



FACULTAD DE
MEDICINA
UNIVERSIDAD DE
CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

**Incidencia de cáncer de cabeza y cuello en
Cantabria.**

Incidence of head and neck cancer in Cantabria.

Autor: D. Marcos Gándara Alonso

Director: D. Carmelo Morales Angulo

Santander, Junio 2018

ÍNDICE:

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **METODOLOGÍA**
- **RESULTADOS**
- **DISCUSIÓN**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**
- **AGRADECIMIENTOS**

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello (CCC) supone un desafío a nivel de prevención, incidencia y tratamiento. Dentro del CCC, el carcinoma laríngeo es el más frecuente en España, siendo sus factores de riesgo tabaquismo y alcoholismo. El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de CCC en Cantabria en los últimos 5 años.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los CCC diagnosticados en Cantabria entre los años 2012 y 2017. Para la identificación de casos se utilizó el sistema de codificación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y los datos recogidos en el Servicio de Otorrinolaringología del mismo.

Resultados: Desde el 1 de septiembre de 2012 al 1 de septiembre de 2017, un total de 716 casos fueron detectados, siendo 575 en hombres. La incidencia fue de 122 casos por 100000 habitantes al año. El carcinoma laríngeo representó la principal localización, seguido de faringe. El diagnóstico fue mayoritariamente en estadios avanzados, principalmente en hipofaringe.

Conclusiones: El CCC es frecuente en Cantabria. Aunque sigue siendo más habitual en varones, aumentó significativamente en mujeres. Con frecuencia se diagnostica en estadios avanzados, por ello es muy importante incidir en la prevención del hábito tabáquico y la ingesta de alcohol.

PALABRAS CLAVE: epidemiología, incidencia, cáncer, cabeza y cuello.

ABSTRACT

Introduction: Head and neck cancer (CCC) is a challenge at the level of prevention, incidence and treatment. Within the CCC, laryngeal carcinoma is the most frequent in Spain, being its risk factors smoking and alcoholism. The objective of the study was to determine the incidence of CCC in Cantabria in the last 5 years.

Material and methods: A retrospective study of the CCC Diagnostics in Cantabria was conducted between 2012 and 2017. For the identification of cases, the coding system of the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla and the data collected in the Otorhinolaryngology Service were used.

Results: From September 1, 2012 to September 1, 2017, a total of 716 cases were detected, being 575 in men. The incidence was 122 cases per 100,000 inhabitants per year. The laryngeal carcinoma represented the main location, followed by the pharynx. The diagnosis was mostly in advanced stages, mainly in the hypopharynx.

Conclusions: The CCC is frequent in Cantabria. Although it is still more common in males, it has a significant increase in women. It is often diagnosed in advanced stages, so it is very important to influence the prevention of smoking and alcohol intake.

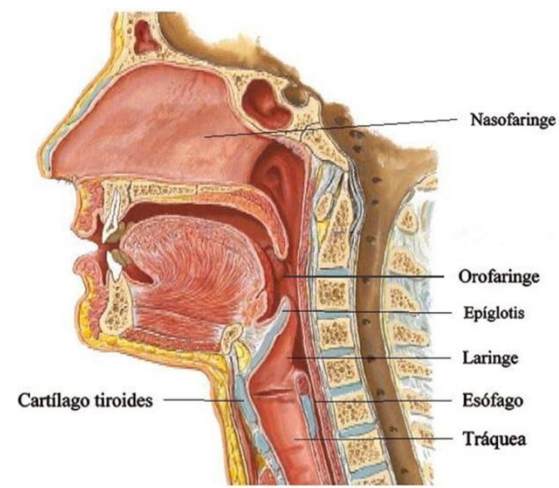
KEY WORDS: epidemiology, incidence, cancer, head and neck.

INTRODUCCIÓN

Repaso anatómico:

Entre las partes anatómicas a destacar en la exploración otorrinolaringológica de este estudio se encuentra la faringe, la laringe y la cavidad oral.

La faringe es el punto de cruce entre la vía aérea y la digestiva. Abarca desde la base del cráneo hasta el inicio del esófago diferenciándose tres regiones:



1. Nasofaringe: Va desde la base del cráneo hasta el borde inferior del paladar blando. Comprende como estructuras de mayor importancia las amígdalas faríngeas, fosita de Rosen Müller y la apertura de la trompa de Eustaquio.
2. Orofaringe: Va desde el paladar blando hasta el borde libre de la epiglotis, incluyendo las amígdalas palatinas, los pilares amigdalares, base de la lengua y la parte anterior del paladar blando y las valléculas.
3. Hipofaringe: Va desde la punta de la epiglotis hasta el límite inferior del cricoides y está formado por los senos piriformes, la pared posterior de la hipofaringe y la región retrocricoidea.

Por otra parte, la laringe tiene tres regiones:

1. Supraglotis: se compone por epiglotis, aritenoides, los repliegues aritenoepligóticos, bandas ventriculares o cuerdas vocales falsas y ventrículos de Morgani.
2. Glotis: formado por las cuerdas vocales verdaderas. Las cuerdas vocales poseen dos tercios anteriores fibrosos y un tercio cartilaginoso, formado por la apófisis vocal del aritenoides.
3. Subglotis: Va desde la cara inferior de la cuerda vocal al borde inferior del cricoides.

La cavidad oral incluye la mucosa bucal, las encías dentarias, el triángulo retromolar, suelo de la boca, el paladar duro y los dos tercios anteriores de la lengua.

Epidemiología:

El cáncer es una de los principales problemas de salud en España. Actualmente, es la segunda causa más frecuente de fallecimiento, pero desde el 2000 ha sido el líder en hombres. Refiriéndonos únicamente al cáncer de cabeza y cuello (CCC) hay que destacar su gran relevancia, ya que supone un 3% de todos los tumores malignos en Estados Unidos y un 4% en Europa, con una mortalidad de 13.000 casos al año y 250.000 casos al año respectivamente [2]. En Cantabria es el sexto tumor maligno más frecuente representando el 6% de todos los tumores malignos (8% en varones) habitualmente en mayores de 50 años. [1]

En España y Cantabria, el cáncer de laringe es el tumor maligno más frecuente del tracto aerodigestivo representando el 25-30% de los CCC [2], seguido de los tumores faríngeos.

El tipo histológico más habitual del cáncer de cabeza y cuello es el carcinoma epidermoide en más del 90% de los casos.

Entre los factores de riesgo hay que destacar el tabaco y el alcohol principalmente, el virus del papiloma humano (VPH) en el carcinoma de orofaringe sobre todo (especialmente los tipos de alto riesgo 16 y 18), el virus de Epstein-Barr (VEB) en el carcinoma de nasofaringe, la masticación de hojas de betel (carcinoma oral), la exposición al polvo de madera (adenocarcinoma de etmoides) o el níquel (carcinoma nasosinusal). [\[3, 4, 5\]](#) La asociación de tabaco y alcohol tienen un efecto multiplicativo en el desarrollo de la mayor parte de los CCC. [\[6, 7\]](#)

Clínica:

La presentación clínica más frecuente del CCC viene determinada por su localización. El carcinoma de nasofaringe habitualmente se presenta con adenopatías cervicales altas y/o hipoacusia de transmisión unilateral. El carcinoma de orofaringe se observa con mayor frecuencia en las amígdalas y la base de la lengua produciendo parestesias faríngeas u odinofagia unilateral. [\[8\]](#) En el carcinoma de hipofaringe, el lugar más frecuente de localización es el seno piriforme apareciendo habitualmente con síntomas de presentación de odinofagia unilateral, otalgia refleja y disfonía. El carcinoma de cavidad oral se presenta habitualmente como una tumoración dura, frecuentemente ulcerada y asintomática, salvo estadios tardíos. El cáncer de fosas y senos paranasales es con frecuencia asintomático provocando posteriormente rinorrea sanguinolenta unilateral, dolor facial, epífora u obstrucción nasal. En el caso de las tumoraciones malignas de glándulas salivales lo más habitual es la aparición de una tumoración indolora en la zona preauricular, que con el crecimiento puede dar lugar a dolor, trismus y parálisis facial.

