

CANCER DE OROFARINGE

INTRODUCCION Y GENERALIDADES:

El carcinoma de la orofaringe asienta en al área de la faringe que se encuentra detrás de la cavidad oral. Comprende 4 subsitios: base de la lengua y área amigdalina (85% de los tumores tienen estas localizaciones); pared posterior y paladar blando (15% restante).

El compromiso linfático es variable, siendo mas frecuente en base de lengua y amígdala, y el primero con mayor tendencia a la bilateralidad.

En la orofaringe asientan 2 enfermedades completamente diferentes dependiendo del *status* del HPV (Virus Papiloma Humano)

TABLA 1

La incidencia de éstas dos enfermedades es distinta en diversas partes del mundo. En los EEUU hasta el 90% de los tumores de orofaringe son HPV relacionados. En Europa oscila entre el 40-60% pero se está incrementando.

En nuestro medio y en latinoamérica la incidencia y la proporción está también aumentando y actualmente oscila entre un 35-45%

La expresión de p16 + determinada por IHQ en la biopsia es un marcador surrogado de infección por HPV con buena aceptación global y nivel de evidencia suficiente.

ESTADIFICACION

La necesidad de conocer el status de HPV **es necesaria** para una correcta estadificación y como factor pronóstico, pero el mismo **no modifica** el tratamiento oncologico. (I,A)

La estadificación debe incluir:

- HC
- Examen físico: Adenopatías homo o contralaterales. Ver y palpar el tumor primario
- Análisis de laboratorio: Valoración de potencial tratamiento
- Evaluación endoscópica: Permite visualizar invasión directa y una mejor estadificación de extensión
- Estudios por imágenes: PET-TC es el método de elección de imágenes. TAC de torax, abdomen y pelvis también pueden ser utilizados

Durante el proceso de estadificación, realizado con imágenes, se debe valorar la situación nodal y determinar la potencial extensión extracapsular para determinar el tratamiento ya que esta situación agregaría la necesidad de QRT adyuvante posterior a la cirugía del tumor primario

TRATAMIENTO

Figura 1

No existe evidencia clínica en la actualidad para desintensificar el tratamiento en pacientes HPV +.

Enfermedad precoz

Cualquier opción con modalidad única es la deseada. La accesibilidad en nuestro medio a la cirugía transoral robótica, disminuye en gran posibilidad el tratamiento quirúrgico, el cual siempre debe incluir siempre el tumor primario y el área ganglionar, ya sea en forma electiva o terapéutica. La sobrevida con ambas opciones es similar. Se debe discutir con el paciente dado las potenciales secuelas de corto y largo plazo.

Enfermedad localmente avanzada

La quimiorradioterapia concurrente es el tratamiento estándar. El tratamiento de elección y que cuenta con mayor nivel de evidencia

es cisplatino 100 mg/m² días 1, 21 y 42 en forma concomitante con radioterapia. La dosis es de 70 Gy administrada durante 35 sesiones.

La biorradioterapia es una opción válida (I,A) para aquellos pacientes que no son candidatos a recibir altas dosis de cisplatino. Dosis de carga de cetuximab de 400 mg/m², la semana previa al tratamiento

En nuestra institución se reserva el tratamiento neoadyuvante para pacientes con enfermedad T4 y N3, teniendo en cuenta que estos son factores de peor pronóstico de persistencia local y potencial enfermedad a distancia. No siendo esta la única indicación, también se puede utilizar en aquellos pacientes con alta carga de enfermedad y necesidad de rápida respuesta, debido al gran beneficio clínico obtenido de la misma.

El esquema de elección para neoadyuvancia son 3 ciclos de PTF cada 21 días. Cisplatino 75 mg/m² D1, Docetaxel 75 mg/m² D1 y 5FU 1000 mg/m² D1-4. Luego de los 3 ciclos de neoadyuvancia se indica QRT concurrente, la cual se realiza con carboplatino semanal AUC 1,5 (7 semanas)

La opción quirúrgica se reserva para aquellos pocos pacientes, en los que se decide que es la mejor indicación terapéutica, en base a tratamientos previos recibidos y potencialidad quirúrgica.

Enfermedad metastásica

El tratamiento de la enfermedad metastásica de inicio, así como también el tratamiento de pacientes recaídos platino sensibles y refractarios, no se diferencia de lo presentado en cáncer de laringe. Homologándose el tratamiento de todo paciente con carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello.

El status de HPV tampoco genera diferencias en el tratamiento sistémico.

