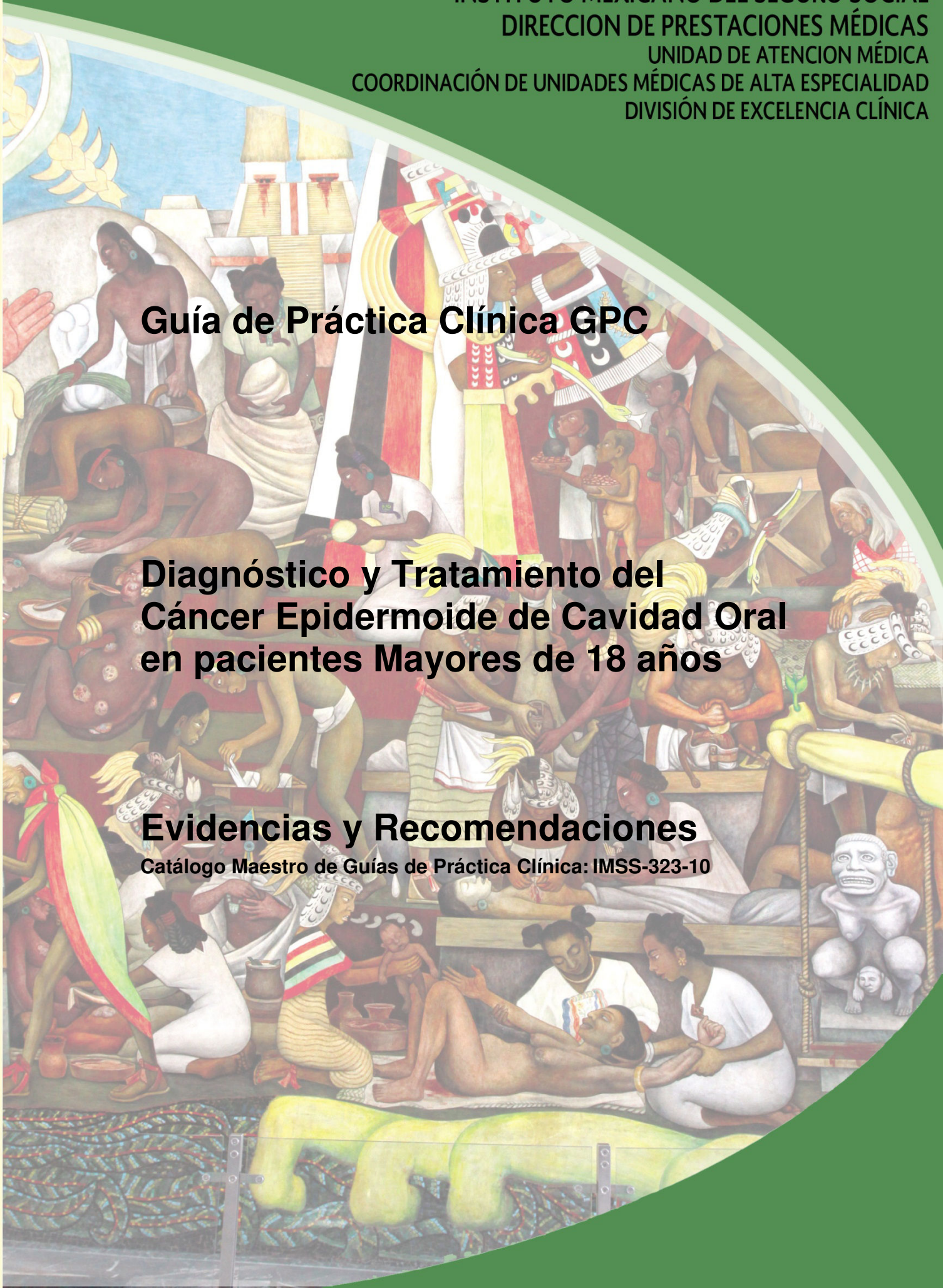


## **Guía de Práctica Clínica GPC**

# **Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Epidermoide de Cavidad Oral en pacientes Mayores de 18 años**

## **Evidencias y Recomendaciones**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-323-10





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

**MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH**

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. SANTIAGO ECHEVARRÍA ZUNO**

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**DR. FERNANDO JOSÉ SANDOVAL CASTELLANOS**

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO**

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

**DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

**DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS**

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG**

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

**DR. JAVIER DAVILA TORRES**

COORDINADOR DE EDUCACIÓN

**DR. SALVADOR CASARES QUERALT**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

**LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE**

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

**DR. ÁLVARO JULIÁN MAR OBESO**

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

**DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE**

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

**DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA**

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por IMSS  
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
División de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: "**Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Epidermoide de la Cavidad Oral en Pacientes Mayores de 18 años**", México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

ISBN 978-607-8270-89-7



D370 Tumor de comportamiento incierto o desconocido del labio, de la cavidad bucal y de la faringe  
GPC: Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Epidermoide de la Cavidad Oral en Pacientes Mayores de 18 años

## AUTORES Y COLABORADORES

### Coordinadores:

Dra. Agustina Consuelo Médecigo Micete	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	CUMAE División de Excelencia Clínica. México D.F.
--	-----------------	--------------------------------------	---

### Autores:

Dra. Gloria Martínez Martínez	Oncólogo Médico	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Oncología CMN SXXI México D.F.
-------------------------------	-----------------	--------------------------------------	---

Dr. Jaime Alonso Reséndiz Colosia	Oncólogo Quirúrgico	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Oncología CMN SXXI México D.F.
-----------------------------------	---------------------	--------------------------------------	---

Dr. Cesar Alejandro Reyes Vivanco	Cirujano Maxilofacial	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI México D.F.
-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--

### Validación Interna:

Dr. Miguel Peña Torres	Cirujano Maxilofacial	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI México D.F.
------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--

Dr. José Francisco Gallegos Hernández	Oncología Quirúrgica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Oncología CMN SXXI México D.F.
---------------------------------------	----------------------	--------------------------------------	--

### Validación Externa:

---

Dr. Sergio Rodríguez Cuevas	Academia Mexicana de Cirugía
-----------------------------	------------------------------

## ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES .....	4
1. CLASIFICACIÓN .....	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA .....	7
3. ASPECTOS GENERALES .....	8
3.1. JUSTIFICACIÓN .....	8
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA .....	8
3.3 DEFINICIÓN.....	9
4 EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	11
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA.....	12
4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	12
4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA.....	12
4.1.1.2 FACTORES DE RIESGO (VER ALGORITMO1) .....	13
4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	16
4.2.1 DETECCIÓN .....	16
4.2.1.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA (VER ALGORITMO 2) .....	16
4.2.2 DIAGNÓSTICO.....	18
4.2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO (VER ALGORITMO2).....	18
4.2.2.2 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA.....	20
4.2.2.3 PRUEBAS UTILIZADAS PARA LA ESTADIFICACIÓN (VER ALGORITMO 3).....	21
4.2.3 TRATAMIENTO .....	23
4.2.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO .....	23
4.2.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (QUIRÚRGICO Y MANEJO DEL CUELLO) (VER ALGORITMOS 4, 5, 6, 7 Y 9).....	28
4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA .....	33
4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA.....	33
4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	33
4.3.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	33
4.3.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA.....	34
4.3.2.1 CONTRARREFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN .....	34
4.3.2.2 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	34
4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO (VER ALGORITMO 8) .....	35
5. ANEXOS.....	37
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	37
5.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN .....	38
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	40
5.4 MEDICAMENTOS .....	44
5.5 ALGORITMOS .....	46
6. DEFINICIONES OPERATIVAS .....	55
7. BIBLIOGRAFÍA .....	60
8. AGRADECIMIENTOS.....	62
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	63

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: IMSS-323-10	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Médico Cirujano Maxilofacial, Oncólogo Médico y Médico Oncólogo Quirúrgico de Cabeza y Cuello
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	D 370 Tumor de comportamiento incierto o desconocido del labio, de la cavidad bucal y de la faringe
<b>GRD</b>	50 y 51 Sialoadenectomía y procedimientos de glándulas salivales excepto sialoadenectomía
<b>CATEGORÍA DE GPC</b>	Primero, Segundo o Tercer Nivel de Atención
<b>USUARIOS POTENCIALES</b>	Médico Familiar, Odontólogo, Estomatólogo, Oncólogo Médico y Oncólogo Quirúrgico de cabeza y cuello Evaluación Diagnóstico Tratamiento
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Mujeres y hombres mayores de 18 años
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS/UMAE Hospital de Oncología CMN SXXI México D.F. IMSS/UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI México D.F.
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Historia clínica y exploración dirigidas de cabeza y cuello BH, QS, Tiempos de Coagulación, PFH, EGO Ortopantomografía, Telerradiografía de Tórax Uso de tinciones para diagnóstico, Quimioluminiscencia, Fluoroscopia Toma de biopsia US y TAC de cuello, RM de cuello en casos especiales, para estadificación Cirugía de cuello Quimioterapia Radioterapia En seguimiento: Telerradiografía de tórax, TAC y RM de cuello
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Diagnóstico oportuno y mejora en la sobrevida, disminución de frecuencia de complicaciones y secuelas, mejorar calidad la vida
<b>METODOLOGÍA</b>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 7 Guías seleccionadas: 6 del período 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisión sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
<b>Registro</b>	IMSS-323-10.
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación: 28/09/2010. <b>Fecha de Actualización: Junio 2011.</b> Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE DIRIGIR SU CORRESPONDENCIA A LA DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA, CON DOMICILIO EN DURANGO No. 289 Piso 1<sup>a</sup>, COL. ROMA, MÉXICO, D.F., C.P. 06700, TELÉFONO 55533589

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo demostrados que se asocian a cáncer epidermoide de cavidad oral?
2. ¿En nuestro medio a qué tipo de población se recomienda realizar el tamizaje?
3. ¿Cuáles son los datos clínicos para sospechar lesiones premalignas de cavidad oral?
4. ¿Cuáles son los datos clínicos para sospechar cáncer epidermoide de cavidad oral?
5. ¿Cuál es la importancia de la leucoplasia y/o eritroplasia en el desarrollo de cáncer oral?
6. ¿Cuál es el manejo de la leucoplasia y/o eritroplasia de acuerdo a las características de estas lesiones?
7. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas utilizadas para el diagnóstico de cáncer epidermoide de cavidad oral?
8. ¿Cuáles son los estudios estándar recomendados en nuestro medio para etapificar a los pacientes con cáncer epidermoide de cavidad oral?
9. ¿Cuál es el manejo del paciente con etapa temprana (estadios I y II) de cáncer epidermoide de cavidad oral?
10. ¿Cuál es el manejo del paciente con etapa localmente avanzada resecable (estadios III y IV) de cáncer epidermoide de cavidad oral?
11. ¿Cuál es el manejo del paciente con etapa localmente avanzada irresecable (estadios III y IV) de cáncer epidermoide de cavidad oral?
12. ¿Cuál es el papel de inducción con taxanes en cáncer epidermoide de cavidad oral irresecable?
13. ¿Cuál es el beneficio de la quimiorradiación en cáncer epidermoide de cavidad oral localmente avanzado irresecable?
14. ¿Cuál es el beneficio de cetuximab mas radioterapia radical en cáncer epidermoide de cavidad oral localmente avanzado irresecable?
15. ¿Cuál es el manejo del paciente con enfermedad metastásica de cáncer epidermoide de cavidad oral?
16. ¿Qué esquema de quimioterapia es el estándar en tratamiento paliativo en los pacientes con cáncer epidermoide de cavidad oral?
17. ¿Cuál es el beneficio de agregar cetuximab a quimioterapia paliativa?
18. ¿Cuál es el beneficio de gefitinib en cáncer de cavidad oral recurrente o metastasico?
19. ¿Cuál es el manejo de cuello en el paciente con cáncer epidermoide de cavidad oral, de acuerdo a la clasificación TNM?
20. ¿Cuál es el manejo del paciente con recurrencia local de cáncer epidermoide de cavidad oral?
21. ¿En qué pacientes con cáncer de cavidad oral recurrente local irresecable se puede considerar la irradiación como una opción de tratamiento paliativo?
22. ¿Cuáles son los criterios de resecabilidad en etapa III y IV de cáncer epidermoide de cavidad oral?
23. ¿Cuál el beneficio de la quimiorradioterapia adyuvante en pacientes con mal pronóstico (ruptura capsular, márgenes quirúrgicos positivos y/ o más de dos ganglios positivos) para recaída de cáncer epidermoide de cavidad oral?
24. ¿Cuáles son los estudios recomendados en el seguimiento del paciente con cáncer epidermoide de cavidad oral?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1. JUSTIFICACIÓN

- El cáncer de la cavidad oral, faringe y laringe, contribuyen con el 85 % de los cánceres de cabeza y cuello, de éstos 90% son carcinomas epidermoides y el 15% restante corresponde a tumores de: glándula tiroides, piel, huesos del esqueleto facial, cartílago y partes blandas.
- El cáncer de cabeza y cuello, ocupa el 6° lugar de los cánceres a nivel mundial; en los Estados Unidos se ha estimado que cada hora muere un paciente por este padecimiento (Deepak Kademani, Mayo Clin Proc, 2007)
- En nuestro país, el Instituto Nacional de Cancerología reportó que 65% de los casos que acuden a ese centro, los pacientes se presentan por primera vez con estadios local y regionalmente avanzados; en algunos casos esto se debe a la solicitud tardía de atención por parte de los pacientes y en otros a un diagnóstico tardío por parte de los médicos y odontólogos que tratan las lesiones como procesos infecciosos, durante meses.
- La supervivencia a 5 años durante las pasadas 5 décadas ha permanecido invariable: aproximadamente el 47% de los pacientes con carcinoma epidermoide de la cavidad oral y de la faringe y el 44% de los pacientes con carcinoma epidermoide de la laringe mueren 5 años después del diagnóstico.
- Se puede disminuir en forma importante el riesgo de desarrollarlo, evitando y/o suspendiendo el hábito del tabaquismo y alcoholismo (fortaleciendo programas que ayuden en la prevención).
- El cáncer oral, es precedido en la mayoría de las veces por cambios visibles en la mucosa oral, que pueden ser detectados y tratados efectivamente en forma temprana.

Para disminuir la morbilidad y mortalidad por este tipo de cáncer, hay que realizar la detección temprana de lesiones premalignas y cancerosas; para lograr este objetivo se requiere de la educación de los médicos y odontólogos así como de la población acerca de los beneficios del tamizaje.

#### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Epidermoide de la Cavidad Oral, en Pacientes Mayores de 18 años**”, forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.



La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Establecer el diagnóstico clínico en el primer nivel de atención para su referencia oportuna.
2. Enunciar el abordaje diagnóstico a realizarse en el segundo y tercer nivel de atención.
3. Ofrecer un tratamiento oportuno del cáncer epidermoide de cavidad oral, en el segundo y tercer nivel de atención.
4. Enunciar las recomendaciones con base en la evidencia científica sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de cavidad oral.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 DEFINICIÓN

El cáncer epidermoide de la cavidad oral, es la transformación de células epiteliales de la mucosa oral normales a anormales, secundaria a una mutación genética. Las células anormales presentan una multiplicación desordenada así como la capacidad de invadir los tejidos cercanos y diseminarse a otras regiones a través del sistema circulatorio y linfático.

Es uno de los cánceres más frecuentes de los ubicados en cabeza y cuello. Más del 90% de los cánceres orales y orofaríngeos son carcinomas de células escamosas o epidermoides.

La cavidad oral incluye la mucosa bucal que reviste la parte interna de los labios y mejillas; encías, los dos tercios frontales de la lengua, el piso de la boca debajo de la lengua, el paladar duro (bóveda de la boca) y el triángulo retromolar (pequeña área detrás de los terceros molares). Es importante identificar la zona de origen del cáncer para fines de tratamiento.

Los sitios de localización más frecuente son: la lengua (20% a 25%) y el piso de la boca (15%). Asco, 2008

Se presenta con mayor frecuencia en hombres (2:1) y en la raza afroamericana (tasa 4 veces mayor en relación a población blanca o latina). En USA, se ubica como el octavo cáncer más frecuente y representa el 3% del total de los cánceres en los pacientes masculinos.

