

Cáncer orofaríngeo

Fecha de la última revisión: **20/07/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [Factores de riesgo del cáncer orofaríngeo](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [Cuidados postoperatorios en consulta de atención primaria](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El cáncer de la cavidad oral y orofaringe se incluye en el grupo de cáncer de cabeza y cuello (6º cáncer más frecuente) y cada año en el mundo se diagnostican 650.000 nuevos casos y se producen 350.000 muertes. Ambas localizaciones suponen el 30% de los cánceres de cabeza y cuello (la cavidad oral -excluyendo el labio- el 14%) y el 3% de las neoplasias malignas diagnosticadas en EE.UU. (Swiecicki PL, 2016; Neville BW, 2002; Casiglia J, 2001). La incidencia del cáncer oral aumentó drásticamente durante el siglo XX, tanto en Europa como en EE.UU., especialmente en individuos de menos de 60 años y en los últimos años ha disminuido a nivel mundial debido a una disminución del consumo de tabaco. Sin embargo, la incidencia del cáncer de orofaringe ha aumentado durante los últimos 20 años, concomitantemente a un aumento en la incidencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) (Mehanna H, 2016).

Según las regiones anatómicas afectadas el cáncer oral se divide en tres categorías: carcinoma de la cavidad oral propiamente dicho, carcinoma del bermellón labial (figura 1) y carcinoma orofaríngeo. Las localizaciones dentro de la cavidad oral son: lengua, suelo de boca, encía mandibular y maxilar, trigono retromolar (región gingival situada detrás del último molar mandibular), vestíbulos superior e inferior, mucosa yugal y paladar duro (figuras 2, 3, 4, 5, 6 y 7). A su vez, la orofaringe la componen: base de lengua, paladar blando, amígdala palatina y pared posterior faríngea (figuras 8 y 9).

Más del 90% son carcinomas epidermoides, y las localizaciones más frecuente son la lengua y el suelo de la boca. Son más frecuentes en varones, en los sectores más desfavorecidos de la población y afecta típicamente a las edades avanzadas. Se trata de una enfermedad con mal pronóstico en estadios avanzados, de ahí la importancia del diagnóstico precoz (Rivera C, 2015; Sciubba JJ, 2001).



Figura 1
Carcinoma epidermoide de bermellón labial



Figura 2
Carcinoma epidermoide de lengua



Figura 3

Carcinoma epidermoide de suelo de boca



Figura 4

Carcinoma epidermoide de encía mandibular



Figura 5

Carcinoma epidermoide de encía maxilar



Figura 6

Carcinoma epidermoide de trigono retromolar



Figura 7

Carcinoma epidermoide paladar duro



Figura 8

Carcinoma epidermoide de paladar blando y amígdala



Figura 9
Carcinoma epidermoide de úvula

Factores de riesgo del cáncer orofaríngeo

La etiología es multifactorial, participando factores genéticos, agentes físicos, químicos y virales. El alcohol y el tabaco constituyen con gran diferencia los dos principales factores de riesgo y la gran mayoría de los pacientes diagnosticados (más del 90%) son fumadores o bebedores; ambos hábitos tienen un efecto multiplicador del riesgo de desarrollar la enfermedad (Rivera C, 2015; Sciubba JJ, 2001), 38 veces más alto en fumadores y bebedores severos que en personas que ni fuman ni beben, por lo que el consejo médico para el abandono del hábito tabáquico resulta imprescindible como medida de prevención del cáncer de cabeza y cuello en general.

La mala higiene oral es otro factor etiológico, debido a la irritación crónica de la mucosa y además provoca que los carcinogénicos permanezcan más tiempo en la cavidad oral. El roce con dientes en mal estado o prótesis mal ajustadas también provocan lesiones crónicas, que es un factor de riesgo para la malignización.

La infección por virus del papiloma humano (VPH), sobre todo el VPH 16, y en menor medida el VPH 18, parecen tener un importante papel en la carcinogénesis del carcinoma de células escamosas de orofaringe (Swiecicki PL, 2016; Sciubba JJ, 2001; Hansson BG, 2005; Furrel VE, 2006). La seropositividad para el VPH 16 confiere entre el doble y el triple de riesgo de padecer cáncer oral. Se relaciona al VPH con el aumento de la incidencia de este tipo de cáncer en los países desarrollados, especialmente en pacientes jóvenes no expuestos a los factores de riesgo clásicos (alcohol y tabaco). Todavía no está clara la vía de transmisión y la efectividad de la vacuna del VPH para prevenir el cáncer orofaríngeo (Testi D, 2015; Kim L, 2010; Marklund L, 2011; Campisi G, 2009). Hay estudios recientes que concluyen que los cánceres orofaríngeos VPH positivos tienen una supervivencia mayor a los 3 años que los VPH negativos (Ang KK, 2010).