Tratamiento:

De forma general, en el tratamiento de estos tumores hay que tener en cuenta su estadificación: en los T1, T2 + N0 generalmente se realiza cirugía o radioterapia de forma exclusiva. En los T3, T4 o N+ el tratamiento se basa habitualmente en combinaciones de Quimiorradioterapia y en caso de fracaso cirugías amplias acompañadas de cirugía reconstructiva.

Por otra parte, los factores pronósticos del CCC vienen determinado por factores propios del paciente, del tipo de tumor y del sistema salud donde es tratado el paciente. Entre los factores propios del paciente hay que tener en cuenta la edad, las posibles enfermedades sistémicas, presencia de tumor sincrónico, estilo de vida, profesión, tolerancia al tratamiento y su cumplimiento. En los factores dependientes del tumor están la localización, tamaño (T), datos histológicos (grado, profundidad, tipo, bordes quirúrgicos...), estado del cuello (N), metástasis a distancia y tratamientos previos. Finalmente, entre los factores dependientes del sistema de salud se encuentran la experiencia de los profesionales sanitarios, el método de abordaje (cirugía, radioterapia, quimioterapia, tratamientos diana o terapias combinadas) y la rehabilitación.

Por último, hay que tener en cuenta la posibilidad de desarrollo de segundos tumores (sincrónicos o metacrónicos) ya que tienen un riesgo de 2-7% por año (11% desarrollaran un segundo tumor, sobre todo en hipofaringe y en orofaringe). Siendo la segunda causa de muerte en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (los más frecuentes los de pulmón). [\[9\]](#)

OBJETIVO

Los objetivos de este estudio fueron:

1. Conocer la incidencia global del CCC en Cantabria por localización.
2. Conocer los aspectos epidemiológicos principales del CCC en cuanto a la edad de presentación y frecuencia por sexos.
3. Conocer si existen diferencias en cuanto a la relación del sexo y edad de presentación con la localización y estadio tumoral.



METODOLOGÍA

Se realizó una recopilación de datos de pacientes diagnosticadas de tumores de cabeza y cuello procedentes del sistema de registro del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), centro de referencia de tratamiento de tumores de cabeza y cuello de Cantabria. Los códigos de diagnóstico utilizados en la identificación de los casos de 2012, 2013, 2014 y 2015 se basó en el CIE-9 y se buscó entre el código 140.0 y 149.9; entre el código 160.0 y 161.9 y los códigos 195.0, 171.0, 170.0 y 170.1. La búsqueda en los años 2016 y 2017 se basó en el CIE-10 y se buscó entre el código C00.00 y C14.8; entre el código C30.0 y C32.9 y los códigos C76.0, C49.0, C41.0 y C41.1.

Estos datos fueron contrastados con datos empleados en las sesiones de oncológica del HUMV y con el censo de Cantabria para el estudio de la incidencia (datos del Instituto Nacional de Estadística: población media de 585.414 habitantes en Cantabria durante los últimos cinco años). [\[10\]](#) Los datos usados han sido utilizados siguiendo directrices de las leyes sobre protección de datos. Se recogieron las siguientes variables en cada caso: edad, sexo, año de diagnóstico, TNM, tipo histológico y estadio de su cáncer de cabeza y cuello.

Los cánceres de piel, tiroides, labio, sarcomas y de los de origen hematológico fueron excluidos de nuestro estudio.

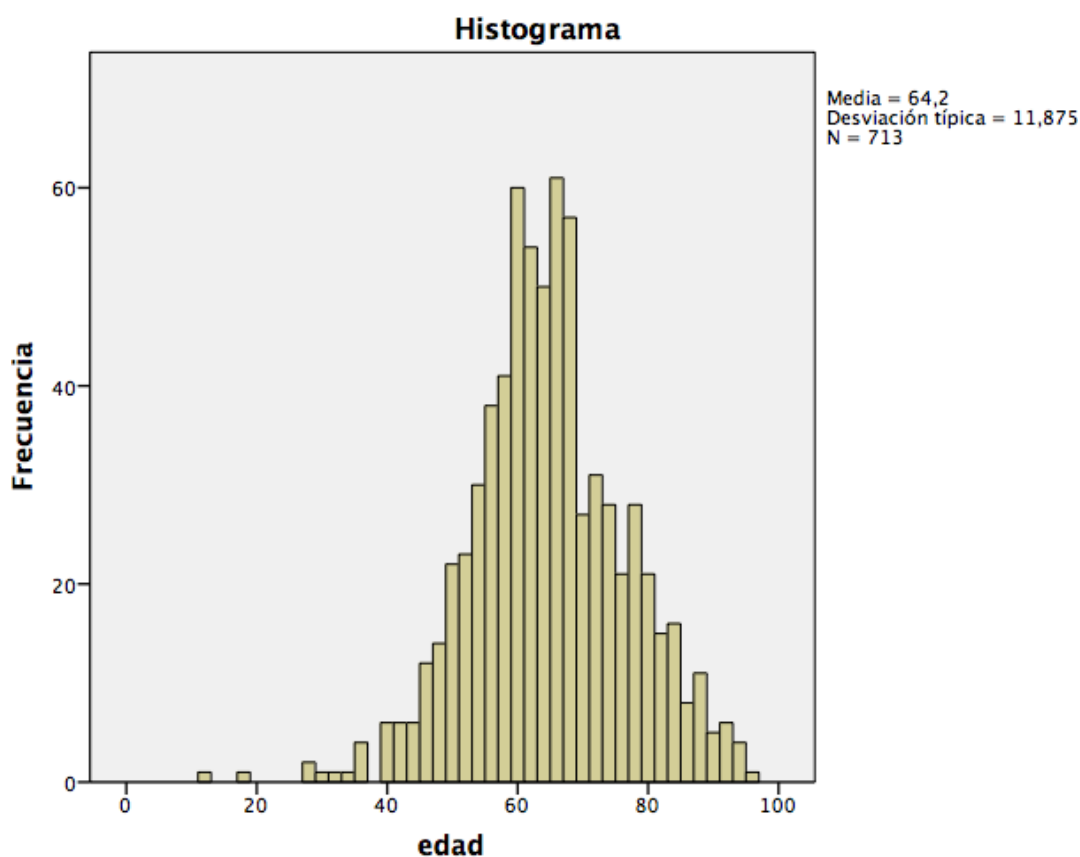
Todos los registros fueron incluidos en un programa estadístico SPSS Statistics 21, realizándose un estudio descriptivo de la variables cualitativas y cuantitativas. Para evaluación de la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba χ^2 y el análisis de la varianza (ANOVA).

RESULTADOS

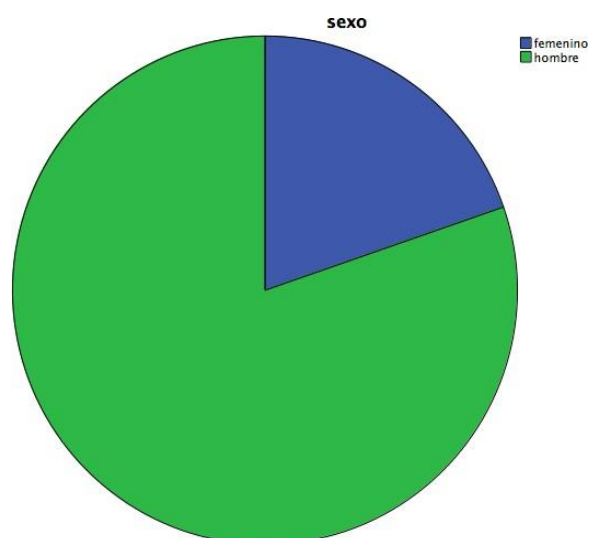
716 pacientes fueron diagnosticados de un carcinoma invasivo de cabeza y cuello durante dicho periodo. La incidencia global del cáncer otorrinolaringológico de cabeza y cuello en la Comunidad de Cantabria para el periodo estudiado fue de 122 pacientes por cien mil habitantes al año.

