



CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

BIOETHICAL CONSIDERATIONS IN HEAD AND NECK TUMORS

Osorio-Anaya Steven (1)
Villegas-González Juliana (1)
Morales-Valdés Lady Johana (2)

Correspondencia: stevenosorio@gmail.com

Recibido para evaluación: febrero-4-2015. Aceptado para publicación: mayo-5-2015.

RESUMEN

Los carcinomas de cabeza y cuello (CCC) son tumores con elevada morbilidad y mortalidad, que causan un deterioro significativo de la calidad de vida en los pacientes con adversas repercusiones familiares y sociales. La mayoría de los pacientes consultan en estadios localmente avanzados y según la localización y compromiso, el pronóstico de vida sin tratamiento puede llegar a ser desalentador. Los tratamientos no están libres de consecuencias adversas. Algunos pueden ser tan mutilantes y discapacitantes como la misma enfermedad. El abordaje siempre debe ser integral y multidisciplinario con inmensa claridad de la connotación humana del paciente y sus familiares. Se deben ofrecer diferentes opciones de manejo, que buscarán la conservación o recuperación en la mejor medida posible de la calidad de vida. Debe evitarse la iatrogenia y los tratamientos excesivos por el impacto adverso. Dilucidarse el riesgo al suicidio, la expectativa de vida y la oportunidad real de mejoría con la intervención propuesta. **Rev.cienc.biomed. 2015;6(1):179-182**

PALABRAS CLAVE

Cáncer; Cuidado paliativo; Cabeza y cuello.

SUMMARY

The head and neck cancer (HNN) are tumors with morbidity and mortality that cause a significant deterioration of the quality of life of patients, with adverse familiar and social repercussions. The majority of patients consult in locally advanced stages and according to the location and alteration, the life prognosis without treatment could be discouraging. The treatments are not free of adverse consequences. Some of them could be as mutilated and incapacitating as the same disease. The approach always must be integral and multidisciplinary with high clarity of the human connotation of the patients and their family. The different approach options that search the preservation and recuperation of the quality of life must be offered. Iatrogenic and excessive treatments must be avoided due to their adverse impact. The risk of suicide, the life expectancy and the real opportunity of improvement with the proposed intervention must be informed. **Rev.cienc.biomed. 2015;6(1):179-182**

KEYWORDS

Cancer; Palliative care; Head and neck.

¹ Médico. Estudiante de Otorrinolaringología. Departamento Quirúrgico. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

² Médico. Otorrinolaringóloga. Cartagena. Colombia.

¿Qué es una muerte digna? Según algunos autores, es aquella libre de dolor, en paz y breve (1). En este punto los trabajadores del área de la salud tienen un rol fundamental para garantizar el bienestar de los pacientes con patología tumoral y en estado terminal.

El dolor es uno de los principales síntomas que aqueja a la población con cáncer, con una mayor prevalencia cuando se localiza en cabeza y cuello. El 70% de los individuos lo presenta, siendo diez puntos porcentuales más que los tumores ginecológicos y gastrointestinales (2). Incluso en algunas series de individuos con carcinoma de cabeza y cuello (CCC), el dolor se puede presentar hasta en el 96.8% de los afectados (3).

A raíz de la morbilidad generada por los CCC, surgen los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los problemas psicosociales y fisiológicos que deterioran la integridad en la población con CCC? ¿Hasta cuándo prolongar el final de la vida en los CCC? ¿En qué momento se debe hacer paliación en CCC?

La respuesta a las anteriores preguntas puede variar dentro de una gama de posibilidades con opiniones divididas, siempre intentando mantener los principios de la ética biomédica descritos por Beauchamp y Childress en 1979, con el siguiente orden de importancia: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (4). A continuación se exponen algunos argumentos y elementos que contribuyen para dar respuesta a cada uno de los interrogantes que surgen en el manejo de los pacientes con CCC, postura que será diferente en consideración a la magnitud del compromiso, el tipo de lesión y expectativas que cambian de un paciente a otro.

El diagnóstico del cáncer genera un estigma social, que puede aislar a aquellos que lo padecen. Los CCC tienen un mayor impacto en el estado de ánimo del enfermo, debido al compromiso de áreas corporales expuestas. Ocasionalmente tienen una extensión importante que desfigura la identidad de la anatomía facial, generando ansiedad, depresión y aislamiento social (5,6). Debido a los factores de riesgo de los tumores en esta localización, como el consumo de tabaco y alcohol o en su contraparte la exposición al virus del

papiloma humano (VPH), se etiqueta a los individuos por sus hábitos y se les responsabiliza por tener una enfermedad (6,7).

La mayoría de los pacientes con CCC consultan en estados localmente avanzados, donde la tasa de curación está entre el 30-50% (8). Además, los tratamientos pueden llegar a ser mutilantes y/o causar compromiso de la función de órganos de fonación, respiración, visión, deglución y audición (9).

