



# Introducción

La denominación de carcinomas de cabeza y cuello (CCC), o tracto aero-digestivo superior, supone un agrupamiento, no sólo por su mera localización anatómica, sino porque existen elementos comunes compartidos por estas neoplasias: etiología, epidemiología, histología, evolución clínica, procedimientos diagnósticos, enfoques terapéuticos, medidas de seguimiento.

La Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, incluye a las siguientes localizaciones: labios, cavidad oral, faringe, laringe, glándulas salivales, fosas nasales y senos paranasales.

Los CCC suponen en su conjunto la quinta causa de cáncer en la población mundial y representa el 5% de todas las neoplasias en el varón y el 2% en la mujer. En la Unión Europea la incidencia anual es de 48,9 casos por 100.000 y la mortalidad es de 30,8 casos por 100.000. Aproximadamente son 42.000 casos nuevos los diagnosticados en EEUU en 1992 causando 11.600 muertes. La predicción anual para todo el mundo es de unos 500.000 casos nuevos al año.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud realizó para el año 2008, una estimación de la incidencia y mortalidad por 1000.000 habitantes. En Europa se estimó una incidencia en el cáncer de cavidad oral y labio de 7.4 con una mortalidad de 3.1, en el cáncer de nasofaringe la incidencia estimada es menor, situándose en 0.6 con una mortalidad de 0.3 y en el cáncer de laringe la incidencia alcanza cifras de 6.7 con una mortalidad de 3.3. En España la incidencia estimada es mayor que la media europea, en el cáncer de labio y cavidad oral la incidencia estimada fue de 11 casos por 100.000 habitantes con una mortalidad de 2.5, en nasofaringe una incidencia de 1 con una mortalidad de 0.5 y en el caso de laringe la incidencia se elevó hasta 9.5 con una mortalidad también mayor de 4.3.

En nuestro país el CCC ocasiona, según datos del año 2000 del Centro Nacional de Estadística, una tasa ajustada de 13,19 muertes por 100.000 habitante/año en varones y 1,12 muertes por 100.000 habitante/año en mujeres, poniendo de manifiesto la diferente prevalencia en cuanto a sexos. España se encuentra entre los países europeos con incidencia alta, especialmente en cáncer de laringe<sup>1</sup>, y aunque la mortalidad mantiene una tendencia a disminuir en los últimos años<sup>2</sup>, sigue siendo elevada en el suroeste de Andalucía (Huelva, Cádiz y la zona suroccidental de Sevilla) con respecto al resto de la Comunidad<sup>3</sup>.

El carcinoma de laringe constituye el 40% de los CCC, su incidencia es de 4 casos por 100.000 habitante/año y es más frecuente en hombres que en mujeres, guardando una relación con el consumo de tabaco y alcohol. La edad media de aparición de estos tumores está entre los 55 y 65 años.

Los carcinomas de cavidad oral y orofaringe representan el 40% de los CCC, comparten con los de laringe múltiples características epidemiológicas. En la Bahía de Cádiz el riesgo relativo es del 1,59 y con una tendencia creciente respecto a la media de la Comunidad Andaluza.

Aproximadamente el 12,5% de todas las consultas de oncología está generada por pacientes diagnosticados de CCC y en torno al 20% de los nuevos casos clínicos corresponde a esta patología.

Por tanto cuando hablamos del cáncer de cabeza y cuello nos estamos refiriendo a una neoplasia heterogénea que afecta a múltiples localizaciones anatómicas que por su localización, comportamiento y vías de diseminación, tienen un tratamiento y pronóstico con diferentes enfoques, con una supervivencia a cinco años, en nuestro medio, que oscila entre el 94% en el cáncer de labio y el 25% en algunos tumores de faringe<sup>4</sup>.

Más del 90% de todos los tumores de cavidad oral y faringe son carcinomas de células escamosas y si exceptuamos el cáncer de nasofaringe, la mayoría comparten características epidemiológicas y factores de riesgo, principalmente consumo de tabaco, de alcohol y la dieta, lo que explicaría que la incidencia en hombres sea cinco veces mayor que en mujeres<sup>5</sup>.

A pesar de localizarse en estructuras fácilmente accesibles para la exploración, solamente la laringe y la cavidad oral son localizaciones donde los tumores se diagnostican más frecuentemente en estadios precoces, mientras que los tumores localizados en la faringe se diagnostican mayoritariamente en estadios avanzados<sup>6</sup>.

Esta variabilidad en la localización, afectando órganos que participan en la fonación y la deglución, funciones fundamentales para el paciente, y su comportamiento evolutivo, exigen que los cánceres de cabeza y cuello sean abordados desde una perspectiva multidisciplinar, tanto en las actividades de detección precoz como en el diagnóstico y tratamiento, al estar implicados una gran variedad de profesionales tanto del ámbito de la Atención Primaria como de Atención Hospitalaria siendo, además imprescindible una perfecta coordinación que garantice la continuidad asistencial. La ventaja de la implicación de un grupo de profesionales de distinta formación y distinta

área de conocimiento, es clara, pues se garantiza la respuesta a todos los aspectos de la enfermedad, necesidades y expectativas del paciente.

