

Artículo Original

Cáncer de amígdala palatina. Estudio clínico epidemiológico de 39 pacientes. Periodo 1994 - 2008

Cancer of palatine tonsil. Epidemiological clinical study of 39 patients. 1994-2008 period

Quiróz Cabrera JV.*

Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología – Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello / Hospital de Clínicas / FCM-UNA

RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo sobre las características clínicas y epidemiológicas y los resultados del tratamiento en 39 pacientes portadores de carcinoma de amígdala palatina atendidos desde 1994 al 2008 el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas FCM-UNA.

Coincidiendo con la literatura revisada el carcinoma epidermoide de la amígdala palatina fue la de mayor frecuencia en localización en la orofaringe constituyendo en un 40 % de los casos, entre los 40 y 75 años con, una media de 65 años, con gran predominio en varones (94,8%), y fuerte relación con el tabaquismo y el alcoholismo.

En este estudio todos los pacientes eran portadores de carcinoma epidermoide moderada y pobremente diferenciados. Uno solo de ellos tenía un 2º tumor primario, sincrónicos a la consulta.

La mayoría de ellos, 32 pacientes (82 %), fueron estadificados como EC: IV, siendo el pronóstico desalentador. De estos, solo 8 pacientes fueron operables, de ellos están vivos 2 sin tumor y 3 con tumor con Quimioterapia (QT) paliativa. 9 pacientes fueron a radioterapia (RXT) exclusiva, 2 están vivos y 7 han fallecido. Otros 9 pacientes recibieron tratamiento concurrente, solo 1 está vivo sin tumor, 8 fallecieron. 13 pacientes todos avanzados, recibieron tratamiento paliativo y ya han fallecido.

De las tres modalidades de tratamiento cirugía, radioterapia y quimioterapia, la combinación de cirugía mas radioterapia complementaria es la que presentó mejores resultados, pero, así como en la literatura, donde la sobrevida en algunos estudios no supera el 30 %, en nuestra casuística no superamos el 20 %.

Palabras clave: carcinoma, amígdala, palatina.

ABSTRACT

This is a descriptive and retrospective analysis of the clinical and epidemiologic characteristics and treatment results of 39 patients with tonsil cancer that attended the Otorhinolaryngology Service of the Hospital de Clínicas of the Faculty of Medicine of the National University of Asunción, Paraguay from 1994 to 2008. As in the revised bibliography, the epidermoid carcinoma of the palatine tonsil was the most frequent (40%) and located in the oropharynx. The patients were 40 to 75 five years old, with a mean of 65 years old, predominant among males (98.4) and with a strong relation with alcoholism and smoking. All patients had moderated and poorly differentiated epidermoid carcinoma. Only one of them had a synchronic second primary tumor. Most of the patients (82%; 32/39) were stratified as EC: IV being the prognosis discouraging. Only 8 of these patients were operable and 2 of these are alive without any tumor and three are with tumors and palliative chemotherapy (CH). Nine patients were subjected exclusively to radiotherapy, two are alive and seven passed away. Other nine patients received concurrent treatment, only 1 is alive without a tumor and the remaining eight died. Thirteen patients in advanced

Autor correspondiente: Prof. Dr. José V. Quiróz Cabrera

Cátedra de Otorrinolaringología. Facultad de Ciencias Médicas - UNA, Dr. Montero 658. Asunción – Paraguay / E-mail: itayoffe@hotmail.com

stage received palliative treatment and they all died. Of the three treatments modalities used (surgery, radiotherapy, chemotherapy), the combination of surgery and radiotherapy is the one which presented best results but survival rate did not surpass 20 as in bibliography that refers a value that did not surpass 30%.

Keywords: carcinoma, tonsil, palatine

INTRODUCCIÓN

La amígdala palatina es la localización más frecuente del cáncer de la orofaringe, representando alrededor del 40% de los casos. Presenta factores de riesgo bien conocidos, como el fumar y la ingesta de alcohol. Es un tumor que en general se presenta en estadios avanzados. La cirugía, la radioterapia y la quimioterapia son las armas terapéuticas que deben ser empleadas de acuerdo con el estado de avance de cada caso. Sin embargo los resultados en cuanto a la supervivencia tanto global como libre de enfermedad y la calidad de vida no son hasta el momento nada alentadores (1).

Del punto de vista histológico son carcinomas de células escamosas primarios que surgen de la mucosa bucal u orofaríngea. También existen otras variantes histológicas como el adenoescamoso, verrucoso, basaloides 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 (2).