Bibliografia

Golusinski [TEXTBOOK] Springer (2017). Chapter: HPV Integration in Head and Neck Squamous Cell Carcinomas: Cause and Consequence

Human Papillomavirus and Survival of Patients with Oropharyngeal Cancer. N Engl J Med 2010; 363:24-35

J.P. Machiels, C. René Leemans, W. Golusinski, et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx: EHNS–ESMO–ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up . Annals of Oncology Volume 31 Issue 11 Pages 1462-1475 (November 2020)

NCCN Clinical Oncology Guidelines. Head & Neck. Ed 2021

FIGURA 1

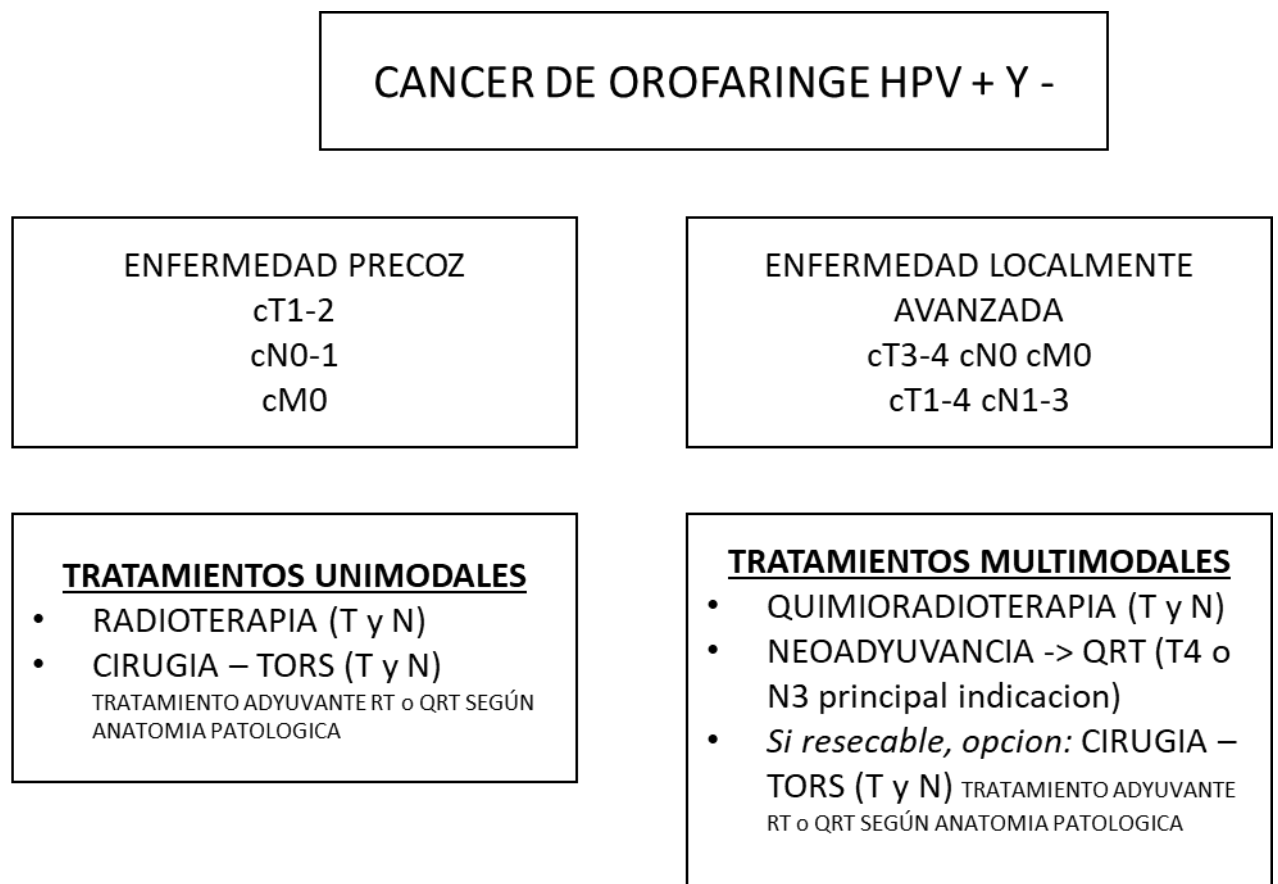


TABLA 1

	HPV +	HPV -
Edad	Pacientes mas jovenes. 4ta, 5ta y 6ta década de la vida	Pacientes mas añosos. Tiempo de exposición a factores de riesgo
Factores riesgo	Practicas sexuales de mayor riesgo / Mayor numero parejas Falta de vacunación VPH	Tabaco Alcohol Pobre higiene bucal
Incidencia y localizacion	Incidencia variable de acuerdo localización geográfica HPV + cobra importancia solo en orofaringe	Mayor distribucion global, tendencia a la disminución HPV – se asocia a presencia de otros factores de riesgo. No tiene validez en otro subipo tumoral distinto de orofaringe
Pronostico	Menor mortalidad Menor riesgo de progression Mayor tasa de curación	Mayor mortalidad Mayor riesgo de progression Menor tasa de curación