

## **Guía de Práctica Clínica GPC**

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

## **Guía de Referencia Rápida**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-323-10

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### **D370 Tumor de comportamiento incierto ó desconocido del labio, de la cavidad bucal y de la faringe**

**GPC**

### **Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Epidermoide de Cavidad Oral, en pacientes Mayores de 18 años** **ISBN 978-607-8270-89-7**

## DEFINICIÓN

El cáncer epidermoide de la cavidad oral, es, se define como 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 canceres 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 trigono 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.

## PREVENCIÓN PRIMARIA

Recomiende una dieta que incluya un porcentaje alto de vegetales, frutas (antioxidantes). Evitar la ingesta frecuente de carne roja o procesada, grasas monosaturadas y el cocinado en horno de microondas

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

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)

Usar equipo de protección en los trabajos en donde exista exposición a: polvo de madera, cemento, pinturas, barnices, ácido sulfúrico e hidróclórico, asbestos y níquel



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 así como orientar a sus pacientes para que tengan hábitos sexuales seguros (uso de condón)

Investigue antecedentes familiares de cáncer oral, sobre todo en pacientes con tabaquismo y alcoholismo

- A los pacientes con inmunodepresión (pacientes portadores de VIH, o inmunosupresión secundaria al trasplante de órganos sólidos ó de células hematopoyéticas), se les debe realizar escrutinio clínico de tamizaje en forma periódica

## PREVENCIÓN SECUNDARIA

(Ver algoritmo 1)

### DETECCIÓN

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

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 ó 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 anormalidades
- Examen Intra Oral:
  - a) 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/ó lesiones induradas.
  - c) Documentación de las lesiones a través de un diagrama, para especificar localización y dimensiones (ver figura 1 de anexo 3)
- La Canadian Task Force on Preventive Health Cares, recomienda el tamizaje en forma anual en los pacientes con riesgo alto

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

(Ver algoritmo 2)

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

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.

Los pacientes sintomáticos, pueden presentar los siguientes datos:

- Dolor no específico
- Odontalgia
- Pérdida de dientes
- Sangrado
- Disartria
- Disfagia
- Odinofagia
- Otagia
- Compromiso sensorial o motor de un nervio
- Masa en el sitio primario
- Linfadenopatía cervical

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)

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

#### **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:**

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

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)

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)

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

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

### PRUEBAS PARA LA ESTADIFICACIÓN:

(Ver Algoritmo 3)

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

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

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

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.

- 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.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### Estadios Clínicos III y IV Resecable

Se recomienda el uso de cisplatino concomitante con radioterapia en pacientes operados y presencia de factores de riesgo para recaída.

### Estadios Clínicos III y IV Irresecable

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. No hay evidencia que recomiende el uso de quimioterapia de inducción con esquema basado en platino, en etapa III y IV irresecable.

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

### Enfermedad Recurrente Local Resecable

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

### Enfermedad Recurrente Local Irresecable

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

### Enfermedad Recurrente Irresecable o Metastásica

- En pacientes con enfermedad recurrente irresecable o metastásica con ECOG 0-1, se recomienda el uso de monodroga o quimioterapia de combinación con dos drogas.
- En pacientes con enfermedad recurrente irresecable 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.
- En pacientes con enfermedad recurrente irresecable 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.

- En pacientes con enfermedad recurrente irresecable o metastásica con ECOG 3, no se recomienda el uso de quimioterapia sistémica, solo mejores cuidados de soporte.
- En pacientes con recurrencia irresecable que progresen a esquema con platino, o tengan contraindicación para esquema con platino se recomienda uso de metotrexate ó gefitinib paliativo a dosis de 250mg día.
- 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; no recomendamos su uso en nuestro medio.
- Se recomienda el uso de dexametasona mas ondasetron para el control de nausea asociada a quimioterapia
- Palonosetron se recomienda para esquemas con potencial alto de emesis tardia.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y MANEJO DE CUELLO

(Ver algoritmos 4,5,6,7 y 9)

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

- 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.
- 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.

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

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

### Tratamiento Regional de los Tumores en Pacientes con Cuello Clínicamente Negativo (N0)

- En los pacientes con cuello clínicamente N0, con más del 20% de riesgo de metástasis ganglionares ocultas (>4mm de profundidad tumoral), el tratamiento electivo debe ser ofrecido, ya sea con una adecuada disección ganglionar electiva o con radioterapia

### Tratamiento Regional de los Tumores con Cuello Clínicamente Negativo (N0). Resección Ganglionar.

- En aquellos pacientes que serán sometidos a disección ganglionar electiva se recomienda incluir

los niveles I, II y III (dissección 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 dissección ganglionar bilateral si el tumor primario afecta o se encuentra cercano a la línea media.