La amígdala palatina es la localización más frecuente del carcinoma. Los tumores de la pared lateral son los más frecuentes (43,5%) seguidos de la pared anterior (37,5%) la pared superior (15,5%) y más raros los de la pared posterior (3,5%) (3).

Tiene una prevalencia mayor en hombres que en mujeres y mayor incidencia entre los estratos socioeconómicos medio y bajo (3).

Clínicamente pueden pasar desapercibidos durante mucho tiempo y debutar con un nódulo metastático en cuello de origen desconocido. Con el avance de la enfermedad aparece: dolor al tragar, otalgia refleja, disfagia y a veces trismo (4,5,6).

El diagnóstico diferencial a hacer es 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 de vez en cuando y hay que tener en cuenta.

El carcinoma espinocelular de las amígdalas suelen ser moderadamente o mal diferenciados (Grados histológicos II y III). Tienen un poder de invadir rápidamente regiones vecinas de la orofaringe. Esa 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 le confieren muy mal pronóstico (7,8,9).

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 irreseables de inicio.

2) Responden muy bien a la radioterapia, y a la combinación de radio y quimioterapia.

Esquemas de radioquimioterapia son actualmente llevados a cabo en casos avanzados, dejando la cirugía como tratamiento de rescate en caso de recaídas locoregionales (10-14). No todos los informes son buenos Muchos servicios abogan por la cirugía mas radioterapia en los estadios III y IV pero los resultados varían de un 30 a un 60 % en diferentes trabajos (9-11).

El pronóstico de estos tumores es malo y las respuestas completas con supervivencia a 5 años no pasa del 40 al 50% (15-19). A esto tenemos que sumar que al tratarse de pacientes fumadores y bebedores intensos en un 5 a 10% de los casos presentan un segundo primario, generalmente en pulmón.

El carcinoma de amígdala es un tumor relativamente frecuente entre los tumores epiteliales de la región de la Cabeza y el Cuello. En la casuística de tumores malignos atendidos en el Departamento de

Cabeza y Cuello de la Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas – UNA atendidos entre 1994 a 2008 correspondió al 6% de todos los tumores.

No existen trabajos nacionales que nos muestren los aspectos epidemiológicos y las características clínicas con que se presentan en Paraguay estos pacientes. Tampoco hay datos sobre los tratamientos realizados ni los resultados globales de los mismos.

El objetivo del presente trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes portadores de cáncer de amígdala que fueron atendidos en el Departamento de Cabeza y Cuello de la Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas – UNA, entre los años 1994 a 2008, en cuanto a los datos demográficos, hábitos viciosos y el tipo de tratamiento adquirido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, temporalmente retrospectivo de 47 historias de pacientes con carcinoma de amígdala atendidos en el Departamento de Cabeza y Cuello de la Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas, FCM – UNA en el periodo de Enero de 1994 a Diciembre 2008.

De las historias fueron excluidas 8 por no contar con los resultados del estudio de biopsias (historias incompletas), quedando para el análisis 39 historias.

Las variables estudiadas fueron demográficas: edad, sexo, medio: hábito tóxicos, el fumar y el etilismo: clínicas como: síntomas de presentación, topografía de la lesión, presencia de adenopatías, clasificación TNM, grado histológico de diferenciación y la Modalidad de tratamiento administrado: 1) Radioterapia, 2) Cirugía más radioterapia postoperatoria y 3) Radioterapia más quimioterapia, a) de Control y b) de Rescate.

Aspectos estadísticos

El investigador, en una búsqueda previa encontró 39 casos de historias de portadores de carcinomas de amígdala palatina, que es escasa como muestreo estadístico para estudios de tipo analítico, por lo tanto nos limitaremos a un estudio descriptivo con muestra fija con cálculo de proporciones y medias.

Este estudio podrá servir como estudio previo a otros prospectivos posteriores multiinstitucionales a fin de conseguir una muestra mayor de pacientes con el objeto de llenar los criterios de representatividad de la muestra y eliminar errores aleatorios.

RESULTADOS

Encontramos 47 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de carcinoma de amígdala palatina de las cuales 8 excluimos por no estar completas, quedando 39 para el análisis. La edad de nuestros pacientes fue de 42 a 74 años, con una mediana de 65 años. En relación al sexo se observó predominio de varones 37 (94,8%) con 2 mujeres solamente. En cuanto al estrato socioeconómico la gran mayoría pertenecía al medio rural: 24 pacientes (61,5 %), agricultores de profesión.