Otro elemento importante a considerar son los avances tecnológicos de los últimos años, que están propiciando mejoras relevantes para el abordaje del paciente con CCC, los métodos de imagen juegan un papel importante en el diagnóstico y seguimiento de estos tumores. La ecografía puede ser útil en el diagnóstico de masas dudosas y puede ayudar a guiar la punción para obtener un diagnóstico. El PET está ofreciendo ventajas en el diagnóstico de extensión y en determinar como patológicas adenopatías o masas inaccesibles a la ecografía.

El estudio histopatológico nos permite diagnosticar las variantes del carcinoma escamoso así como otros tumores menos frecuentes como los carcinomas mucopidermoides, los adenomas pleomórficos o los ameloblastomas.

El tratamiento quirúrgico evoluciona hacia la preservación de órganos, la cirugía funcional oncológica mediante láser CO<sub>2</sub> y a la cirugía reconstructora con colgajos e injertos vascularizados. Los tratamientos de radioterapia, la modulación de la intensidad permite administrar dosis más altas, preservando órganos sanos. Permite preservar órganos y su utilización como reirradiación en las recaídas abre nuevas posibilidades terapéuticas. El papel de los taxanos en la quimioterapia de inducción, la acción sinérgica de la quimioradioterapia y la actividad de los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) representan nuevos paradigmas de tratamiento y se ha logrado demostrar un beneficio en la supervivencia de estos pacientes.

Y no menos importante la participación activa del paciente y/o su familia en el desarrollo de su proceso de atención, para ello el equipo multidisciplinar considerando las características específicas del/la paciente (condiciones de vida, diversidad cultural, rol social, valores individuales, creencias, etc.), de manera secuencial le informa de los procedimientos, los tratamientos a realizar, trabaja con la persona promoviendo su autocuidado, la toma de decisiones, dando respuesta a sus necesidades y expectativas en cada momento.

### **Estrategia de búsqueda**

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con cáncer de cabeza y cuello. Para ello, se utilizaron las bases de datos referenciales: MedLine, Embase, Cochrane Library, Centre for Reviews and Dissemination (CRD), Hayes, Emergency Care Research Institute (ECRI), Clinical Evidence y bases de datos de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Además se consultaron bases de datos específicas de guías de práctica clínica (GPC) como National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)<sup>7</sup>, GuíaSalud, Fisterra y National Comprehensive Cancer Network (NCCN)<sup>8</sup> Cancer Care Ontario (CCO)<sup>9</sup> OncoGuía (OG)<sup>10</sup>.

Para completar la información se consultaron las siguientes sociedades científicas: Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM), Sociedad Española de

Cirugía Bucal (SECIB), Asociación Española de Cirujanos (AEC), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).

La búsqueda se realizó siguiendo el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) sin limitación por idioma o fecha de realización. Se limitó por tipo de estudio (guías de práctica clínica).

Las estrategias de búsqueda incluyeron términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado con los términos MeSH, Emtree, etc, de forma muy sensible, para evitar la pérdida de documentos relevantes. Por este mismo motivo, la búsqueda se dividió en diferentes localizaciones, evitando así, centrar la búsqueda en documentos generales que no daban respuesta a las áreas de incertidumbre estudiadas. Se realizaron, además, búsquedas manuales de referencias cruzadas de las guías incluidas. Se incluyeron aquellos estudios relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, incluyéndose a todas las poblaciones. Se excluyeron aquellos estudios que no abordasen específicamente el tema de forma general o de una sola localización en particular.

Además, se realizó una lectura crítica y una síntesis cualitativa, valorando para ello el diseño y la metodología empleada en las guías utilizadas, mediante la herramienta AGREE disponible en el siguiente enlace:  
<http://www.agreecollaboration.org/instrument/>.

La estrategia de búsqueda y la evaluación de calidad de los artículos incluidos en la elaboración del PAI, se encuentra disponible en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); a ellos se puede acceder mediante correo electrónico: [aetsa.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:aetsa.csalud@juntadeandalucia.es).

El abordaje de esta patología desde la gestión por procesos asistenciales integrados, nos debe permitir garantizar una respuesta integral al paciente con CCC, analizando y ordenando los flujos de trabajo, incorporando el conocimiento científico disponible, los planes de cuidados y todos los aspectos de la enfermedad. El grupo de trabajo ha intentado orientar y convertir el documento en una herramienta práctica y útil para los profesionales que oriente nuestras actuaciones, vinculada a los Planes y Estrategias de la Organización Sanitaria Pública de Andalucía (Plan Integral de Oncología de Andalucía)<sup>11</sup> e inspiradas en las necesidades y expectativas de la ciudadanía. Una herramienta que debe facilitar la continuidad asistencial, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y permitir una correcta evaluación de los resultados obtenidos. Por este motivo en el recorrido del proceso asistencial se visualiza al paciente como a una persona que participa activamente en el desarrollo del mismo, fortaleciendo la toma de decisiones y desarrollando de forma efectiva los derechos fundamentales de la persona a la información, la intimidad, la confidencialidad, la toma de decisiones compartidas, etc.

En la descripción de este PAI CCC han participado profesionales del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Hospitalaria que, en un ejemplo de generosidad y rigor en su trabajo, han aportado, una vez más, nuevas y valiosas herramientas para la consecución de una gestión sanitaria de calidad.