Otros factores de riesgo con menos evidencia demostrada son algunas deficiencias alimentarias, un estatus socioeconómico bajo y la inmunosupresión.

¿Cómo se diagnostica?

En los últimos años se ha producido una mejora en los procedimientos quirúrgicos, pero no se ha acompañado de un aumento de la supervivencia (Rivera C, 2015; Mehrotra R, 2011). El factor pronóstico más importante es el estadio tumoral en el momento del diagnóstico (Jing J, 2006), especialmente la afectación ganglionar, de ahí la importancia del diagnóstico precoz, que habitualmente se realiza en atención primaria.

A pesar de que está ampliamente aceptado que el diagnóstico precoz mejora el pronóstico, no existen estudios que evidencien la eficacia del screening rutinario para el cáncer oral en la población asintomática (Van der Waal I, 2013; Cohan DM, 2009). Debido a que el 85% de la cavidad oral es fácilmente visible mediante una sencilla exploración, debe de realizarse el screening de la población de alto riesgo con el fin de conseguir un diagnóstico precoz y disminuir la morbi-mortalidad asociada (Brocklehurst P, 2013; Casiglia J, 2001; Horowitz AM, 1996; Kademani D, 2005).

El diagnóstico inicial de carcinoma epidermoide oral es fundamentalmente clínico, mediante inspección y palpación de la lesión; es importante explorar toda la superficie de la mucosa, con luz frontal, y explorando manualmente, la parte posterior de la lengua, el pliegue glosoamigdalino y la celda amigdalina; a continuación, realizaremos una exploración cervical mediante palpación bimanual, buscando nódulos cervicales.

La principal sospecha de un cáncer orofaríngeo en una consulta de atención primaria se produce cuando un sujeto de riesgo (varón de 45-65 años, fumador y/o bebedor) presenta una úlcera con más de 10 días de evolución que no remite (figuras 3, 4 y 10). Debe remitirse de manera preferente a consulta de cirugía oral y maxilofacial, con el fin de completar las pruebas y tomar una biopsia de la lesión. Los pacientes así remitidos deberían ser valorados en menos de dos semanas (Scottish Intercollegiate Guide Network, 2006).

Por otra parte, hay otra serie de síntomas que no deben pasar desapercibidos (Sciubba JJ, 2001; Scottish Intercollegiate Guide Network, 2006):

- Dificultad para mover la lengua (para tragar o hablar).
- Aparición de una tumoración cervical (adenopatía), sobre todo en niveles I (submandibular) y II (yugulodigátrica) (figura 10).
- Lesiones blancas de la cavidad oral de larga evolución, y sobre todo rojas. En las lesiones melánicas debe de descartarse un melanoma intraoral (figura 11).
- Tumoración intraoral: en mucosa yugal, encías, paladar, mandíbula (figura 12).
- Heridas intraorales que no curan. Frecuentemente se deben al roce con los dientes o la prótesis, y pueden malignizarse.
- Dolor (disfagia, odinofagia, en ocasiones referido al oído).
- Movilidad dental de causa desconocida.



Figura 10

Metástasis cervical como forma de presentación de un carcinoma epidermoide oral



Figura 11

Melanoma intraoral



Figura 12

Tumoración mandibular como forma de presentación de un carcinoma epidermoide intraoral

Cuidados postoperatorios en consulta de atención primaria

El tratamiento habitual es principalmente quirúrgico, con o sin radioterapia postoperatoria. En ocasiones se administra quimioterapia de inducción (antes de la cirugía) o adyuvante (tras la cirugía). Los tratamientos de quimio-radioterapia exclusiva se reservan para casos no quirúrgicos y en tumores localizados en base de lengua con un fin de órgano-preservación (Cohan DM, 2009). La cirugía ha de seguir criterios de radicalidad oncológica, conservando la máxima funcionalidad (con especial hincapié en la masticación) y con las mínimas secuelas estéticas posibles. La aplicación de técnicas como la biopsia del ganglio centinela y la reconstrucción microquirúrgica está permitiendo disminuir la morbilidad (Scottish Intercollegiate Guide Network, 2006; Payoux P, 2005; Civantos FJ, 2006).