Estimaciones realizadas en USA para el 2008, calcularon la presentación de 35,510 nuevos casos en ambos sexos, de los que 25.310 corresponderían a pacientes del sexo masculino. (Ahmedid Jemal, 2007). En ese país, para todos los estadios y sitios combinados, la tasa de supervivencia al año posterior al diagnóstico es de aproximadamente 82% y a 5 años de 59%. Asco, 2008

La epidemiología del cáncer de la cavidad oral ha cambiado en la última década; la OMS ha reportado un incremento en la prevalencia global y un inusitado aumento en frecuencia en menores de 35 años no fumadores ni consumidores de alcohol; se le ha asociado también en metanálisis al estrato socioeconómico de los diferentes países; siendo más afectados aquellos en los que el ingreso

per capita es menor; el nivel socio-económico es un factor de riesgo para el cáncer de la cavidad oral, aun cuando se corrigen los otros factores de riesgo conocidos. (Warnakulasuriya S. 2008 y 2009)  
El cáncer de cavidad oral es más frecuente en algunas regiones de Francia e India. En México su frecuencia es baja y no aparece en las primeras 10 causas de muerte por tumores (Gallegos José Francisco, 2006); un estudio realizado en el año 2002, en el Instituto Nacional de Cancerología de nuestro país, reportó 2269 casos (Registro Histopatológico de las Neoplasias); de estos el 37% correspondió a cáncer bucal y 6% a cáncer de nasofaringe. Tirado Laura y Granados Martín. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. Cancerología 2 (2007):9-17

En la década de los 80s, estudios realizados en USA y Escocia, mostraron un aumento en la incidencia del cáncer oral en todas las edades a partir de 1920, con una mayor incidencia en adultos mayores y en varones (datos que coinciden con los patrones de consumo de tabaco).

En nuestro país, un estudio realizado en un hospital de tercer nivel de atención, reportó 42 casos nuevos detectados durante la década de 1987-1997; correspondiendo a una tasa de incidencia de 3.74 x 1000 tumores registrados en 10 años. Sánchez Patricia, 1999

En el IMSS, durante la década de 1991 al 2000 se registraron 8,800 egresos hospitalarios por cáncer de cavidad oral (64.6% en hombres), presentándose con mayor frecuencia en la población mayor de 55 años. Sánchez Sergio, 2006

## 4 EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E.** La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

**2++**  
**(GIB, 2007)**

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E.** El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada

**1a**  
**[E: Shekelle]**  
**Matheson, 2007**

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

## 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

### 4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

#### 4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

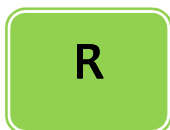
#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado



La dieta que incluye un porcentaje alto de vegetales, frutas (antioxidantes) y fibra; disminuye el riesgo de cáncer oral y faríngeo

III  
[E: Shekelle]  
*Nasim Taghavi, 2007*



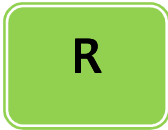
Recomiende una dieta que incluya un porcentaje alto de vegetales, frutas (antioxidantes) y fibra; a los pacientes con otros factores de riesgo para la presentación de cáncer oral

C  
[E: Shekelle]  
*Nasim Taghavi, 2007*  
*Y SIGN 2006*



El consumo de una dieta con un contenido alto de grasas monosaturadas, carne roja o procesada (alimentos fritos o al carbón) así como el empleo de horno de microondas para cocinarlos, aumenta el riesgo de cáncer oral, incluyendo los tumores de glándulas salivales

III  
[E: Shekelle]  
*Nasim Taghavi, 2007*



Recomiende una dieta que incluya un contenido bajo de; carne roja o procesada, grasas monosaturadas, así como evitar el cocinado en horno de microondas

C  
Nasim Taghavi, 2007 y  
SIGN 2006

#### 4.1.1.2 FACTORES DE RIESGO (VER ALGORITMO 1)

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado



El tabaquismo es el factor de riesgo evitable más importante en cáncer de la mucosa de las vías aerodigestivas superiores (cavidad oral, orofaringe y laringe): 90% de los cánceres de la cavidad oral en hombres y 60% en mujeres se atribuyen al consumo del tabaco

III  
[E: Shekelle]  
Gallegos José Francisco,  
2006



El riesgo de cáncer es directamente proporcional con la cantidad y tipo de tabaco consumido:  
Riesgo relativo de 1.52 con una cajetilla al día  
Riesgo relativo de 2.43 con dos cajetillas al día  
Hay mayor riesgo con el uso de tabaco obscuro que con el claro y mayor riesgo con cigarros cortos que con largos.  
El uso de cigarrillos Light, no disminuye el riesgo de cáncer ya que generalmente se acompaña de un aumento en su consumo

III  
[E: Shekelle]  
Gallegos José Francisco,  
2006



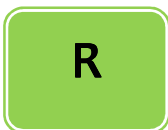
El hábito de colocarse tabaco sublingual o en los carrillos se asocia a mayor riesgo (4 a 6 veces más) de presentar cáncer de cavidad oral

III  
[E: Shekelle]  
Gallegos José Francisco,  
2006



La aparición de segundos tumores primarios, después de la curación de un primer cáncer es:  
18% si dejaron de fumar y de 30% si continúan fumando

III  
[E: Shekelle]  
Gallegos José Francisco,  
2006



Investigue en la historia clínica el antecedente de uso de tabaco en todas sus formas y en caso de ser positivo, ofrecer orientación y/o integración a grupos y/o programas para abandonar su uso (en todas las formas: puros y pipas, cigarrillos y tabaco de mascar)

C  
Gallegos José Francisco,  
2006 y  
GPC Early Detection,  
British Columbia, 2008



- |            |  |  |
|------------|--|--|
| <b>E</b>   | El consumo de alcohol en cantidades importantes (más de 60g/día), se asocia a un aumento 6 veces mayor en el riesgo de cáncer de vías aéreas digestivas superiores. Esta asociación es dosis – respuesta | <b>III</b><br><b>[E: Shekelle]</b><br><i>Gallegos José Francisco, 2006</i>                     |
| <b>E</b>   | La intoxicación alcohol-tabaco es sinérgica en la génesis del carcinoma epidermoide de vías aéreas digestivas superiores (aumenta 50% el riesgo)   | <b>III</b><br><b>[E: Shekelle]</b><br><i>Gallegos José Francisco, 2006</i>                     |
| <b>R</b>   | Investigue en la historia clínica el antecedente de ingesta de alcohol y en caso de ser positivo, ofrecer información y orientación para suspenderlo (integración a grupos de apoyo)                     | <b>C</b><br><i>Gallegos José Francisco, 2006 y GPC Early Detection, British Columbia, 2008</i> |
| <b>E</b>   | No se ha podido demostrar una asociación entre la higiene oral deficiente y cáncer de cavidad oral   | <b>III</b><br><b>[E: Shekelle]</b><br><b>Gallegos José Francisco, 2006</b>                     |
| <b>✓/R</b> | Recomiende una higiene oral adecuada, para evitar otros problemas como: gingivitis, caries, pérdida de órganos dentarios etc.  | <b>Punto de Buena Práctica</b>   |
| <b>E</b>   | La exposición en el trabajo a: polvo de madera, cemento, pinturas, barnices, ácido sulfúrico e hidróclórico, asbestos y níquel aumenta el riesgo de presentar cáncer de cabeza y cuello                  | <b>III</b><br><b>[E: Shekelle]</b><br><i>Gallegos José Francisco, 2006</i>                     |
| <b>R</b>   | Usar equipo de protección en los trabajos en donde exista exposición a los agentes previamente mencionados   | <b>C</b><br><i>Gallegos José Francisco, 2006</i>   |
| <b>E</b>   | El virus del papiloma humano (VPH-16 y 18), se asocia con mayor frecuencia (22 y 14% respectivamente) al cáncer epidermoide de orofaringe  | <b>III</b><br><b>[E: Shekelle]</b><br><i>Gallegos José Francisco, 2007</i>                     |

<b>E</b>	<p>La infección con VPH se asocia con cáncer orofaríngeo en pacientes más jóvenes y ausencia de factores adicionales (alcohol y tabaco), índices de proliferación alta, mayor grado así como mejor respuesta a la radioterapia y mayor supervivencia</p>	<p><b>2+/2++</b> <i>SIGN, 2006</i></p>
<b>E</b>	<p>Los pacientes con cáncer oral y presencia de VPH, presentan con mayor frecuencia conductas sexuales asociadas con la transmisión del virus: Edad joven (&lt;55 años) Más parejas sexuales (= &gt;4): OR 3.8 Sexo oro-genital: OR 4.3 Sexo oro-anal: OR 19.5</p>	<p><b>III</b> <b>[E: Shekelle]</b> <i>Smith EM, 2004</i></p>
<b>R</b>	<p>En la historia clínica de pacientes con otros factores de riesgo, para la presentación de cáncer oral, se debe, además investigar promiscuidad sexual (número de parejas sexuales) y contacto sexual oro-genital.</p>	<p><b>C</b> <i>Smith EM, 2004</i></p>
<b>✓/R</b>	<p>Orientar a sus pacientes para que tengan hábitos sexuales seguros (uso de condón)</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
<b>E</b>	<p>Se ha establecido que existe susceptibilidad genética para contraer un cáncer de la cavidad oral, aunque no ha sido claramente delineada</p>	<p><b>III</b> <b>[E: Shekelle]</b> <i>Li F, 1995</i></p>
<b>✓/R</b>	<p>Investigar antecedentes familiares de cáncer oral, sobre todo en pacientes con tabaquismo y alcoholismo</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
<b>E</b>	<p>Los pacientes con inmunodepresión (pacientes portadores de VIH, o inmunosupresión secundaria al trasplante de órganos sólidos o de células hematopoyéticas), tienen un mayor riesgo de presentar cáncer orofaríngeo</p>	<p><b>III</b> <b>[E: Shekelle]</b> <i>Epstein Joel, 2008</i></p>
<b>R</b>	<p>A los pacientes que presenten las características antes mencionadas, se le debe realizar escrutinio clínico de tamizaje en forma periódica de acuerdo al tipo de lesión en mucosa oral</p>	<p><b>C</b> <i>Epstein Joel, 2008</i></p>

**E**

El riesgo de presentar un cáncer orofaríngeo, se incrementa en nueve veces en los individuos que han tenido un cáncer previo en el tracto aerodigestivo superior

III  
[E: Shekelle]  
*Epstein Joel B, 2008*

**R**

En pacientes con antecedente de un cáncer en tracto aerodigestivo superior, realizar vigilancia periódica para detectar en forma temprana la aparición de un nuevo cáncer a nivel orofaríngeo

C  
Epstein Joel, 2008

**E**

En la población afroamericana, la incidencia de cáncer de cavidad oral y orofaringe, es 4 veces mayor que en blancos y latinos

III  
[E: Shekelle]  
*Gallegos José Francisco, 2006*

✓/R

En pacientes de origen afroamericano, que presenten tabaquismo en cualquier de sus formas y/o ingesta importante de bebidas alcohólicas, realice una vez al año, revisión de cavidad oral en búsqueda de lesiones sospechosas.

**Punto de Buena Práctica**

## 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.2.1 DETECCIÓN

#### 4.2.1.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA (VER ALGORITMO 2)

#### Evidencia / Recomendación

**E**

El tamizaje periódico de la cavidad oral, puede reducir en 32% la mortalidad por cáncer oral

#### Nivel / Grado

I a  
[E: Shekelle]  
*Sankaranarayanan R, 2005*

**E**

El tamizaje para cáncer oral, es un procedimiento simple, efectivo, barato y no invasivo; que requiere de guantes, gasa y luz así como aproximadamente 5 minutos para realizarlo

III  
[E: Shekelle]  
*Mignogna Michele, 2005*

Se recomienda a los dentistas, estomatólogos y médicos de primer nivel, realizar como parte de su práctica rutinaria, tamizaje de cáncer oral a los individuos con uno o más factores de riesgo. El tamizaje a través de la exploración incluye:

Examen Extra Oral:

- a) Inspección de la región de cabeza y cuello buscando asimetría, aumentos de volumen y/o hundimientos
- b) Palpación de las regiones submaxilar, supraclavicular y del cuello en busca de nódulos linfáticos (tamaño, número, crecimiento y movilidad)
- c) Inspección y palpación de los labios y tejidos peri orales en busca de anomalías

**R**

Examen Intra Oral:

Inspeccionar y palpar de manera secuencial todos los tejidos blandos (cara ventral, dorsal y laterales de la lengua, piso de la boca, mucosa yugal (de los carrillos) conductos salivales y paladar.

Inspección de lesiones:

- a) Evaluar las características específicas de cada lesión (tamaño, color, textura y contornos)
- b) Poner atención especial en lesiones eritematosas o blancas, ulceraciones y/o lesiones induradas.

Documentación de las lesiones a través de un diagrama, para especificar localización y dimensiones (ver figura 1 de anexo 3)

**R**

La Canadian Task Force on Preventive Health Care, recomienda el tamizaje en forma anual en los pacientes con riesgo alto

**C**

*Epstein Joel, 2008*

**E**

El uso de la tinte azul de toluidina y la visualización con fluorescencia directa, resaltan el contraste entre lesiones clínicas y el tejido normal

**III**

**[E: Shekelle]**

*GPC Early Detection, British Columbia, 2008*

**E**

Las lesiones premalignas o malignas muestran una tinción mayor con el azul de toluidina (6 veces más probable que corresponda a cáncer) y pérdida de la fluorescencia (coloración café obscura o negra); pero estos cambios no son específicos

III  
[E: Shekelle]  
*GPC Early Detection, British Columbia, 2008*

**R**

Puede utilizar en forma complementaria las técnicas con azul de toluidina y la visualización con fluorescencia, para el tamizaje de cáncer oral. Estas técnicas no reemplazan la historia clínica, inspección y exploración ya descritas previamente

C  
*GPC Early Detection, British Columbia, 2008*

**E**

La aplicación de toluidina con hisopo en las lesiones sospechosas da mayor sensibilidad para detectar lesiones premalignas o malignas, que la simple exploración: Sensibilidad del 93 al 100% para carcinomas epidermoides y del 79.5% para displasia epitelial bucal y una especificidad de 42.9%

III  
[E: Shekelle]  
I. Epstein J. 2003  
*Warnakulasuriya K. 1996*

✓/R

En nuestro medio, recomendamos el uso de azul de toluidina para delinear las áreas de posibles carcinomas epidermoides y delimitar las zonas para toma de biopsia.

**Punto de Buena Práctica**

#### 4.2.2 DIAGNÓSTICO

##### 4.2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO (VER ALGORITMO2)

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**E**

Los pacientes pueden ser asintomáticos y tener lesiones orales ocultas, que pueden ser detectadas con el tamizaje de rutina

III  
[E: Shekelle]  
*Kademani D 2007*

**E**

Un estudio de seguimiento a 7 años, mostró que las lesiones premalignas; como la eritroplasia, leucoplasia o la combinación de ambas, pueden progresar a cáncer en un porcentaje cercano a 17%

III  
[E: Shekelle]  
*Epstein J, 2008*

**E**

Un estudio prospectivo de una cohorte, mostró que los pacientes con lesiones liquenoides en cavidad oral, tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer oral

III  
[E: Shekelle]  
*Van der Meij EH, 2007*



**E**

La tasa más alta de progresión a cáncer de las lesiones premalignas, se observa en lesiones que tienen las siguientes características: color rojo o rojo y blanco, irregularidad, textura granular o verrugosa, localización en piso de la boca, área ventral o postero-lateral de la lengua y displasia severa

III  
[E: Shekelle]  
*Epstein J, 2008*

**R**

El médico debe sospechar una lesión premaligna ó maligna, ante la presencia de cualquiera de los siguientes datos: una placa roja o blanca, un cambio en el color, textura, tamaño, contorno, movilidad, función; del tejido intraoral ó perioral y ante una úlcera que no cura

C  
*Epstein J, 2008*

**E**

Los pacientes sintomáticos, pueden presentar los siguientes datos:

- a) Dolor no específico
- b) Odontalgia
- c) Pérdida de dientes
- d) Sangrado
- e) Disartria
- f) Disfagia
- g) Odinofagia
- h) Otagia
- i) Compromiso sensorial o motor de un nervio
- j) Masa en el sitio primario
- k) Linfadenopatía cervical
- l)

III  
[E: Shekelle]  
*Kademani D, 2007*

**R**

Ante la presencia de cualquiera de los datos ya referidos y sin evidencia de otras anormalidades, realice una exploración extraoral e intraoral para detectar lesiones premalignas (leucoplasia o eritroplasia) o malignas (masas con ulceración central, bordes no bien delimitados, lesiones exofíticas o endofíticas)

C  
*Kademani D, 2007*

**✓/R**

Ante la sospecha clínica de cáncer de la cavidad oral, sobre todo encía, está contraindicado la remoción de órganos dentarios, ya que este procedimiento favorece la diseminación neoplásica y la infiltración óseo-mandibular

**Punto de Buena Práctica**

#### 4.2.2.2 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECIFICA

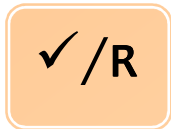
##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado



Un estudio multicéntrico que midió la exploración visual con quimioluminiscencia y azul de toluidina aplicado con algodón, encontró que la retención de la tinción, redujo la tasa de falsos positivos en 55% y mantenía un valor predictivo negativo de 100%

III  
[E: Shekelle]  
*GPC Early Detection, British Columbia, 2008*



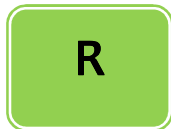
En nuestro medio, ante la sospecha de una lesión premaligna o maligna, utilice el azul de toluidina para mejorar la probabilidad del diagnóstico clínico

**Punto de Buena Práctica**



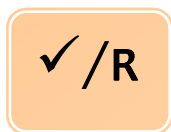
La biopsia de tejido sospechoso es el estándar de oro para el diagnóstico de lesiones premalignas o cáncer oral

III  
[E: Shekelle]  
*GPC Early Detection, British Columbia, 2008*



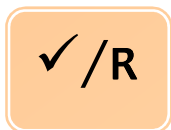
Ante la sospecha de lesión premaligna o maligna en cavidad oral, realice la biopsia de la lesión

C  
*GPC Early Detection, British Columbia, 2008*



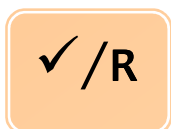
Ante la presencia de lesiones de mucosa oral menores a 1cm., se sugiere biopsia excisional. (La decisión de dicha biopsia dependerá del tamaño, forma y evolución de la lesión, así como de la habilidad del médico)

**Punto de Buena Práctica**



Ante la presencia de lesiones de mucosa oral mayores a 1cm. se sugiere biopsia incisional. (La decisión de dicha biopsia dependerá del tamaño, forma y evolución de la lesión, así como de la habilidad del médico)

**Punto de Buena Práctica**



Ante la presencia de lesiones submucosas se sugiere biopsia por aspiración de aguja fina

**Punto de Buena Práctica**

**E**

La citología oral computo asistida, cuenta con una especificidad y sensibilidad del 100%. La citología oral no computo asistida tiene una sensibilidad del 76.8% y especificidad de 93.3%. Se sugiere como un método no invasivo para descartar malignidad

III  
[E: Shekelle]  
Mehrota, 2008

✓/R

Ante la presencia de lesiones de mucosa oral inespecíficas, no exofíticas, de comportamiento incierto y que no remiten en un lapso de 3 semanas se sugiere realizar citología oral

Punto de Buena Práctica

#### 4.2.2.3 PRUEBAS UTILIZADAS PARA LA ESTADIFICACIÓN (VER ALGORITMO 3)

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

##### Estudios Iniciales de Extensión.

**E**

La esofagoscopia y la broncoscopia rutinaria en la ausencia de síntomas específicos parecen tener un beneficio mínimo con respecto a la detección de tumores primarios sincrónicos

3  
GPC SIGN, 2006

**E**

La faringoscopia directa y la telerradiografía de tórax son recomendadas para pacientes con cáncer de cavidad oral, mientras que la esofagoscopia y la broncoscopia debe ser reservada para pacientes con síntomas asociados

3  
GPC SIGN, 2006

**E**

La endoscopia selectiva guiada por los síntomas parece ser una alternativa efectiva a la panendoscopia para la identificación de tumores primarios sincrónicos  
Cuando se combina la telerradiografía de tórax y la endoscopia guiada por los síntomas pueden detectarse más segundos tumores primarios en las vías aéreo-digestivas superiores

3  
GPC SIGN, 2006

**R**

A todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello se les deben realizar faringolaringoscopia y telerradiografía de tórax.  
La esofagoscopia y la broncoscopia debe ser reservada para pacientes con síntomas asociados

D  
GPC SIGN, 2006

##### Estudios de Imagen del Tumor Primario

**E**

La Tomografía Axial Computada (TAC) es más sensible que la endoscopia o que el examen manual para definir la etapa del tumor primario (tamaño del tumor, relación del tumor con estructuras profundas críticas).

Debido al incremento de la detección de tumores superficiales y la falta de artificios por amalgamas dentales, la Resonancia Magnética (RM) es más exacta que la TAC en tumores de cavidad oral. Aunque la TAC es más útil para evaluar la infiltración al hueso cortical.

**3**  
*GPC SIGN 2006*

**R**

La TAC o RM del tumor primario debe ser efectuada para definir la etapa del tumor.

Puede obviarse en lesiones de mucosas sin signos de infiltración en profundidad

**D**  
*GPC SIGN 2006*

### Estudios de Imagen del Cuello

**E**

La TAC y la RM tienen una exactitud similar en la detección de metástasis en ganglios cervicales.

La TAC es ligeramente más exacta que la RM en la detección de metástasis ganglionares infrahioideas

**4**  
*GPC SIGN 2006*

**R**

La TAC o la RM de la base de cráneo a la unión esterno-clavicular debe ser realizada en todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello para descartar enfermedad metastásica en los ganglios cervicales

**D**  
*GPC SIGN 2006*

**E**

En pacientes con cuello clínicamente negativo, la biopsia con aguja dirigida por Ultrasonido (US) tiene una mayor especificidad que la TAC para el diagnóstico de metástasis a ganglios cervicales.

El PET SCAN incrementa la exactitud en el diagnóstico de metástasis a ganglios cervicales.

**2++**  
*GPC SIGN, 2006*

**R**

Cuando la TAC y la RM no son concluyentes, la biopsia por aspiración guiada por US y/o el PET SCAN pueden incrementar la exactitud de la etapificación ganglionar.

**B**  
*GPC SIGN, 2006*

### Imágenes para Metástasis a Distancia o Tumores Sincrónicos

<b>E</b>	<p>La incidencia de segundos tumores sincrónicos en el tórax es de 4%.</p> <p>Los mayores rangos (15-33%) de los tumores sincrónicos y metástasis pulmonares son observados en pacientes con etapas avanzadas (T3-T4).</p> <p>La sensibilidad y especificidad de la TAC para detectar tumores sincrónicos o metástasis pulmonares es de 100% y 95% comparado con 33% y 97% con telerradiografía de tórax</p>	<p><b>3</b> GPC SIGN, 2006</p>
<b>R</b>	<p>A todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello de alto riesgo (tabaquismo severo, tumores T3-T4 o síntomas asociados) se les debe realizar TAC de tórax.</p>	<p><b>D</b> GPC SIGN, 2006</p>

#### 4.2.3 TRATAMIENTO

##### 4.2.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

#### Evidencia / Recomendación

##### Estadios Clínicos III y IV Resecable

<b>E</b>	<p>El uso de quimioterapia más radioterapia adyuvante en estadio clínico (EC) III y IV resecaos y con factores de riesgo de recaída; mejora el control local: con una disminución de riesgo de recaída en un 41%, que se traduce en un beneficio absoluto del 12.5%.</p>	<p><b>Nivel / Grado</b></p> <p><b>Ia</b> [E: Shekelle] Winqvist Et al. , 2007</p>
<b>E</b>	<p>El uso de quimiorradioterapia postoperatoria se asocia a mayor toxicidad aguda que la radioterapia sola (41% vs 21 % p=0.001)</p>	<p><b>Ia</b> [E: Shekelle] Winqvist Et al. , 2007</p>
<b>R</b>	<p>Se recomienda el uso de cisplatino concomitante con radioterapia en pacientes operados y presencia de factores de riesgo para recaída.</p>	<p><b>A</b> [E: Shekelle] Winqvist Et al. la , 2007</p>

##### Estadios Clínicos III y IV Irresecaable

<b>E</b>	<p>El estudio de "TAX 324" con Taxotere, Cisplatino y 5-fluoracilo (TPF), incrementa la sobrevida global a 3 años (62 vs 48%), en pacientes con etapa III y IV irresecaable, cuándo se compara con cisplatino y 5-fluoracilo (PF)</p>	<p><b>Ib</b> [E: Shekelle] Poster et al., 2007</p>
----------	---	--

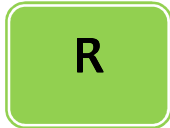


- E** El estudio de "TAX 323", con un seguimiento de 32 meses, incrementa la supervivencia global en 18.8 vs 14.5 con el uso de TPF de inducción en Etapa III y IV, cuando se compara con PF  
**Ib**  
**[E: Shekelle]**  
*Vermorken et al., 2007*
- R** No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de TPF como terapia de inducción en etapa III y IV irresecable; por defectos en los 2 estudios al no compararse con el tratamiento estándar que es la quimiorradiación, así como tener diseños distintos.  
**Consenso**  
*Esmo 2009*  
*3 NCCN 2009*  
*Consenso Internacional*
- E** La quimiorradioterapia concomitante radical mejora la supervivencia global a 5 años: 32 vs 24 %, que se traduce en un beneficio absoluto del 8% vs radioterapia sola.  
**Ia**  
**[E: Shekelle]**  
*Pignon et al., 2000*
- E** La quimiorradioterapia concomitante se asocia a mayor toxicidad aguda versus radioterapia sola. No se demuestra beneficio en pacientes mayores de 70 años.  
**Ia**  
**[E: Shekelle]**  
*Pignon et al., 2000*
- E** En el metanálisis de 84 ensayos clínicos aleatorizados, el uso de inducción con esquema basado en platino demostró una ganancia del 2% en supervivencia a 5 años pero sin peso estadístico (HR 0.95 p= 0.10)  
**Ia**  
**[E: Shekelle]**  
*Pignon et al., 2000*
- R** Se recomienda el uso de cisplatino concomitante con radioterapia como tratamiento radical en pacientes menores de 70 años, con estado funcional 0-1 ECOG, con etapa III y IV irresecable.  
**A**  
*Pignon et al., 2000*
- R** No hay evidencia que recomiende el uso de quimioterapia de inducción con esquema basado en platino, en etapa III y IV irresecable.  
**A**  
*Pignon et al., 2000*
- E** Hay un estudio que demostró mayor supervivencia con el uso de cetuximab más radioterapia versus radioterapia sola en etapa III y IV irresecable, con una ganancia en supervivencia global de 49 meses versus 29.3 meses con una p= 0.03.  
**Ib**  
**[E: Shekelle]**  
*Bonner et al. 2006*



El uso de cetuximab mas radioterapia vs radioterapia sola, no incrementó la toxicidad cuando se compara con la radioterapia sólo

**Ib**  
**[E: Shekelle]**  
*Bonner et al. 2006*



No se considera tratamiento estándar el uso de cetuximab mas radioterapia, debido a que no se comparó con quimiorradiación con cisplatino

**Consenso Internacional**  
**NCCN 2009.**



Sólo se recomienda el uso de cetuximab con radioterapia en pacientes en los cuales haya contraindicación al uso del cisplatino concomitante

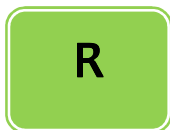
**Consenso**  
**Guías Ontario 2009.**

### Enfermedad Recurrente Local Resecable



Solo en menos del 20 % de los casos de recaída local es posible el rescate quirúrgico. Un estudio retrospectivo de 953 pacientes con recaída local, mostró sobrevida global de acuerdo al tiempo de la recaída (temprano versus tardío) solo con rescate quirúrgico de 13.8% vs 53.5% respectivamente a 5 años

**III**  
**[E: Shekelle]**  
*Chun-Tai et al. III*  
*2008.*



En los casos de recaída local resecable, se recomienda el rescate quirúrgico, al demostrar mayor sobrevida global (SG)

**NCCN 2009.**  
**2 A**

### Enfermedad Recurrente Local Irresecable



En un estudio retrospectivo con pacientes con enfermedad recurrente local, con un periodo libre de radioterapia mayor de 6 meses, la re-irradiación incrementa la SG 50% a 2 años

**III**  
**[E: Shekelle]**  
*Studer et al. 2008*



En casos seleccionados, estado funcional 0-1, periodo libre de radioterapia mayor de 6 meses, sin co morbilidades; se podría recomendar la re-irradiación

**NCCN**  
**2A**

**Enfermedad Recurrente Irreseccable o Metastásica**

<b>E</b>	<p>En enfermedad recurrente local irreseccable o metastásica, el beneficio de la quimioterapia paliativa basada en monodroga o en combinación alcanza una sobrevida global de aproximadamente 7.8 meses.</p>	<p><b>Ib</b>  <b>[E: Shekelle]</b>  <i>Forastiere et al 1992</i></p>
<b>E</b>	<p>En enfermedad recurrente local irreseccable o metastásica, el doblete (combinación de otra droga) con platino incrementa la respuesta en un 30% vs monodroga 10%</p>	<p><b>Ib</b>  <b>[E: Shekelle]</b>  <i>Forastiere et al 1992</i></p>
<b>R</b>	<p>En pacientes con enfermedad recurrente irreseccable o metastásica con ECOG 0-1, se recomienda el uso de monodroga o quimioterapia de combinación con dos drogas.</p>	<p><b>A</b>  <i>Forastiere et al 1992</i></p>
<b>E</b>	<p>Un estudio fase III (EXTREME), demostró que el agregar cetuximab a esquema basado en platino y/o carboplatin (CBP) más 5-fluoracilo, mejora la sobrevida global de 10.1 versus 10.4 meses. Ganancia de 2.7 meses: P= 0.04.</p>	<p><b>Ib</b>  <b>[E: Shekelle]</b>  <i>Vermorken JB et al 2008</i></p>
<b>E</b>	<p>En el estudio EXTREME el subgrupo de mayor beneficio al agregar cetuximab fue pacientes menores de 65 años con un HR 0.74, sitio de cavidad oral HR 0.42, solo pacientes con ECOG 0-1 HR 0.75</p>	<p><b>Ib</b>  <b>[E: Shekelle]</b>  <i>Vermorken JB et al 2008</i></p>
<b>R</b>	<p>En pacientes con enfermedad recurrente irreseccable o metastásica con ECOG 0-1, y edad menor de 65 años, se podría recomendar la adición de cetuximab a quimioterapia de combinación basada en cisplatino.</p>	<p><b>A</b>  <i>Vermorken JB et al 2008</i></p>
<b>✓/R</b>	<p>En pacientes con enfermedad recurrente irreseccable o metastásica con ECOG 2, se debe valorar riesgo y beneficio del uso de quimioterapia paliativa, ya que en este subgrupo no hay impacto en sobrevida global.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
<b>R</b>	<p>En pacientes con enfermedad recurrente irreseccable o metastásica con ECOG 3, no se recomienda el uso de quimioterapia sistémica, solo mejores cuidados de soporte.</p>	<p><b>2 A.</b>  <i>NCCN</i></p>

**E**

Un estudio fase III demostró equivalencia en respuesta entre gefitinib a 250 mg vs 500mg y metotrexate (MTX) en pacientes con progresión sobre esquema de platino o no aptos para recibir esquema con platino, sobrevida de 5.6, 6.0 y 6.7 meses.

**Ib**  
[E: Shekelle]

*J. Simon et al 2009*

**R**

En pacientes con recurrencia irreseccable que progresen a esquema con platino, o tengan contraindicación para esquema con platino se recomienda uso de metotrexate o gefitinib paliativo a dosis de 250mg día.

**A**

*J. Simon et al 2009*

✓/R

Gefitinib, no se encuentra en cuadro básico. Dado que no hay mejoría en la sobrevida cuándo se compara con metotrexate y tiene un mayor costo; se requieren estudios de costoefectividad, para valorar su uso.

**Punto de Buena Práctica**

**E**

La combinación de dexametasona y ondasetron, controla mejor la náusea aguda asociada a quimioterapia (71%) en comparación con ondasetron sólo (54%) y placebo (49%)

**1 a**  
[E: Shekelle]

*Olver I, 1996*

**E**

El uso de palonosetron asociado a dexametasona es superior en control de la náusea aguda y tardía en comparación con ondasetron.

**1 a**  
[E: Shekelle]

*Gralla R, 2003*

*Aapro MS, 2006.*

**R**

Se recomienda el uso de dexametasona mas ondasetron para el control de nausea asociada a quimioterapia

**A**

*Olver I, 1996*

**R**

Palonosetron se recomienda para esquemas con potencial alto de emesis tardía

**A**

*Gralla R, 2003*

*Aapro MS, 2006*

#### 4.2.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (QUIRÚRGICO Y MANEJO DEL CUELLO) (VER ALGORITMOS 4, 5, 6, 7 Y 9)

Evidencia / Recomendación

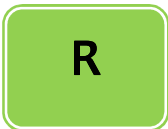
Nivel / Grado

##### Tratamiento Local de los Tumores en Etapa Temprana (EC I y II)



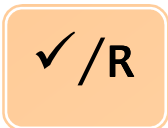
Existen múltiples estudios no aleatorizados y series de casos que han sido reportados sobre el control local, supervivencia y morbilidad asociadas al tratamiento quirúrgico y a la radioterapia en el manejo del tumor primario en cáncer temprano de cavidad oral, pero la evidencia no tiene la suficiente calidad para soportar una clara recomendación en relación a la mejor modalidad de tratamiento del tumor primario para cada subsitio de la cavidad oral.