En la **Tabla 1** se muestra que en 70 % la odinofagia fue el síntoma más frecuente seguido por la disfagia, la ulceración y la otalgia refleja como signología principal.

La linfopatia metastática fue el signo más frecuente con un 49 %, seguido por el trismo, el adelgazamiento y la hemorragia.

En la **Tabla 2 y 3** se presentan los estadios clínicos basados en la clasificación TNM de la ACS (American Cancer Society) muestran un 82 % fueron avanzados en la consulta (ECIV).

Tabla 1: Cáncer de amígdala palatina. Síntomas y Signos más frecuentes.
Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. FCM – UNA
n= 39

Síntomas y signos	n	%
Disfagia	12	30
Odinofagia	27	70
Otalgia	6	15
Ulcera	13	33
Adenomegalia	19	49
Trismo	4	10
Hemorragia	1	2,5
Adelgazamiento	2	5

Tabla 2: Cáncer de amígdala palatina. Estadificación TNM.
Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. FCM – UNA
n= 39

	N0	N1	N2	N3	Total
T1	0	0	0	0	0
T2	4	1	1	1	7
T3	0	2	3	1	6
T4	2	4	12	9	26
Totales	6	7	16	11	39

Tabla 3: Cáncer de amígdala palatina. Estadíos clínicos.
Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. FCM – UNA
n= 39

Estadío	n	%
I	0	0
II	4	10
III	3	7
IV	32	82
Totales	39	100

En esta casuística no se presentó ningún paciente con enfermedad metastático a distancia. Si tuvimos en un caso un carcinoma de amígdala más un carcinoma nasofaríngeo como segundo primario sincrónico.

Histopatológicamente: 33 casos fueron carcinomas epidermoides grado II de diferenciación, 3 casos fueron indiferenciados, 2 linfoepiteliomas y uno de células basales.

Las pautas de tratamientos utilizadas fueron:

1. **Cirugía:** sola con resección local peroral.

Cirugía con resección local amplia y disección linfoganglionar uni y/o bilateral y reconstrucción con colgajos miocutáneos vecinos más **Radioterapia adyuvante** o complementaria

2. **Radioterapia exclusiva:** con acelerador lineal o bomba de cobalto aplicaciones de 2 gays por día por 5 días a la semana por 5 a 6 semanas; total 5000 a 6000 gays.

3. **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.

Las respuestas fueron las siguientes:

De 8 pacientes que fueron a cirugía más radioterapia, 3 recidivaron y fallecieron; 5 pacientes están vivos; 2 sin tumor (actualmente en seguimiento), 3 recidivaron e hicieron cirugía y quimioterapia (actualmente en seguimiento). De los 5 vivos: 2 eran ECII y 3 casos EC IV.

De 9 pacientes recibieron radioterapia exclusivamente, 2 pacientes E.C.: 2 están vivos en control, 7 fallecieron o se perdió el seguimiento.

9 pacientes recibieron tratamiento radioterápico más quimioterapia; 1 solo esta vivo fue T2 N2 M0.

13 pacientes recibieron solo tratamiento paliativo o abandonaron tratamiento (**Tabla 4**).

Tabla 4: Cáncer de amígdala palatina. Resultado global del tratamiento. Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. FCM – UNA n= 39

Estado de Pacientes		n	%
Vivos		8	20
	Post cirugía más RXT	5	
	Post RXT	2	
	Post QT más RXT concurrente	1	
Fallecidos		31	80
Totales		39	100

RXT: radioterapia

QT: quimioterapia

DISCUSIÓN

Analizando nuestra casuística vemos que la prevalencia y el comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de amígdala es el mismo en general al que encontramos en la literatura. Se presentan en mayores de 40 años con una media de 65 años, la gran mayoría en varones 91,8 %, de estrato socioeconómico bajo.

Los factores etiopatogénicos como el hábito de fumar y el alcoholismo juegan un papel preponderante en la historia de estos pacientes siendo fumadores 87 % y etilistas inveterados en un 70 % y asociados ambos factores en un 70 %.

En su gran mayoría llegan tardíos en la consulta con dolor, úlcera crónica y adenomegalia como principales síntomas y signos.

Estatificados en el 82 % de los casos como estadios clínicos: IV, en su gran mayoría son de extirpe histológica poco diferenciados (99 %), esto quiere decir de mal pronóstico.

