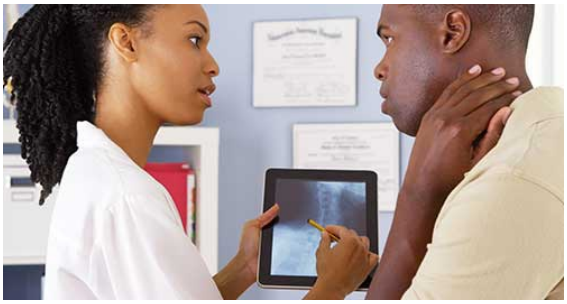
RadiologyInfo.org
Para pacientes

Tratamiento para cáncer de cabeza y cuello

Generalidades del cáncer de cabeza y cuello



El comportamiento específico de un cáncer en particular de cabeza y cuello depende de dónde surge (el sitio primario). Por ejemplo, los cánceres que comienzan en las cuerdas vocales tienen una conducta muy distinta a la de los que surgen en la parte posterior de la lengua, que se encuentra a solamenteuna pulgada o menos de las cuerdas vocales.

El tipo de cáncer más común de cabeza y cuello es el carcinoma de células escamosas, que aparece en las células que revisten el interior de la nariz, la boca y la garganta. El cáncer de células escamosas generalmente se encuentra asociado al consumo de cigarillos o la exposición al virus del papiloma humano (VPH). Otros tipos de cáncer de cabeza y cuello menos comunes son tumores de las glándulas salivales, linfomas y sarcomas. Los métodos de prevención incluyen evitar la exposición a los productos con tabaco y alcohol, como así también vacunar a los niños y a los jóvenes contra el VPH.

El cáncer se disemina de cuatro maneras principales. La primera es por extensión directa desde el sitio primario a áreas adyacentes. La segunda es la diseminación a través de los vasos linfáticos hacia los ganglios linfáticos. La tercera es la diseminación a través de los nervios (diseminación perineural) hacia otras áreas de la cabeza y el cuello. La cuarta es la diseminación a través de los vasos sanguíneos a sitios distantes en el cuerpo. En el cáncer de cabeza y cuello, la diseminación a los ganglios linfáticos del cuello es relativamente común.

Los ganglios linfáticos que se verán más comúnmente afectados dependerán de la ubicación en la que aparezca el tumor principal. La mayoría de los ganglios linfáticos están ubicados a lo largo de los vasos sanguíneos mayores debajo del músculo esternocleidomastoideo, a cada lado del cuello. El riesgo de diseminación a otras partes del cuerpo por el torrente sanguíneo depende estrechamente de si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos del cuello, cuántos ganglios están afectados, y cuál es su ubicación en el cuello. El riesgo es mayor si hay cáncer en los ganglios linfáticos de la parte inferior del cuello que en los que se encuentran en la parte superior.

El diagnóstico del cáncer de la cabeza y cuello lo hace generalmente el dentista, el cirujano oral, o el médico, luego de que un paciente experimenta síntomas tales como un bulto en el cuello o una llaga en la boca que no se cura. Incluso cuando no se presentan síntomas, el diagnóstico se puede hacer durante una examen de rutina.

¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?

La radioterapia, la cirugía y la quimioterapia son los tres tratamientos principales para el cáncer de cabeza y cuello. Por lo general, se utilizan la radioterapia, la cirugía, o una combinación de ambas como tratamientos principales con el objetivo de matar or extirpar el cáncer. La quimioterapia se utiliza a menudo como un tratamiento adicional o adyuvante. La combinación óptima de las tres modalidades de tratamiento para un paciente con cáncer de cabeza y cuello depende del sitio y del estadío (etapa) de la enfermedad.

En general, a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en etapas tempranas (especialmente los cánceres limitados al sitio de origen) se los trata con uno de los tratamientos principales: radioterapia o cirugía. Los pacientes con un cáncer más avanzado se tratan a menudo con quimioterapia y radioterapia que se administran juntas. A veces, según el escenario clínico, los pacientes se tratan con cirugía seguida de radioterapia y quimioterapia.

Copyright© 2025, RadiologyInfo.org

Si el plan de tratamiento consiste en radioterapia sola para el cáncer primario, también se da radioterapia al cuello. Además, podría ser necesario necesario hacer una cirugía para extirpar los ganglios linfáticos afectados del cuello (denominada disección del cuello) si la afección en los ganglios del cuello es relativamente extensa o si el cáncer en los ganglios del cuello no ha sido totalmente eliminado al completar el curso de la radioterapia.