**3**  
*GPC SIGN, 2006*



Para el T1-T2, tanto la cirugía como la radioterapia, ofrecen tasas equivalentes de curación; por tanto, la opción terapéutica vendrá dada por la valoración de los factores de riesgo, las condiciones propias de cada centro médico, así como de las secuelas funcionales para cada localización anatómica.

**D**  
*GPC SIGN 2006*  
*y*  
*ONCOGUIA de orofaringe,*  
*España 2004*



En etapas I-II, sí la cirugía no va a dar un déficit funcional importante, se recomienda la escisión local ya que permite identificar factores de riesgo en el tumor primario que predicen el estado ganglionar (grado, linfangio-invasión y sobre todo espesor tumoral).

Aunque no se ha demostrado con evidencia I, que la cirugía ofrezca mejor control, éste es el método preferido y recomendado además de que se asocia a menor morbilidad en cavidad oral.

**Punto de Buena Práctica**

##### Tratamiento Local de los Tumores en Etapas Avanzadas (EC III y IV)



**E**

La piedra angular en el tratamiento de cáncer de cavidad oral es la resección quirúrgica. La meta de la resección oncológica es la erradicación de toda la enfermedad local y un adecuado tratamiento a los ganglios linfáticos regionales.

Para los pacientes con cáncer de cavidad oral avanzado el tratamiento convencional consiste en cirugía o radioterapia o la combinación de ambas; sin embargo, los efectos secundarios funcionales significativos han provocado que se propongan nuevos regímenes de tratamiento. Actualmente la cirugía y la radioterapia pueden combinarse con terapias sistémicas, aunque sus combinaciones y la secuencia de estos tratamientos combinados aún no están claramente definidas.

III  
[E: Shekelle]  
*ONCOGUIA de orofaringe, España 2004 y*

III  
[E: Shekelle]  
*GPC Danesa, 2004*

**R**

Para tumores localmente avanzados potencialmente resecables, la cirugía debe ser el tratamiento de elección siempre y cuando el tumor primario puede ser resecado con un apropiado margen de tejido sano y mientras no confiera una alteración funcional significativa.

Para aquellas lesiones avanzadas en donde la cirugía es incapaz de garantizar una resección oncológica adecuada o se produzca una disminución funcional significativa, se prefiere la radioterapia y la quimioterapia concomitante, si el estado general del paciente lo permite, con la posibilidad de un rescate quirúrgico.

C  
*ONCOGUIA de orofaringe, España 2004 y GPC Danesa, 2004*

**R**

Mientras sea posible, la cirugía radical debe ser seguida de reconstrucción usando la técnica más adecuada.

C  
*ONCOGUIA de orofaringe, España 2004*

#### Tratamiento Regional de los Tumores en Pacientes con Cuello Clínicamente Negativo (NO)

<b>E</b>	<p>Existe poca evidencia clínica significativa en cuanto a la mejoría en la supervivencia secundaria a la realización de la disección ganglionar cervical electiva o profiláctica. Sin embargo, existe un amplio número de estudios retrospectivos que sugieren que en aquellos pacientes que no tuvieron un manejo electivo al cuello tienen un bajo porcentaje de curación en caso de recurrencia regional. Algunos autores recomiendan la disección electiva-selectiva de cuello cuando el riesgo de metástasis es superior al 20-25 %.</p> <p>Ningún estudio sistematizado ha comparado el tratamiento electivo con la observación.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Ferlito, 2008</i> <i>ONCOGUIA de orofaringe,</i> <i>España 2004</i></p>
<b>E</b>	<p>La incidencia de metástasis ganglionares regionales ocultas para cáncer de cavidad oral es de 6 – 46%. Su frecuencia varía según el subsitio anatómico.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Ferlito, 2008</i> <i>ONCOGUIA de orofaringe,</i> <i>España 2004</i></p>
<b>E</b>	<p>A pesar de los avances en técnicas de imagen, ninguna de las opciones actuales de imagen es capaz de detectar confiablemente la presencia de micrometástasis en ganglios linfáticos en cuellos clínicamente NO.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Ferlito, 2008</i></p>
<b>E</b>	<p>La disección electiva permite estadificar adecuadamente el cuello y permite determinar la necesidad de otras terapias adyuvantes.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Ferlito, 2008</i> <i>ONCOGUIA de orofaringe,</i> <i>España 2004</i></p>
<b>E</b>	<p>Es conveniente validar nuevas estrategias de tratamiento en cáncer de cavidad oral, como por ejemplo, la técnica del ganglio centinela en donde la disección selectiva de cuello solo es realizada si el ganglio centinela tiene células tumorales.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>GPC- Danesa 2006</i></p>
<b>R</b>	<p>En los pacientes con cuello clínicamente NO, con más del 20% de riesgo de metástasis ganglionares ocultas (&gt;4mm de profundidad tumoral), el tratamiento electivo debe ser ofrecido, ya sea con una adecuada disección ganglionar electiva o con radioterapia.</p>	<p>C <i>Ferlito, 2008</i> <i>ONCOGUIA de orofaringe,</i> <i>España 2004</i></p>

**Tratamiento Regional de los Tumores con Cuello Clínicamente Negativo (NO). Resección**

### Ganglionar.

**E**

Las metástasis ganglionares en cáncer de cavidad oral siguen un patrón de presentación predecible, afectando principalmente los niveles ganglionares I, II y III. (Ver figura 2 de anexo 3)

Son raras las metástasis en el nivel IV (11-15%), pero son más frecuentes en los tumores que afectan los dos tercios anteriores de la lengua oral.

**III**  
**[E: Shekelle]**

*Ferlito, 2008*  
*ONCOGUIA de orofaringe, España 2004*  
*GPC- Danesa 2006*

**R**

En aquellos pacientes que serán sometidos a disección ganglionar electiva se recomienda incluir los niveles I, II y III (disección supraomohioidea).

En los tumores que afectan los dos tercios anteriores de la lengua oral la inclusión del nivel IV se considera apropiado.

La metástasis bilateral es frecuente en tumores que afectan a la línea media. Se debe realizar la disección ganglionar bilateral si el tumor primario afecta o se encuentra cercano a la línea media.

**C**  
*Ferlito, 2008*  
*ONCOGUIA de orofaringe, España 2004*  
*GPC- Danesa 2006*

### Tratamiento Regional de los Tumores en Pacientes con Cuello Clínicamente Positivo (N1)

**E**

La presencia de ganglios cervicales positivos es el factor pronóstico más importante para la supervivencia.

Cuando existe evidencia clínica o radiológica de enfermedad ganglionar cervical, el tratamiento activo es necesario.

No hay evidencia de estudios aleatorizados, que defina claramente la mejor opción de tratamiento en pacientes con cuello positivo.

**3**  
*GPC SIGN 2006*

**E**

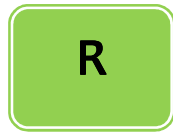
El riesgo de metástasis ocultas en otros niveles ganglionares, aparentemente no afectados, es alto.

**3**  
*GPC SIGN 2006*

**E**

Los resultados de la disección radical clásica y de la disección radical modificada son equivalentes en relación al control de la enfermedad cuando es realizada en pacientes adecuadamente seleccionados.

**3**  
*GPC SIGN 2006*



Los pacientes con cuello clínicamente positivo (N1) pueden ser adecuadamente tratados con disección radical de cuello o radioterapia radical (con o sin quimioterapia).

Después de la disección de cuello en pacientes con N1, la radioterapia adyuvante debe ser considerada para aquellos pacientes con alto riesgo de recurrencia.

En pacientes con cuello clínicamente positivo (N+), se recomienda la disección de cuello, ya que la posibilidad de control con RT es muy pobre; en N1 parece ser que la disección selectiva es similar a la radical modificada, cuando las metástasis cervicales infiltran la capsula ganglionar e invaden los tejidos blandos, la disección debe ser radical (incluyendo las estructuras no ganglionares)

**D**  
GPC SIGN 2006  
ONCOGUIA de orofaringe,  
España 2004  
2A NCCN, 2008



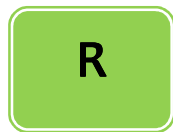
**Punto de Buena Práctica**

### Tratamiento Regional de los Tumores en Pacientes con Cuello Clínicamente Positivo (N2-3)



La presencia de ganglios clínicamente positivos al momento de la presentación inicial es del 30%, aunque puede variar según el subsitio afectado.

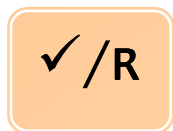
**3**  
GPC SIGN 2006



Los pacientes con enfermedad N2 – N3 pueden ser adecuadamente tratados con:

Disección radical de cuello seguido de radioterapia externa, o  
Radioterapia externa seguida de disección radical de cuello.

**D**  
GPC SIGN 2006



En pacientes con N2-3 que se consideran clínicamente resecables, recomendamos la disección radical de cuello de inicio; no se contempla la radioterapia preoperatoria.

En pacientes con N2-3 que reciben QT-RT concomitante de inicio es aún controvertida la indicación de disección de cuello posterior; todavía no se sabe si se debe efectuar rutinariamente o solo en los que tienen persistencia; parece ser que el porcentaje de enfermedad oculta ganglionar aún en los que tienen respuesta clínica completa hace pensar que deben ser sometidos a disección cervical rutinaria, tipo modificada.

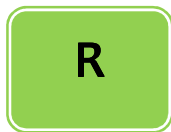
**Punto de Buena Práctica**

### Tratamiento regional de los tumores en pacientes con cuello Clínicamente positivo (N2-3)



En pacientes con N2 o N3 existe una pobre correlación entre la respuesta clínica y patológica posterior a la quimiorradiación. Ningún parámetro clínico predice adecuadamente la respuesta patológica completa. Incluso en respuestas clínicas y radiológicas completas después de la administración de quimiorradioterapia, más del 30% de estos pacientes pueden tener evidencia patológica de enfermedad residual en el examen histológico del espécimen de la disección ganglionar.

**3**  
GPC SIGN 2006



La disección radical después del tratamiento de quimiorradioterapia, independientemente de la respuesta al tratamiento, confiere una ventaja en la supervivencia y en el control regional en pacientes con N2-N3, pero no en N1.

**D**  
GPC SIGN 2006

## 4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### 4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

#### 4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

#### 4.3.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

#### Evidencia / Recomendación

Referencia de primer a segundo nivel

#### Nivel / Grado



Envíe a un segundo nivel:

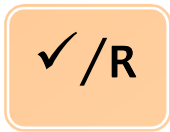
- A los pacientes que presentan máculas o placas blancas, rojas y úlceras en epitelio bucal que no desaparecen posterior a 3 semanas de que se elimina el probable foco (biológico, mecánico, físico y/o químico); para realización de biopsia.
- Induración o masa que persiste después de 15 días de observación
- Dolor local o irradiado a estructuras oro-cervicofaciales y que no cede con tratamientos habituales
- Masa o nódulo cervical persistente

**Punto de Buena Práctica**



Pacientes con lesiones liquenoides en cavidad oral, deben ser monitoreadas en un segundo nivel (1 a 2 veces por año), para una detección temprana de una posible transformación maligna

**C**  
*Van der Meijh EH, 2007*



Ante la presencia de un diagnóstico histopatológico de displasia de alto grado (displasia severa, carcinoma in situ, carcinoma epidermoide), enviar al tercer nivel de atención para su manejo

**Punto de Buena Práctica**

#### 4.3.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA

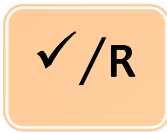
##### 4.3.2.1 CONTRARREFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

##### 4.3.2.2 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

#### Evidencia / Recomendación

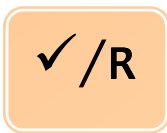
#### Nivel / Grado

#### Contrarreferencia de Tercer a Segundo Nivel de Atención



En etapa clínica I y II, de AJCC, posterior a tratamiento radical cirugía o radioterapia se vigilara por 5 años en el 3er nivel de atención, en caso de no presentar recurrencia se enviara a seguimiento a hospital de 2do nivel.

**Punto de Buena Práctica**



En etapa clínica III y IV a de AJCC, posterior a tratamiento radical ya sea cirugía +/- radioterapia o quimiorradiación adyuvante se vigilara por 5 años en 3er nivel, en caso de no presentar recurrencia, se enviara a seguimiento a hospital de 2do nivel.

**Punto de Buena Práctica**



En etapa clínica III y IV a de AJCC, posterior a tratamiento radical con quimiorradiación se vigilara por 5 años en 3er nivel, en caso de no presentar recurrencia, se enviará a seguimiento a hospital de 2do nivel.

**Punto de Buena Práctica**



En etapa IV b, enfermedad recurrente irreseccable o metastásica, que por estado funcional o comorbilidades limitantes, no sean candidatos a tratamiento sistémico con quimioterapia, serán referidos al 2do nivel para su atención y seguimiento (manejo de soporte).

**Punto de Buena Práctica**

### Contrarreferencia del Segundo al Primer Nivel de Atención



Cuándo el resultado de biopsia o de citología, descarta displasia o carcinoma in situ.

**Punto de Buena Práctica**

## 4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO (VER ALGORITMO 8)

**Evidencia / Recomendación**

**Nivel / Grado**

**Vigilancia en Caso de Sospecha de Lesión Premaligna**



Una vez detectada una lesión incipiente en primer nivel de atención, se retira posible factor irritativo por 3 semanas, si hay remisión se da de alta

**Punto de Buena Práctica**



Si no hay mejoría de lesión detectada una vez eliminado el foco irritativo, enviar a segundo nivel.

**Punto de Buena Práctica**



Revaloración del caso para decidir vigilancia o biopsia. Se realiza tinción de toluidina, fluorescencia y/o quimioluminiscencia y se decide zona a biopsiar.

**Punto de Buena Práctica**

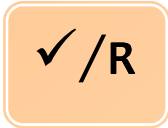


Posterior a biopsia incisional, excisional, citología oral y/o biopsia por aspiración de aguja fina se sugiere valoración postoperatoria 8 días posteriores a toma de biopsia

**Punto de Buena Práctica**

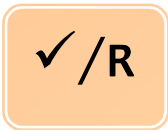
Ante la presencia de un diagnóstico histopatológico de displasia de bajo grado (leve y moderada):

- En caso de que se haya realizado biopsia incisional, tomar nueva biopsia y acompañar de ampliación de márgenes
- En caso de que se haya realizado biopsia excisional, confirmar márgenes libres de displasia; de lo contrario volver a efectuar biopsia y acompañar de ampliación de márgenes



**Punto de Buena Práctica**

El paciente debe continuar en vigilancia clínica con auxiliares de diagnóstico (tinción de toluidina, fluorescencia y/o quimioluminiscencia) en el segundo nivel de atención; de manera semestral durante el primer año y posteriormente de forma anual los siguientes dos años, en caso de no haber cambios clínicos de las lesiones



En caso de haber remisión o no haber datos de cambios clínicos de la lesión los primeros tres años, se decide enviar de nuevo a primer nivel

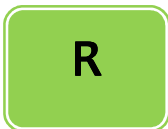
**Punto de Buena Práctica**

### Vigilancia Posterior a Tratamiento de Lesión Cancerosa



La recaída más frecuente ocurre en los 2 primeros años del seguimiento, por lo cual se debe realizar un seguimiento más estrecho con la finalidad de detectar recurrencia potencialmente curable (dado que la recurrencia en el 70 a 80% es local)

**IV**  
*Guía ESMO 2009.*



Se recomienda el seguimiento los 2 primeros años cada 1 a 3 meses: TAC y/o RM al finalizar tratamiento radical. Exploración física, laboratorio clínico, tele de tórax anual, estudios de imagen si clínicamente hay sospecha de recurrencia. Pruebas de función tiroidea el primer año, 2 y 5 años (solo si recibió radioterapia a cuello)

**D**  
*Guía ESMO 2009*  
*NCCN 2009.*

Del 3 al 5 año cada 4 a 6 meses.

Después del quinto año cada año.