La edad media de los pacientes osciló entre 12 y 96 años con una media de 64,2 años, además de los 716 pacientes, 575 eran hombres (80,3%). Estos datos se observan en las tablas I y II.

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	713	12	96	64,20
Tabla I				



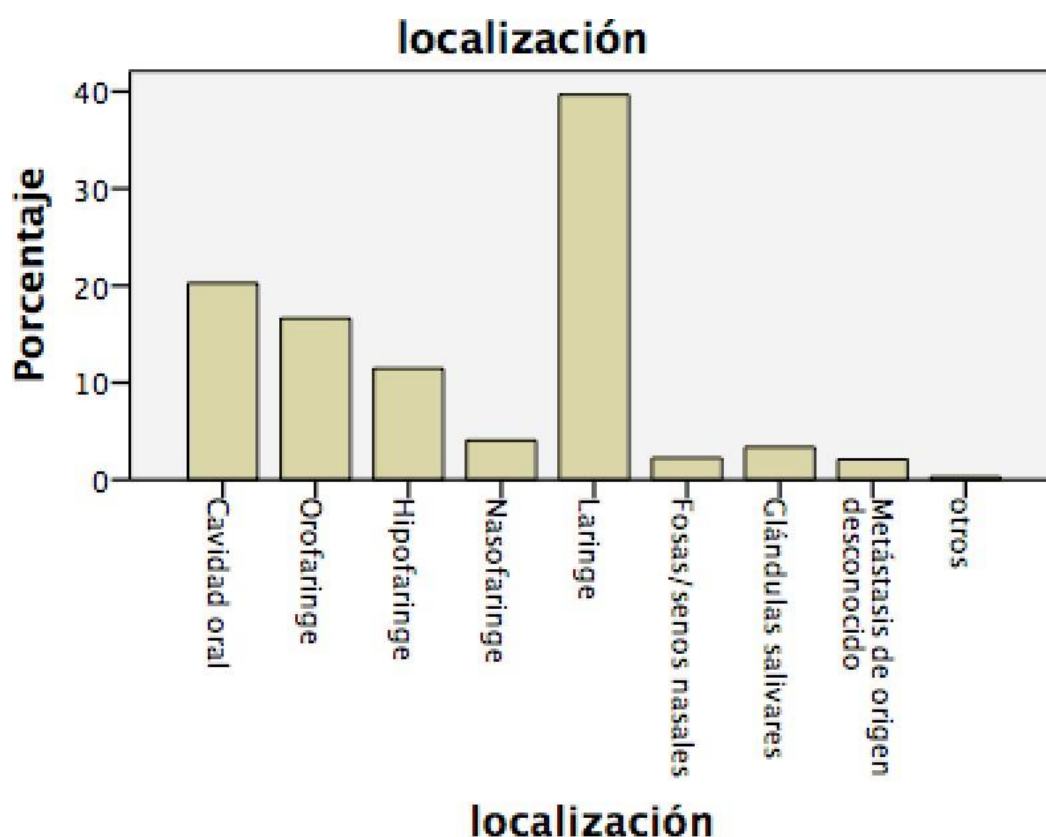
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	141	19,7
Hombre	575	80,3
Total	716	100
Tabla II		



La localización más frecuente del tumor fue la laringe en el 39,7%, y dentro de la misma la glotis corresponde al 61,0% de los casos. La segunda localización más frecuente fue la faringe y dentro de la misma destacan los tumores de hipofaringe (11.5%) y orofaringe (16,6%). Por otra parte la tercera localización más frecuente fue la cavidad oral. Los localizados en nariz y senos paranasales fueron muy infrecuentes. La frecuencia por localizaciones se resume en la tabla III.

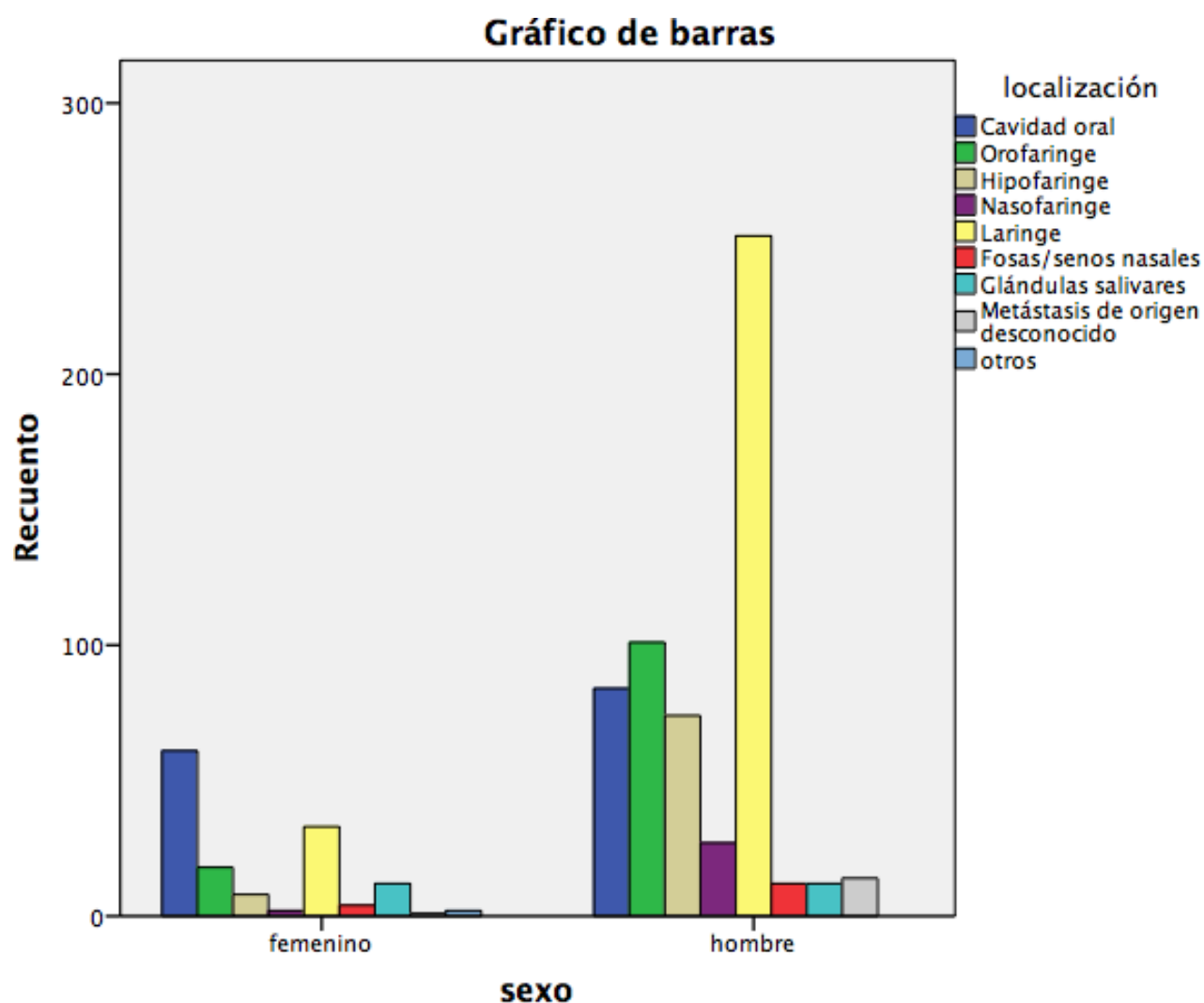
Localización	Frecuencia	Porcentaje	Incidencia
Cavidad oral	145	20,3	25
Orofaringe	119	16,6	20
Hipofaringe	82	11,5	14
Nasofaringe	29	4,1	5
Laringe	284	39,7	48
Fosas/senos nasales	16	2,2	3
Glándulas salivares	24	3,4	4
Metástasis de origen desconocido	15	2,1	3
otros	2	0,3	0
Total	716	100	122

Tabla III



Sin embargo, al relacionar el sexo con la localización vemos que en mujeres la localización más frecuente del tumor primario fue la cavidad oral, tal y como aparece representado en la tabla IV.

