiento de la CV en la mayoría después de la cirugía, desde su punto de vista, pues son los pacientes los que llenan las encuestas aplicadas; no habría iguales resultados si la evaluación fuera aplicada a los profesionales de la salud que atienden a los pacientes pues, desde este punto de vista, lo más importante es que el paciente esté libre de la enfermedad.

Al valorar estudio realizado por *Schliephake y Jamil*⁽²²⁾ en Alemania, sobre calidad de vida en pacientes con cáncer oral, se demostró que la CV en general y los síntomas depresivos pueden mejorar a partir de los tres años del tratamiento, utilizando para esta evaluación el cuestionario EORTC (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30*). Además concluyeron que fue de gran importancia conocer este lapsus como medida para evaluar a pacientes que se les realizarán reconstrucciones posteriores a la cirugía, lo cual redundaría en su bienestar en el momento de su reincorporación a la sociedad.

En otro estudio realizado en España⁽²³⁾ sobre la CV de pacientes intervenidos con cáncer oral con supervivencia superior a cinco años, en el que se aplicó el cuestionario SF-36 (*Short Form 36*) que valora a los pacientes desde el punto de vista emocional, función social, vitalidad, salud general, entre otros aspectos; pero que carece de elementos para evaluar aspectos como: dolor, masticación, saliva, habla y deglución que sí fueron evaluados en el cuestionario de CV aplicado en este estudio. Este estudio español, antes mencionado, plantea que la medida de la calidad de vida de los pacientes a los cinco años del tratamiento aporta datos muy valiosos y brinda una visión real de cuál es su situación cuando tiene la percepción de haber superado la enfermedad. Este estudio coincide con estos resultados pues, en un momento inicial, el estado depresivo que presenta el paciente influye en su estado general, pero, a medida que transcurren los años, mejoran su salud general y su calidad de vida.

En estudio israelí realizado por *Binenbaum y otros*,⁽²⁴⁾ se muestran cambios significativos en pacientes de tres meses hasta el año de intervención, a los que le fueron aplicados tres cuestionarios de calidad de vida, coincidiendo uno de ellos, con el utilizado en este estudio, nos referimos al UW-QOLQ-R4, siendo este el más respondido por los pacientes (631; 62,4 %) lo cual habla a favor, por la facilidad de su aplicación, el buen entendimiento de los casos y el valor que tiene para medir aspectos importantes que afectan al paciente después del tratamiento quirúrgico.

Se concluye que, el estado general de los pacientes empeoró después de la cirugía según su percepción al llenar la encuesta. En relación con la calidad de vida, plantearon que estaban excelentes antes de la cirugía mientras que después el mayor número de pacientes planteó que la calidad de vida era buena y muy buena.

Referencias bibliográficas

1. Sotomayor Sedeño M. "Atención al Programa Integral para el Control del Cáncer en Camagüey" CCM Holguín. 2014 [acceso 29/04/2020];8(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n3/ccm12314.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial contra el Cáncer. Nosotros podemos, yo puedo [Internet]. 2016 [acceso 29/04/2020]. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11616&Itemid=41707&lang=es
3. Sánchez Fernández J, Cabrera Menéndez A, Pérez Pi A, Merino Concepción J. Estudio de las principales causas de muerte en Guanajay en el año 2013. MediSur. 2015 [acceso: 05/05/2020];13(3): 383-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300008
4. Ortega Boffill G, Castillo Díaz ZE. Tratamiento hormonal con zoladex más casodex en pacientes geriátricos con cáncer de próstata. Medicentro Electrón. 2015 [acceso 05/05/2020];19(1): 59-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930432015000100015&script=sci_arttext
5. Hocking JS, Stein A, Conway E, Regan D, Grulich A, Law M, Brotherton J. Head and neck cancer in Australia between 1982 and 2005 show increasing incidence of potentially HPV-associated oropharyngeal cancers. *British Journal of Cancer*. 2011;104: 886-91. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6606091>
6. Suarez García R, Pérez Martínez CY, Fernández Rojas L, Pérez Pupo A. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. Correo Cient Méd [Internet]. 2013 [acceso 12/05/2015];17(2): 119-129. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000200002&script=sci_arttext&tlng=pt

