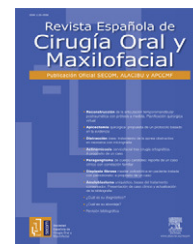




Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

www.elsevier.es/recom



Editorial

¿Debemos cuestionarnos el uso de la radioterapia postoperatoria en el carcinoma epidermoide oral?

Recientemente, en el *xxi Congress of the EACMFS*, celebrado en Dubrovnik, Croacia, del 11 al 15 de septiembre de 2012, tuvimos ocasión de asistir a una ponencia del Dr. James S. Brown, del *Aintree University Hospital and Liverpool University*, en el Reino Unido, que versó sobre el tratamiento del carcinoma de células escamosas de la cavidad oral. En ella, el autor incidió en algunos aspectos interesantes, y no exentos de controversia, en relación con los resultados obtenidos tras la administración de radioterapia postoperatoria (RTPO). Sin ser esta una información completamente novedosa (pues el autor viene refiriendo resultados similares desde hace algunos años), la acumulación de una casuística importante y la publicación de un estudio reciente¹, ponen en solfa algunos de los preceptos que, hasta ahora, considerábamos firmes en relación con el tratamiento del carcinoma epidermoide de la cavidad oral.

En la mayoría de los protocolos de tratamiento del cáncer oral se admite que para la enfermedad en estadios precoces (estadios I-II), con márgenes de resección amplios y un bajo riesgo de recurrencia no es necesaria, generalmente, la administración de RTPO. En el otro extremo, para los estadios III y IV con afectación de márgenes (menos de 1 mm) o con uno o más ganglios con invasión extracapsular, o ambas situaciones, que indican un riesgo de recurrencia alto, está indicada la administración de RTPO o quimiorradioterapia. Entre ambas situaciones encontramos pacientes con riesgo de recurrencia intermedio: a) pacientes con enfermedad en estadios precoces y márgenes comprometidos (1-5 mm) con o sin hallazgos patológicos desfavorables (bajo grado de diferenciación, invasión perineural, invasión perivascular); y b) pacientes que, teniendo márgenes libres, son clasificados como estadios III-IV por su pT (pT3-4), tras el análisis anatomopatológico. Los pacientes con enfermedad desfavorable y aquellos pT1-2 con márgenes comprometidos y con ganglios afectados son, según la práctica clínica al uso, muy subsidiarios de recibir RTPO. Sin embargo, es en este grupo con riesgo intermedio de recurrencia donde la administración de RTPO es más controvertida, en función de los resultados observados por algunos autores.

Hace 4 años quisimos estudiar de modo retrospectivo la incidencia de recurrencias locales en el carcinoma de células escamosas de la cavidad oral, en una serie de 500 pacientes que habían sido tratados con cirugía de modo primario². Observamos que la administración de RTPO se asociaba, de modo independiente, a un riesgo mayor de recurrencia local. Los resultados mostraron que no solo la administración de RTPO, sino también la dosis de la misma, eran predictivas de la aparición de recurrencia local, con una probabilidad estadística global del 45% cuando además esta se asociaba a invasión ósea, el otro factor de riesgo independiente hallado en el estudio. En aquel momento, con la prudencia necesaria ante esta aseveración, y antes de conocer los resultados del grupo de Brown et al., concluimos que si aquellos resultados eran atribuibles a lo más avanzado de la enfermedad de los pacientes que recibieron RTPO o, por el contrario, lo eran al daño inducido sobre el ADN del epitelio oral adyacente (como otros autores habían referido previamente), debía ser objeto de un análisis más riguroso por medio de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

También parece desprenderse del análisis retrospectivo del trabajo de Brown et al. que la respuesta en términos de supervivencia libre de enfermedad es menor en aquellos pacientes que reciben RT como tratamiento de la enfermedad recurrente (25%), en comparación con los que reciben cirugía de rescate (57%). En nuestra serie, un 35% de los pacientes con recurrencias locales que recibieron cirugía de rescate permanecían vivos libres de enfermedad al final del periodo del seguimiento, frente a únicamente el 19% cuando se administró RT en combinación con cirugía, o frente a la ausencia de pacientes vivos libres de enfermedad cuando solo se administró RT para el tratamiento de la enfermedad recurrente.

La dificultad en el desarrollo de estudios clínicos controlados y aleatorizados en el tratamiento del cáncer oral radica en cuestiones de tipo bioético, en tanto en cuanto puede ser inaceptable la segregación de estos pacientes de riesgo intermedio para recibir o no RTPO, al considerarse esta beneficiosa para el paciente en la mayoría de los centros, e incluso hallarse incluida en sus protocolos de tratamiento. ¿Cómo segregar a

los pacientes que recibirán o no RTPO de modo aleatorio, si existen protocolos clínicos ya implantados que promueven su empleo?

La comunidad científica debe plantearse seriamente esta controversia en este grupo de pacientes con cáncer oral. Es muy probable que, en la actualidad, algunos pacientes estén recibiendo RTPO innecesariamente, y otros que se beneficiarían de ella no la reciban. Deben establecerse estudios multicéntricos que traten de discriminar cuáles pacientes y con qué factores pronósticos (a los que habrá que añadir el HPV en un futuro inmediato) son aquellos en los que el riesgo-beneficio es favorable al uso de RTPO, y además permitan generar la evidencia científica necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown JS, Shaw RJ, Bekiroglu F, Rogers SN. Systematic review of the current evidence in the use of postoperative radiotherapy for oral squamous cell carcinoma. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50:481-9.
2. González-García R, Naval-Gías L, Román-Romero L, Sastre-Pérez J, Rodríguez-Campo FJ. Local recurrences and second primary tumors from squamous cell carcinoma of the oral cavity: a retrospective analytic study of 500 patients. *Head Neck.* 2009;31:1168-80.

Raúl González-García

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España, Redactor de Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

Correos electrónicos: raulmaxilo@gmail.com,
gonzalez-garcia@hotmail.com

1130-0558/\$ – see front matter

© 2012 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.10.001>