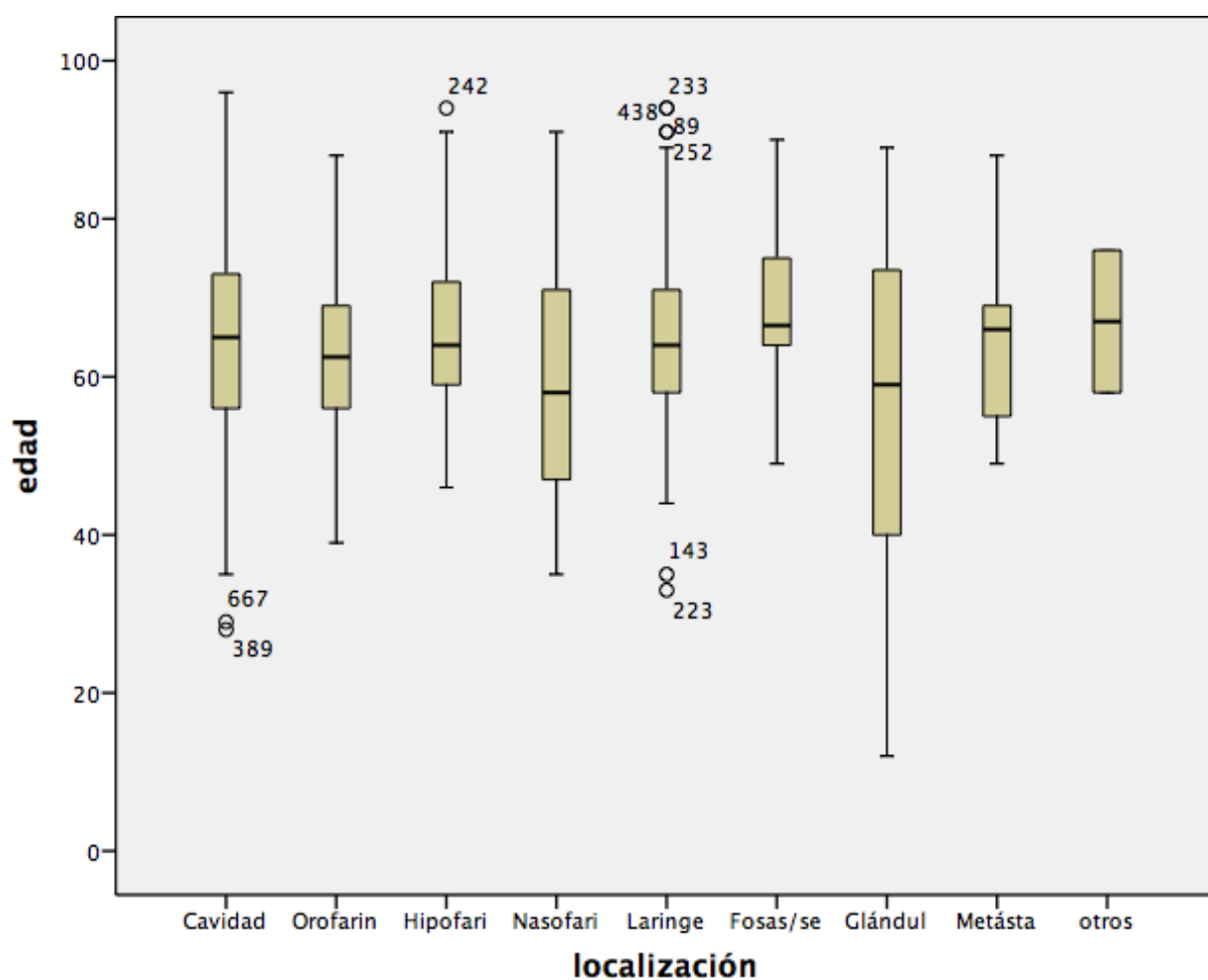
		Sexo	
		Femenino	Hombre
		Recuento(%)	Recuento(%)
Localización	Cavidad oral	61 (43,3)	84 (14,6)
	Orofaringe	18 (12,8)	101 (17,6)
	Hipofaringe	8 (5,7)	74 (12,9)
	Nasofaringe	2 (1,4)	27 (4,7)
	Laringe	33 (23,4)	251 (43,7)
	Fosas/senos nasales	4 (2,8)	12 (2,1)
	Glándulas salivares	12 (8,5)	12 (2,1)
	Metástasis de origen desconocido	1 (0,7)	14 (2,4)
	otros	2 (1,4)	0 (0,0)
Tabla IV			



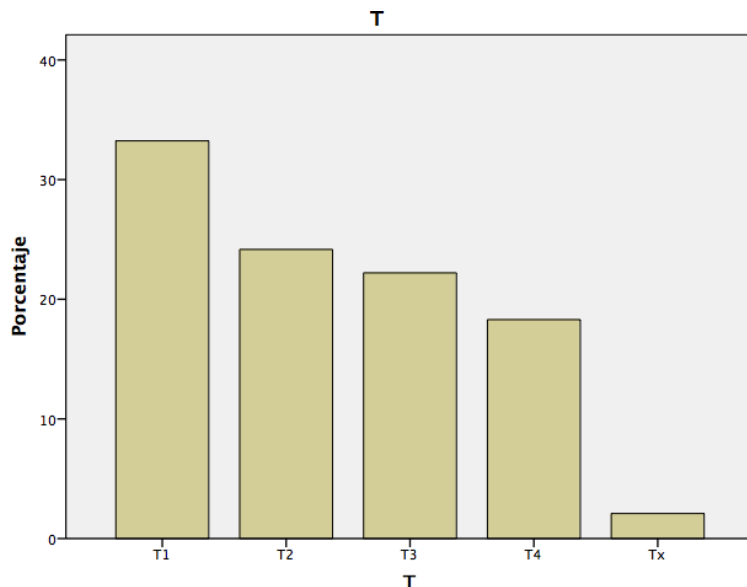
Al relacionar la edad con la localización vemos que los tumores de glándulas salivares (56,63 años) y de nasofaringe (57,72 años) se presentan a edades más jóvenes que los de las demás localizaciones, en especial los localizados en fosas/senos nasales (68,94 años). Estos datos se aprecian en la tabla V.

		Edad
		Media
Localización	Cavidad oral	64,61
	Orofaringe	63,40
	Hipofaringe	65,66
	Nasofaringe	58,72
	Laringe	64,80
	Fosas/senos nasales	68,94
	Glándulas salivares	56,63
	Metástasis de origen desconocido	64,53
otros		67,00

Tabla V



Los tumores T1 constituyeron los más frecuentes (33,2%). Al relacionar la localización T con la localización del tumor encontramos que los tumores laríngeos (en especial los glóticos) se presentaron con más frecuencia con clasificación T en fases iniciales, al igual que los tumores de cavidad oral (45,5%). Teniendo en cuenta el sexo, se aprecia que la mujeres tienen una mayor incidencia de T1 en la cavidad oral, sin embargo en el hombre se diagnostican una mayor porcentaje de T1 en la glotis. Las tablas VI, VII y VIII reflejan estos datos.



