



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POST GRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL



**ROL DE LA QUIMIOTERAPIA
RADIOSENSIBILIZANTE EN
CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
Y CÁNCER DE CERVIX**

TRABAJO FINAL DE GRADO

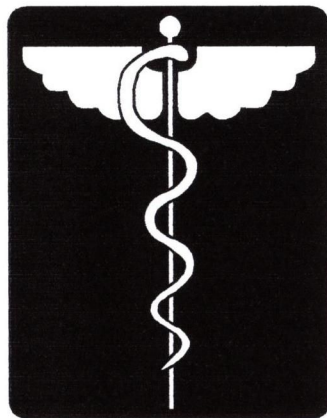
AUTOR : Dr. Omar Angulo Taborga
Residente de Tercer Año Oncología
(INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL - C.P.S.)

TUTOR : Dr. Rolando Peñaranda Rojas

JEFE DE ENSEÑANZA : Dr. Gonzalo Rojas del Pozo

Cochabamba febrero del 2005

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POST GRADO Y EDUCACION CONTINUA
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL



**ROL DE LA QUIMIOTERAPIA
RADIOSENSIBILIZANTE EN
CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
Y CÁNCER DE CERVIX**

AUTOR: Dr. Omar Angulo Taborga.

Residente de Tercer Año Oncología

(INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL – C.P.S.)

TUTOR: Dr. Rolando Peñaranda Rojas

JEFE DE ENSEÑANZA: Dr. Gonzalo Rojas del Pozo

Cochabamba febrero del 2005

ROL DE LA QUIMIOTERAPIA RADIOSENSIBILIZANTE EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO Y CÁNCER DE CERVIX

AUTOR: Dr. Omar Angulo Taborga.

Residente de Tercer Año Oncología

(INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL – C.P.S.)

TUTOR: Dr. Rolando Peñaranda Rojas

JEFE DE ENSEÑANZA: Dr. Gonzalo Rojas del Pozo

RESUMEN

El cáncer de cabeza y cuello (C y C) ocupa el sexto lugar en prevalencia mundial, en Estados Unidos apenas constituye el 4 % de todas las neoplasias malignas, pero otros reportes epidemiológicos le dan una mayor incidencia en otras regiones, en Bolivia no existe un registro de datos de incidencia y prevalencia y mal podríamos dar un dato sobre ésta.

El cáncer de cérvix, patología oncológica que en Bolivia se considera la de mayor frecuencia en mujeres (en La Paz y El Alto con una tasa de incidencia y morbilidad de 151.4/100.00 habitantes entre 35 y 64 años entre (1988-92)

El tratamiento de estas dos enfermedades es bastante complejo, dependiendo del estadio, quisimos tomar dos grupos de pacientes para observar resultados de la Radioterapia (RT) sola, comparado con Radioterapia más Quimioterapia

Radiosensibilizante (RT + QT RS); tomamos dos patologías en la que se utiliza con frecuencia la radiosensibilización, cáncer de cabeza y cuello y cáncer de cérvix.

En Cabeza y Cuello 16 pacientes (57,2 %) realizaron QT RS durante su tratamiento y un 42,8 % realizo solo radioterapia.

La respuesta al tratamiento es mayor en el grupo de QT RS comparado con el grupo de RT sola con 43,75% de respuesta completa Vs 25,0% respectivamente, la respuesta parcial observada en el grupo de QT RS es de 56,25 % Vs 50 % en el grupo de RT sola.

La toxicidad es mayor en el grupo que recibió QT RS vemos que en este grupo la mucositis en su mayoría es grado III, mientras que en RT sola en su mayoría es grado II.

De la misma forma la epitelitis es más severa en el grupo de QT RS, la toxicidad hematológica se presentó en 2 casos de RT sola y en un grado I, pero en el grupo de tratamiento combinado la misma se presento en mayor proporción, 13 pacientes entre grados I y II.

En Cáncer de Cérvix las pacientes en estadio II ingresaron en un 75,6 % del total de pacientes y 24,2 % de pacientes en estadio III de la enfermedad.

