

❖ CARCINOMA DE HIPOFARINGE

• SITIOS Y SUBSITIOS ANATÓMICOS

1. Unión faringo-esofágica (área postcricoidea) (C13.0): Se extiende desde el borde de los cartílagos aritenoides y los repliegues interaritenoides hasta el nivel inferior del cartílago cricoides. Constituye la pared anterior de la hipofaringe.
2. Seno piriforme (C12.9): Se extiende desde el repliegue faringo-epiglótico hasta el extremo superior del esófago. Está limitado lateralmente por el ala del cartílago tiroides y medialmente por la cara externa (hipofaríngea) de los repliegues aritenoepliglóticos (C13.1) y de la cara externa de los cartílagos aritenoides y cricoides.
3. Pared faríngea posterior (C13.2): Se extiende desde el borde superior del hueso hioides (o piso de la valécula) hasta el nivel del borde inferior del cartílago cricoideo y desde un ápex del seno piriforme al del otro.

• CLASIFICACIÓN TNM DEL CÁNCER DE HIPOFARINGE

- T1** Limitado a un subsitio de la hipofaringe y de 2 cm o menos en su mayor dimensión.
T2 Invade más de un subsitio o un sitio adyacente, o de más de 2 cm pero menos de 4 cm en diámetro mayor, sin fijación de la hemilaringe.
T3 Mayor de 4 cm en su máxima dimensión o con fijación de la hemilaringe extensión a esófago cervical
T4a Invade cartílago tiroides y/o cricoides, hueso hioides, glándula tiroides o tejidos blandos del compartimento central del cuello.
T4b Invade fascia prevertebral, invasión de arteria carótida o compromiso de estructuras mediastinales.

✓ **N(c) - Ganglios linfáticos regionales (estadificación clínica)**

NX: ganglios regionales no pueden valorarse

NO: sin metástasis ganglionares.

N1: metástasis en un {único ganglio ipsilateral, 3 cm o menos en su diámetro mayor y sin extensión extracapsular (EEC).

N2: Metástasis en un ganglio único ipsilateral, > a 3 cm pero no mayor de 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

O metástasis en múltiples ganglios ipsilaterales, ninguno de ellos > a 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

O metástasis en ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno de ellos > a 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

N2a : Metástasis en un ganglio único ipsilateral, > a 3 cm pero no mayor de 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

N2b: metástasis en múltiples ganglios ipsilaterales, ninguno de ellos > a 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

N2c: metástasis en ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno de ellos > a 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

N3: metástasis en un único ganglio, > de 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-)

O metástasis en algún ganglio que clínicamente denote EEC (+).

N3a: metástasis en un único ganglio , > de 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-)

N3b: metástasis en algún ganglio que clínicamente denote EEC (+).

✓ **N(p) - Ganglios linfáticos regionales (estadificación patológica)**

NX: ganglios regionales no pueden valorarse

NO: sin metástasis ganglionares.

N1: metástasis en un único ganglio ipsilateral , 3 cm o menos en su diámetro mayor y sin extensión extracapsular (EEC).

N2: Metástasis en un ganglio único ipsilateral o contralateral , ≤ a 3 cm en su mayor dimensión y EEC (+).

O Metástasis en un ganglio único ipsilateral , > a 3 cm pero no mayor de 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

O metástasis en múltiples ganglios ipsilaterales , ninguno de ellos > a 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

O metástasis en ganglios bilaterales o contralaterales , ninguno de ellos > a 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

N2a : Metástasis en un ganglio único ipsilateral o contralateral , ≤ a 3 cm en su mayor dimensión y EEC (+).

O Metástasis en un ganglio único ipsilateral , > a 3 cm pero no mayor de 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

N2b: metástasis en múltiples ganglios ipsilaterales , ninguno de ellos > a 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

N2c: metástasis en ganglios bilaterales o contralaterales , ninguno de ellos > a 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-).

N3: metástasis en un único ganglio , > de 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-)

O metástasis en un único ganglio ipsilateral > a 3 cm en su mayor dimensión y EEC (+).

O metástasis en ganglios múltiples ipsilaterales, contralaterales o bilaterales , alguno con EEC (+).

N3a: metástasis en un único ganglio , > de 6 cm en su mayor dimensión y EEC (-)

N3b: metástasis en un único ganglio ipsilateral > a 3 cm en su mayor dimensión y EEC (+).

O metástasis en ganglios múltiples ipsilaterales, contralaterales o bilaterales , alguno con EEC (+).

