

1. INTRODUCCIÓN

ARGIMIRO RODRÍGUEZ

PRESIDENTE DE LA SECCIÓN DE CABEZA Y CUELLO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE ONCOLOGÍA

Según la real academia española de la lengua, la palabra consenso significa, “acuerdo producido por consentimiento entre todos los miembros de un grupo o entre varios grupos” ⁽¹⁾.

La generación de información y conocimiento en las últimas décadas ha mostrado un crecimiento exponencial.

Desde el advenimiento del internet las fuentes de información son múltiples, variadas y con diferentes grados de evidencia. Mantener un adecuado nivel de actualización exige un proceso complejo, basado en el análisis crítico.

Para asegurar la imparcialidad y el éxito de los consensos es necesario ser muy precisos en el seguimiento riguroso de los métodos y procesos, siendo imperativo hacer una cuidadosa y constante revisión de la literatura en las publicaciones científicas disponibles.

OBJETIVO: Establecer un protocolo para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de células escamosas de orofaringe según consenso multidisciplinario en Venezuela.

Crear una guía clínica práctica que contribuya a mejorar las decisiones médicas en el abordaje del cáncer de orofaringe de células escamosas.

MÉTODO: Se implementaron grupos multidisciplinarios, por especialidad, organizados en cinco mesas de trabajo. Se abordaron los diferentes aspectos del cáncer de orofaringe,

enfocados en el carcinoma de células escamosas. Cada mesa de trabajo fue conformada por especialistas con reconocida trayectoria en su especialidad y relacionados con la patología oncológica.

Una vez establecidos los grupos de trabajo se enviaron *online*, los objetivos a desarrollar e investigar, cada mesa de trabajo bajo la responsabilidad de un coordinador, llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva.

En una primera reunión presencial en noviembre de 2023 se presentaron los resúmenes correspondientes de cada mesa de trabajo, se hicieron las observaciones y correcciones bajo discusión multidisciplinaria.

Se planteó que cada mesa de trabajo hiciera una revisión bibliográfica y científica, basada en publicaciones de reconocidos grupos científicos, analizando y discutiendo los puntos en cuestión, complementándolos con la experiencia profesional. Cada punto desarrollado contó con el soporte bibliográfico correspondiente.

ESPECIALIDADES INVOLUCRADAS

Cirujanos oncológicos, otorrinolaringólogos, oncólogos médicos, médicos radioterapeutas, médicos radiólogos, anatomopatólogos, médicos nucleares. La conformación de cada grupo de trabajo busca la participación de colegas que

trabajan en las diferentes regiones del país, vinculados al manejo de dicha patología.

Cada mesa fue independiente para establecer sus horarios de encuentros y reuniones.

Se asignó un coordinador como responsable de cada mesa.

El 11 de noviembre 2023, en la ciudad de Caracas, se realizó un encuentro y recopilación

de la información obtenida por cada grupo de trabajo.

Se fueron desarrollando comunicaciones posteriores, vía *online*, una vez obtenida la información.

Para la clasificación y determinación del estadio empleó la octava edición de la clasificación del Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer (AJCC). Agrupación de las categorías TNM ⁽²⁾

Cuadro 1. Sistema de clasificación para carcinoma de células escamosas de orofaringe

T0	Tumor primario no identificable.
T1	Tumor menor o igual a 2 cm en su mayor diámetro.
T2	Tumor mayor de 2 cm, pero menor o igual a 4 cm en su mayor diámetro.
T3	Tumor mayor de 4 cm o se ha diseminado a la superficie lingual de la epiglotis.
T4	Enfermedad localmente avanzada. Tumor con invasión a laringe, músculos extrínsecos de la lengua, pterigoideos, paladar duro, maxilar inferior u otras partes adyacentes.
Nx	Ganglios linfáticos regionales no evaluables.
N0	Sin metástasis a ganglios linfáticos regionales.
N1	Uno o más ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno mide más de 6 cm.
N2	Ganglios linfáticos contralaterales o bilaterales, ninguno mide más de 6 cm.
N3	Uno o más ganglios linfáticos que miden más de 6 cm.
M0	No evidencia de metástasis.
M1	Metástasis a distancia.

AJCC. 8ª edición ⁽²⁾.

OBSERVACIONES

El subsitio de la orofaringe debe ser aclarado (paladar blando, amígdala, pilar posterior, anterior, pared posterior, base de lengua) ⁽³⁾.

Se debe medir el tamaño del tumor primario a lo largo de su diámetro más largo para determinar si se trata de T1.

Es difícil estar seguro por la imagen de si una base de la lengua el tumor se extiende a lo largo de la superficie mucosa de la lengua aspecto de la epiglotis (también T3) o si el tumor colinda con esta superficie. En estas situaciones, la aclaración mediante la observación clínica directa es esencial.

T4 la enfermedad está determinada por la invasión a músculos de la lengua, piso de boca o del paladar blando anterior o al paladar duro, lateralmente a los músculos pterigoideos o mandíbula, por debajo de la laringe, o superiormente a la base del cráneo o más allá.

Base del cráneo también requiere una evaluación cuidadosa de la y diseminación intracraneal del tumor ⁽⁴⁾. Descripción del grado de invasión de estas estructuras específicas con tumores T4 es importante para la planificación de la radiación y debe ser especificado en el informe médico correspondiente ⁽⁵⁻⁷⁾.

En esta nueva clasificación se toma en cuenta la positividad del P16 para diferenciar en tumores VPH positivos o no.

Con la modificación realizada por la *AJCC* en su última revisión queda claro la relevancia

en la determinación de P16 para la clasificación y estadificación del carcinoma de células escamosas de orofaringe (CCE).