Para abarcar adecuadamente esta población desde una visión integral, se debe conocer la historia natural, pronóstico y sobrevida de los CCC. Según el estudio retrospectivo de Kowalski y Carvalho (10), se escogieron 797 pacientes con tumores de cabeza y cuello, sin tratamiento por rechazo al mismo o por enfermedad incurable, de los cuales el 91% estaban clasificados como estadio IV. Todos los pacientes requirieron manejo analgésico, 6.7% necesitó traqueostomía, 1.5% gastrotomía y 1.6 % utilizó sonda nasogástrica. En este mismo estudio, los requerimientos de traqueostomía en la población con cáncer de laringe e hipofaringe se elevó a 34.3% y 23.8% respectivamente, con disminución en la sobrevida global cuando se realizaba el procedimiento frente al grupo con cáncer de laringe e hipofaringe que no ameritaba el procedimiento. En promedio la mitad de los pacientes sin tratamiento murieron antes de los cuatro meses después del diagnóstico. La sobrevida varió de un día a 53.8 meses con media de 3.8 meses. La sobrevida específica del cáncer de laringe sin tratamiento a cinco años es del 0%, mientras que para los tumores malignos de cavidad oral es del 0 al 2.2% (10). Esas cifras permiten contemplar la magnitud de la problemática del CCC.

El suicidio es otro problema a tener presente, se han observado tasas del 0.3% hasta 1.2%; debe ser adecuadamente explorado mediante medidas de prevención con apoyo psicobiológico (11,12).

La panorámica del CCC puede ser totalmente desalentadora, incluso en estudios se ha encontrado que de un 25 a 30% de los individuos se han observado vivencias desesperanzadoras, sobre todo cuando presentan un segundo tumor primario maligno, situación

denominada sincrónica o metacrónica, neoplasias de una ubicación distinta al carcinoma inicialmente descrito, evento que deteriora sustancialmente la calidad y pronóstico de vida (8). No obstante, el apoyo sanitario de aspectos biológicos y psíquicos debe ser siempre considerado.

Existe una variedad de situaciones a las que el personal de salud se puede enfrentar cuando aborda a un paciente con CCC. Una de ellas y de manejo difícil es cuando se deben abordar personas con tumores incurables o en estado terminal. También en mayores de 70 años de edad con cáncer en estadios avanzados, comorbilidades con mal pronóstico, presencia de metástasis, manejo previo con radioterapia y/o quimioterapia o cuando los riesgos del tratamiento ofrecido no superan la expectativa de vida (13).

Ante esta situación, es imperativo dialogar con la familia y el paciente de manera honesta, explicando el diagnóstico, pronóstico, y manejo, donde el pilar de tratamiento más importante a ofrecer busca mantener una calidad de vida óptima, sin intentar prolongar la vida en condiciones deplorables, explicando claramente que no existe opción curativa bajo esta instancia (13). De cualquier manera, se debe evitar el uso de frases como "ya no se puede hacer nada", por el contrario usar expresiones tales como "hay una variedad de terapias que se pueden suministrar" (14).

En este punto se ofrece la paliación de los síntomas de manera multidisciplinaria, con diferentes opciones como: manejo del dolor, rutina de ejercicios, terapia física, soporte nutricional y ayuda psicológica, en la cual el núcleo familiar debe involucrarse con el fin de generar introspección de la enfermedad, buscando lograr los objetivos del tratamiento (13). El cuidado general y la fortaleza al cuidador deben ser prioridades a considerar.

La quimioterapia se puede utilizar con la radioterapia de manera concomitante o adyuvante como tratamiento paliativo, teniendo mejores resultados de sobrevida cuando se realiza de manera concomitante, y con similares efectos adversos (15). En la quimioterapia de los CCC el *Gold standard* es el uso

de 5-fluoracilo más cisplatino, obteniendo control de la enfermedad en el 32% de los pacientes tratados (7). Se deben ofrecer con el adecuado juicio clínico y entregando la información precisa y señalando las expectativas que se tienen.

Dentro de las opciones quirúrgicas en paliación, la citorreducción busca aumentar la sobrevida y controlar los síntomas, por medio de la disminución del tamaño tumoral sin adición de complicaciones (16). En cabeza y cuello se ha documentado este tipo de procedimientos en pacientes con obstrucción de la vía aérea superior por tumores grandes de laringe o hipofaringe, en quienes se realiza citorreducción con láser de CO² o microdebridador, disminuyendo la necesidad de traqueostomía y otras complicaciones; sin embargo, faltan estudios para establecer su uso de forma rutinaria (17).

La cirugía de salvamento es una de las últimas opciones que se le puede ofrecer a los pacientes con CCC recurrente y resecable, cuya supervivencia media suele cambiar de nueve meses y alcanzar sobrevida a los cinco años entre el 16 y 36% (8). Sin embargo, dada la morbilidad asociada al procedimiento quirúrgico y las secuelas inherentes al mismo, es decisión del paciente la realización de este procedimiento.