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

- Los pacientes con cuello clínicamente positivo (N1) pueden ser adecuadamente tratados con dissección radical de cuello o radioterapia radical (con o sin quimioterapia).
- Después de la dissección 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 dissección de cuello, ya que la posibilidad de control con RT es muy pobre; en N1 parece ser que la dissección selectiva es similar a la radical modificada, cuándo las metástasis cervicales infiltran la capsula ganglionar e invaden los tejidos blandos, la dissección debe ser radical (incluyendo las estructuras no ganglionares)

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

- Los pacientes con enfermedad N2 – N3 pueden ser adecuadamente tratados con: Dissección radical de cuello seguido de radioterapia externa, o radioterapia externa seguida de dissección radical de cuello.
- En pacientes con N2-3 que se consideran clínicamente resecables, recomendamos la dissección 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 dissección de cuello posterior; todavía no se sabe si se debe efectuar rutinariamente ó 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 dissección cervical rutinaria, tipo modificada.

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

La dissección 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.

## **VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO**

(Ver algoritmo 9)

- 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
- Si no hay mejoría de lesión detectada una vez eliminado el foco irritativo, enviar a segundo nivel.
- Revaloración del caso para decidir vigilancia o biopsia. Se realiza tinción de toluidina, fluorescencia y/o quimioluminiscencia y se decide zona a biopsiar.
- 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

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
- 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

#### Vigilancia Posterior a Tratamiento de Lesión Cancerosa

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). Del 3 al 5 año cada 4 a 6 meses. Después del quinto año cada año.



**Tabla 1. 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 ampollas de 10 ml	Bolo y/o infusión 4 días  6 ciclos.	Mucositis Diarrea Mielosupresión Síndrome mano pie Nausea Pigmentación de uñas.	Leucovorin: potencia 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 ampolla	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 ampolla	Infusión de 1 a 2 hrs.  6 ciclos	Mielosupresión Nausea y vomito ototoxicidad Neuropatía Neurotoxicidad	Uso concomitante con furosema, 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 radioterapia.	Solución inyectable de 100 mg  Frasco ampolla 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
4241	Dexametasona	8 a 16 mg día IV	Sol inyectable 8mg.  Envase con 1 frasco ampolla	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/m <sup>2</sup> 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.

## 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 $\leq$ 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 ó 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 valoro 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	Pobremente diferenciado
G4	Indiferenciado

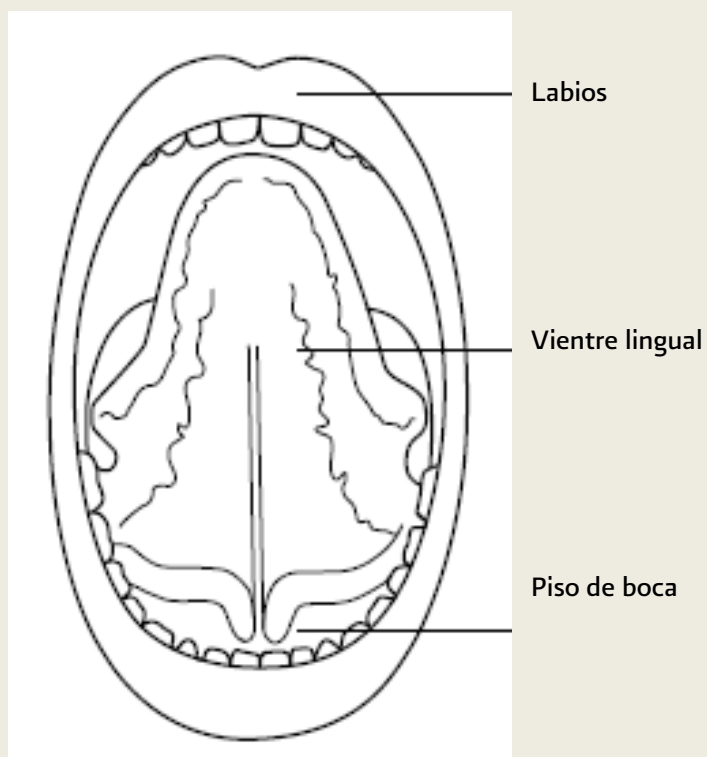
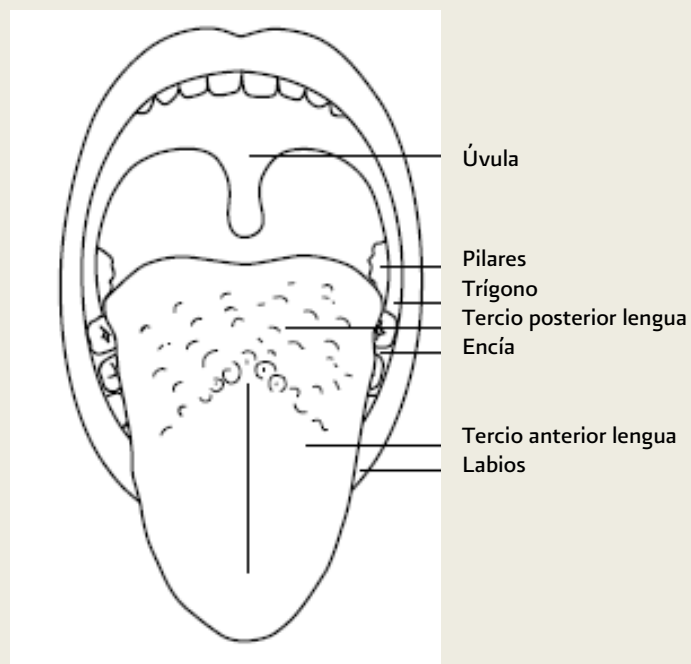
Fuente: Prieto Ignacio. Cáncer oral. Med Clin (Barc) 2006;127(7):258-64