Tras el alta hospitalaria, el paciente debe ser seguido ambulatoriamente tanto por el servicio de cirugía oral y maxilofacial como por su médico de atención primaria. Con frecuencia serán necesarios determinados cuidados específicos, que deben ser reflejados en su informe de alta hospitalaria.

- Heridas quirúrgicas: además de las localizadas en la cavidad oral (donde las estrictas medidas higiénicas son fundamentales) y el cuello (es muy frecuente realizar disección cervical ganglionar), las heridas derivadas de la cirugía reconstructiva realizada, donde se toman tejidos autólogos de otras zonas de cuerpo para reparar los defectos de cabeza y cuello (región pectoral, pierna, abdomen, muslo, antebrazo, etc.), pueden requerir curas diarias en su centro de salud. Como norma general se busca tener las heridas limpias y secas, utilizando suero, agua oxigenada o povidona yodada.
- La sonda nasogástrica de alimentación o gastrostomía se mantiene mientras las heridas intraorales no han cicatrizado totalmente o el paciente no recupere su capacidad deglutoria. El paciente debe de estar habituado a su manejo y su higiene para evitar obstrucciones.
- Cánula de traqueostomía: puede ser necesario su uso de manera transitoria o definitiva. El paciente debe estar entrenado en su cambio e higienización.
- Efectos secundarios de la radioterapia: son muy diversos, desde mucositis o radiodermatitis, a osteoradionecrosis (a largo plazo).
- Estado general del paciente: con frecuencia este tipo de pacientes son grandes fumadores y/o bebedores con patología sistémica de base (lo que influye en el índice de complicaciones) (McGurk MG, 2007). Debe cuidarse su estado nutricional y aconsejarse el total abandono de hábitos tóxicos (Scottish Intercollegiate Guide Network, 2006). Es conveniente también tener presente los frecuentes estados de depresión y estrés en los que se encuentran estos pacientes (Aarstad HJ, 2005).
- Teniendo en cuenta que el 75% de las recidivas tienen lugar en el primer año tras la cirugía, es en ese período en el que el seguimiento del paciente debe ser más estrecho, tanto por parte de su cirujano maxilofacial como por su médico de atención primaria.

Bibliografía

- Aarstad HJ, Aarstad AK, Heimdal JH, Olofson J. Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. Acta Otolaryngol. 2005;125(5):557-65. PubMed [PMID: 16092551](#)
- Ang KK, Harris J, Wheeler R, Weber R, Rosenthal DI, Nguyen-Tan PF, et al. Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. N Engl J Med. 2010;363:24-35. PubMed [PMID: 20530316](#). [Texto completo](#)