Existen tres grupos de tratamiento en el cáncer de cérvix los cuales están representados por RT sola en el 34,6 % de los pacientes, RT y QT RS con 5 Fluoracilo días 1 y 29 (28,2 %) y por último el grupo de RT y QT RS con Cisplatino 40 mg/m² semanal (37,2%).

Existen respuestas completas y parciales diferentes en los tres grupos, se encontró una mayor respuesta completa en el grupo de cisplatino semanal representado por el 79,3%, en el grupo de 5-FU con 68,2% y 59,2% en el grupo de RT sola.

El porcentaje de recidiva local es del 37,5 % en el grupo tratado con RT sola comparado con el 23,7% en los dos grupos que recibieron QT RS.

La toxicidad en los grupos de tratamiento combinado es mayor, observando toxicidad hematológica hasta en un grado III, comparado con sin toxicidad hematológica con RT sola.

Concluimos que la radiosensibilización es beneficiosa en ambas patologías dando mejor control local en caso de C y C y mejor control local y menor recidiva en cáncer de cérvix.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO II OBJETIVOS	4
CAPITULO III MARCO TEÓRICO.....	5
CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.....	5
CÁNCER DE CÉRVIX.....	13
CAPITULO IV HIPÓTESIS.....	26
CAPITULO V MARCO METODOLOGICO.....	26
CAPITULO VI RESULTADOS.....	29
CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.....	29
CÁNCER DE CÉRVIX.....	31
CAPITULO VII DISCUSIÓN.....	33
CAPITULO VIII CONCLUSIONES.....	36
CAPITULO IX RECOMENDACIONES.....	36
CAPITULO X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37

CAPITULO I : INTRODUCCIÓN

El cáncer de cabeza y cuello ocupa el sexto lugar en prevalencia mundial, en Estados Unidos apenas constituye el 4 % de todas las neoplasias malignas, pero otros reportes epidemiológicos le dan una mayor incidencia en otras regiones, en Bolivia no existe un registro de datos de incidencia y prevalencia y mal podríamos dar un dato sobre ésta.(1, 2)

Comprende neoplasias del sistema aerodigestivo localizado por arriba de la clavícula tomando en cuenta todas las estructuras, extracraneales; fosas nasales, cavidad oral, senos paranasales, laringe, faringe, glándulas salivares, etc.(1, 2)

El tratamiento y el pronóstico de este tipo de neoplasia depende del momento en el que se realiza el diagnóstico y éste en su mayoría se descubre en estadios avanzados por lo que el tratamiento debe de ser agresivo para lograr una respuesta favorable, desde hace aproximadamente 20 años la percepción de los factores pronósticos y la respuesta ha demostrado que es una patología que debe ser tratada en forma agresiva , por este motivo nace la motivación de este estudio para poder discernir cual es la mejor opción para los pacientes. (1, 2)

El cáncer de cérvix, patología oncológica que en Bolivia se considera la de mayor frecuencia en mujeres (en La Paz y El Alto con una tasa de incidencia y morbilidad de 151.4/100.00 habitantes entre 35 y 64 años entre (1988-92) (9)).

Esta patología tan frecuente en nuestro país, carece de estudios estadísticos actuales y programas de salud integrales de tratamiento (10 - 13).

El tratamiento de esta enfermedad depende del estadio tumoral, tomando a la vez invasión local, regional y a distancia. El estadio I puede ser tratado con cirugía sola o combinado con radioterapia externa (RT) y braquiterapia (BQT) según el compromiso ganglionar. El estadio II debe ser tratado con RT y BQT y en la última década se ha demostrado que la quimioterapia radiosensibilizante mejora los resultados del tratamiento (11-13).

En Bolivia, los avances en el tratamiento ya evidenciados, no han sido protocolizados para su uso racional a todo nivel, siendo algunos pacientes sometidos a tratamientos no adecuados como la cirugía en estadios avanzados disminuyendo su sobrevida y su pronóstico a largo plazo, por lo tanto, se intenta realizar una revisión de casos para conocer en detalle los resultados a tratamientos combinados protocolizados con el fin de demostrar la ventaja del uso de combinaciones y estandarizar el manejo de esta patología (12 -13).