**Tabla 2 Clasificación del estado funcional de acuerdo al (ECOG).**

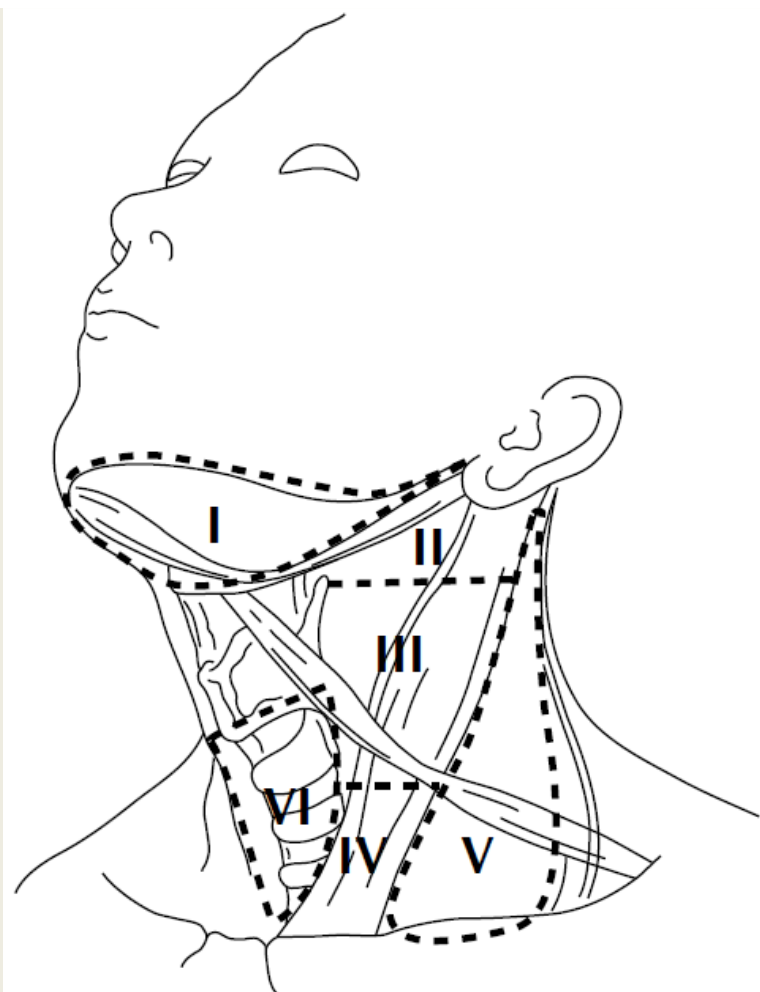
Clasificación del estado funcional (ECOG)	
<b>ECOG 0.</b>	El paciente encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
<b>ECOG 1.</b>	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos aunque se desempeña normalmente en sus 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**