No hay un consenso en la modalidad de tratamiento más adecuado a esta patología. Cada centro se adecua a sus condiciones y experiencia.

En los estadios tempranos, que son los menos, hay acuerdo que los resultados con RXT son tan buenos como con cirugía. En los avanzados hay centros que prefieren la RXT y la QT y otros la cirugía más radioterapia (23,24). Todos ellos muestran resultados de supervivencia de 30 al 60 %. Hicks y colaboradores aconsejan realizar vaciamiento linfoganglionar quirúrgico en todos los pacientes teniendo en cuenta que alrededor de 30 % tienen metástasis ganglionares ocultas (9).

Nuestros casos fueron en su mayoría avanzados. Los resultados obtenidos con el tratamiento radioterápico en el exclusivo y el combinado fueron desalentadores, habiendo obtenido los mejores

resultados con la cirugía más radioterapia adyuvante con 3 pacientes vivos sin enfermedad en actividad, 2 vivos con enfermedad quienes luego del rescate quirúrgico están en tratamiento con quimioterapia.

De 9 pacientes que fueron a RXT exclusiva, 2 pacientes, ambos EC: 2 están vivos, el resto 7 casos, fallecieron, evidentemente cuando mas temprano se presentan mejor los resultados terapéuticos.

De otros 9 pacientes que fueron a tratamiento concurrente con RXT + QT, 1 solo en EC: T2 N2 M0, EC: IV esta vivo.

El resto, 13 fueron pacientes que solo hicieron RXT. Algunos completaron, otros no terminaron el tratamiento radiante propuesto y otros desaparecieron del control. Es de hacer notar, que la RXT no se hace en nuestro hospital. Para ello debemos recurrir a otros centros privados donde si bien se hace a precio rebajado, muchos pacientes no pueden costearlos y se entregan a la inexorable evolución de su dolencia.

Por estas condiciones, nuestra política es operar en todos los estadios, la radioterapia exclusiva en los tempranos, adyuvante en casi todos los quirúrgicos y concurrente o combinada con quimioterapia en los irresecables e inoperables.

El cáncer de amígdala es la localización mas frecuente del carcinoma oro faríngeo que ocupa el 2º lugar después del carcinoma de laringe en nuestro servicio.

Lidiamos con una enfermedad en estadio avanzado desde la primera consulta y una dificultad socio económica de infraestructura que nos hace impotentes ante este mal.

En muchos informes los resultados de sobrevivida no superan el 30%, los peores, y algunos alcanzan el 60 %, los más optimistas. El nuestro fue solo del 20%.

La cirugía más radioterapia adyuvante es para muchos la combinación que mejor resultados obtiene.

La radioterapia juega un papel importante pero para nosotros es un tratamiento muy difícil completar en nuestros pacientes, al no contar con el mismo en nuestro servicio.

Estamos en conversación con otros servicios como el del Instituto de Previsión Social y el Instituto Nacional del Cáncer que poseen los aparatos de RXT con quienes podemos trabajar conjuntamente y sumar nuestros pacientes, a fin de elaborar planes de trabajos de investigación prospectivos con esquemas de tratamientos combinados acordes con el tipo de pacientes que tenemos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UICC. TNM clasificación Of. malignante tumors. Berlin: Springer- Verlag; 1987: 1-22
2. AJCC. Manual for staging of cancer (3ª.ed.). Philadelphia: JB Lippincott Co; 1988: 33-35
3. Norussis MJ. SPSS Advanced statistics 6.1. Chicago: SPSS Inc, 1994
4. González MJ, Pérez M, Poch J. Estudio retrospectivo del cáncer de región amigdalina. Acta Otorrinolaring Esp 1997; 48: 461-466
5. Al Abdulwhed S, Kudryk W, al Rajhi N, Hanson J, Jenkins H, Gaedke H, Jha N. Carcinoma of the tonsil: prognostic factors. J Otolaryngol 1997; 26: 296-299
6. Mak Kregar S, Hilgers FJ, Levendag PC, Manni JJ, Lubsen H, Roodenburg JL, van der Beek JM, van der Meij AG. A nationwide study of the epidemiology, treatment an survival of oropharyngeal carcinoma in The Netherlands. Eur Arch Otorhinolaryngol 1995; 252: 133-138
7. Foote RL, Thompson WM, Buskirk SJ, Olsen KD, Stanley RJ, Kunselman SJ, Schaid DJ, Grill JP. Tonsil cancer. Patterns of failure after surgery alone and surgery combined with postoperative radiation therapy. Cancer 1994; 73: 2638-2647
8. Wang MB, Kuber N, Kerner MM, Lee SP, Juilliard GF, Abemayor E. Tonsillar carcinoma: analysis of treatment results. J Otolaryngol 1998; 27: 263-269
9. Hicks WL, Kuriakose MA, Loree TR, Orner JB, Schwartz G, Mullins A, Donaldson C, Winston JM, Bakamjian VY. Surgery versus radiation therapy as single-modality treatment of tonsillar fossa