T		Frecuencia	Porcentaje
	T1	238	33,2
	T2	173	24,2
	T3	159	22,2
	T4	131	18,3
	Tx	15	2,1
Total		716	100

Tabla VI

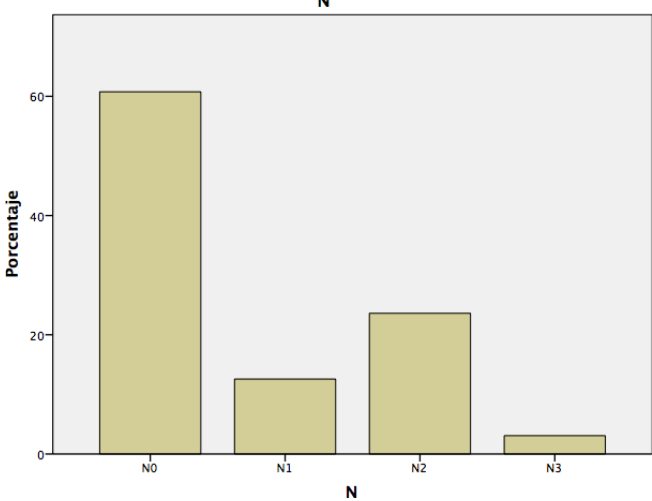
T	Sublocalización laríngea			
	Supraglotis		Glottis	
	Sexo		Sexo	
	Fem.	Hombre	Fem.	Hombre
T1	6,3%	16,7%	37,5%	66,0%
T2	31,3%	33,3%	37,5%	12,8%
T3	62,5%	41,0%	18,8%	14,1%
T4	0,0%	9,0%	6,3%	7,1%

Tabla VII

En más de la mitad de los casos se presentaron sin adenopatías metastásicas (60,8%), sobre todo en tumores localizados en fosas nasales (81,3%), laringe (78,9%), glándulas salivares (70,8%) y cavidad oral (66,9%). Datos observables en las tablas IX y X.

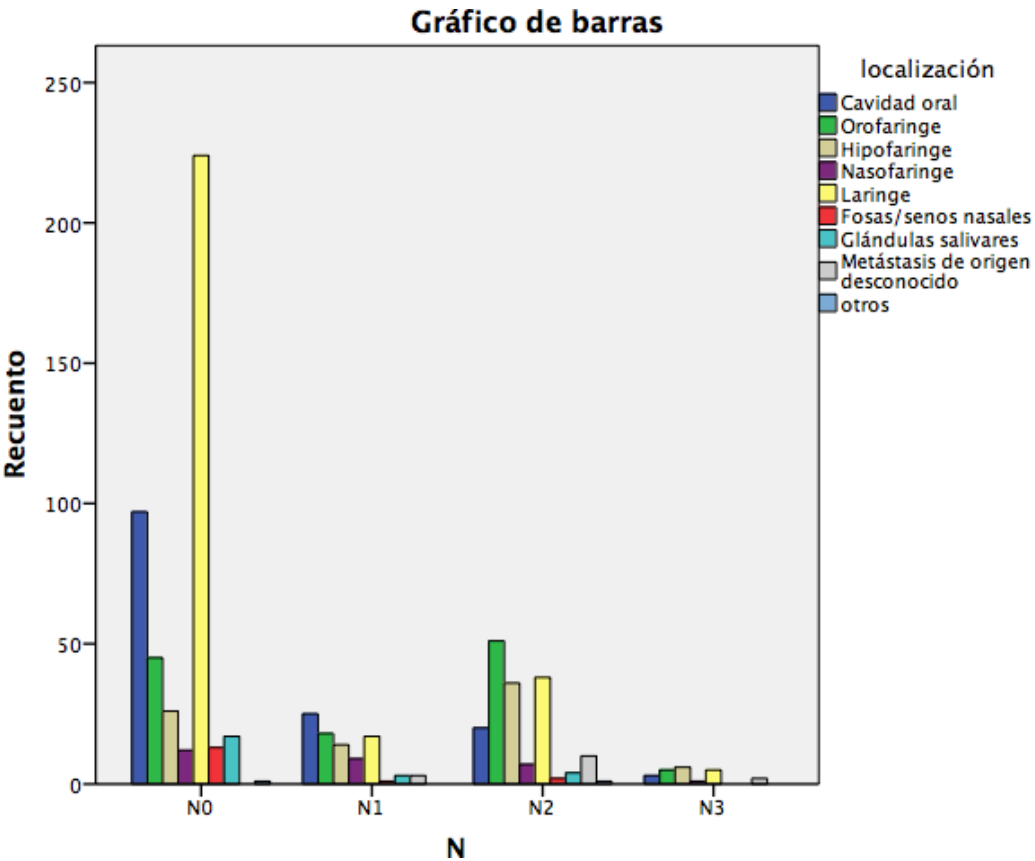
N	Frecuencia	Porcentaje
N0	435	60,8
N1	90	12,6
N2	169	23,6
N3	22	3,1
Total	716	100

Tabla IX

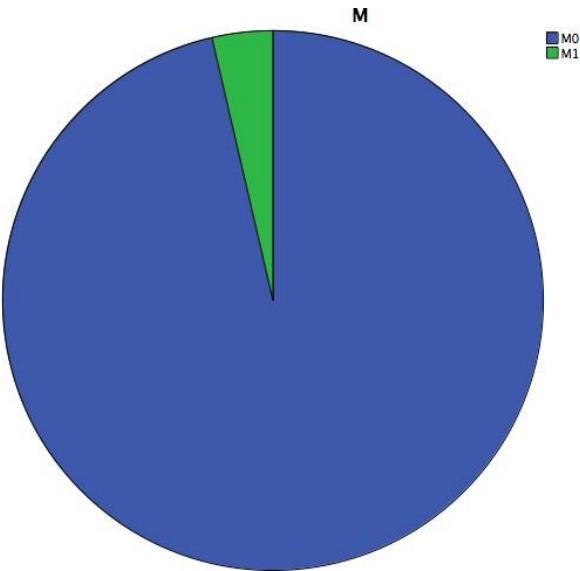


N	Localización								
	Cavidad oral	Orofarin	Hipofarin	Nasofarin	Laringe	Fosas/senos nasales	Glándulas salivares	Metástasis de origen desconocido	otros
N0	66,9%	37,8%	31,7%	41,4%	78,9%	81,3%	70,8%	0,0%	50,0%
N1	17,2%	15,1%	17,1%	31,0%	6,0%	6,3%	12,5%	20,0%	0,0%
N2	13,8%	42,9%	43,9%	24,1%	13,4%	12,5%	16,7%	66,7%	50,0%
N3	2,1%	4,2%	7,3%	3,4%	1,8%	0,0%	0,0%	13,3%	0,0%

Tabla X



Sólo 26 pacientes (3,6%) presentaron metástasis a distancia al diagnóstico, sobre todo los localizados en las glándulas salivares (8,3%) y en pacientes con metástasis de origen desconocido (13,3%). Datos observables en las tablas XI y XII.