En algunas situaciones, el cirujano podría extirpar el tumor primario. La radiación podría ser administrada más tarde, si fuera necesario. En otras situaciones, el cáncer es muy avanzado y no es posible extirpar inicialmente por completo el cáncer. Entonces, se podría administrar primero quimioterapia para encoger el tumor, y la cirugía podría ser el paso siguiente a la radioterapia.

Los estudios recientes indican que la quimioterapia administrada al mismo tiempo que la radioterapia es más eficaz que si se da antes de la radioterapia. Por lo tanto, el programa de radioterapia a veces incluye quimioterapia si el cáncer está avanzado (estadios avanzados III o IV). Los medicamentos que a menudo se dan junto con la radioterapia son cisplatino (Platinol) y Cetuximab (Erbitux). A veces, otros medicamentos pueden incluir fluorouracilo (5-FU, Adrucil), carboplatino (Paraplatin) y paclitaxel (Taxol). Esta es una lista incompleta de los fármacos de quimioterapia, y es posible que su médico escoja otros. La quimioterapia se puede administrar de distintas maneras, como por ejemplo una dosis baja todos los días, una dosis moderada cada semana, o una dosis relativamente alta cada tres o cuatro semanas.

Habitualmente, se usa uno de los siguientes procedimientos de radioterapia para tratar el Cáncer de Cabeza y Cuello.

- Terapia de haz externo (EBT) (https://www.radiologyinfo.org/es/info/ebt) *:* la EBT entrega un haz de rayos X de alta energía o protones al tumor. Una máquina genera y enfoca el haz de radiación hacia el sitio del tumor. La EBT destruye las células cancerosas, y los planes de tratamientos amoldados al tumor evitan la exposición a la radiación de los tejidos normales aledaños.
- *La radioterapia de intensidad modulada (IMRT) (https://www.radiologyinfo.org/es/info/imrt)* : es un modo avanzado de radioterapia de alta precisión que utiliza aceleradores de rayos X controlados por computadoras. Los aceleradores se amoldan y administran una dosis precisa de radiación a la forma tridimensional del tumor. Las máquinas controlan la intensidad de los haces de radiación para concentrar una dosis más alta en el tumor y minimizar la exposición a la radiación de las células sanas.

Para mayor información sobre los equipos de radioterapia, consulte las siguientes páginas:

- Acelerador lineal (https://www.radiologyinfo.org/es/info/linac)
- Bisturí de rayos gamma (https://www.radiologyinfo.org/es/info/gamma_knife)

¿Qué sucede durante la radioterapia?

La primera cita con el radioncólogo es una consulta para tomar la historia clínica de su problema y hacer un examen físico. Por lo general en este momento o poco después hay consultas con otros miembros del equipo de cabeza y cuello, como el cirujano de cabeza y cuello, el oncólogo, el patólogo, el radiólogo y el dentista. Es importante que los diversos miembros del equipo que le han de cuidar a usted den sus opiniones antes de decidir el plan de tratamiento y comenzarlo.

Una vez que se le ha explicado al paciente el tratamiento recomendado y las posibles opciones, el paciente y el equipo médico deciden cuál tratamiento usar, y se determina una fecha para planeamiento del tratamiento de radioterapia. (si se decidió que la radioterapia es el primer o el siguiente paso de su tratamiento). Luego se hace una "simulación" ya sea con radiografías corrientes (rayos X) o una tomografía axial computarizada (TAC). Estos estudios radiográficos se usan para planificar el tipo y la dirección de los haces de radiación usados para tratar el cáncer. Dentro de la máquina de tratamiento los bloques de una aleación de plomo hechos a medida o un colimador especial (colimador multiláminas) conforman los haces de radiación para bloquear las áreas que no hay que tratar. Luego se alinean los campos de tratamiento, y el curso de tratamiento comienza uno o dos semanas después de la sesión de planificación inicial. Existe una cantidad considerable de física médica involucrada en el planeamiento y verificación del plan antes de que, de hecho, se lo administren al paciente.

Copyright© 2025, RadiologyInfo.org

Típicamente los tratamientos se dan una o dos veces al día, cinco días por semana, por cinco a siete semanas, según el programa elegido por el radioncólogo. En general las primeras citas de planificación e inicio del tratamiento en el departamento de radioncología toman una a dos horas. De allí en adelante, cada tratamiento individual dura un tiempo más corto que depende de la complejidad de la sesión. Durante la radioterapia no se siente ni se ve nada; no obstante, la máquina emite sonidos que se pueden oír durante el tratamiento.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de la radioterapia?