- carcinoma: the Roswell Park Cancer Institute experience (1971-1991). *Laryngoscope* 1998; 108: 1014-1019
10. Pérez CA, Patel MM, Chao KS, Simpson JR, Sessions D, Spector GJ, Haughey B, Lockett MA. Carcinoma of the tonsillar fossa: prognostic factors and long-term therapy outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 42: 1077-1084
 11. Fein DA, Lee WR, Amos WR, Hinerman RW, Parsons JT, Mendenha WM, Stringer SP, Cassisi NJ, Million RR. Oropharyngeal carcinoma treated with radiotherapy: a 30-year experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996; 34: 289-296
 12. Foote RL, Hilgenfeld RU, Kunselman SJ, Schaid DJ, Buskirk SJ, Grado GL, Earle JD. Radiation therapy for squamous cell carcinoma of the tonsil. *Mayo Clin Proc* 1994; 69: 525-531
 13. Di Marco A, Rizzotti A, Grandinetti A, Camprostrini F, Palazzi M, Garusi G. External radiotherapy in the treatment of tonsillar carcinomas. Analysis of 183 cases. *Tumori* 1990; 76: 244-249
 14. Gwozdz JT, Morrison WH, Garden AS, Weber RS, Peters LJ, Ang KK. Concomitant boost radiotherapy for squamous carcinoma of the tonsillar fossa. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; 39: 127-135
 15. Hoffstetter S, Marchal C, Peiffert D, Luporsi E, Lapeyre M, Pernot M, Bey P. Treatment duration as a prognostic factor for local control and survival in epidermoid carcinomas of the tonsillar region treated by combined external beam irradiation and brachytherapy. *Radiother Oncol* 1997; 45: 141-148
 16. Mak Kregar S, Hilgers FJ, Levendag PC, Manni JJ, Hart AA, Visser O, Knegt PP, Marres HA, Ten Broek FW, Burlage FR, Van der Beek JM. Disease-specific survival and locoregional control in tonsillar carcinoma. *Clin Otolaryngol* 1996; 21: 550-556
 17. Pérez CA, Carmichael T, Devineni VR, Simpson JR, Frederickson J, Sessions D, Spector G, Fineberg B. Carcinoma of the tonsillar fossa: a nonrandomized comparison of irradiation alone or combined with surgery: long-term results. *Head Neck* 1991; 13: 282-290
 18. Kajanti MJ, Mäntylä MM. Squamous cell carcinoma of the tonsillar region. A retrospective analysis of treatment results. *Acta Oncol* 1991; 30: 629-633
 19. Ariyan S. Further experience with the pectoralis major myocutaneous flap for the immediate repair of defects from excisions of head and neck cancers. *Plast Reconstr Surg* 1979; 64: 605-612
 20. Pikani J, Ulla A, Tuulik E. Clinical evaluation of the pectoralis major flap for reconstruction in head and neck cancer. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1994; 28: 217-223
 21. Belli E, Cicconetti A. Indicazioni alla ricostruzione del cavo orale mediante lembo pedunculizzato di muscolo grande pettorale. *Minerva Stomatol* 1994; 43: 155-165
 22. Mak Kregar S, Hilgers FJ, Baris G, Schouwenburg PF, Hart GA. Carcinoma of the tonsillar region: comparison of two staging systems and analysis of prognostic factors. *Laryngoscope* 1990; 100: 634-638
 23. Kajanti MJ, Holsti LR, Mäntylä MM. Postoperative radiotherapy of squamous cell carcinoma of the tonsil. Factors influencing survival and time to recurrence. *Acta Oncol* 1992; 31: 49-52
 24. Oliver RJ, Clarkson JE, Conway DI, Glenny A, Macluskey M, Pavitt S, Sloan P, The CSROC Expert Panel, Worthington HV. Intervenciones para el tratamiento del cáncer bucal y orofaríngeo: tratamiento quirúrgico (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