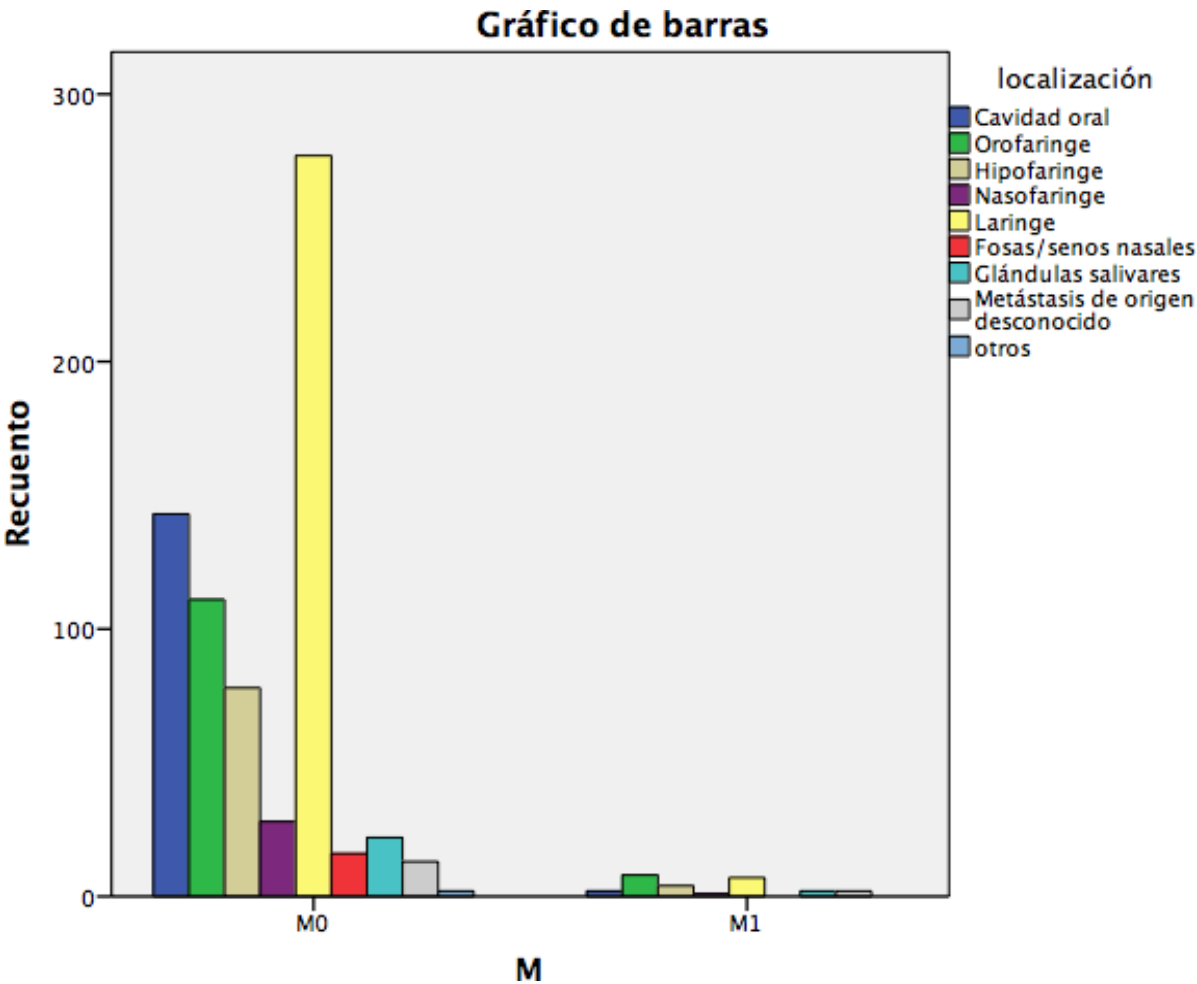


M		Frecuencia	Porcentaje
	M0	690	96,4
	M1	26	3,6
	Total	716	100

Tabla XI

		Localización								
		Cavidad oral	Orofarin	Hipofarin	Nasofari	Laringe	Fosas/senos nasal	Glándulas salivares	Metástasis de origen descon.	otros
M	M0	98,6%	93,3%	95,1%	96,6%	97,5%	100%	91,7%	86,7%	100%
	M1	1,4%	6,7%	4,9%	3,4%	2,5%	0,0%	8,3%	13,3%	0,0%

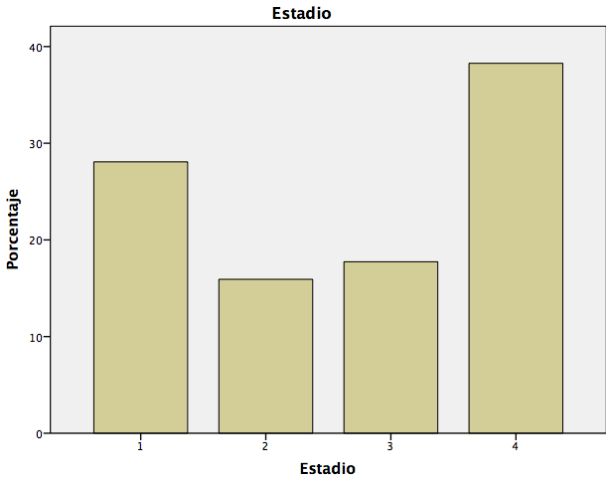
Tabla XII



Los pacientes se presentaron con frecuencia en estadios avanzados (Estadio 4, 38,3%), sobre todo en tumores localizados en hipofaringe (63,4%) y en metástasis de origen desconocido (66,7%). Sin embargo los localizados en laringe se presentaron en general en estadios más tempranos. Las tablas XIII y XIV reflejan estos valores.

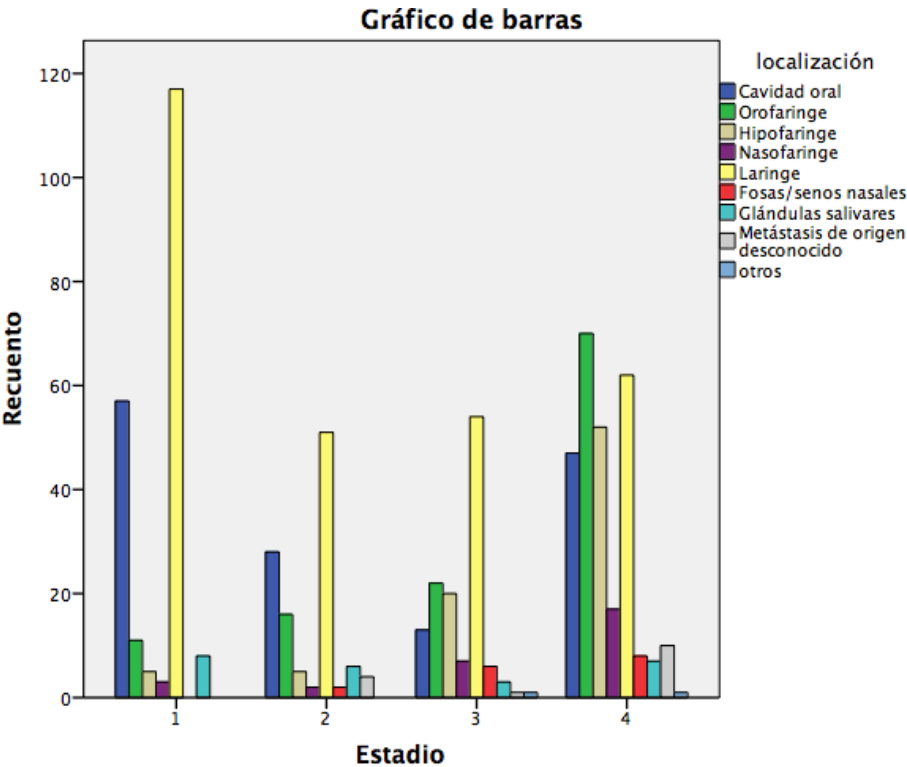
Estadio	Frecuencia	Porcentaje
1	201	28,1
2	114	15,9
3	127	17,7
4	274	38,3
Total	716	100

Tabla XIII



Estadio	Localización								
	Cavidad oral	Orofaring	Hipofaring	Nasofaring	Laring	Fosas/senos nasal	Glándulas salivares	Metástasis de origen descon.	otros
1	39,3%	9,2%	6,1%	10,3%	41,2%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%
2	19,3%	13,4%	6,1%	6,9%	18,0%	12,5%	25,0%	26,7%	0,0%
3	9,0%	18,5%	24,4%	24,1%	19,0%	37,5%	12,5%	6,7%	50,0%
4	32,4%	58,8%	63,4%	58,6%	21,8%	50,0%	29,2%	66,7%	50,0%

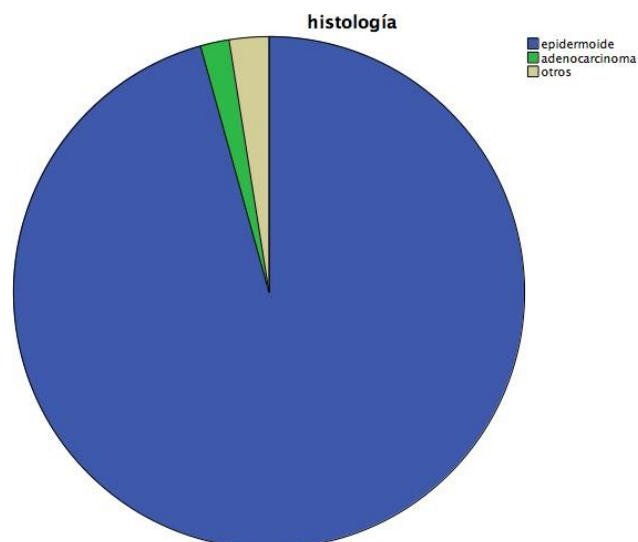
Tabla XIV



En cuanto al tipo histológico, el carcinoma epidermoide, fue el más frecuente (94,8%). Seguido en menor número por el adenocarcinoma (1,8%). Dato observable en la tabla XV.