## 5. ANEXOS

### 5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de la cavidad oral.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de la cavidad oral, en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron 6 guías que fueron seleccionadas:

- 1) Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline. SIGN 2006
- 2) Guideline for the Early Detection of Oral Cancer in British Columbia 2008
- 3) The Danish national guideline for treatment of oral squamous cell carcinoma 2006
- 4) OncoGuía de orofaringe, Barcelona 2004
- 5) Head and Neck Cancers. NCCN 2008
- 6) Cancer Ontario, Evidence-Based-Care. Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) targeted Therapy in Stage III and IV Head and Neck Cancer: Guideline recommendations, Report date may 15, 2009.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevó a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: "oral cáncer", "head and neck cancers", "diagnosis" and "treatment"

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleó el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo √ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## 5.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

### Cuadro I. La Escala modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
<b>Ia.</b> Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	<b>A.</b> Directamente basada en evidencia categoría I
<b>Ib.</b> Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
<b>Ila.</b> Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	<b>B.</b> Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
<b>Ilb.</b> Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
<b>III.</b> Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	<b>C.</b> Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
<b>IV.</b> Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	<b>D.</b> Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**Cuadro 2. Sistema de Clasificación de Categorías de Evidencia y Consenso de la NCCN**

<b>Categoría 1:</b> La recomendación se basa en evidencia de nivel alto (ensayos controlados aleatorizados) y hay un consenso uniforme de la NCCN
<b>Categoría 2 A:</b> La recomendación se basa en evidencia de nivel bajo y hay un consenso uniforme de la NCCN
<b>Categoría 2 B:</b> La recomendación se basa en evidencia de nivel bajo y hay un consenso no uniforme de la NCCN (pero no existe un desacuerdo mayor)
<b>Categoría 3:</b> La recomendación se basa en cualquier nivel de evidencia y refleja un desacuerdo mayor
<b>Todas las recomendaciones son categoría 2 A, a menos que se indique otra</b>

**Cuadro 3. Clasificación utilizada por Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**

<b>Niveles de evidencia científica</b>	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
<b>Grados de recomendación</b>	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
√	Consenso del equipo redactor.

### 5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**TABLA 1. CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO**

Estadio I	T1, N0, M0
Estadio II	T2, N0, M0
Estadio III	T3, N0, M0, T1, T2, T3, N1, M0
Estadio IV	T4 N0, N1, M0
	Cualquier T, N2, N3, M0
	Cualquier T, cualquier N, M1

Fuente: Squamous cell carcinoma of the head and neck: ESMO. Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 19 (Supplement 2): ii79–ii80, 2008

#### CLASIFICACIÓN TNM PARA ESTADIFICACIÓN

<b>Tumor primario (T)</b>	
TX	Sin información de tumor primario
T0	Sin evidencia de tumor primario
TIS	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor = < 2 cm de diámetro
T2	Tumor entre 2 y 4 cm de diámetro
T3	Tumor de más de 4 cm de diámetro
T4	Tumor de más de 4 cm de diámetro con afección del antro, los músculos pterigoideos, la base de la lengua o la piel
<b>Ganglios linfáticos regionales (N)</b>	
NX	Los ganglios pueden ser valorables o no
N0	Sin ganglios clínicamente positivos
N1	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral y de diámetro < 3cm
N2a	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral y de diámetro entre 3 y 6 cm
N2b	Múltiples ganglios homolaterales clínicamente positivos, ninguno mayor de 6 cm de diámetro
N3a	Ganglios positivos homolaterales y mayores de 6 cm
N3b	Ganglios positivos clínicamente bilaterales y mayores de 6 cm
N3c	Ganglios positivos clínicamente contralaterales y mayores de 6 cm
<b>Metástasis a distancia (M)</b>	
MX	No se valoró las metástasis a distancia
M0	Sin evidencia de metástasis a distancia
M1	Con metástasis a distancia

Fuente: Prieto Ignacio. Cáncer oral. Med Clin (Barc) 2006;127(7):258-64

#### GRADO DE DIFERENCIACIÓN HISTOPATOLÓGICA

Gx	No se puede establecer el grado de diferenciación
G1	Bien diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado
G3	Pobrementemente diferenciado
G4	Indiferenciado

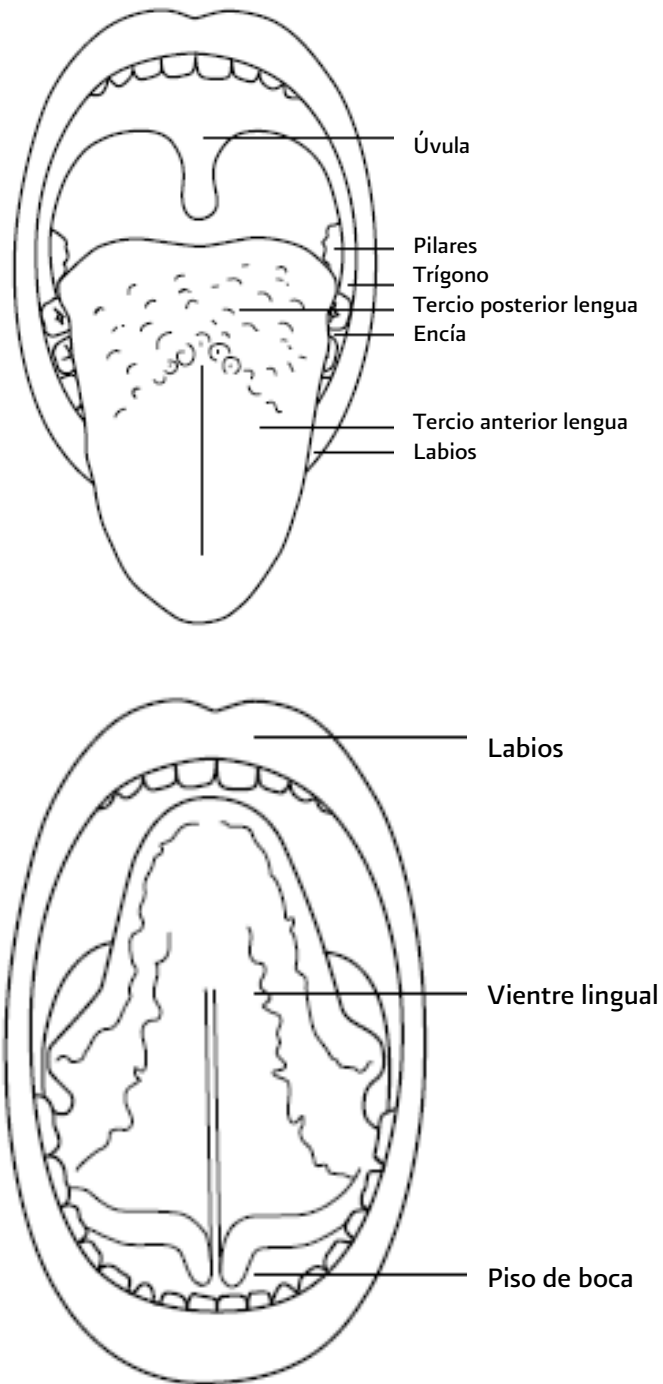
Fuente: Prieto Ignacio. Cáncer oral. Med Clin (Barc) 2006;127(7):258-64

**TABLA 2 CLASIFICACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL DE ACUERDO AL (ECOG).**

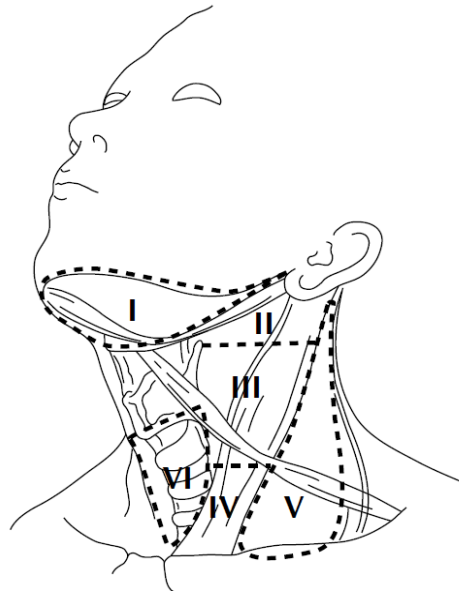
<b>Clasificación del estado funcional (ECOG)</b>	
<b>ECOG 0.</b>	El paciente encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
<b>ECOG 1.</b>	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas. El paciente solo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
<b>ECOG 2.</b>	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que lo obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, pero no supera el 50 % del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades solo.
<b>ECOG 3.</b>	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
<b>ECOG 4.</b>	El paciente permanece encamado el 100 % del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria.
<b>ECOG 5.</b>	El paciente se encuentra moribundo o morirá en horas.

Fuente: Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Escala validada por el grupo oncologico (Of The Eastern Cooperative Oncology Group) ECOG ( por sus siglas en ingles). Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.

FIGURA 1



**FIGURA 2. DIAGRAMA DE LOS NIVELES DE LOS NÓDULOS LINFÁTICOS EN CUELLO**



Fuente: Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline. SIGN 2006

### **Clasificación de los ganglios cervicales en niveles desde un punto de vista quirúrgico, descrita por el Kettering Memorial Group**

Nivel I	Son los ganglios submandibulares. Se encuentran limitados por los vientres anterior y posterior del digástrico y el cuerpo de la mandíbula. Incluye también los ganglios submentonarios que se encuentran en el triángulo formado por los vientres anteriores de ambos digástricos y el hueso hioides
Nivel II	Ganglios yugolodigástricos, suboccipitales y mastoideos. Se encuentran a nivel del tercio superior de la yugular interna y adyacentes al nervio espinal desde la bifurcación carotídea hasta la base del cráneo. El límite posterior es el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo y el anterior llega al borde lateral del músculo esternohioideo
Nivel III	Ganglios yuguloomohioideos. Se encuentran a nivel del tercio medio de la yugular interna desde la bifurcación carotídea al músculo omohioideo. Los límites anteriores y posteriores son idénticos a los del nivel II
Nivel IV	Ganglios yugulares inferiores y supraclaviculares. Se encuentran a nivel del tercio inferior de la yugular interna desde el omohioideo a la clavícula y los límites anterior y posterior son idénticos a los de los niveles II y III
Nivel V	Comprende los ganglios del triángulo posterior con los espinales intermedios y bajos y los cervicales trasversos. El límite posterior es el borde anterior del trapecio y el anterior, el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo. El límite inferior es la clavícula

Modificada de Robbins et al<sup>28</sup>.

Fuente: Prieto Ignacio. Cáncer oral. Med Clin (Barc) 2006;127(7):258-

## 5.4 MEDICAMENTOS

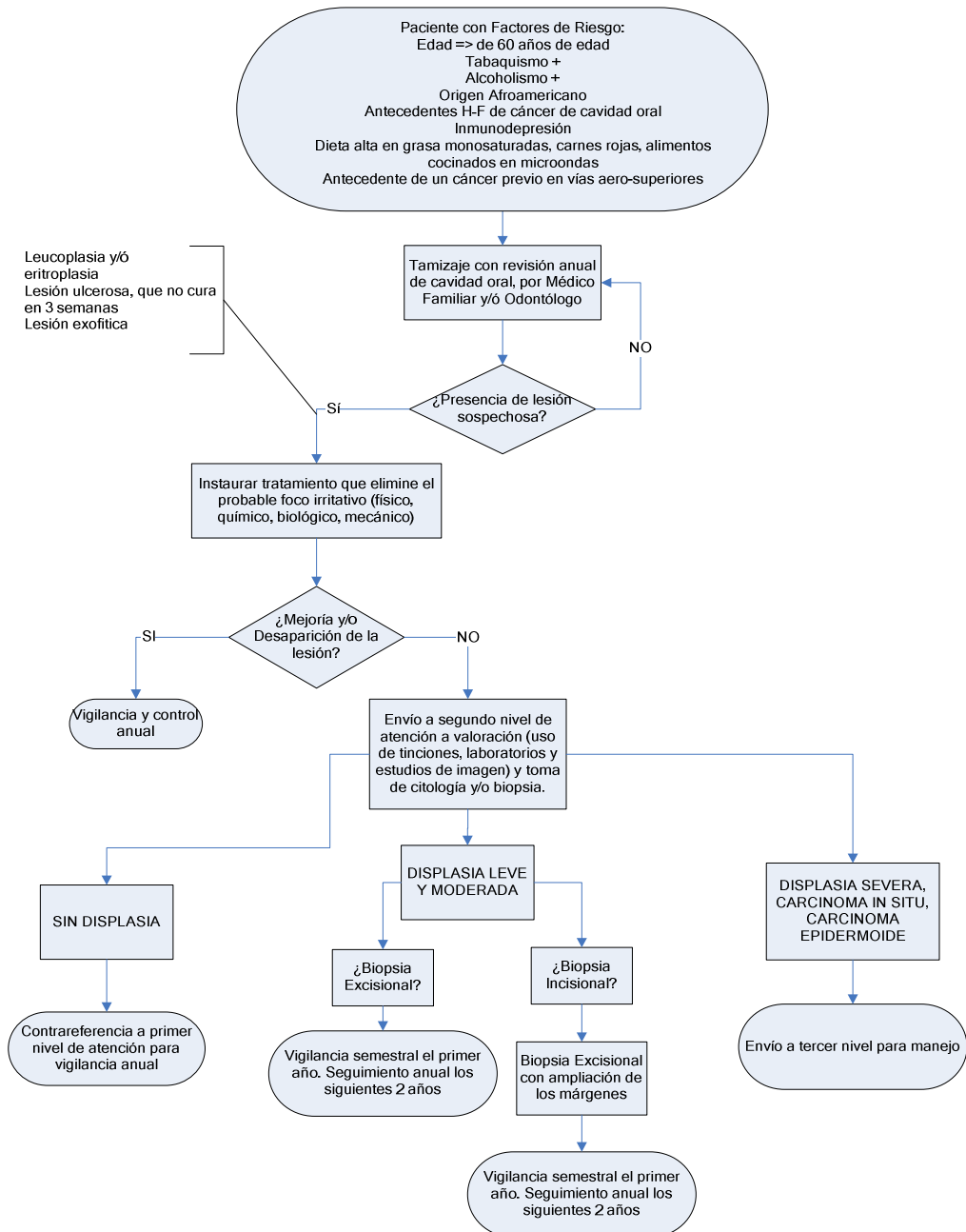
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Toxicidades	Interacciones	Contraindicaciones
3012	5-fluorouracilo	1000mg/m <sup>2</sup> infusión de 24 h por 4 días, cada 3 semanas. 6 ciclos.	Frasco liofilizado 250 mg  Envase con 10 ampolletas de 10 ml	Bolo y/o infusión 4 días  6 ciclos.	Mucositis Diarrea Mielosupresión Síndrome mano pie Nausea Pigmentación de uñas.	Leucovorin: potencializa el efecto del fluorouracilo.	Insuficiencia hepática grave. Usar con precaución en paciente con disminución del filtrado glomerular.
4431	Carboplatino	AUC de 5	Sol inyectable liofilizado de 150mg Envase con 1 frasco ampula	Infusión de 30 minutos.	Mielosupresión Trombocitopenia Astenia, alopecia, náusea, vómito Nefrotoxicidad Ototoxicidad	Sinergismo con fluorouracilo.	Insuficiencia hepática grave.
3046	Cisplatino	75-100 mg/m <sup>2</sup> cada 21 días (combinación 3 drogas) 6 ciclos. 100mg/m <sup>2</sup> día 1, 22 y 43 concomitante con radioterapia (RT) 40mg/m <sup>2</sup> semanal combinado con RT	Sol inyectable. 10mg.  Envase con 1 frasco ampula	Infusión de 1 a 2 hrs.  6 ciclos	Mielosupresión Nausea y vomito ototoxicidad Neuropatía Neurotoxicidad	Uso concomitante con furosemda, incrementa el riesgo de ototoxicidad.	Depuración de creatinina menor de 30 ml/min. Ajustar dosis con Depuración mayor de 30 y menor de 60 ml/min al 50 %. Neuropatía periférica grave.
5475	Cetuximab	400mg/m <sup>2</sup> dosis de carga, seguido de 250mg/m <sup>2</sup> semanal. 6 ciclos (combinado con quimioterapia) Misma dosis solo 7 semanas durante la	Solución inyectable de 100 mg  Frasco ampula con 50 ml	Infusión inicial de 2hr, post infusión de 1hr aplicación semanal.  6 ciclos	Rash Anorexia Hipomagnesemia.	Sinergismo con Esquemas de platino,	Hipersensibilidad al fármaco