Para los P16 positivos no hay *in situ* y se eliminan los T4a y T4b.

Cuadro 2. Estadificación ⁽²⁾.

T. tamaño	P16 negativo	P16 positivo
T0 sin primario identificado	Sin primario identificado	Sin primario identificado
Tis carcinoma <i>in situ</i>	Carcinoma <i>in situ</i>	-----
T1	2 cm o menos	2 cm o menos
T2	>2 cm < 4 cm	>2 cm < 4 cm
T3	>4 cm o extensión a superficie lingual de epiglotis	>4 cm o extensión a superficie lingual de epiglotis
T4		Enfermedad local moderadamente avanzada. Invasión de laringe, músculos extrínsecos de la lengua, pterigoideo medial, paladar duro o mandíbula o más allá.
T4a	Enfermedad local moderadamente avanzada. Invasión de laringe, músculos extrínsecos de la lengua, pterigoideo medial, paladar duro o mandíbula.	-----
T4b	Enfermedad local muy avanzada. Invasión de pterigoideo lateral, láminas pterigoideas, nasofaringe lateral, base de cráneo o arteria carótida.	-----
N (compromiso linfonodal)	P16 negativo	P16 positivo
Nx	Linfonodo regional no puede ser evaluado.	Linfonodo regional no puede ser evaluado.
N0	Sin metástasis en linfonodos regionales.	Sin metástasis en linfonodos regionales.
N1	Un único linfonodo ipsilateral ≤ 3 cm. Extensión extranodal negativa.	Uno o más linfonodos positivos ipsilaterales < 6 cm.
N2		
N2a	Linfonodo ipsilateral > 3 cm < 6 cm Extensión extranodal negativa.	Linfonodos contralaterales o bilaterales < 6 cm.
N2b	Linfonodos ipsilaterales múltiples < 6 cm. Extensión extranodal negativa.	-----
N2c	Linfonodos bilaterales o contralaterales < 6 cm. Extensión extranodal negativa.	-----
N3		
N3a	Linfonodo > 6 cm Extensión extranodal negativa.	Linfonodo > 6 cm.
N3b	Cualquier linfonodo con extensión extranodal	-----
M metástasis	P16 negativo	P16 positivo
M0	No evidencia de metástasis.	No evidencia de metástasis.
M1	Metástasis positiva.	Metástasis positiva.

Cuadro 3. Estadificación TNM clínico. VPH negativo (P16 negativo)

Categoría T	Categoría N			
	N0	N1	N2a, b, c	N3a, b
T1	I	III	IVa	IVb
T2	II	III	IVa	IVb
T3	III	III	IVa	IVb
T4a	IVa	IVa	IVa	IVb
T4b	IVb	IVb	IVb	IVb

Cuadro 4. Estadificación TNM clínico. VPH positivo (P16 positivo)

Categoría T	Categoría N			
	N0	N1	N2	N3
T0		I	II	III
T1	I	I	II	III
T2	I	I	II	III
T3	II	II	II	III
T4	III	III	III	III

Cualquier M1 es clasificado como estadio IV

INCIDENCIA FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE OROFARINGE

En este momento, no se cuenta con datos epidemiológicos nacionales para conocer la incidencia real de esta patología en nuestro país. Según el último anuario de epidemiología emitido oficialmente en el año 2016, el cáncer representaba la segunda causa de muerte en Venezuela (13,56 %). Correspondiendo 198 muertes por cáncer de orofaringe distribuidos en 146 hombres y 52 mujeres, lo que representa una relación aproximada de 3 a 1 respectivamente⁽⁸⁾.

El cáncer de cabeza y cuello es el sexto cáncer más común en todo el mundo, con una carga anual estimada de 563 826 casos incidentes, correspondiendo a orofaringe 52 100 casos. Con una estimación de muertes por cáncer de 301 408 muertes⁽⁹⁾.

- Casos nuevos: 54 540.
- Defunciones: 11 580.

La incidencia de CCE de orofaringe ha aumentado en las últimas décadas debido al aumento de la enfermedad positiva para el virus del papiloma humano (VPH), representando en estos momentos el 70 % de los casos recién diagnosticados⁽¹⁰⁾. La probabilidad de presentar este cáncer es más del doble en los hombres que en las mujeres⁽¹⁰⁾. La creciente incidencia de cáncer de CCE de orofaringe VPH positivo, que se ha duplicado en la última década, ha alterado

radicalmente el pronóstico y el tratamiento de esta enfermedad⁽⁷⁾. Históricamente, la mayoría de los casos de CCE de orofaringe se asociaron con el consumo de tabaco y alcohol, lo que afectaba predominantemente a pacientes mayores. Por el contrario, hoy en día la mayoría de los pacientes diagnosticados con enfermedad de las amígdalas o de la base de la lengua (los sitios tumorales más comunes en el cáncer de células escamosas de orofaringe) son VPH positivos. Los pacientes con enfermedad VPH positiva suelen ser diagnosticados en etapas más tempranas y tienden a ser más jóvenes, con mayor nivel educativo y con mayor probabilidad de no fumar. Estos pacientes VPH+, tienen un pronóstico notablemente mejor que los pacientes VPH negativos^(9,10).

Dada la edad más joven y la mejor supervivencia a largo plazo de estos pacientes, la toxicidad relacionada con el tratamiento es una consideración muy relevante en la selección del tratamiento. En este sentido, aunque los tumores VPH positivos son más susceptibles a los efectos de la radiación, se debe considerar cuidadosamente el riesgo de efectos adversos de aparición tardía en el tratamiento concurrente de quimioterapia con radioterapia. Estos efectos adversos incluyen osteorradionecrosis, fibrosis, trismo, xerostomía y disfagia⁽¹¹⁾.