Histología	Frecuencia	Porcentaje
Epidermoide	685	95,7
Adenocarcinoma	13	1,8
Otros	18	2,5
Total	716	100

Tabla XV



En cuanto a la relación del sexo con la edad, TNM y estadio; el valor p no es significativo, pero en el caso de la relación sexo-localización sí es significativo. Estos datos se observan en la tabla XVI.

Variable	Categoría	Hombre	Mujer	Valor-p
Edad,(mean(sd))		64.3(11.3)	63.8(14.2)	0.6324
Localización	Cavidad oral	84(14.6)	61(43.3)	2.54124316226e-16
	Fosas/senos nasales	12(2.1)	4(2.8)	
	Glándulas salivares	12(2.1)	12(8.5)	
	Hipofaringe	74(12.9)	8(5.7)	
	Laringe	251(43.7)	33(23.4)	
	Metástasis de origen desconocido	14(2.4)	1(0.7)	
	Nasofaringe	27(4.7)	2(1.4)	
	Orofaringe	101(17.6)	18(12.8)	
	otros	0(0.0)	2(1.4)	
T	TX	14(2.4)	1(0.7)	.274642693728522
	T1	188(32.7)	50(35.5)	
	T2	132(23.0)	41(29.1)	
	T3	133(23.1)	26(18.4)	
	T4	108(18.8)	23(16.3)	
N	N0	343(59.7)	92(65.2)	.2423178288656044
	N1	72(12.5)	18(12.8)	
	N2	139(24.2)	30(21.3)	
	N3	21(3.7)	1(0.7)	
M	M0	554(96.3)	136(96.5)	.9518854024341839
	M1	21(3.7)	5(3.5)	
Estadio	1	160(27.8)	41(29)	.5673154928225699
	2	86(14.9)	28(19.9)	
	3	106(18.4)	21(14.8)	
	4	223(38.7)	51(36.1)	

Tabla XVI

DISCUSIÓN

La incidencia del cáncer de cabeza y cuello es de 122 pacientes por cada cien mil habitantes al año en Cantabria similar a España y a Estados Unidos, sin embargo la incidencia en la Unión Europea es ligeramente mayor (200 pacientes por cien mil habitantes al año). [11] Por localizaciones la incidencia más frecuente fue la laringe, específicamente la glotis.



Ilustración 1. Metástasis cervical

El cáncer de cabeza y cuello sigue siendo mucho más frecuente en varones, aunque con un aumento progresivo en mujeres, siendo en estas últimas mucho más frecuentes los cánceres de boca. Estos datos son similares a otros países de nuestro entorno [9]. La edad de presentación más frecuente es en la 5ª y 6ª década, aunque en tumores de glándulas salivares y nasofaringe suelen presentarse a edades más tempranas.

El cáncer de laringe sigue siendo el tumor más frecuente de cabeza y cuello en Cantabria, aunque dentro de la misma, en las últimas décadas se ha visto un aumento de los tumores localizados en la glotis en vez de la supraglotis. Esto probablemente se debe a un cambio de hábitos de la población, con menor consumo de tabaco y alcohol. [12] Estos datos son similares a otros países europeos o de EEUU. [11] En grandes fumadores (más de 35 cigarrillos al día) se ha descrito un riesgo de hasta 40 veces superior al de no fumadores. Si bien el riesgo de cáncer de laringe declina notoriamente al abandonar el tabaquismo, éste no desaparecería del todo, estabilizándose aproximadamente en un riesgo 2,5 veces superior a los pacientes que nunca han fumado.

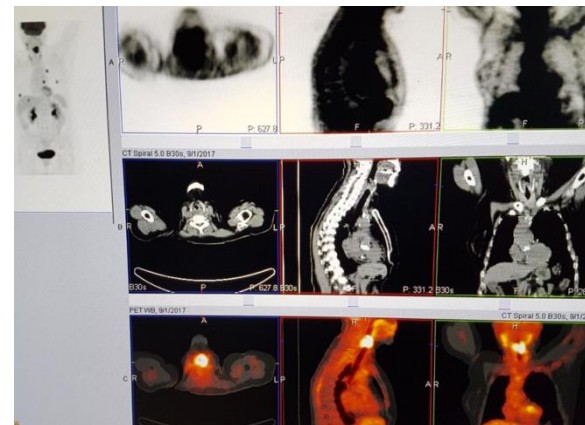


Ilustración 2. Carcinoma faringolaríngeo

El alcohol es el segundo factor de riesgo en importancia en el desarrollo del cáncer de cabeza y cuello, sobre todo de laringe, faringe y boca, elevando el riesgo hasta en 5 veces en pacientes no fumadores. Dentro de la laringe el etilismo se asocia con especial fuerza al desarrollo de carcinoma supraglótico, probablemente por ejercer su efecto carcinogénico al contacto directo con la mucosa. Además es un cofactor sinérgico cuando se combina con el tabaco. [3]

Otros factores de riesgo en el cáncer de cabeza y cuello, son la alimentación pobre en frutas y verduras, la exposición previa a radiación y el contacto con diversas sustancias laborales (asbestos, polvo de madera, polvo de cemento, alquitrán, humo de diésel, ácido sulfúrico, níquel y gas mostaza). Algunos eventos genéticos que ocurren tempranamente en el carcinoma de cabeza y cuello se ubican en 9p21-22, 3p y 17p, donde se encuentra el gen p53, el cual es muy relevante en la supresión tumoral. Otro tipo de alteraciones genéticas, pero más tardías, se sitúan en 13q11. [13]

En la India por ejemplo, el cáncer bucal llega al 40 % de los cánceres en general, por la costumbre de masticar nuez de betel y otros agresores locales, que predisponen a la mucosa oral para el desarrollo de lesiones que puedan potencialmente transformarse en cáncer. [14]

Por otra parte, se ha visto un aumento significativo de los tumores localizados en la orofaringe. Aunque la mayor parte de los casos de los tumores de esta localización siguen relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, es necesario evaluar en futuros estudios el papel del virus del papiloma en la génesis del mismo en los pacientes de nuestra Comunidad Autónoma, como ha ocurrido en otros países, en especial aquellos debidos a la cepa 16 del virus papiloma humano. [8] Los tumores de nasofaringe, senos paranasales y glándulas salivares siguen siendo infrecuentes al igual que ocurre en otros países europeos. [9]

Las adenopatías metástasis cervicales son frecuentes en el cáncer de cabeza y cuello. En nuestro estudio encontramos que hasta el 40% de los pacientes las presentaron al diagnóstico, siendo los tumores de hipofaringe y orofaringe los que presentaron adenopatías cervicales con más frecuencia. Sin embargo, la detección de los tumores de laringe en fases precoces provoca que se suelen detectar sin adenopatías metastásicas acompañantes.

En lo referente a la metástasis a distancia, hay que tener en cuenta que están localizadas en un mayor porcentaje en glándulas salivares y metástasis de origen desconocido, esto puede ser debido a la escasa frecuencia de estos tumores en relación al total estudiado provocando que exista un sesgo muestral. La localización más frecuente de estas metástasis fue en el pulmón.