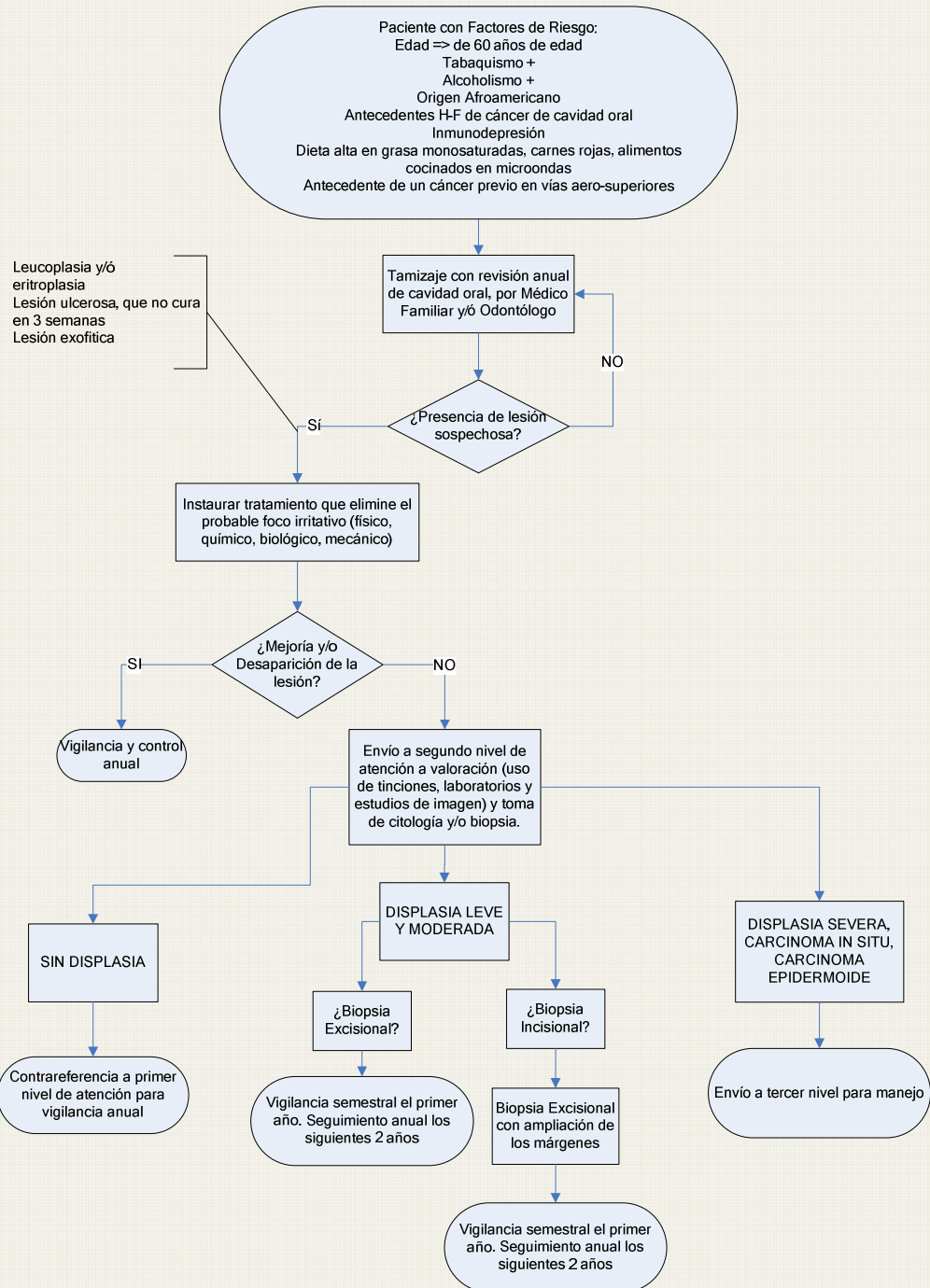


**Figura 2. Diagrama de los niveles de los nódulos linfáticos en cuello**