• **TRATAMIENTO**

El mejoramiento de las pobres condiciones físicas de estos pacientes será, a menudo, un paso ineludible antes de abocarse al tratamiento oncológico propiamente dicho. Aun así, a una parte considerable de estos pacientes solo puede brindársele un tratamiento paliativo.

Los planes de conservación de órganos con quimioterapia y radioterapia concurrentes, aunque no han igualado las tasas alcanzadas en otras localizaciones, han logrado tasas de supervivencia a largo plazo de alrededor de un 20%. Uno de los problemas

importantes a resolver es el alto porcentaje de órganos remanentes con función inadecuada (aspiración) en los tumores del seno piriforme. Las resecciones parciales, conservadoras de la función, son posibles solo en los casos muy precoces (T1-T2), ubicados en la parte alta del seno piriforme o en su pared interna (es decir que no deben fijar la cuerda, ni invadir cartílago, ni el apex del seno piriforme ni el área retrocricoidea), y con pacientes con función pulmonar no alterada que les permita sobrellevar las aspiraciones de saliva y alimentos que pueden presentarse. Estas condiciones se dan en menos del 1-2% de los casos.

En la casi totalidad de los casos, la cirugía implica una laringectomía total con mayor o menor resección faríngea (que puede ser circular), no solo para lograr márgenes adecuados, sino también porque la alteración de la función que crea una resección parcial es incompatible con la vida por la probabilidad de aspiración ya mencionada. Por lo frecuente de la diseminación linfática, debe agregarse la linfadenectomía y la hemitiroidectomía a la resección del primario.

La radioterapia es una opción para los casos de pacientes que por sus pobres condiciones físicas no puedan ser sometidos a planes de quimio y radioterapia concurrentes. El agregado de anticuerpos monoclonales anti EGFR a la radioterapia brinda tasas de respuesta y sobrevida mayores sin el agregado de mayor toxicidad aguda. Los planes de quimiorradioterapia concurrentes ofrecen los mejores resultados en los tumores locoregionalmente avanzados. Considerar implementar neoadyuvancia cuando el componente ganglionar es muy importante o los síntomas obstructivos son muy marcados.

En los casos en que se decida efectuar cirugía en primer término (por grosera invasión de cartílagos laríngeos), se indicará tratamiento adyuvante (*ver en Introducción párrafo de "Adyuvancia postoperatoria"*).

En casos inoperables, *ver en Introducción "Plan para pacientes con tumores inoperables"*. En la mayoría de los casos, es necesario el agregado de otras medidas de apoyo (traqueotomía, SNG o gastrostomía, etc.).

- **Tratamiento del cáncer de esófago cervical**

Gran parte de lo dicho para la hipofaringe resulta aplicable al cáncer de esófago cervical. En la mayoría de los casos, son tumores muy avanzados, con adenopatías, y merecen, si están en condiciones, ser tratados con plan de quimio y radioterapia concurrentes (*ver plan de inoperables*).

Si por las características tumorales (invasión grosera de cartílago cricoides, por ejemplo) no estuviera indicado el tratamiento con quimiorradioterapia, se puede considerar la cirugía.

La casi totalidad de estos pacientes deben ser sometidos a una laringectomía total con faringectomía parcial y esofagectomía cervical. Los márgenes amplios a menudo determinan la necesidad de extender la resección al esófago torácico. La exéresis del primario debe ser acompañada por la linfadenectomía bilateral (las más de las veces selectiva) y con inclusión de los grupos recurrenciales y traqueoesofágicos y la tiroidectomía total.

Los tumores situados bastante más bajos que el músculo cricofaríngeo, y sin extensión intratorácica grosera ni compromiso de la pared posterior de la tráquea,

deben ser evaluados intraoperatoriamente para intentar preservar la laringe. Lamentablemente, estas condiciones son excepcionales.

La adyuvancia postoperatoria con quimio y radioterapia tiene indicación formal en todos estos pacientes. En caso de contraindicaciones para la quimioterapia, se efectuará radioterapia como tratamiento único.

En casos inoperables, *ver en Introducción "Plan para pacientes con tumores inoperables"*.

En la mayoría de los casos, es necesario el agregado de otras medidas de apoyo (traqueotomía, SNG o gastrostomía, etc.). Si por las condiciones del paciente no se puede efectuar tratamiento con quimio y radioterapia, ni encarar el tratamiento quirúrgico, se indicará radioterapia normofraccionada (generalmente paliativa).