Los efectos secundarios dependen del sitio y la extensión del cáncer de cuello y cabeza, y de si se lo hace en conjunto con la quimioterapia. En general, la radioterapia de la cabeza y el cuello no causa náuseas, pero algunos pacientes sí tienen este síntoma durante el tratamiento, Hay muchos antieméticos eficaces (medicamentos que alivian las náuseas) que pueden aliviar estos síntomas si ocurrieran. La quimioterapia tendrá sus propios efectos secundarios que serán discutidos con el oncólogo.

En general los efectos secundarios de la radioterapia aparecen unas dos semanas después de comenzar el curso de tratamiento y pueden consistir en dolor de garganta, pérdida del sentido del gusto, y sequedad de la boca y la piel. El dolor de garganta es el principal efecto secundario que dificulta la radioterapia.

Si el dolor de garganta es intenso, podría impedir la ingesta suficiente de alimentos y líquidos por la boca para mantener el peso y evitar la deshidratación. En estos casos los médicos instalan una sonda de alimentación temporal en el estómago (sonda de gastrostomía) que permite mantener una alimentación adecuada sin tener que tragar toda la comida que necesita. La colocación de la sonda de gastrostomía es, por lo general, un procedimiento que no requiere hospitalización. Sin embargo, es importante que el paciente siga tragando aunque tenga colocada la sonda. De otra forma, se podrían debilitar los músculos usados para tragar; esto causaría problemas permanentes para tragar y haría difícil dejar de usar la sonda de alimentación aun después de terminar la radioterapia.

Un nutricionista debe participar en la atención del paciente durante la radioterapia para ayudarle a mantener los ingresos calóricos necesarios y la hidratación. Cuando aparecen los efectos secundarios, es una tentación dejar de recibir los tratamientos, pero esto no es una buena idea. Los tejidos normales "de respuesta aguda", como la piel y el revestimiento de la garganta, y que son los responsables por los efectos secundarios durante la radioterapia, tienden a responder a la radioterapia igual que las células cancerosas. Si el tratamiento produce pocos efectos secundarios agudos, es poco probable que sea muy eficaz contra el cáncer. Por lo tanto, en el cáncer de cabeza y cuello, tener molestias significa que el tratamiento está dando resultados. Hacer pausas en el curso de tratamiento para reducir los efectos secundarios le da al cáncer la oportunidad de volver a crecer, y esto reduce significativamente la probabilidad de curarlo. Los medicamentos que se necesitan casi siempre durante el curso de radioterapia incluyen los medicamentos para el dolor, los analgésicos o "enjuagues bucales mágicos" para la garganta irritada que ayudan a tragar, posiblemente los antieméticos si las náuseas son un problema, y posiblemente los ablandadores de la materia fecal para contrarrestar los efectos de ciertos medicamentos para el dolor.

¿Cuáles son los posibles posibles riesgos o complicaciones?

La meta del tratamiento debe ser determinada claramente para cada paciente antes de iniciar la radioterapia. La primera pregunta es si la meta del tratamiento es curar o sólo aliviar los síntomas de un cáncer incurable (paliación). Si la curación es poco probable, entonces los posibles riesgos asociados con el tratamiento podrían ser menores que los de un plan de radioterapia potencialmente curativo. Sin embargo, en lo que se refiere al cáncer de cabeza y cuello, la radiación planeada para lograr un efecto paliativo a largo plazo podría ser la misma que la de un plan curativo.

Los cursos de tratamiento paliativos consisten en dosis moderadas de radiación en un período de tiempo corto. Esto conlleva una probabilidad relativamente alta de que el tumor se achique y se calmen los síntomas, mientras se expone al paciente a un menor riesgo de efectos secundarios y complicaciones y la terapia toma un tiempo relativamente corto en completarse. Un curso de tratamiento paliativo típico se divide en diez tratamientos administrados en dos semanas.

Copyright© 2025, RadiologyInfo.org

Por otro lado, si existe una probabilidad razonable de cura (la definición de "razonable" varía según la situación, pero en general significa por lo menos 5 a 10%), por lo general se planifica un tratamiento más largo y más intensivo. Los riesgos asociados con el tratamiento dependen de la ubicación del tumor, su extensión, y cuáles son las estructuras normales alrededor.