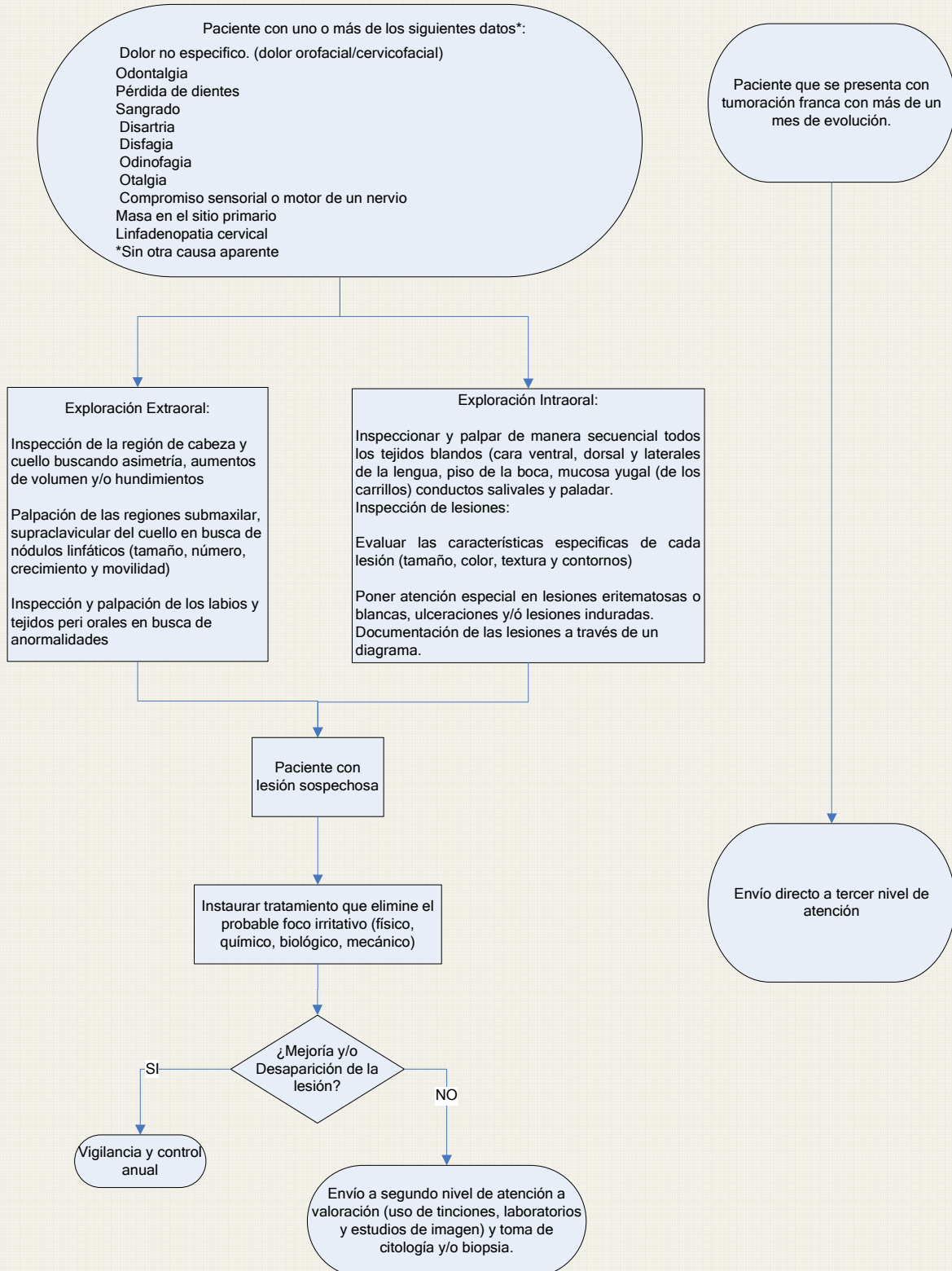
Fuente: Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline. SIGN 2006