7. Anuarios Estadísticos de Salud de Cuba. La Habana: MINSAP. 2019 [Citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>. <https://www.researchgate.net/project/Anuario-Estadistico-de-Salud-de-Cuba>
8. Rogers SN, Semple C, Babb M, Humphris G. Quality of life considerations in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology and Otology*. 2016; 130 (S2): S49-S52.
9. Terrell JE, Nanavati K, Esclamado RM, Bradford CR, Wolf GT. (1999). Health impact of head and neck cancer. *Otolaryngol Head and Neck Surg*. 1999;120(6): 852-59.
10. Thariat J, Ang K, Allen P, Ahamad A, Williams M, Myers J. Prediction of neck dissection requirement after definitive radiotherapy for head-and-neck squamous cell carcinoma. *Interl J Rad Oncol Biol Physics*. 2012 [acceso 04/04/2020]; 82(3): 367-374. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360301611029610>
11. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol*. 2012 [acceso 04/04/2020];30(1): 61-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000100006&script=sci_arttext
12. Hassan SJ, Weymuller EA. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head & neck* [Internet]. 1993 [acceso 04/04/2020];15(6): 485-96. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.2880150603/abstract>
13. Campos AB, Medina SJ. Caracterización de pacientes con cáncer de labios atendidos en el hospital "Ernesto Guevara". *Rev. Electrón. Dr. Zoilo E. Marínelo Vidaurreta*. 2015 [acceso 05/04/2019];40(6). Disponible en: <http://revzoilomarínello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/47>
14. Hidalgo Herrera M, Fleites González G, Fernández Solares Z, Solís Chávez S, Borges Sandrino R. Caracterización del cáncer de esófago en pacientes operados. *Hospital" Dr. Carlos J. Finlay"*. *Rev. Haban. Cienc. Méd.* 2014 [acceso 05/04/2019];13(1):101-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000100012&script=sci_arttext

15. Herce J, Rollón Á, Polo J. Calidad de vida en pacientes intervenidos de cáncer bucal con supervivencia superior a 5 años: comparación con los valores de referencia de la población española. *Med Clín*. 2007 [acceso 05/04/2019]; 128(18):692-96. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307726982>.
16. Coca Granado R, Pérez Arechaga D, Vila Morales D, Jiménez Rodríguez Y, Márquez Rancaño E, Delís Fernández R. Frecuencia de metástasis a la glándula submandibular en pacientes con carcinomas escamosos de cavidad bucal. *Rev Cubana Estomatol*. 2016 [acceso 05/04/2019];53(1): 54-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000100007
17. Posada-López A, Palacio-Correa M, Agudelo-Suárez A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer escamocelular bucal, en la ciudad de Medellín (Colombia). *Rev Odont Mex*. 2019;23(1):9-22.
18. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, López-Tortosa J, Tovar TP, Rodríguez-Gonzales MA. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer in Spain by means of EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35. *J Cranio-Maxillofacial Surg*. 2012 [acceso 05/04/2019];40(7):614-620. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S101051821200025X>
19. Ordóñez D, Aragón N, García L, Collazos P, Bravo L. Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. *Rev. Salud Pública Colombia*. 2014 [acceso 05/04/2019];56(5): 465-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000500014&script=sci_arttext&tlng=en
20. Avelar JM, Nicolussi AC, Toneti BF, Sonobe HM, Sawada NO. Fatigue in patients with head and neck cancer undergoing radiation therapy: a prospective study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3168. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2813-3168>.
21. Cabrera Y, Cifuentes P, Sanabria , Domínguez L. Ambulatory thyroidectomy: cost-minimization analysis in Colombia. *Rev Colomb Cir*. 2014 [acceso 05/04/2019];29(4): 319-326. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822014000400008

22. Schliephake H, Jamil M. Impact of intraoral soft-tissue reconstruction on the development of quality of life after ablative surgery in patients with oral cancer. *Plastic Reconstructive Surg.* 2002 [acceso 05/04/2019];109(2): 421-30. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/11818814>
23. Binenbaum Y, Amit M, Billan S, Cohen J, Gil Z. Minimal clinically important differences in quality-of-life scores of oral cavity and oropharynx cancer patients. *Ann Surg Oncol.* 2014 [acceso 05/04/2019]; 21(8): 2773-281. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1245/s10434-014-3656-z>
24. Gupta, B, Johnson N, Kumar N. Global epidemiology of head and neck cancers: a continuing challenge. *Oncology.* 2016 [acceso 05/04/2019];91(1):13-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27245686?dopt=Abstract>.

Conflicto de intereses

Los autores no refieren conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Darselys Rivero Linares: Idea original del trabajo, estudio de los casos. Revisión y aprobación del texto.

Rafael Michel Coca Granado: Estudio de los casos, revisión de la bibliografía.

Orlando Capote Tabares: Revisión de la bibliografía, confección del texto final.