- Brocklehurst P, Kujan O, O'Malley LA, Ogden G, Shepherd S, Glenny AM. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(11):CD004150. PubMed [PMID: 24254989](#). [Texto completo](#)
- Campisi G, Giovannelli L. Controversies surrounding human papilloma virus infection, head & neck vs oral cancer, implications for prophylaxis and treatment. Head Neck Oncol. 2009;30(1):8. PubMed [PMID: 19331691](#). [Texto completo](#)
- Casiglia J, Woo SB. A comprehensive review of oral cancer. Gen Dent. 2001;49(1):72-82. PubMed [PMID: 12004680](#)
- Civantos FJ, Moffat FL, Goodwin WJ. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for 106 head and neck lesions: contrast between oral cavity and cutaneous malignancy. Laryngoscope. 2006;112 (3Pt 2 Suppl 109):1-15. PubMed [PMID: 16540925](#)
- Cohan DM, Popat S, Kaplan SE, Rigual N, Loree T, Hicks WL Jr. Oropharyngeal cancer: current understanding and management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;17(2):88-94. PubMed [PMID: 19373958](#)
- Furrel VE, Benitez MB, Furnes M, Lanfranchi HE, Modesti NM. Biopsy vs superficial scraping: detection of human papillomavirus 6, 11, 16 and 18 in potentially malignant and malignant lesions. J Oral Pathol Med. 2006;35(6):338-44. PubMed [PMID: 16762014](#)
- Hansson BG, Rosenquist K, Antonsson A, Wennerberg J, Schildt EB, Bladström A, et al. Strong association between infection with human papillomavirus and oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based case-control study in southern Sweden. Acta Otolaryngol. 2005;125(12):1337-44. PubMed [PMID: 16303684](#)
- Horowitz AM, Goodman HS, Yellowitz JA, Nourjan PA. The need for health promotion in oral cancer prevention and early detection. J Public Health Dent. 1996;56(6):319-30. PubMed [PMID: 9089527](#)
- Jing J, Li L, He W, Sun G. Prognostic predictors of squamous cell carcinoma of the buccal mucosa with negative surgical margins. Oral Maxillofac Surg. 2006;64(6):896-91. PubMed [PMID: 16713803](#)
- Kademani D, Bell RB, Bagheri S, Holmgren E, Dierks E, Potter B, et al. Prognostic factors in intraoral squamous cell carcinoma: the influence of histologic grade. J Oral Maxillofac Surg. 2005;63(11):1599-605. PubMed [PMID: 16243176](#)
- Kim L, King T, Agulnik M. Head and neck cancer: changing epidemiology and public health implications. Oncology (Williston Park). 2010;24(10):915-9, 924. PubMed [PMID: 21138172](#). [Texto completo](#)
- Marklund L, Hammarstedt L. Impact of HPV in Oropharyngeal Cancer. J Oncol. 2011;2011:509036. PubMed [PMID: 21234307](#). [Texto completo](#)
- McGurk MG, Fan KF, Macbean AD, Putcha V. Complications encountered in a prospective series of 182 patients treated surgically for mouth cancer. Oral Oncol. 2007;43(5):471-6. PubMed [PMID: 16979929](#)
- Mehanna H, Evans M, Beasley M, Chatterjee S, Dilkes M, Homer J, et al. Oropharyngeal cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol. 2016;130(Suppl 2):S90-6. PubMed [PMID: 27841123](#). [Texto completo](#)
- Mehrotra R, Gupta DK. Exciting new advances in oral cancer diagnosis: avenues to early detection. Head Neck Oncol. 2011;3:33. PubMed [PMID: 21798030](#). [Texto completo](#)
- Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin. 2002;52(4):195-215. PubMed [PMID: 12139232](#). [Texto completo](#)
- Payoux P, Dekeister C, Lopez R, Lauwers F, Esquerré JP, Paoli JR. Effectiveness of lymphoscintigraphic sentinel node detection for cervical staging of patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. J Oral Maxillofac Surg. 2005;63(8):1091-5. PubMed [PMID: 16094574](#)
- Rivera C. Essentials of oral cancer. Int J Clin Exp Pathol. 2015;8(9):11884-94. PubMed [PMID: 26617944](#). [Texto completo](#)
- Sciubba JJ. Oral cancer. The importance of early diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol. 2001;2(4):239-51. PubMed [PMID: 11705251](#)
- Scottish Intercollegiate Guide Network (SIGN). Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline. October 2006. [Texto completo](#)
- Swiecicki PL, Malloy KM, Worden FP. Advanced oropharyngeal squamous cell carcinoma: Pathogenesis, treatment, and novel therapeutic approaches. World J Clin Oncol. 2016;7(1):15-26. PubMed [PMID: 26862488](#). [Texto completo](#)
- Testi D, Nardone M, Melone P, Cardelli P, Ottria L, Arcuri C. HPV and oral lesions: preventive possibilities, vaccines and early diagnosis of malignant lesions. Oral Implant (Rome). 2015;8(2-3):45-51. PubMed [PMID: 27555904](#). [Texto completo](#)
- US Preventive Service Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. [Texto completo](#)
- Van der Waal I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. Med Oral, Patol Oral Cir Bucal. 2013;18(1):e33-7. PubMed [PMID: 23229266](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Chi AC, Day TA, Neville BW. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma--an update. CA Cancer J Clin. 2015 Sep-Oct;65(5):401-21. PubMed [PMID: 26215712](#)
- Huber MA, Tantiwongkosi B. Oral and oropharyngeal cancer. Med Clin North Am. 2014 Nov;98(6):1299-321. PubMed [PMID: 25443678](#)
- Kerawala C, Roques T, Jeannon JP, Bisase B. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol. 2016 May;130(S2):S83-S89. PubMed [PMID: 27841120](#)
- Scottish Intercollegiate Guide Network (SIGN). Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline. October 2006. [Texto completo](#)

Autores

▪ Ramón Luaces Rey	Médico Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial
▪ Inés Vázquez Mahía	Médico Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial
▪ Francisco Gálvez Prieto	Médico Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial
▪ José Luis López-Cedrún	Médico Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