## Algoritmos

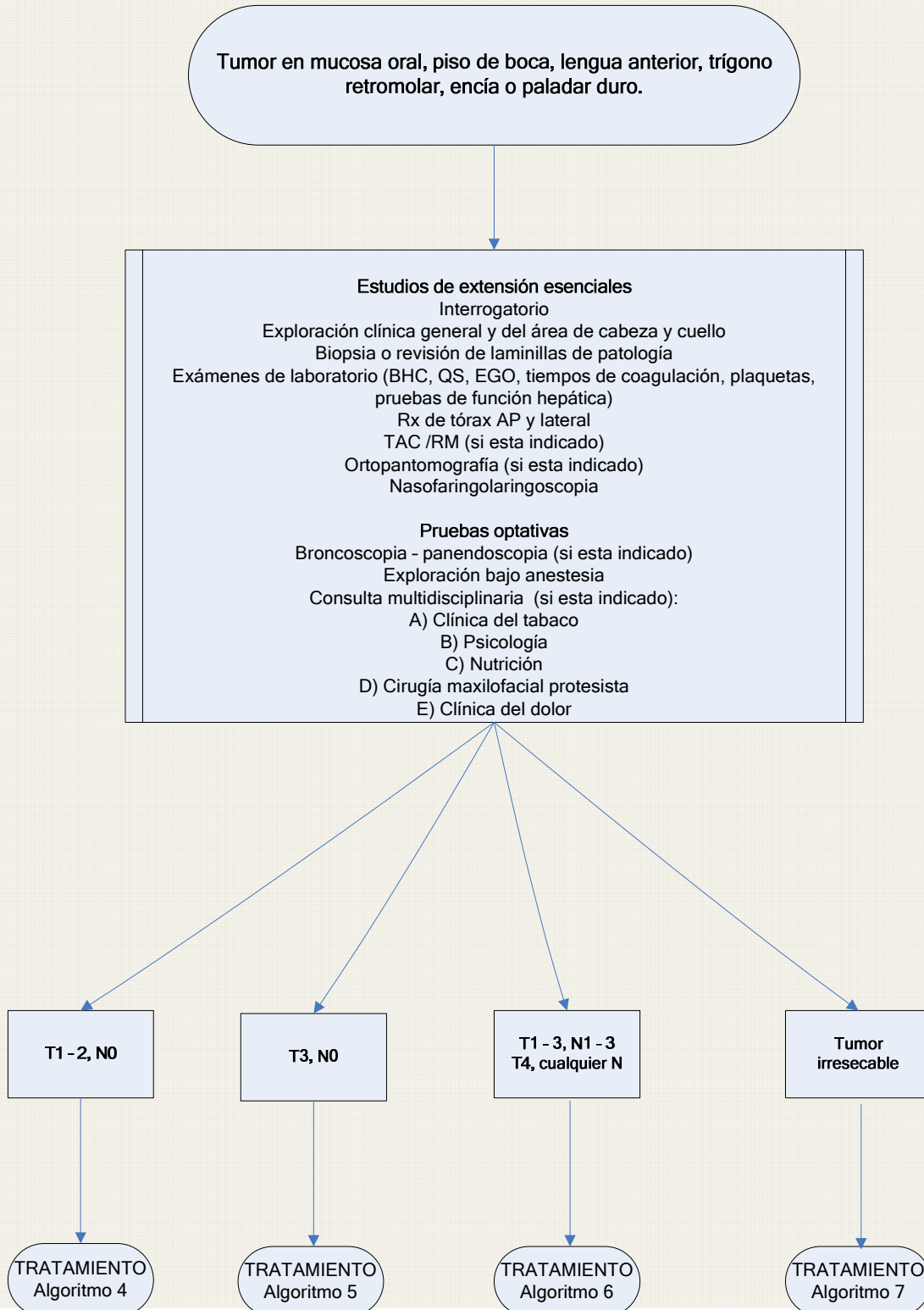
### Algoritmo 1. Diagnóstico de Cáncer Epidermoide de Cavidad Oral (Tamizaje)



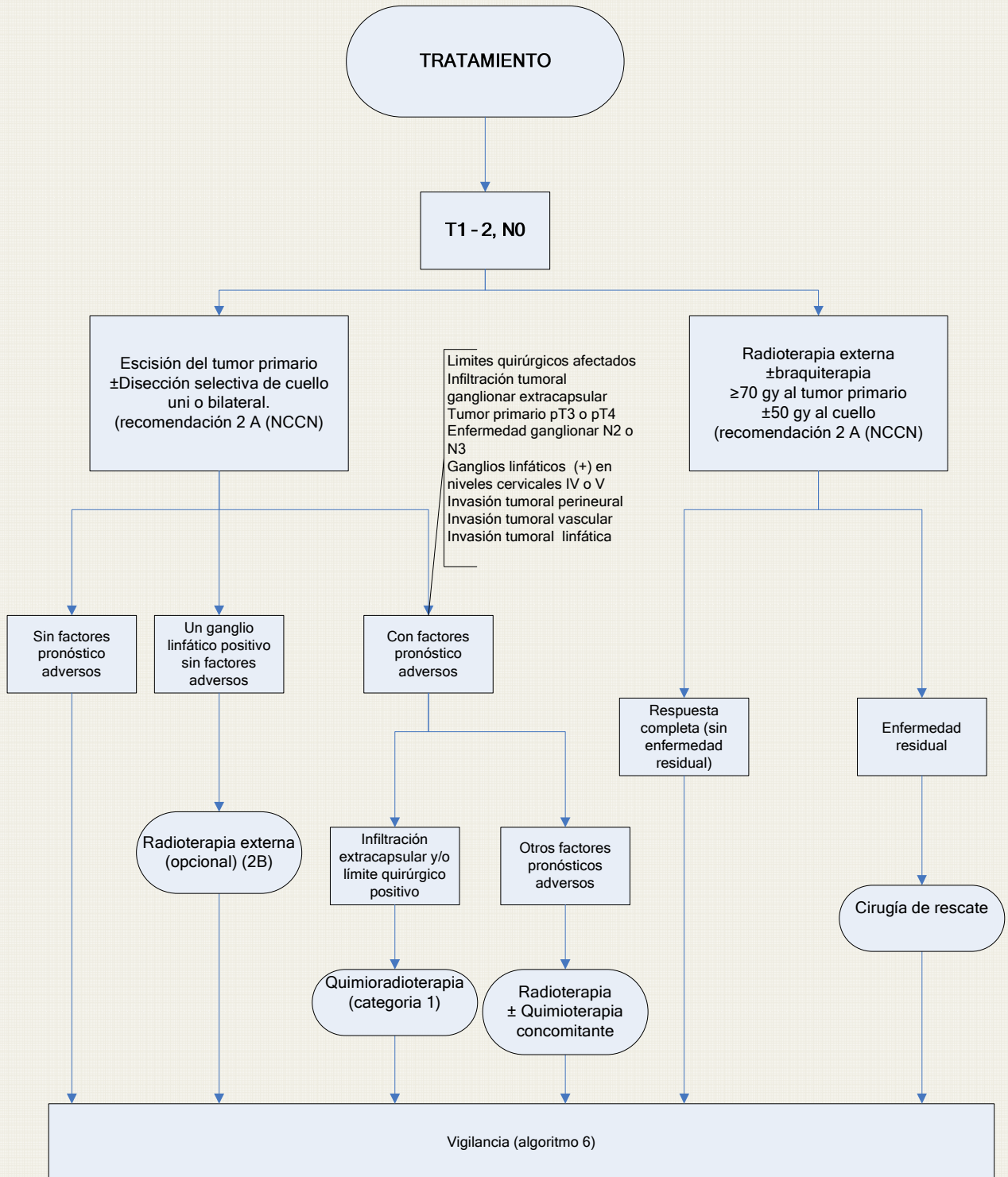
## Algoritmo 2. Diagnóstico Clínico de Cáncer Epidermoide de Cavity Oral



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

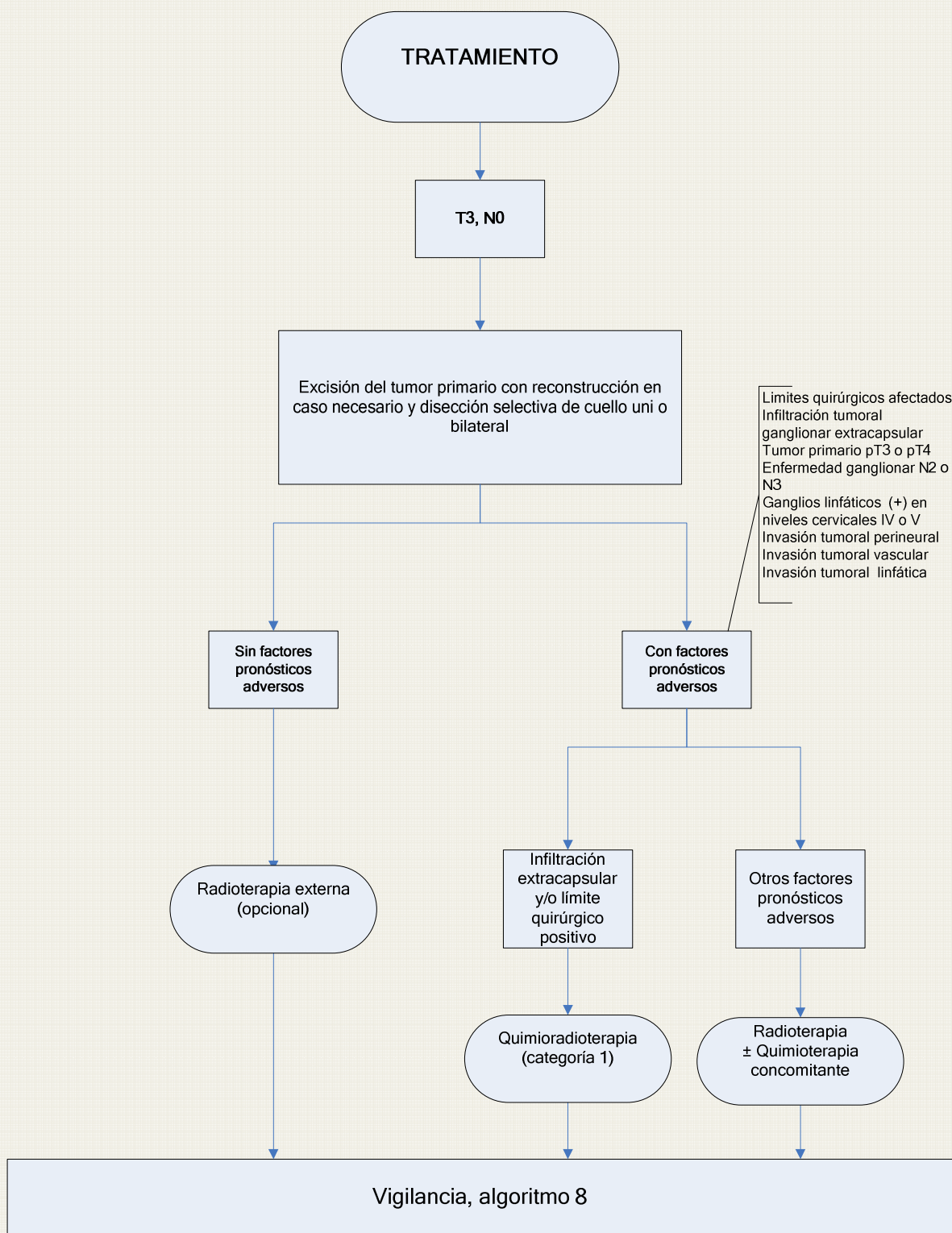


#### Algoritmo 4. Tratamiento del cáncer de cavidad oral. T1, NO

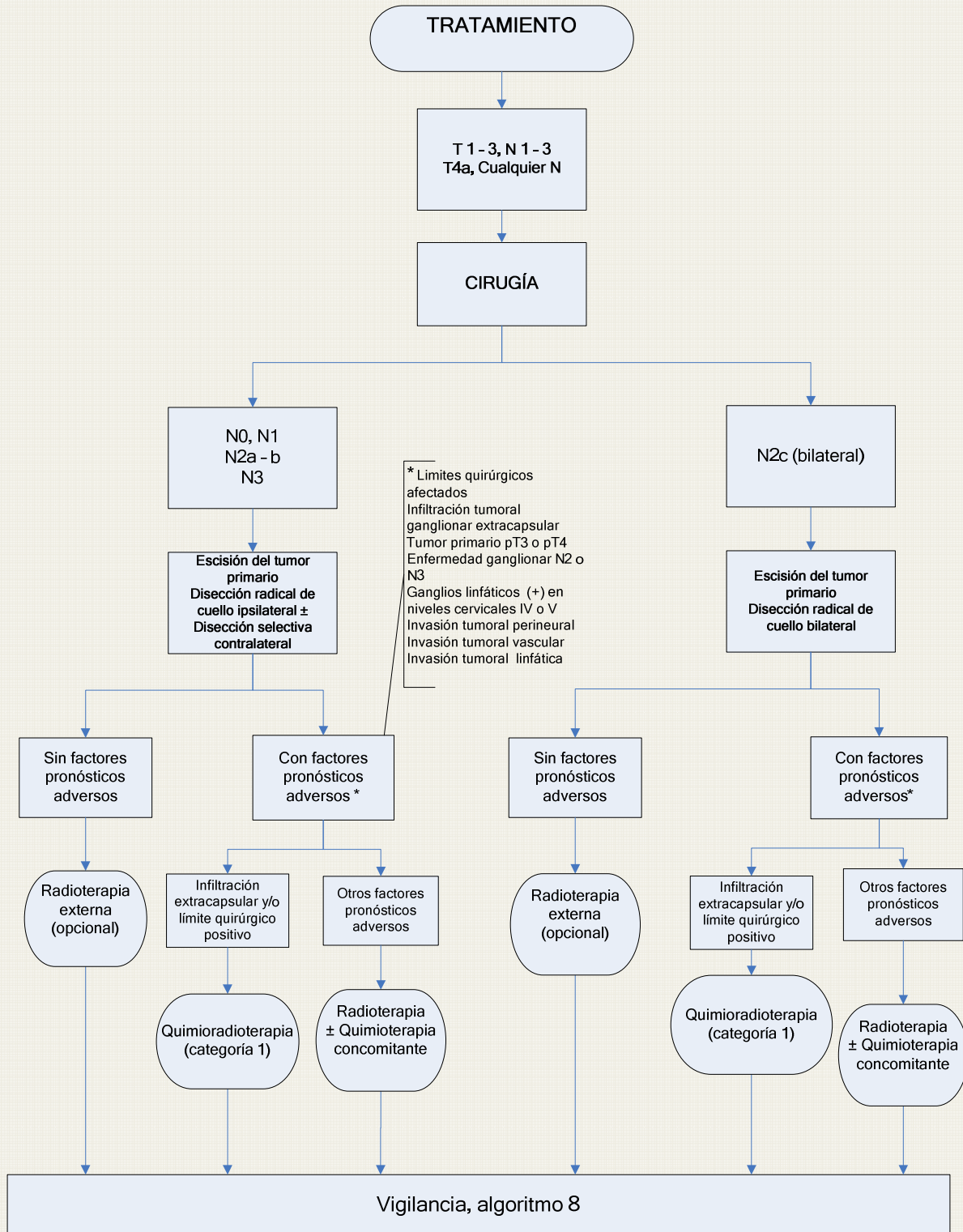




# Algoritmo 5. Tratamiento del cáncer de cavidad oral. EC T3, N0



**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**