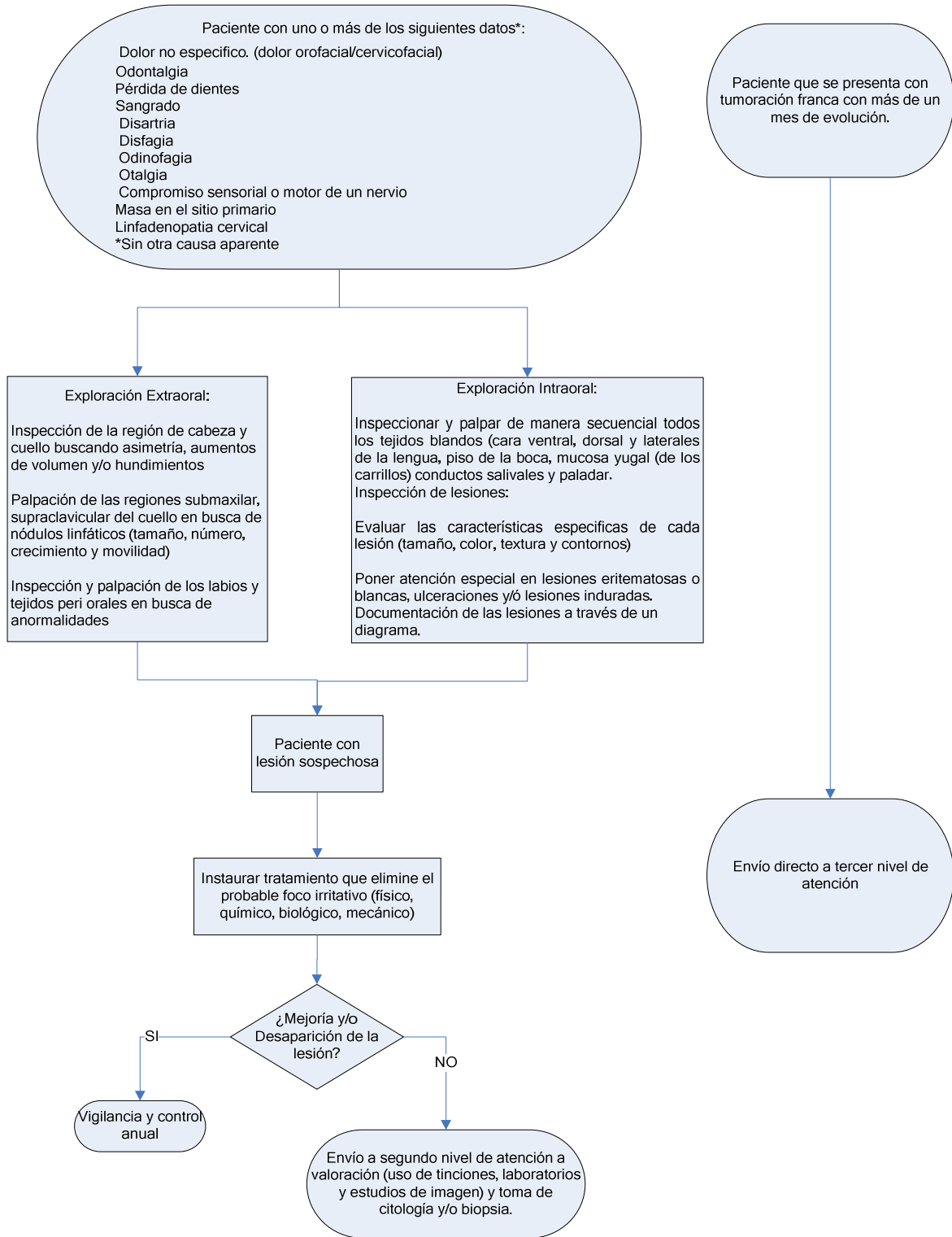
		radioterapia.					
4241	Dexametasona	8 a 16 mg día IV	Sol inyectable 8mg. Envase con 1 frasco ampula	Bolo, premedicación 15 minutos previo a la quimioterapia	Hiper glucemia. Insomnio. Hipertensión	Sinergismo con antieméticos	Insuficiencia hepática Hiper glucemia grave. Hipertension descontrolada.
1759 Y 1760	Metotrexate	40mg/m2 semanal 6 ciclos.	Sol inyectable de 50mg y 500mg. Envase con 1 frasco ampula	Infusión de 30 minutos 6 ciclos.	Mucositis Mielosupresión Nausea	Leucovorin, contrarresta efecto	Insuficiencia hepática grave.
2195 y 5428	Ondansetron	8mg cada 8 hrs vía oral por 3 días  16 mg día IV 1 15 minutos antes de la quimio y a las 4 y 8 hrs de la aplicación de la quimioterapia.	Sol inyectable 8mg. Envase con 3 frascos ampula Tableta 8mg. Envase con 10 tabletas	Bolo, premedicación 15 minutos previo a la quimioterapia.	Estreñimiento cefalea Reacción de hipersensibilidad	Sinergismo con esteróide.	Insuficiencia hepática grave.
4437	Palonosetrón	Sol inyectable 0.25mg, 30 minutos previos al inicio de quimioterapia IV	Sol inyectable 0.25 mg. Envase con 1 frasco ampula de 5 ml	Bolo, sin diluir, administrar 30 minutos previos Al inicio de quimioterapia, en esquemas con cisplatino.	Estreñimiento Cefalea	Sinergismo con esteróide	Insuficiencia hepática grave.

## 5.5 ALGORITMOS

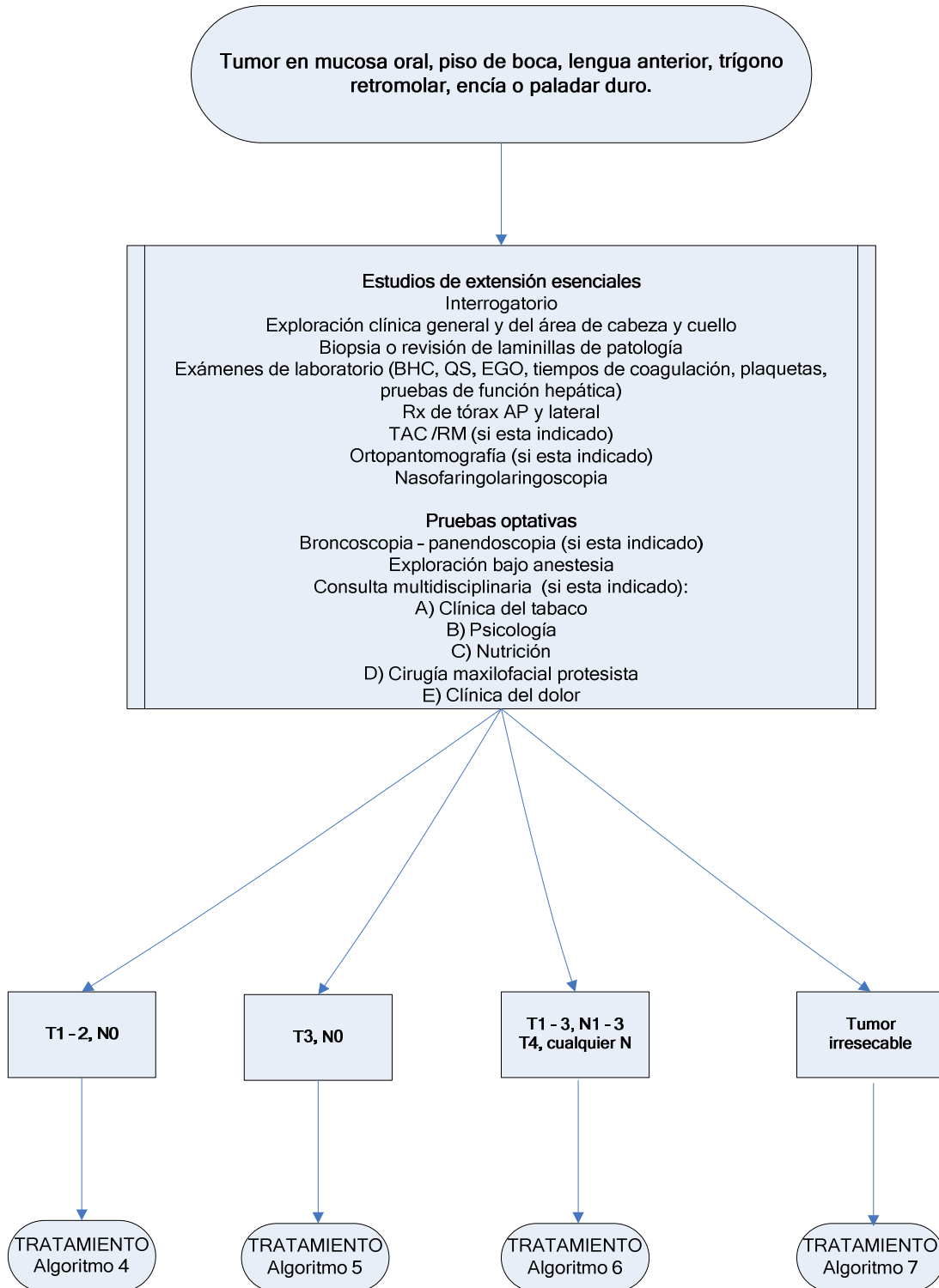
**Algoritmo 1. Diagnóstico de Cáncer Epidermoide de Cavidad Oral (Tamizaje)**



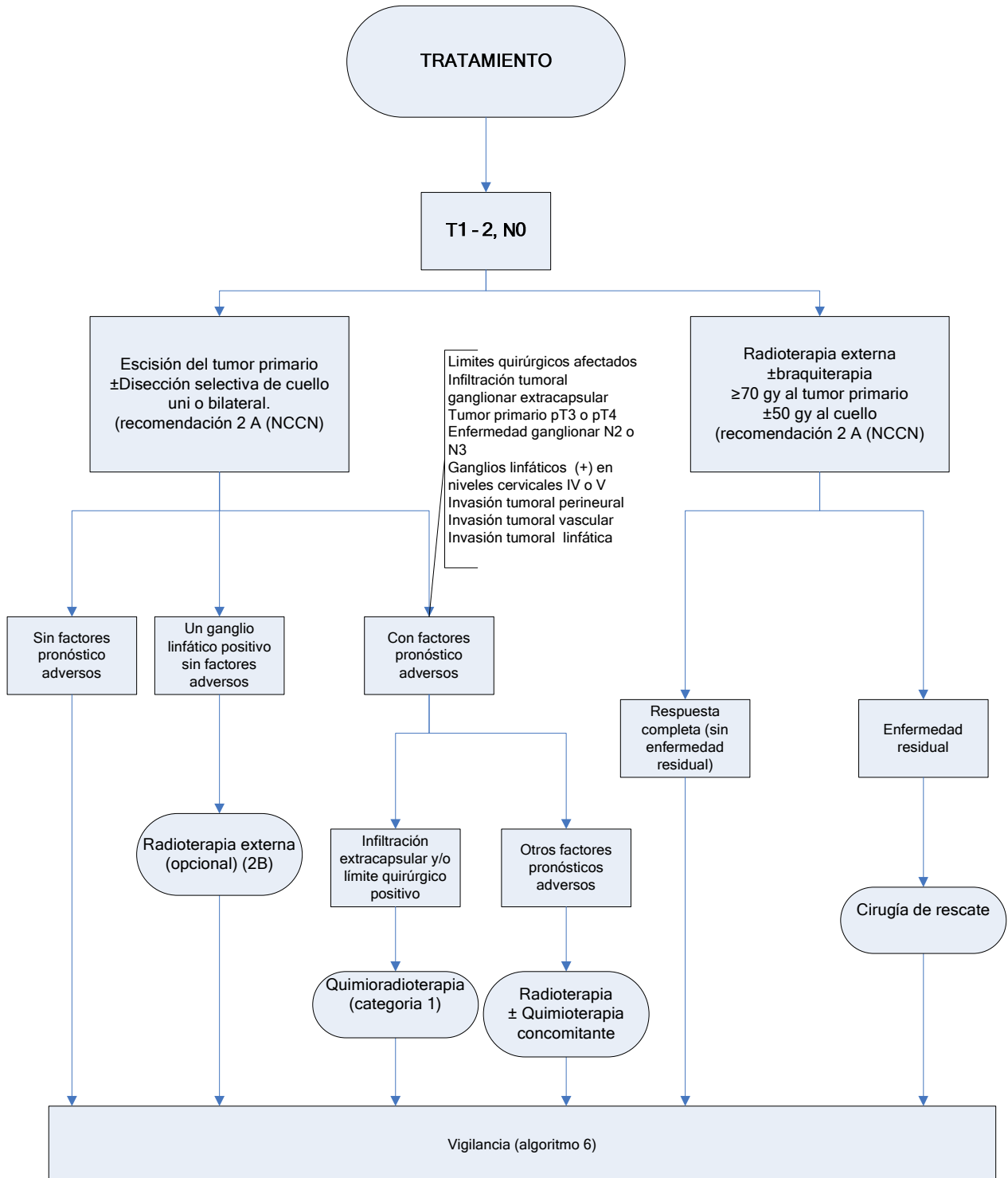
**Algoritmo 2. Diagnóstico Clínico de Cáncer Epidermoide de Cavidad Oral**



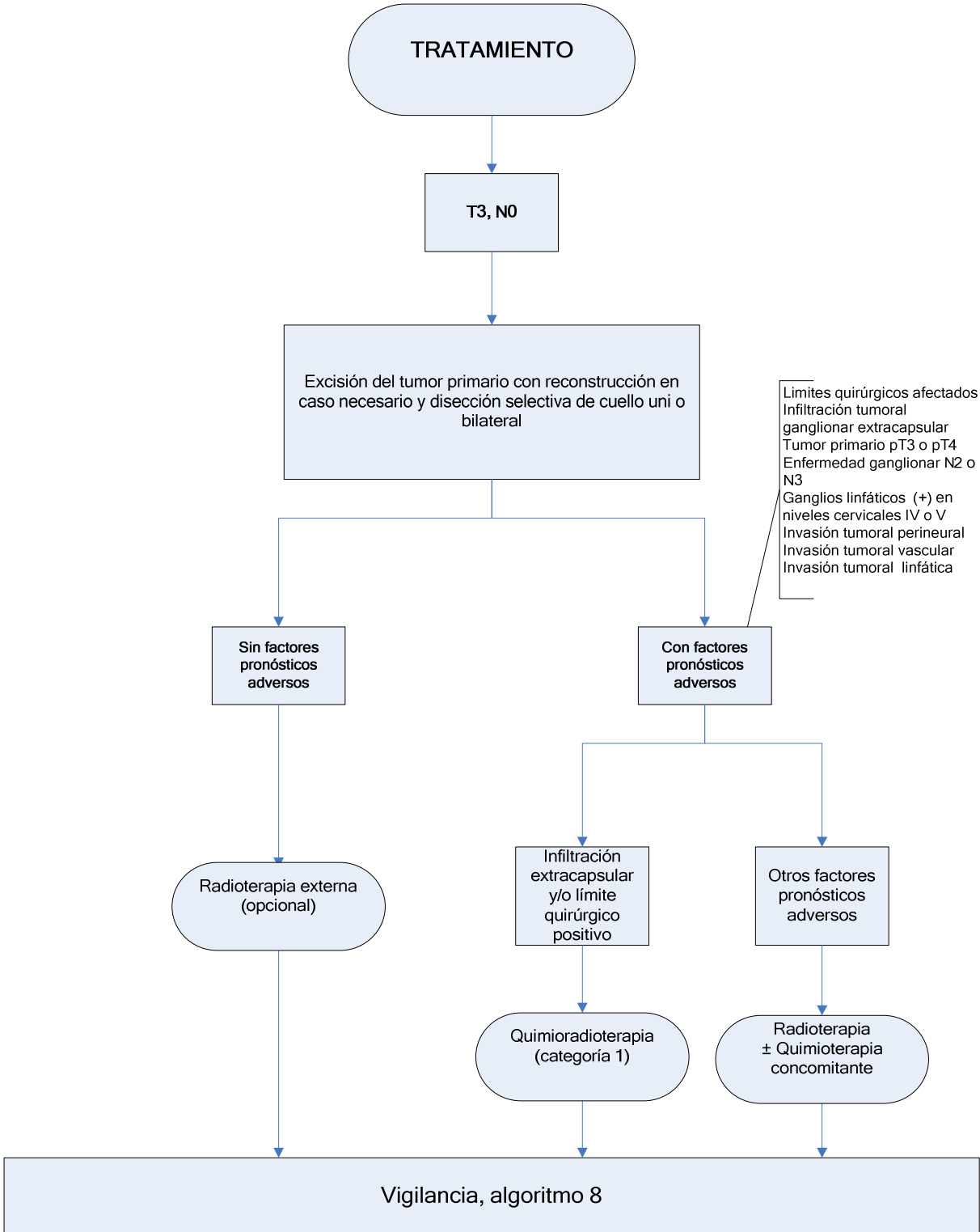
**Algoritmo 3. Diagnóstico y estadificación del cáncer de cavidad oral**