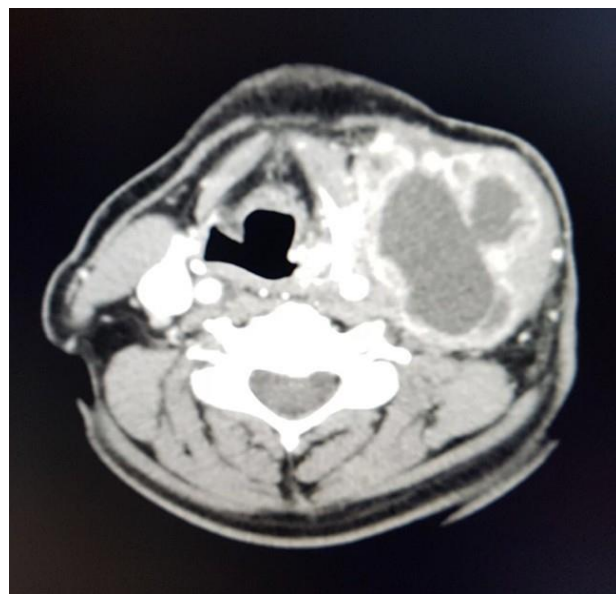


Ilustración 3. Metástasis cervical (N3)

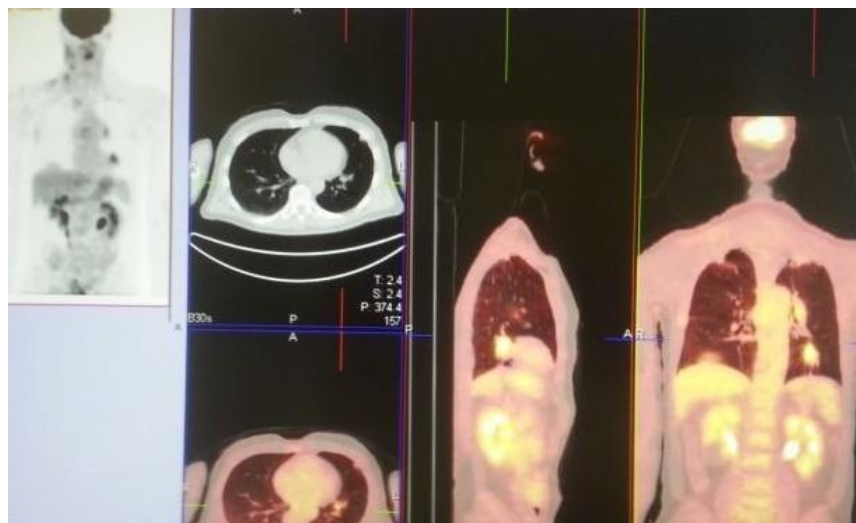


Ilustración 4. Tumor sincrónico de pulmón

Algunos tumores son silentes hasta que se vuelven sintomáticos en forma de metástasis, lo que explica porque algunos se detectan en un estadio tan tardío. Para disminuir el tiempo de diagnóstico de metástasis se debe valorar la utilización del PET-TAC como sistema de estadiaje antes del tratamiento.

En cuanto al estadio de presentación, al igual que se ha visto en otros estudios españoles y fuera de nuestro país, suele ser avanzado, aunque en el caso de localización glótica aparecen en estadios más tempranos, probablemente porque al ser la disfonía el síntoma más frecuente de presentación, el paciente acude tempranamente a consulta de su médico de atención primaria.

Los tipos de tumor que aparecen habitualmente en nuestro estudio en estadios III y IV son con frecuencia los de localización faríngea sobre todo. Dado que el estadio de presentación es un importante factor pronóstico de los cánceres de cabeza y cuello, es importante concienciar a la población y a los médicos de atención primaria de los factores de riesgo de desarrollo de este tipo de tumores así como de los síntomas más frecuentes de presentación.

El tipo histológico más frecuente del cáncer de cabeza y cuello es el carcinoma epidermoide, el cual se origina en áreas de epitelio escamoso de la mucosa o bien en áreas de metaplasia escamosa dentro de zonas de epitelio respiratorio.

CONCLUSIONES

El cáncer de cabeza y cuello es un tumor frecuente en la Comunidad de Cantabria. Generalmente aparecen en varones de entre 50 y 70 años de edad con hábitos tóxicos (tabaco y alcohol). La localización más frecuente es la laringe, y dentro de esta la glotis. Los pacientes habitualmente se presentan en estadios avanzados, sobre todo en casos de tumores faríngeos. Es importante concienciar tanto a la población como a los médicos de atención primaria de la importancia de un diagnóstico precoz. Así mismo, las campañas de prevención primaria sobre el tabaco y el alcohol también juegan un papel fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. *Defunciones según la Causa de Muerte*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2014 [consultado 28 noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2014/l0/&file=01004.px&L=0>
2. Strutz J, Mann W. *Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie*. Georg Thieme Verlag. 2001; 2.
3. DMDI Deutsches Institut für medizinische [Internet]. *Information und Dokumentation ICD-10-GM*. 2014 [Consultado 11 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-c30-c39.htm>.
4. Boffetta P, Hashibe M. *Alcohol and cancer*. Lancet Oncology. 2006; 2:149–156
5. Pantel M, Guntinas-Lichius O. *Laryngeal carcinoma: epidemiology, risk factors and survival*. 2012; 60:32–40
6. Maier H, Dietz A, Gewelke U, Heller WD, Weidauer H. *Tobacco and alcohol and the risk of head and neck cancer*. Journal of Clinical Investigation [Internet]. 1992 [Consultado 12 febrero 2018]; 70:320–327. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1521046>
7. Torrente MC, Rodrigo JP, Haigentz M Jr, Dikkers FG, Rinaldo A, Takes RP, et al. *Human papillomavirus infections in laryngeal cancer*. Head Neck. 2011; 33:581–586
8. Galceran J, Ameijide1 A, Carulla1 M, Mateos A, et al. *Cancer incidence in spain 2015*. Clinical and Translational Oncology [Internet]. 2016 [Consultado 3 abril 2018]; 19(7):799-825. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28093701>
9. Peller M, Katalinic A, Wollenberg B, Teudt I, Meyer J. *Epidemiology of laryngeal carcinoma in Germany, 1998–2011*. Eur Arch Otorhinolaryngol [Internet]. 2016 [Consultado 15 abril 2018]; 273(6):1481-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26879991>
10. INE [Internet]. *Cantabria: Población por municipios y sexo*. 2017 [Consultado 21 abril 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2893>
11. GLOBOCAN [Internet]. *Larynx, Lip, oral cavity, Nasopharynx, Other pharynx - Estimated incidence and prevalence, adult population: both sexes*. 2012 [Consultado 25 abril 2018]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_site_prev.asp?selection=11100&selection=13010&selection=18020&selection=21030&title=Larynx%2C+Lip%2C+oral+cavity%2C+Nasopharynx%2C+Other+pharynx&sex=0&america=2&europe=4&>window=1&sort=0&submit=%C2%A0Execute
12. Morales C, Val F, Buelta Luis, Fernandez F, et al. *Prognostic factors in supraglottic laryngeal carcinoma*. SAGE journals. 1998; 119:548-553

13. Nazar G, Cabezas L. *Cáncer de laringe*. Clínica Las Condes. 2003; 14(2)
14. Ariosa J, González F, Rodríguez G, Rodríguez J. *Cáncer bucal. Estudio de cinco años*. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2006 [Consultado 3 mayo 2018]; 28(6). Disponible en: <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/349/html>

AGRADECIMIENTOS

Después de ocho meses de investigación, escribo este apartado de agradecimientos para finalizar mi trabajo de fin de grado. Todo ello ha supuesto un gran progreso personal por el gran impacto que tiene este problema en mi comunidad autónoma por ello me gustaría agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado y apoyado durante este proceso.

Primero de todo, me gustaría agradecer a mi tutor Carmelo Morales por las ganas que transmite en sus clases de la Facultad, las cuales hicieron que me decantara por esta opción de TFG, además de una colaboración y comunicación absoluta. Respecto al servicio de Otorrinolaringología del Marqués de Valdecilla se merece un especial mención Patricia Corriols, residente de primer año, que pasó largas tardes ayudando en el progreso del TFG. Para la elaboración del trabajo también se contó con la ayuda de la doctora Trinidad Dierssen Sotos especialista en medicina preventiva.

Por último destacar al equipo de Cirugía Maxilofacial por la enseñanza práctica recibida y al pediatra Carlos Redondo por su experiencia y consejos en el desarrollo de trabajos científicos. Además, me gustaría darles las gracias a mi familia y a mi novia, por su paciencia y su comprensión a lo largo de estos duros y largos años de carrera.

¡Muchas gracias a todos!

Marcos Gándara Alonso

Santander, junio 2018.