En general, para cualquier tipo de tratamiento el médico trata del calcular el riesgo de complicaciones graves; si este riesgo es mayor que la probabilidad de curación, hay que modificar el plan de tratamiento. Sin embargo, si la probabilidad de curación es mayor que el riesgo de complicaciones graves, se inicia el tratamiento.

¿Qué tipo de seguimiento debería esperar luego del tratamiento?

Hay varias razones para ir a las citas de seguimiento:

- Detectar la recurrencia del cáncer y posiblemente darle tratamiento, como cirugía, si la radioterapia no dio resultado
- Tratar los efectos secundarios agudos de la radioterapia
- Detectar y tratar los efectos secundarios tardíos o las complicaciones de la radioterapia, si aparecieran
- Detectar y tratar otro cáncer de cabeza y cuello no relacionado que pueda aparecer

Si el tratamiento inicial del cáncer es satisfactorio y el paciente se cura, existe un riesgo relativamente bajo (2 a 3% por año) de que aparezca un cáncer nuevo, sin ninguna relación con el anterior, en la cabeza o cuello. Según los lineamientos de la Red Integral Nacional del Cáncer, las consultas de seguimiento habitualmente se hacen:

- Cada uno a cuatro meses durante el primer año
- Cada dos a seis meses durante el segundo año
- Cada cuatro a ocho meses entre el tercer y el quinto año
- Una vez al año de ahí en adelante

Una vez al año se toma una radiografía (rayos X) de tórax y se hacen exámenes de la función de la tiroides para detectar hipotiroidismo (disminución de la función de la tiroides), que es fácil de tratar.

Los seguimientos continuados con imágenes se hacen generalmente para evaluar la respuesta al tratamiento y para monitorear la recurrencia de la enfermedad. La exploración por TC es la más utilizada para este propósito, aunque también se puede hacer una RMN o una tomografía de emisión de positrones (PET) con fluorodesoxyglucosa (FDG).

¿Existen nuevos desarrollos para el tratamiento de mi enfermedad?

Existen algunos tratamientos nuevos, así como nuevas combinaciones de tratamientos antiguos. Un buen ejemplo de lo último es el uso en años recientes de una combinación de radio y quimioterapia o inmunoterapia para el tratamiento de cáncer de cabeza y cuello avanzado. Para obtener información actualizada sobre los nuevos tratamientos para el cáncer, hable con su médico y considere la posibilidad de obtener una segunda opinión antes de comenzar el tratamiento.

Estudios clínicos

Para obtener información y recursos sobre estudios clínicos e informarse más sobre los estudios clínicos realizados en la actualidad, ver.

- Estudios clinicos (https://www.radiologyinfo.org/es/info/screening-clinical-trials) – del sitio web RadiologyInfo
- Estudios clinicos (https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/estudios-clinicos) – del sitio web del National Cancer Institute

Condiciones de uso:

Copyright© 2025, RadiologyInfo.org

Todas las secciones del sitio fueron creadas bajo la dirección de un médico experto en el tema. Toda la información que aparece en este sitio web fue además revisada por un comité de ACR-RSNA formado por médicos peritos en diversas áreas de la radiología.

Sin embargo, no podemos asegurar que este sitio web contenga información completa y actualizada sobre ningún tema particular. Por lo tanto ACR y RSNA no hacen declaraciones ni dan garantías acerca de la idoneidad de esta información para un propósito particular. Toda la información se suministra tal cual, sin garantías expresas o implícitas.

Visite el Web site de RadiologyInfo en http://www.radiologyinfo.org/sp para visión o para descargar la información más última.

Nota: Las imágenes se muestra para fines ilustrativos. No trate de sacar conclusiones comparando esta imagen con otras en el sitio. Solamente los radiólogos calificados deben interpretar las imágenes.

Copyright

Las versiones PDF imprimibles de las hojas de los diversos procedimientos radiológicos se suministran con el fin de facilitar su impresión. Estos materiales tienen el copyright de la Radiological Society of North America (RSNA), 820 Jorie Boulevard, Oak Brook, IL 60523-2251 o del American College of Radiology (ACR), 1891 Preston White Drive, Reston, VA 20191-4397. Se prohíbe la reproducción comercial o la distribución múltiple por cualquier método tradicional o electrónico de reproducción o publicación.

Copyright ® 2025 Radiological Society of North America (RSNA)