

Beneficio de la IMRT en el manejo de tumores localmente avanzados de cabeza y cuello en ancianos. A propósito de un caso clínico.

Jerviz Guía, V. G; Hernández Uribe, V.C; Lazo Prados, A; Villen Villen, J.C; Prieto Prieto, C; Chacón McWeeny, V; Blasco Valls, P; Fernández Quiles, I.M; Castillo Pérez, I.

Servicio Oncología Radioterápica

Introducción:

La IMRT permite administrar altas dosis de radiación al tumor con baja dosis en los tejidos sanos que rodean al órgano blanco. En tratamientos convencionales y debido a las dosis de tolerancia que soportan los órganos de riesgo, no es posible alcanzar dosis superiores a 60 Gy, por lo que las recidivas tumorales son frecuentes, debidas a las subpoblaciones tumorales clónicas radiorresistentes. Cuando se compara la RT convencional con la IMRT, la primera presenta una mayor heterogeneidad, lo que podría aumentar las complicaciones. Aproximadamente el 60% de los pacientes que recibimos de forma habitual en las consultas de ORT suelen ser mayores de 65 años, y de este grupo, 40% son mayores de 70 años, por esta situación, debemos ante todo tener un amplio manejo de la geriatría oncológica e individualizar el tratamiento como en el resto de los casos.

Resultados:

Como toxicidad aguda presentó radiodermatitis grado II-III, mucositis grado II-III, disfagia grado III, xerostomía grado IV, astenia grado III; complicaciones intensificadas por el Síndrome de Sjögren, tras finalizar el tratamiento continuó con revisiones semanales por 4 semanas. A las 10 semanas postRT se realizó TC cérvico facial de control, que concluye "Desaparición de la masa orofaríngea derecha presente en estudio previo, así como de las adenopatías necróticas en nivel II/III bilaterales. Se observa un pequeño ganglio de 6 mm a nivel II izquierdo con captación de contraste (se recomienda controlar). Compatible con respuesta completa" La paciente se mantiene en revisiones trimestrales con buena calidad de vida, en relación con patologías previas y la toxicidad presentada, con una RPC de 8 meses en una paciente cuyas expectativas estaban limitadas al control paliativo y evitar sufrimiento.

Referencias bibliográficas:

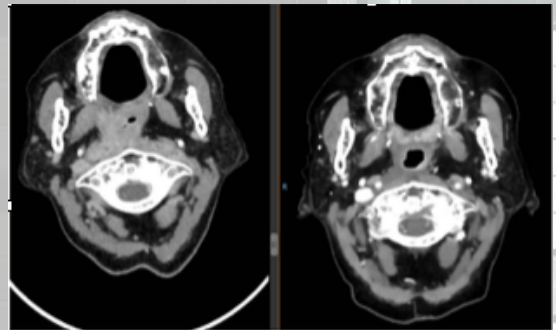
WU, Y et al Study of surgical treatment for elderly patients with head and neck cancer. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 7, 2018. ISSN 0901-5027.
Vanderwalde NA, Fleming M, Weiss J, Chera BS. Treatment of Older Patients with Head and Neck Cancer: A Review. The Oncologist. 2013 May; 18:568-78.
Lopez de Sagrero, Jordi Giral; Medina Carmona, José Antonio; Radioterapia en Cabeza y Cuello, Páginas 13-19, Biblioteca Oncológica Merck Serono. 2013.

Objetivos:

Corroborar, a propósito de un caso clínico, que el uso de la IMRT en ancianos aumenta la radicalidad del tratamiento, disminuye las interrupciones de tratamiento y la toxicidad aguda.

Materiales y métodos:

Mujer de 75 años con antecedentes de síndrome de Sjögren, artritis reumatoide Sero(+), osteoporosis y subluxación atloaxoidea que inicia en el verano del 2017 disfagia, odinofagia y pérdida de 4 kg de peso, siendo diagnosticada por medio de endoscopia nasal, biopsia de mucosa de hipofaringe y TAC de cérvico-facial y torácico de Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante cT4N2cM0, inicia tratamiento radioterápico radical exclusivo, previa colocación de PEG para garantizar una mejor nutrición con esquema de RT dadas las comorbilidades de la paciente, con IMRT/IGRT y BOOST SIMULTÁNEO: PTV1 (niveles ganglionares cervicales de bajo riesgo) 54 Gy a 1.8 Gy por fracción, PTV2 (tumor + adenopatías positivas) 60 Gy a 2 Gy.



Conclusiones:

El CCC aumenta su incidencia con la edad. La IMRT con IGRT realizada cumplen con las dosis propuestas según QUANTEC, en los órganos de riesgo y el volumen blanco, y se puede considerar una técnica de elección a la hora de llevar a cabo tratamientos radioterápicos en ancianos, con niveles de toxicidad aguda aceptables, supervivencia global a los cinco años en torno al 49% como lo apoyan las series internacionales.

La elección de la modalidad de los tratamientos oncológicos, en particular de la radioterapia, no debe basarse en la edad si no en general en los factores pronósticos relacionados con el paciente (edad, antecedentes tóxicos, intervalo entre primer síntoma diagnóstico, performance status, comorbilidad y factores socioeconómicos).