En el proceso de afrontamiento e introspección de la enfermedad, la familia y los acompañantes son el catalizador más importante para el entendimiento de los síntomas, de tal manera que contribuya al aumento de la calidad de vida y disminuya el pesimismo premórbido en los pacientes con CCC (18).

El cuidado confortable (control de síntomas), la no intubación ni resucitación y los cuidados hospitalarios en el hogar, son las órdenes que el personal de salud debe dialogar con el paciente y la familia al momento del final de la vida (13). El estudio de McCabe (14), en el cual se realizó consejería ética a pacientes con CCC, determinó que el plan de manejo de vía aérea y la orden resucitación, deben ser seleccionadas con el enfermo y los familiares. Además, este tipo de consultoría bioética es el ideal al momento de decidir la conducta en pacientes con CCC (14).

El paciente con CCC debe contar con un acompañante permanente, apoyando el proceso de evolución de la enfermedad, incluso en el mismo momento de la muerte. Sin embargo, el 78% de los pacientes no va a tener ningún familiar o acompañante a su lado, en el momento del deceso (19).

CONCLUSIONES

Los CCC generan una alta morbimortalidad en aquellas personas que los padecen, y es deber del personal de salud mantener informado a paciente y familiares de la condición actual, pronósticos y opciones de tratamiento. La introspección y asimilación de

la enfermedad es el punto clave al momento del abordaje de estos individuos y se vuelve decisivo para la colaboración por parte del paciente en los manejos propuestos. A las personas con CCC en estado terminal, se les debe dar una asesoría completa, integral y multidisciplinaria, en donde los acompañantes junto con el paciente eligen la opción más acorde a sus expectativas, ofreciendo siempre una calidad de vida óptima.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen LM, Poppel DM, Cohn GM, Reiter GS. A very good death: measuring quality of dying in end-stage renal disease. *J Palliat Med.* 2001;4(2):167-72.
2. van den Beuken MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18(9):1437-49.
3. Lin YL, Lin IC, Liou JC. Symptom patterns of patients with head and neck cancer in a palliative care unit. *J Palliat Med.* 2011;14(5):556-9.
4. Thompson J. Los principios de ética biomédica. *CCAP.* 2006;5(4):15-34.
5. Rumsey N, Clarke A, White P, White P. Exploring the psychosocial concerns of out patients with disfiguring conditions. *J Wound Care.* 2003;12(7):247-52.
6. Lebel S, Castonguay M, Mackness G, Irish J, Beznak A, Devins GM. The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. *Psychooncology.* 2013;22(1):140-52.
7. Price KA, Cohen EE. Current treatment options for metastatic head and neck cancer. *Curr Treat Options Oncol.* 2012;13(1):35-46.
8. Creak AL, Harrington K, Nutting C. Treatment of recurrent head and neck cancer: re-irradiation or chemotherapy? *Clin Oncol.* 2005;17(3):138-47.
9. Hammerlid E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999;120(4):507-16.
10. Kowalski LP, Carvalho AL. Natural history of untreated head and neck cancer. *Eur J Cancer.* 2000;36:1032-7.
11. Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs.* 2012;35(4):E14-26.
12. Henderson JM, Ord RA. Suicide in head and neck cancer patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55(11):1217-21; discussion 21-2.
13. Elackattu A, Jalisi S. Living with head and neck cancer and coping with dying when treatments fail. *Otolaryngologic Clin North Am.* 2009;42(1):171-84.
14. Shuman AG, McCabe MS, Fins JJ, Kraus DH, Shah JP, Patel SG. Clinical ethics consultation in patients with head and neck cancer. *Head & neck.* 2013;35(11):1647-51.
15. Graf R, Hildebrandt B, Tilly W, Riess H, Felix R, Budach V, et al. A non-randomised, single-centre comparison of induction chemotherapy followed by radiochemotherapy versus concomitant chemotherapy with hyperfractionated radiotherapy in inoperable head and neck carcinomas. *BMC cancer.* 2006;6:30.
16. Hanna J, Blazer DG, Mosca PJ. Overview of palliative surgery: principles and priorities. *J Palliative Care Med.* 2012;2(7).
17. Paleri V, Stafford FW, Sammut MS. Laser debulking in malignant upper airway obstruction. *Head & neck.* 2005;27(4):296-301.
18. Holloway RL, Hellewell JL, Marbella AM, Layde PM, Myers KB, Campbell BH. Psychosocial effects in long-term head and neck cancer survivors. *Head & neck.* 2005;27(4):281-8.
19. Shuman AG, Yang Y, Taylor JM, Prince ME. End-of-life care among head and neck cancer patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;144(5):733-9.