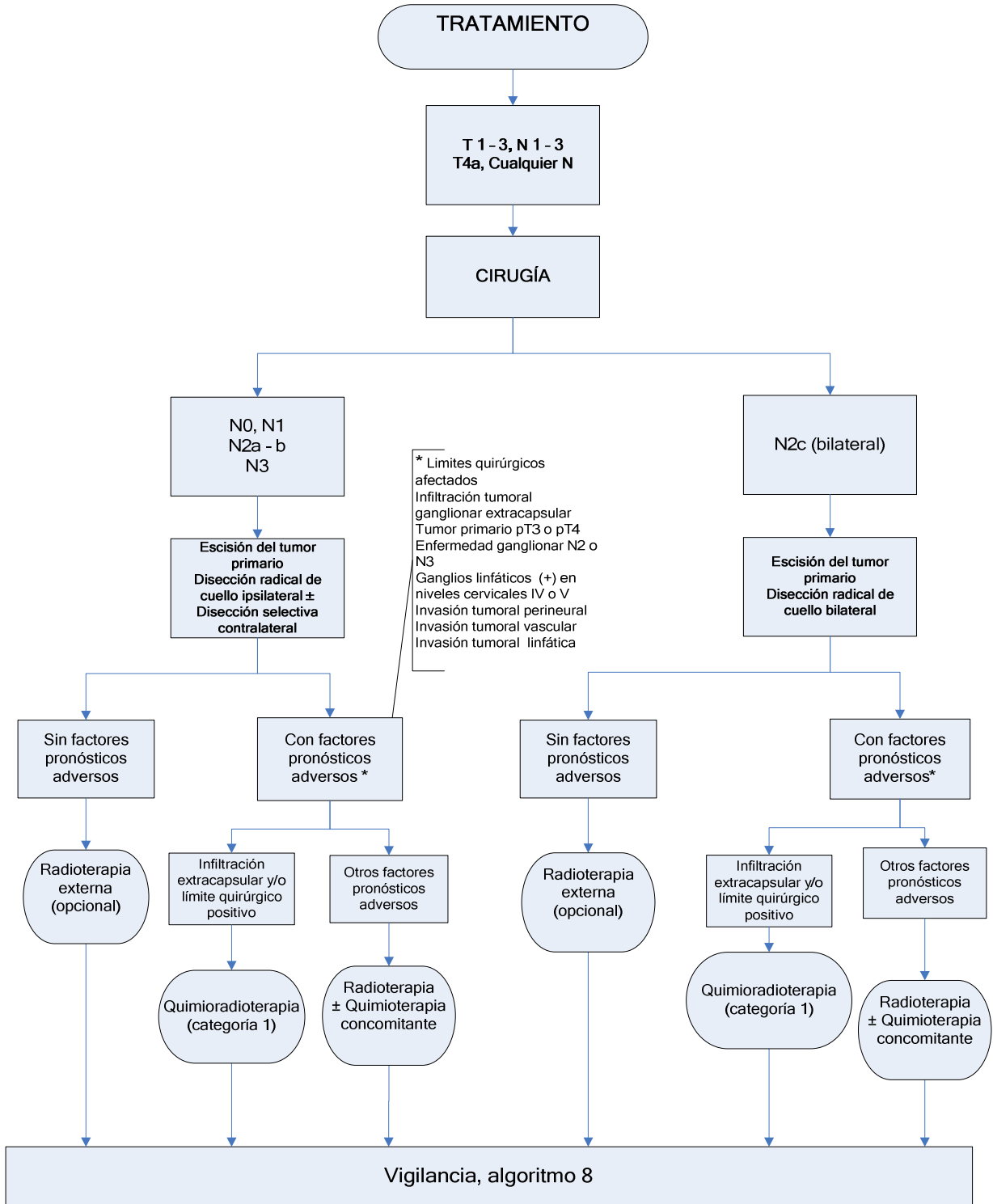
Algoritmo 4. Tratamiento del cáncer de cavidad oral. T1, N0



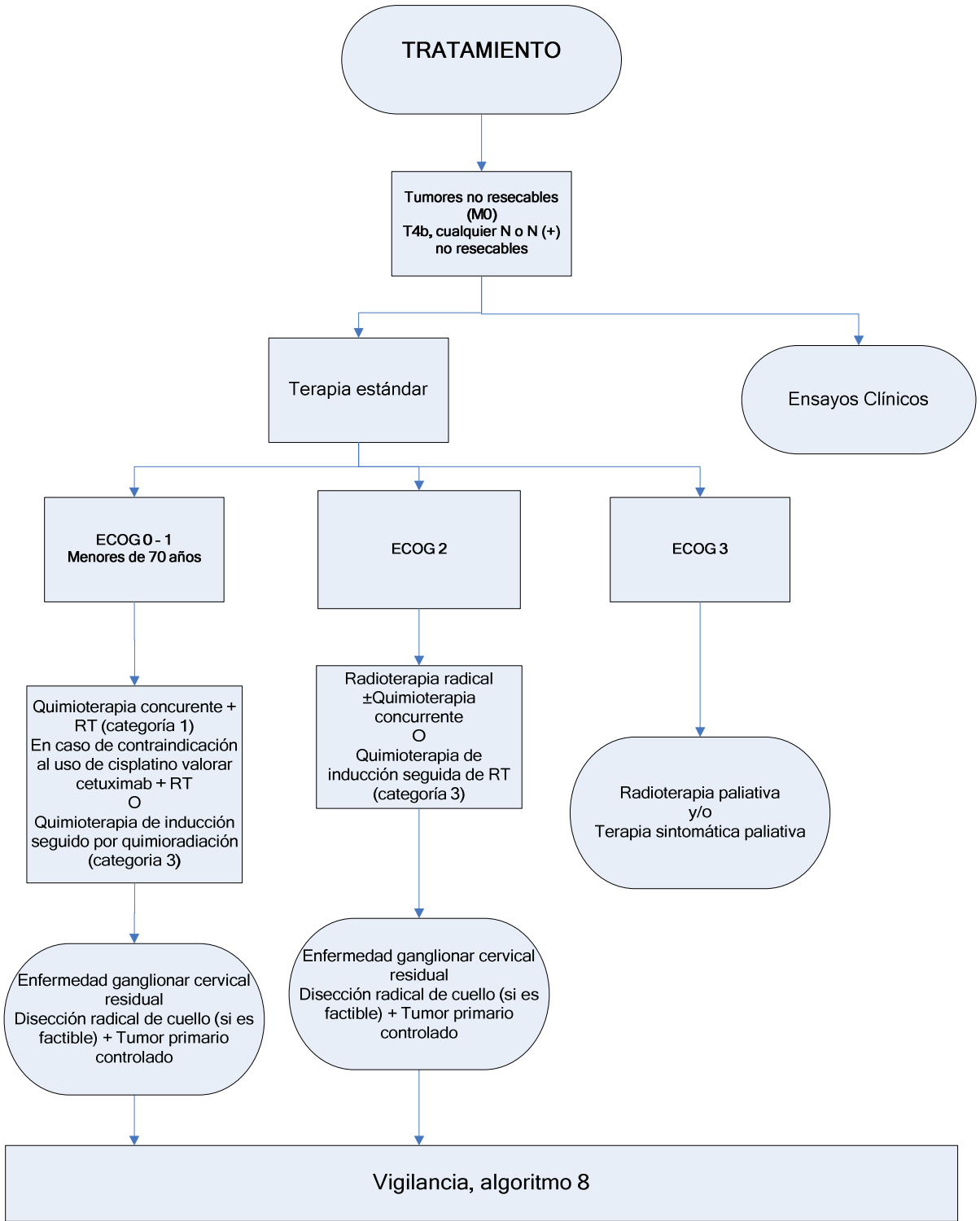
Algoritmo 5. Tratamiento del cáncer de cavidad oral. EC T3, N0



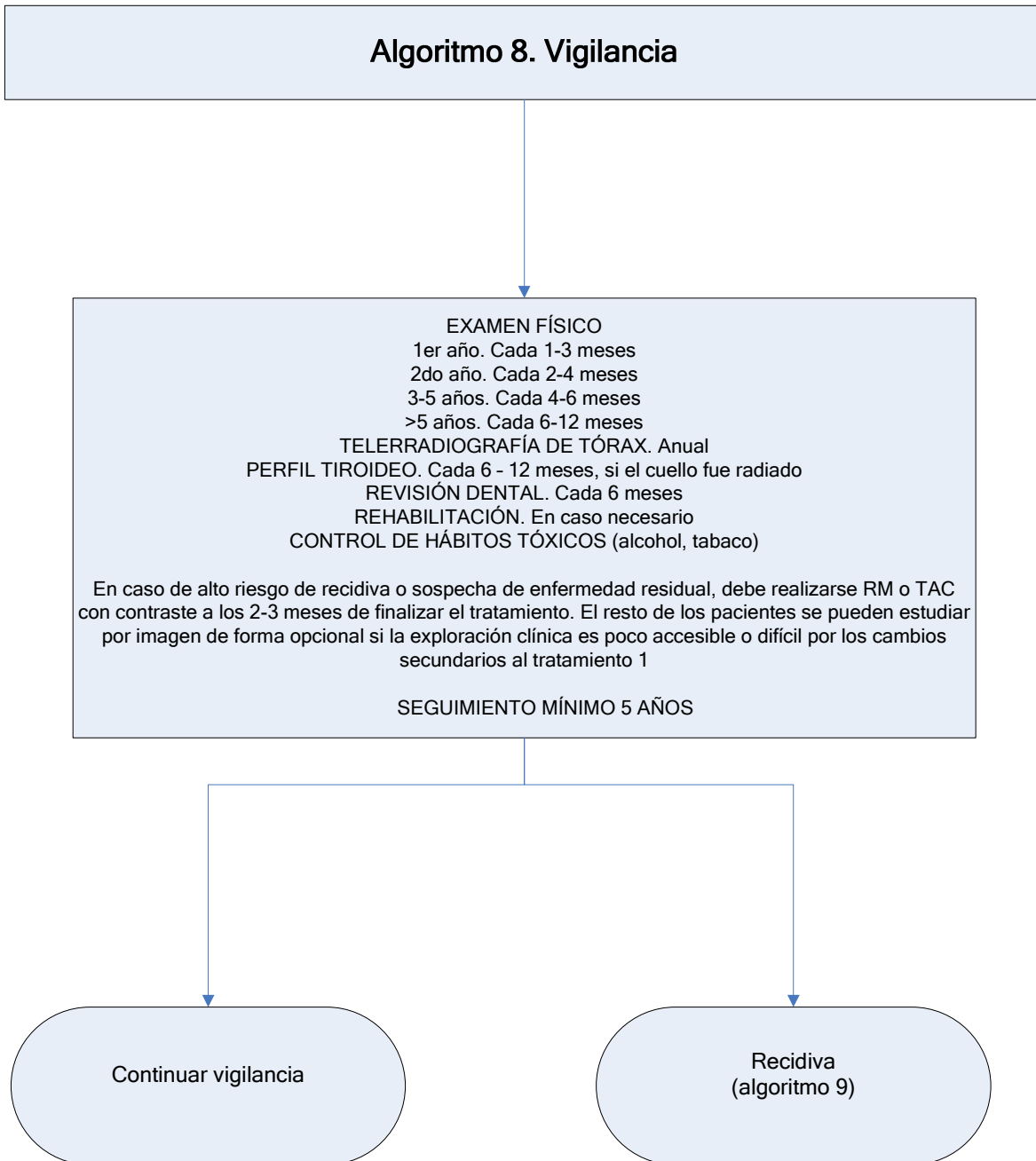
**Algoritmo 6. Tratamiento del cáncer de cavidad oral. T1-3, N1-3 y T4a, cualquier N**

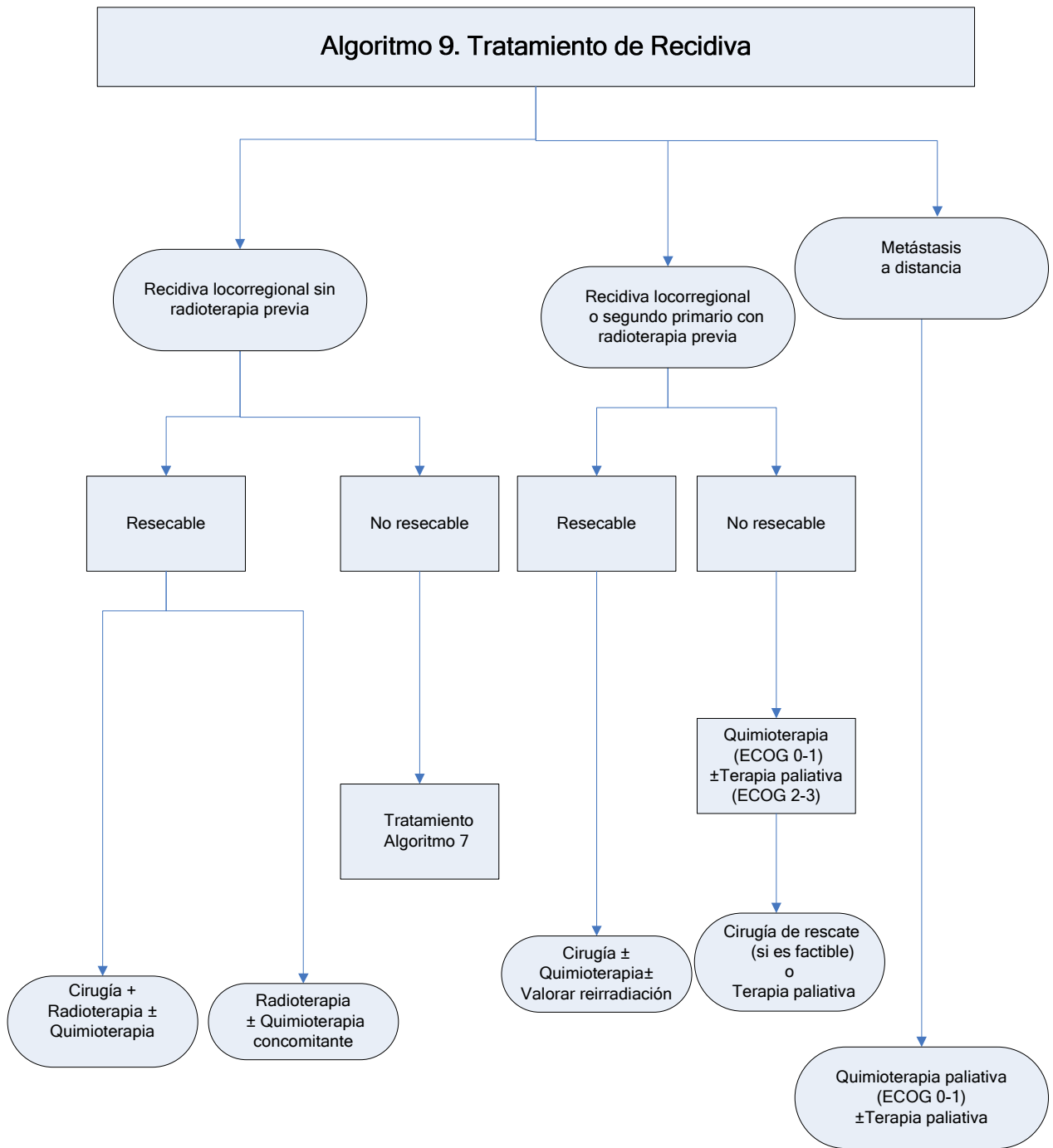


**Algoritmo 7. Tratamiento del cáncer de cavidad oral. Tumores no resecables (M0), T4b, cualquier N ó N + no resecables**









## 6. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Biopsia:** Bios=vida, opsis= vista o visión. Obtención de un fragmento vivo para su estudio tanto macro como microscópicamente.

**Biopsia Excisional:** Procedimiento que remueve totalmente la lesión con bordes periféricos de tejido normal. Generalmente empleada para diagnóstico y tratamiento. Procedimiento que se limitará para lesiones orales menores a 1 cm.

**Biopsia Incisional:** Procedimiento que remueve de manera parcial una parte representativa de la lesión con tejido adyacente normal. Generalmente empleada para diagnóstico y decidir/establecer tratamiento definitivo. Procedimiento que se limitará para lesiones orales mayores a 1 cm.

**Biopsia por aspiración de aguja fina:** Procedimiento en el que se emplea la presión negativa creada en una jeringa y como resultado en la diferencia de presión, se arrastra material hacia el interior de la luz de la aguja.

