

Orte C*

Roque L*

Benitez PE*

De Miguel F**

Terré R**

Martinez J***

Bernat A*

*Servicio de ORL de Hospital de Barbastro (Huesca)

**Servicio ORL Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

***Servicio de Oncología Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Alternativas terapéuticas en cáncer de laringe irresecable

Alternative treatment in unresectable larynx cancer

RESUMEN

Los distintos tratamientos de los tumores de laringe localmente avanzados consisten en quimioradioterapia concomitante, quimioterapia de inducción seguida de quimioradioterapia concomitante, cirugía o cirugía más quimioradioterapia o radioterapia sólo.

Cuando todos estos tratamientos fracasan, y la enfermedad progresa, se tratará al paciente con quimioterapia paliativa o simplemente con cuidados paliativos.

Desde hace unos años, la inmunoterapia se está utilizando tanto en el tratamiento de quimioterapia concomitante con radioterapia y en la quimioterapia paliativa con resultados sorprendentes.

PALABRAS CLAVE:

Cáncer de laringe avanzado, inmunoterapia, supervivencia, tumor recurrente.

SUMMARY

The different treatments in locoregionally advanced larynx cancer consist on concurrent chemoradiotherapy, induction chemotherapy followed by concurrent chemo-radiotherapy, surgery or surgery plus concurrent chemoradiotherapy or radiotherapy alone.

When every treatment fails and the disease progresses, the patient will be treated by palliative chemotherapy or only by palliative care.

Immunotherapy is being used not only in concurrent chemoradiotherapy but also in palliative chemotherapy with amazing results.

KEY WORDS:

Advanced larynx cancer, immunotherapy, survival, recurrent tumour.

Introducción

Varón de 57 años que aqueja desde hace 6 meses una odinofagia progresiva. Se trata de un paciente sin antecedentes patológicos de interés y cuyo único hábito tóxico es el tabaco, fumando 40 cigarrillos al día.

Exploración

En la exploración fibroscópica, se evidencia una tumoración supraglótica derecha que sobrepasa la línea media y afecta a: borde libre y cara laríngea de epiglotis, repliegue aritenopiglótico, aritenoides y seno piriforme derechos. La cuerda vocal derecha se encuentra libre pero paralizada.

Priebas complementarias

En el TAC cervical, se confirmaba la lesión y se apreciaba también una adenopatía cervical sospechosa en nivel 3 menor de 2 cm. (Fig. 1).



Figura 1

Diagnóstico

Tras la realización de una microcirugía endolaringea para toma de biopsia en Marzo de 2012, el paciente fue diagnosticado de un carcinoma escamoso poco diferenciado.

Nos encontramos ante un cáncer supraglótico en estadio III (T3 N1).

Tratamiento

Tras presentar al paciente en un Comité multidisciplinar de Cabeza y cuello, se decide poner en marcha el protocolo de preservación de órgano. Se administran 3 ciclos de Quimioterapia de inducción de cisplatino, docetaxel y fluoracilo.

En el control, tras la Quimioterapia de inducción, se observó una pobre respuesta al tratamiento.

Se decide entonces, la realización de laringectomía total con doble vaciamiento funcional en Junio 2012. En la pieza quirúrgica aparece el siguiente resultado: los bordes quirúrgicos de la laringe están libres de tumor, en el lado izquierdo no aparece ningún ganglio afectado y en el lado derecho aparece 1 ganglio afectado de 38 aislados con extensión a tejido periganglionar.

Como complicación postquirúrgica, el paciente hace una fístula faringocutánea.

Evolución

En TAC de control en Octubre de 2012, se demuestra una recidiva tumoral de 35x45mm necrosada con realce periférico en base de lengua y suelo de boca (Fig. 2). Además, existe un nódulo pulmonar en segmento basal posterior del lóbulo inferior izquierdo sugestivo de cáncer

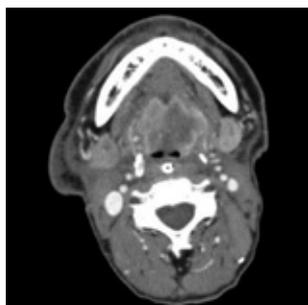


Figura 2

broncogénico primario con pequeños nódulos bilaterales de aspecto metastásicos. Todas las lesiones son hipercaptantes en el PET.

Dado que el paciente es considerado terminal, no se realizó biopsia de la lesión pulmonar dominante.

Se procede a la administración de quimioterapia paliativa con el esquema ERBITAX (paclitaxel + cetuximab) con 9 ciclos (un ciclo semanal) desde Noviembre de 2012 a Enero de 2013.

En el TAC cervical, se evidencia una regresión total de la masa sin haber afectación tumoral ni adenopatías (Fig. 3) y disminución importante de la masa pulmonar.

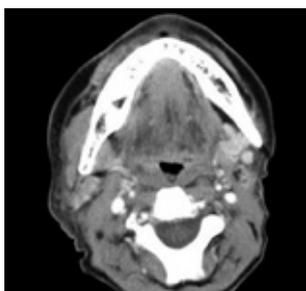


Figura 3

Se continúa con cetuximab semanal de mantenimiento.

Dado que el paciente se encuentra en remisión completa y continua con el faringostoma se decide realizar su cierre con colgajo pectoral izquierdo en Junio 2013. La cirugía resultó un éxito y el enfermo llegó a engordar más de 10 kilos de peso posteriormente.

Con el paso de los meses, la masa pulmonar desaparece persistiendo de forma estable los micronódulos bilaterales de aspecto sospechoso.

Se vuelve a intervenir en Mayo de 2015 al paciente para la colocación de una prótesis fonatoria.

En Julio de 2015, se produce una recidiva local de 17x18x9mm a nivel del traqueostoma en la pared posterior traqueal afectando al cartílago cricoides.

Se comienza de nuevo con tratamiento quimioterápico esquema ERBITAX, que produjo la desaparición de la lesión.

Actualmente, el paciente sigue con este tratamiento, en remisión completa y con una buena calidad de vida.

Discusión

Nos encontramos con un tumor de laringe localmente avanzado recidivado inoperable y un tumor de pulmón primario metastásico sincrónico.

Dada la respuesta al tratamiento del tumor pulmonar y no por la imagen radiológica, cabría la posibilidad de que todas las masas pulmonares fueran metástasis del tumor de laringe.

Se consideró, en primera instancia, un tumor broncogénico primario por su morfología espiculada, diferente al resto de los nódulos bilaterales.

En ambos supuestos, el pronóstico de este tipo de pacientes es infausto con una supervivencia esperada menor a un año¹.

Además hay que reseñar que el tumor supraglótico inicial fue resistente al tratamiento con Quimioterapia de inducción y, en cambio, ha tenido una respuesta excelente al cetuximab.

Esta respuesta es excepcional y se desconocen los factores influyentes en la misma. Esto nos hace a caer en la cuenta sobre todo lo que se desconoce a nivel de biología molecular en este tipo de tumores. Es el futuro tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de este tipo de cáncer².

Por ello, se han creado nuevas líneas de investigación alternativas a la quimioterapia. Entre ellas se encuentra el cetuximab, un inhibidor del EGFR. Está siendo ampliamente estudiado en diversos ensayos clínicos y en diferentes modalidades, no sólo en tumores de cabeza y cuello, sino también, por ejemplo, en colon.

Existe un estudio en fase II, aleatorizado, registrado en 2010, para valorar la eficacia de paclitaxel en monoterapia versus paclitaxel + cetuximab (ERBITAX) en pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello recurrente y/o metastásico que han progresado a una primera línea de quimioterapia tipo EXTREME (Estudio EXTAX).

Nuestro paciente no forma parte de dicho estudio

Los tratamientos anti-diana y la inmunoterapia prometen pero aún son experimentales. Dado el mal pronóstico de estos pacientes, los ensayos clínicos innovadores son una buena opción y merecen ser apoyados³.

Gracias en parte a la buena combinación multidisciplinar, un paciente terminal ha conseguido una supervivencia muy superior a la esperada y con muy buena calidad de vida.

Bibliografía

1. Jayaprakash V, Cheng C, Reid M, Dexter EU, Nwogu CE, Hicks W, Sullivan M, Demmy TL, Yendamuri S. Previous head and neck cancers portend poor prognoses in lung cancer patients. *Ann Thorac Surg*. 2011 Sep;92(3):1056-60
2. Elsheikh MN, Rinaldo A, Hamakawa H, Mahfouz ME, Rodrigo JP, Brennan J, Devaney KO, Grandis JR, Ferlito A. Importance of molecular analysis in detecting cervical lymph node metastasis in head and neck squamous cell carcinoma. *Head Neck*. 2006 Sep;28(9):842-9.
3. Dimitrios Colevas A. Systemic Therapy for Metastatic or Recurrent Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015 May;13(5):e37-48

Correspondencia

María del Carmen Orte Aldea
Paseo Sagasta, 23 - 8º A
50008 Zaragoza
E-mail: carmenorte@gmail.com