**Cáncer epidermoide de cavidad oral:** Es la transformación de células epiteliales de la mucosa oral normales a anormales, secundaria a una mutación genética. Las células anormales presentan una multiplicación desordenada así como la capacidad de invadir los tejidos cercanos y diseminarse a otras regiones a través del sistema circulatorio y linfático.

**Cáncer epidermoide de cavidad oral resecable:** Tumor en la cavidad oral que por sus dimensiones y extensión tumoral no afecta estructuras vitales.

**Cáncer epidermoide de cavidad oral irresecable:** Tumor en cavidad oral que debido a su extensión compromete de manera importante estructuras vitales; por lo que es imposible resecar (arteria carótida interna o común, base de cráneo, masivamente los tejidos blandos del cuello; la base de lengua bilateral, masivamente la musculatura lingual profunda)

**Citología Oral:** Procedimiento no invasivo que consiste en el arrastre celular del epitelio por medio de hisopos, instrumentos romos o cepillos (el cual captura las 3 capas epiteliales) y que es de utilidad para descartar malignidad o benignidad de una lesión.

**Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG):** Grupo Cooperativo Oncológico del Éste.

**ECOG:** Escala clínica que valora el estado funcional de un paciente oncológico, que va desde 0 hasta 5 (ver anexo).

**Enfermedad avanzada:** enfermedad irresecable o metastásica.

**Especificidad:** Capacidad que tiene una prueba para descartar el diagnóstico de un padecimiento.

**Eritroplasia (antes eritroplaquia):** Lesión roja de la cavidad oral que no puede ser removida, no específica de alguna causa o enfermedad y que requiere de una biopsia para un examen histológico. Clínicamente es más preocupante que la leucoplaquia, porque estas lesiones usualmente muestran algún grado de displasia, por arriba del 50% de estas lesiones son invasivas y cerca de 40% corresponden a carcinomas in situ

**Estadificación:** Procedimiento en el cual se establece la etapa clínica de acuerdo a criterios de AJCC, con apoyo de estudios diagnósticos de imagen.

**Etapas loco regionalmente avanzadas:** Cáncer de cavidad oral que presente sospecha por imagen o confirmación histológica de enfermedad ganglionar niveles 3 y 4 y/o afección de estructuras vasculares mayores.

**Factor de riesgo:** Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos para desarrollar alteraciones de la salud.

**Estado funcional:** Es la capacidad física del paciente para realizar actividades, se clasifica conforme ECOG.

**Fluorescencia:** Herramienta útil en la visualización directa de la mucosa oral. Utiliza la fluorescencia para la detección de lesiones alto riesgo, potencialmente malignas y malignas en estado inicial

**Ganglios (N):** Número de ganglios con afección tumoral, se clasifica conforme la AJCC.

**Leucoplasia (antes leucoplaquia):** Presencia de placa blanca que no puede ser removida, no específica de alguna causa o enfermedad y que requiere una biopsia para un examen histológico. Cuando se localiza en el piso de la boca o en lengua, presenta una mayor frecuencia de transformación maligna.

**Linfadenectomía:** Procedimiento quirúrgico en el que se extraen los ganglios linfáticos regionales en el área del tumor.

**Linfadenectomía electiva:** Disección ganglionar efectuada en pacientes con cuello clínicamente negativo en donde la sospecha de enfermedad ganglionar oculta es mayor del 15%.

**Linfadenectomía radical clásica:** Disección ganglionar cervical que incluye todos los ganglios linfáticos del nivel I al V en conjunto con el músculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio espinal accesorio.

**Linfadenectomía radical modificada:** Se incluye la disección de los niveles I al V con preservación de una o más de las estructuras no linfáticas, se clasifica en los siguientes tipos:

- Tipo 1. Preservación del nervio espinal accesorio
- Tipo 2. Preservación del nervio espinal accesorio y vena yugular interna
- Tipo 3. Preservación del nervio espinal accesorio, vena yugular interna y músculo esternocleidomastoideo.

**Linfadenectomía selectiva:** Cuando uno o más de los grupos linfáticos normalmente disecados en la disección radical es preservado.

**Mácula:** Área circunscrita no elevada con cambios de color, diferente al tejido circunscrito

**Mejores cuidados de soporte:** Medidas farmacológicas (no cito tóxicas), nutricionales y psicológicas para el tratamiento de cáncer avanzado.

**Metástasis (M):** Presencia de enfermedad a distancia, clasificación de la AJCC.

**OR:** Odds ratio. Riesgo relativo mayor de 1 asocia a mayor riesgo efecto deletéreo, menor de 1 protector, o ganancia.

**Placa:** Área elevada, plana.

**PET:** Tomografía por emisión de positrones, permite que los doctores desplieguen el metabolismo real del cuerpo: puede rastrear que tanta glucosa es metabolizada en distintas zonas del cuerpo. Dado que las células cancerosas se dividen rápidamente, descomponen la glucosa con mayor velocidad que las células normales. La actividad aumentada aparecerá en un rastreo PET y puede detectar tanto tumores primarios como metastásicos.

**Predictor:** Es una herramienta estadística que tiene por objetivo predecir lo que ocurrirá en el futuro en términos de certeza.

**Quimioluminiscencia:** Herramienta útil en la visualización de la mucosa anormal. Se utiliza un enjuague de ácido acético para inducir blanqueamiento de la mucosa bucal y una luz quimioluminiscente, evaluando las zonas de la mucosa y población de alto riesgo.

**Quimioterapia (QT):** Tratamiento citotóxico empleado para el tratamiento de diferentes tipos de cánceres, que puede ser única droga o combinaciones de 2 o más.

**Quimioterapia adyuvante:** Administración de quimioterapia después de un tratamiento quirúrgico radical inicial en el sitio primario del tumor, su finalidad es incrementar la supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad.

**Quimio-radioterapia concomitante (QT-RT):** Administración de quimioterapia a la par de radioterapia con la finalidad de incrementar respuesta terapéutica.

**Quimioterapia de combinación:** Esquema de tratamiento citotóxico con al menos 2 drogas: cisplatino-fluorouracilo-docetaxel, cisplatino- paclitaxel, cisplatino/Carboplatino- fluorouracilo-cetuximab.

**Quimioterapia neoadyuvante y/o de inducción:** Administración de quimioterapia antes de aplicarse un tratamiento radical (radioterapia o cirugía).

**Quimioterapia paliativa:** Administración de quimioterapia en una etapa avanzada de la enfermedad cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y la supervivencia global.

**Radioterapia externa:** Es la terapia que utiliza radiaciones ionizantes generadas en una máquina y dirigidas al tumor desde fuera del paciente.

**Radioterapia radical:** Tratamiento con radioterapia con dosis radicales sola o en combinación con quimioterapia.

**Rescate quirúrgico:** Resección completa con márgenes quirúrgicos libres de tumor de recurrencia local de la enfermedad, en casos especiales de metástasis sistémica resecables.

**Seguimiento:** Técnica de vigilancia clínica que permite la observación continua y programada, que incluye examen físico, imágenes, exámenes de laboratorio, con participación activa del paciente.

**Sensibilidad:** Capacidad de una prueba para detectar la enfermedad.

**Tinción de Toluidina:** Tinción metacromática vital. Herramienta útil para detectar zonas de actividad celular y lesiones sospechosas. Delimita zonas a biopsiar y de posibles carcinomas epidermoides.

**TNM para cáncer epidermoide de cavidad oral:** Clasificación utilizada internacionalmente para etapificar el cáncer epidermoide de cavidad oral, de acuerdo a extensión (T), invasión linfática (N) y metástasis (M), desarrollada por el American Joint Committee on Cancer (AJCC).

**Terapia de rescate:** Terapia que se aplica a los pacientes que no presentan respuesta completa al tratamiento de primera línea o que presentan recidiva después de una respuesta completa.

**Radioterapia:** Tratamiento del cáncer por medio de radiación ionizante, en donde se deposita energía que lesiona o destruye a las células en el área de tratamiento, al dañar el DNA de células individuales, impidiendo su crecimiento. La dosis total de radiación, se divide en fracciones que son administradas diariamente en sesiones de 10 a 15 minutos.

**Sobrevida global:** Tiempo de vida desde el inicio de tratamiento quirúrgico o medico hasta la fecha de muerte.

**Terapia de rescate:** Terapia que se aplica a los pacientes que no presentan respuesta completa al tratamiento de primera línea o que presentan recidiva después de una respuesta completa.

**Toxicidad:** Efecto adverso esperado por un tratamiento de quimioterapia, que puede ser limitante de dosis.

**Tumor (T):** Grado de afección tumoral en la cavidad oral, se clasifica conforme la AJCC.

**Valor predictivo negativo (VPN):** Es la probabilidad de que un sujeto con un resultado negativo en la prueba este realmente sano.

**Valor predictivo positivo (VPP):** Es la probabilidad de padecer la enfermedad si se obtiene un resultado positivo en la prueba.

**Xerostomía:** Sensación subjetiva de resequead bucal, condicionado por factores de desarrollo, alteraciones metabólicas, enfermedades sistémicas, factores locales, quimioterapia y radioterapia.

**Abreviaturas:**

**AUC:** Área bajo la curva.

**CBP:** Carboplatino.

**EC.** Etapa clínica.

**ECOG:** Escala que valora el estado funcional.

**MTX:** Metotrexate.

**PF:** Esquema de quimioterapia con cisplatino más fluoro uracilo.

**RM:** Resonancia Magnética

**SG:** Sobrevida global.

**TAC:** Tomografía axial computarizada

**TFP:** Esquema combinado con docetaxel (taxotere), fluoro uracilo, cisplatino.

**US:** Ultrasonido

**VPH:** Virus del papiloma humano.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmedid Jemal, Rebecca Segel, Elizabeth Ward, Yongping Hao, Jiaquan Xu, Taylos Murray and Michael J. Thun. Cancer Statistics 2008. *Ca Center J Clin* 2008; 58:71-96
2. ASCO 2008, Cáncer oral y orofaríngeo. Disponible en: <http://www.cancer.net/patient/Cancer+Types/Tipo+de+Cancer/C%26aacute%3Bncer+oral+y+orofar%26iacute%3Bngeo>.
3. Bonner JA, Harari PM, Giralt J et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2006; 354: 567-78
4. Chun-Ta Liao, et al. Salvage Therapy in Relapsed Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity: How and When? *Cancer* 2008;112:94-103.
5. Deepak Kademani. Oral Cancer. *Mayo Clin Proc*, July 2007, 82(7): 878-887.
6. Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) Targeted Therapy in Stage III and IV Head and Neck Cancer: Guideline Recommendations C. Cripps, E. Winqvist, D. Stys-Norman, M. Devries, R. Gilbert, and the Head and Neck Cancer Disease Site Group A Quality Initiative of the Program in Evidence-based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO). Report Date: May 15, 2009
7. Epstein Joel B, Gorsky Meir, Cabay Robert J, Day Terry and Gonsalves Wanda. Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma. Role of primary care physicians. *Can Fam Physician* 2008;54:870-5. Clinical Review.
8. Ferlito Alfio, Silver Carl E, Rinaldo Alessandra. Elective management of the neck in oral cavity squamous carcinoma: current concepts supported by prospective studies. *British Journal of Maxillofacial Surgery* 2008, doi: 10.1016/j.bjoms.2008.06.001
9. Forastiere AA, Metch B, Schuller DE et al. Randomized comparison of cisplatin plus fluorouracil and carboplatin plus fluorouracil versus methotrexate in advanced squamous-cell carcinoma of the head and neck: a Southwest Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1245-1251.
10. Gallegos Hernández José Francisco. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. *Cir Ciruj* 2006; 74: 287-293
11. Gallegos Hernández José Francisco, Paredes-Hernández Eduardo, Flores-Diaz Rutilio, Minauro-Muñoz Gabriel, Apresa García Teresa, Hernández-Hernández Dulce María. Virus del papiloma humano asociado con cáncer de cabeza y cuello. *Cir Ciruj* 2007;75:151-155
12. Gillison Maura L. Current Topics in The Epidemiology of Oral Cavity and Oropharyngeal Cancers. DOI: 10.1002/hed.20573. *Wiley InterScience* January 17, 2007. Disponible en: [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
13. GPC: Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline. SIGN 2006
14. GPC: Guideline for the Early Detection of Oral Cancer in British Columbia 2008
15. GPC: The Danish national guideline for treatment of oral squamous cell carcinoma 2006
16. GPC: OncoGuía de orofaringe, Barcelona 2004. Agència d' Avaluació de Tecnologia i Reserca Mèdiques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Noviembre 2004
17. GPC: Head and Neck Cancers. NCCN 2008
18. J. Simon W. Stewart, Ezra E.W. et al. Phase III Study of Gefitinib 250 Compared With Intravenous Methotrexate for Recurrent Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *J Clin Oncol* 2009;27:1864-1871
19. Kademani Deepak. Oral Cancer. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(7):878-887. Symposium on Solid Tumors.



20. Li F. Inherited susceptibility to cancer. 86 th Annual Meeting of the American Association for Cancer Research, March 18-22, 1995, Toronto, Ontario, Canada. Proc Am Assoc Cancer Res. 1995;36:638-9
21. Mateo MM, Fernández RG, Sánchez PM, Torres AV, Flores DP, Trujillo SM. Incidencia y etiopatogenia del cáncer de la cavidad oral en la región de Murcia. Rev Esp Cirug Oral Maxilof. 1995;17:22-7
22. Mehrotra R, Singh M, Pandya S, Singh M. The use of an oral brush biopsy without computer-assisted analysis in the evaluation of oral lesions: a study of 94 patients. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, & Endodontics 2008;106(2):246-253,
23. Mignogna Michele, Fedele Stefano. Oral cancer screening: 5 minutes to save a life. Comment. Lancet 2005;365:1905-1906
24. Pignon JP, Bourhis J, Domenge C, Designe L. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck squamous cell carcinoma. On behalf of the MACH-NC collaborative group. Lancet 2000; 355: 949-955.
25. Posner et al. Cisplatin and Fluorouracil Alone or with Docetaxel in Head and Neck Cancer N Engl J Med 2007;357:1705-15.
26. Sánchez Maya MP, Díaz Villanueva D y Carrasco Aparicio G. Frecuencia de carcinoma epidermoide en cavidad bucal en el Hospital Central Militar de 1987 a 1997. Med Oral 1999; 1:20-22
27. Sánchez García Sergio, Juárez Cedillo Teresa, Espinel Bermúdez María Claudia, Mould Quevedo Joaquín, Gómez Dantés Héctor. De la Fuente Hernández Javier, Leyva Huerta Elba Rosa, García Peña Carmen. Egresos hospitalarios por cáncer bucal en el IMSS (1991-2000). Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46(1): 101-108
28. Smith EM, Ritchie EM, Summersgill KF, Klussmann JP, Lee JH, Wang D, Haugen TH, Turek LP. Age, sexual behavior and human papillomavirus infection in oral cavity and oropharyngeal cancers. Int J Cancer 2004;108:766-772
29. Studer G, Klaus W Graetz, et al. Outcome in recurrent head neck cancer treated with salvage-IMRT. Radiation Oncology 2008, 3:43
30. Taghavi Nasim and Yazdi Ismail. Type of Food and Risk of Oral Cancer. Arch Iranian Med 2007;10 (2): 227-232
31. van der Meij EH, Mast H, van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-years follow-up study of 192 patients. Oral oncol. 2007 Sep; 43(8): 742-8
32. Vermorken JB, Mesia R, Rivera F et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. N Engl J Med 2008; 359: 1116-1127.
33. Vermorken JB, Remenar E, van Herpen C et al. Cisplatin, fluorouracil, and docetaxel in unresectable head and neck cancer. N Engl J Med 2007; 357:1695-1704
34. Warnakulasuriya KA, Jonson NW. Sensitivity and specificity of Oral Scan<sup>®</sup> toluidine blue mouthrinse in the detection of oral cancer and precancer. Journal of oral pathology and medicine. 1996, Vol. 25(3): 97-103
35. Warnakulasuriya S. Significant oral cancer risk associated with low socioeconomic status. Int J Cancer 2008;122:2811-2819.
36. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncol 2009;45:309-316)
37. Winquist E, Oliver T, Gilbert R. Postoperative chemoradiotherapy for advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: A systematic review with meta-analysis, Head Neck. 2007 Jan;29(1):38-46

## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO/ADSCRIPCIÓN</b>
Dr. Juan Ramón Ayala Hernández	Director del Hospital de Oncología CMN S-XXI
Dr. Jose Arturo Gayosso Rivera	Director del Hospital De Especialidades del CMN
Lic. Ana Ma. López Jasso	Por su apoyo incondicional, para la recuperación de bibliografía.
Lic. Francisco García	
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

## 9. COMITÉ ACADÉMICO.

### Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador