NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

2025

Cáncer de boca



Presentada con el apoyo de

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK® FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

Disponible en Internet en
NCCN.org/patientguidelines



Acerca de NCCN Guidelines for Patients®

National Comprehensive Cancer Network®

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).

La atención oncológica está en cambio constante. NCCN elabora recomendaciones para la atención oncológica basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones que se actualizan con frecuencia se denominan NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). NCCN Guidelines for Patients explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Esta NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para tumores de cabeza y cuello, versión 1.2026, 8 de diciembre de 2025.

Conozca cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients
NCCN.org/patient-guidelines-process

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en internet
NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted
NCCN.org/cancercenters

Comuníquese con nosotros

Quiénes nos apoyan

NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de NCCN Foundation®

NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients:
AVEO Pharmaceuticals, Inc.
y Coherus Biosciences.

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan del contenido ni las recomendaciones que se incluyen en la presente guía.

Para hacer una donación u obtener más información, visite la página web o envíe un correo electrónico.

NCCNFoundation.org/Donate

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4 Acerca del cáncer de boca

8 Pruebas para detectar el cáncer de boca

18 Estadificación del cáncer de boca

23 Tipos de tratamiento

35 Tratamiento complementario

42 Cáncer de boca en estadio temprano y localmente avanzado

47 Cáncer de boca muy avanzado

54 Otros recursos

58 Palabras que debe conocer

61 Colaboradores de NCCN

62 Centros oncológicos de NCCN

64 Índice

© 2025 National Comprehensive Cancer Network, Inc. **Todos los derechos reservados.** NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite NCCN.org/patients.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1
Acerca del cáncer de boca

5 ¿Qué es el cáncer de boca?

5 ¿Por qué es importante la boca?

6 ¿Cómo se trata el cáncer de boca?

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Es un tipo de cáncer de cabeza y cuello que puede comenzar en cualquier parte de la boca. En este capítulo, se repasan los conceptos básicos sobre el cáncer de boca.

¿Qué es el cáncer de boca?

Este cáncer suele comenzar en las células escamosas que forman las células delgadas y planas de las membranas mucosas de la boca. El cáncer de estas células, llamado carcinoma de células escamosas, es el tipo más frecuente de cáncer de boca y es el tema principal de esta guía.

El cáncer de boca o cáncer de la cavidad bucal puede comenzar en distintas partes de la boca:

- El **labio** (llamado labio mucoso) rodea la abertura de la boca.
- Las **encías** rodean la base de los dientes y las muelas y ayudan a mantenerlos en su lugar.
- La **mucosa bucal** es la membrana que reviste el interior de las mejillas y de los labios que está en contacto con los dientes y las muelas.
- El **suelo de la boca** es la zona que se encuentra debajo de la lengua.
- La **lengua** es un órgano muscular de la boca que ayuda a masticar, hablar y respirar. El cáncer de boca puede comenzar en la parte de la lengua que puede verse al abrir la boca. Cuando comienza en la parte de la lengua que no se puede ver, se llama cáncer orofaríngeo (de garganta).
- El **paladar duro** es la parte dura y ósea del techo de la boca.
- El **paladar blando** es la porción blanda de la parte posterior del techo de la boca.
- La **cresta alveolar** es la zona ósea elevada del maxilar superior (maxilar) y del maxilar inferior (mandíbula) que sostiene las cavidades dentales.
- El **trígono retromolar** es la pequeña zona de la encía situada detrás de las muelas del juicio.

El borde libre es la línea donde se unen la piel y el labio en la parte exterior de la boca. Puede encontrar más información sobre el tratamiento del carcinoma de células escamosas de esta zona en *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de piel de células escamosas* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



¿Por qué es importante la boca?

La boca es la primera parte de los sistemas digestivo y respiratorio. Los labios, las mejillas, el paladar, los dientes, las muelas y la lengua constituyen la boca. La boca nos ayuda a respirar, hablar, masticar, saborear, tragar, comer y beber. Las mejillas y los labios mantienen los alimentos en la boca y nos ayudan a formar y pronunciar palabras.

Las dos funciones principales de la boca son comer y hablar. La boca también se conoce como cavidad bucal o cavidad oral.

Mucosa bucal

Es la membrana mucosa que reviste el interior de la boca y los labios. Tiene dos capas.

- **Epitelio**: la capa superficial que contiene células escamosas que son delgadas y planas.
- **Lámina propia**: la capa inferior de tejido conectivo, que está formada por colágeno (una proteína), nervios y vasos sanguíneos.

Un tumor puede crecer a través de las capas de la mucosa bucal. La medida de la profundidad de crecimiento del tumor se llama profundidad de invasión.

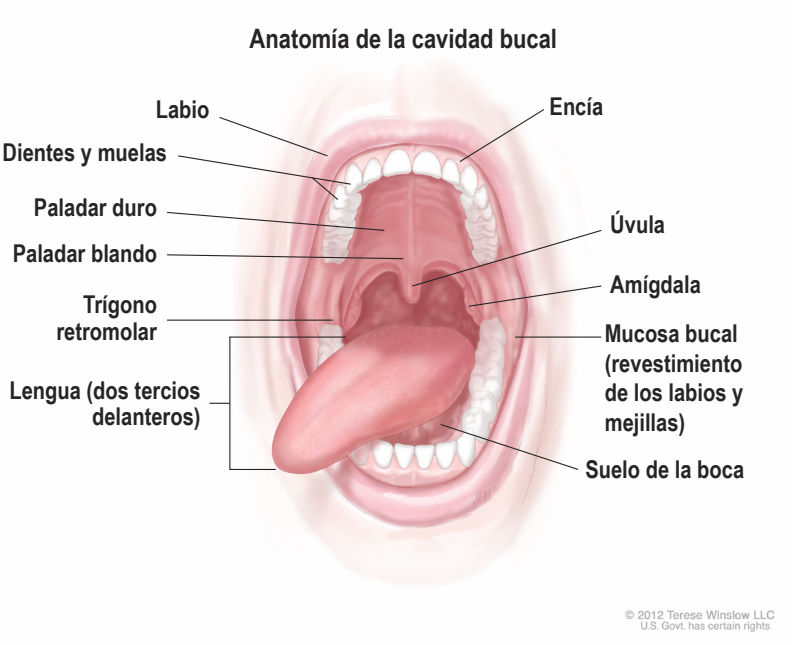
¿Cómo se trata el cáncer de boca?

El tratamiento se basa en la ubicación del tumor y en si el cáncer se ha diseminado a sitios cercanos o distantes. El tratamiento suele comenzar con cirugía para extirpar el tumor y los ganglios linfáticos cercanos que es posible que tengan cáncer. A las personas con cáncer avanzado, se les puede ofrecer inmunoterapia antes de la cirugía. Después de la cirugía, se realiza una combinación de tratamientos, que pueden incluir radioterapia, tratamiento farmacológico (sistémico) o ambos. En muchos casos, puede recurrirse también a un ensayo clínico.

En esta guía, se detalla cómo se diagnostica y trata el cáncer de boca. Se proporciona una descripción general de los tipos de pruebas y tratamientos, y qué se puede esperar durante esos períodos.

Cáncer de boca

El cáncer de boca o de cavidad bucal puede presentarse en los labios (mucosa labial), el revestimiento interno de las mejillas y los labios (mucosa bucal), los dos tercios delanteros de la lengua, las encías superiores e inferiores, el suelo de la boca debajo de la lengua, el techo óseo de la boca (paladar duro), el techo blando de la boca (paladar blando) y la pequeña zona que se encuentra detrás de las muelas del juicio (trígono retromolar).



¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudar esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender, y no sabe lo que le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en las NCCN Guidelines for Patients. En esta guía, se utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer y están elaboradas por expertos respetados en el campo. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y prácticas de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lee esta guía, aprenderá sobre qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, estará mejor preparado para hablar con su equipo de atención médica.

2

Pruebas para detectar el cáncer de boca

9 Pruebas médicas generales

12 Fertilidad (todos los sexos)

13 Estudios de diagnóstico por imágenes

15 Biopsia

16 Pruebas de biomarcadores

16 Pruebas genéticas

17 Puntos clave

17 Preguntas para hacer

La planificación del tratamiento comienza con las pruebas. Su equipo de atención médica querrá recopilar toda la información posible sobre su cáncer de boca. En este capítulo, se presenta una descripción general de las posibles pruebas que puede realizarse y qué puede esperar.

Las pruebas se utilizan para detectar el cáncer, planificar el tratamiento y ver cómo responde el cáncer al tratamiento. Los resultados de la biopsia, los análisis de sangre y los estudios de diagnóstico por imágenes se usarán para determinar qué tratamientos son los mejores para su tipo de cáncer de boca. En este capítulo, se ofrece una descripción general de algunas de las pruebas que podrían indicarle. Las pruebas utilizadas para la planificación del tratamiento se encuentran en la **Guía 1**.

Pruebas médicas generales

A continuación, se describen algunas pruebas médicas generales.

Antecedentes médicos

Los antecedentes médicos son un registro de todos los problemas de salud y tratamientos que ha tenido durante su vida. Incluye cirugías anteriores y afecciones de salud actuales. Lleve una lista de los medicamentos nuevos y antiguos e incluso los de venta libre, herbarios o los suplementos que esté tomando. Algunos suplementos interactúan y afectan los medicamentos que su equipo de atención médica puede recetarle. Además, informe a su equipo de atención médica sobre cualquier síntoma que tenga.

Antecedentes de consumo de tabaco y alcohol

El consumo de tabaco y alcohol son factores de riesgo conocidos para padecer cáncer de cabeza

Guía 1
Pruebas para planificar el tratamiento

Antecedentes médicos y de consumo de tabaco y alcohol y exploración física, inclusive la exploración completa de cabeza y cuello. Exploración con espéculo y fibra óptica, de ser necesario. Detección de malestar emocional.
Biopsia del tumor y de los ganglios linfáticos.
Pruebas genéticas según la edad al momento del diagnóstico o los antecedentes familiares.
Según la necesidad: • Análisis de sangre y estudios de diagnóstico por imágenes. • Examen dental. • Evaluación nutricional, del habla y de la deglución, y prueba de audición (audiograma). • Ayuda para dejar de fumar. • Asesoramiento sobre fertilidad. • Detección de hepatitis. • Prueba de PD-L1 del tumor.

y cuello y pueden limitar la eficacia del tratamiento. También pueden afectar la supervivencia.

Se le preguntará sobre sus antecedentes de consumo de tabaco y alcohol y se le pedirá que evite el tabaco y limite el consumo de alcohol durante el tratamiento. Hable con su equipo de atención médica si tiene alguna pregunta o inquietud.

Antecedentes familiares

Los tumores de cabeza y cuello no suelen heredarse de los padres biológicos (de nacimiento). Sin embargo, algunos factores de riesgo y otras enfermedades pueden ser hereditarios. Su médico le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Esta información se llama antecedentes familiares.

Pregunte a los miembros de ambos lados de su familia sobre problemas de salud, como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron. Es importante saber el tipo de cáncer específico, dónde comenzó el cáncer, si se encuentra en varios lugares y si se hicieron pruebas genéticas.

Exploración física

Durante una exploración física, el profesional de atención médica puede realizar lo siguiente:

- Tomar la temperatura, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria.
- Controlar su altura y peso.
- Auscultar el corazón y los pulmones.
- Observar sus ojos, oídos, nariz y garganta.
- Palpar y aplicar presión en distintas partes del cuerpo para ver si los órganos tienen tamaño normal, están blandos o duros o si duelen cuando los toca.
- Palpar el cuello para detectar ganglios linfáticos agrandados.



Si fuma o vapea, pida ayuda para dejar de hacerlo.

Fumar o vapear nicotina aumenta mucho sus posibilidades de sufrir efectos secundarios durante y después de la cirugía. Fumar y vapear pueden limitar los efectos del tratamiento e impiden la cicatrización de la herida. También aumenta las posibilidades de padecer otros cánceres. El consumo de cannabis también podría afectar la cantidad de anestesia que se utiliza durante la cirugía.

La nicotina es la sustancia química que se encuentra en el tabaco y que hace que quiera seguir fumando y vapeando. La abstinencia de la nicotina es un reto para la mayoría de las personas que fuman o vapean. El estrés de tener cáncer puede dificultar aún más el dejar de fumar. Si fuma o vapea, pregunte a su equipo de atención médica sobre asistencia psicológica y medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Puede encontrar más información en *NCCN Guidelines for Patients: Dejar de fumar* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Para obtener ayuda en línea, consulte estos sitios web:

- SmokeFree.gov
- CDC.gov/tobacco

Exploración completa de cabeza y cuello

La exploración física incluirá la cabeza y el cuello. Dado que algunas partes de la boca y la garganta no son fáciles de ver cuando abre la boca, es posible que un profesional de la salud le palpe el interior de la boca y utilice un espéculo especial o un endoscopio de fibra óptica para examinar el interior de la boca y la garganta.

Examen dental

El cáncer de cabeza y cuello y su tratamiento pueden afectar la salud de la mandíbula, dientes, muelas y encías. Es importante avisarle al dentista sobre su cáncer de cabeza y cuello, y recibir con mayor frecuencia limpiezas y revisiones dentales. Si necesita atención o procedimientos dentales, es posible que deba hacérselos antes de comenzar determinados tratamientos.

Los dentistas especializados, como los oncólogos dentales y los prostodoncistas maxilofaciales se enfocan en personas con cáncer. Pregunte a su oncólogo si puede recomendarle un experto en odontología asociado a un centro oncológico integral.

Detección de malestar emocional

Lidiar con un diagnóstico de cáncer puede ser estresante y provocar malestar emocional. El malestar emocional es una experiencia desagradable de naturaleza mental, física, social o espiritual. Puede afectar cómo uno se siente, piensa y actúa. El malestar emocional puede incluir sentimientos de tristeza, miedo, impotencia, preocupación, ira y culpa. También puede sufrir depresión, ansiedad y problemas para dormir. Su equipo de atención evaluará su nivel de malestar emocional. Esto es parte de su atención del cáncer.

Pruebas hormonales

La radioterapia de cabeza y cuello puede afectar las glándulas endocrinas (hormonales) que se encuentran en la cabeza y el cuello, como la glándula tiroidea y la hipófisis. Por lo tanto, es posible que se indiquen análisis de sangre para evaluar la concentración tiroidea antes o después del tratamiento.

Prueba de audición

Los tumores de cabeza y cuello pueden afectar la audición. El tratamiento de estos tumores también podría afectarla. Una prueba de audición muestra si hay alguna pérdida auditiva y, en caso afirmativo, el tipo, su gravedad y cuál podría ser la causa.

Detección del virus de la hepatitis

Las infecciones provocadas por el virus de la hepatitis pueden afectar al hígado. Un análisis de sangre de hepatitis mostrará si tuvo esta enfermedad en el pasado o si la tiene en la actualidad. Algunos tratamientos para el cáncer pueden despertar (o reactivar) el virus. Si sucede esto, puede dañar el hígado.

Evaluación nutricional

Debe consultar a un nutricionista antes de comenzar el tratamiento. Este profesional podrá recomendarle los mejores alimentos y bebidas para su caso. Es probable que le den una derivación a un nutricionista antes de comenzar el tratamiento para prevenir la disminución de peso grave y el desequilibrio nutricional.

Estado funcional

El estado funcional es una clasificación del nivel general de aptitud física de una persona y su capacidad para realizar tareas de autocuidado en la vida diaria. Es un factor que se tiene en cuenta al elegir un plan de tratamiento.

Examen preanestésico

La anestesia evita que sienta dolor y recuerde lo que sucedió durante la cirugía u otros procedimientos. El anestesiólogo, un médico especializado en anestesia, le realizará una evaluación preanestésica. Este examen incluirá una exploración física de la garganta y las vías respiratorias. Le preguntará sobre sus antecedentes médicos, intervenciones quirúrgicas previas, si ha tenido alguna alergia a fármacos o medicamentos, si comprende el procedimiento y le explicará cómo podrían cambiar su apariencia y funcionalidad después de la cirugía.

La intervención quirúrgica para el cáncer de cabeza y cuello es compleja. Se complica aún más por otras afecciones de salud, problemas respiratorios y de deglución, consumo de tabaco y alcohol y la ubicación del tumor. Tener todo listo y saber qué esperar después de la cirugía ayuda a prevenir complicaciones graves.

“Los dentistas o higienistas dentales son quienes detectan la mayoría de los tumores de la cavidad bucal. Si siente algo diferente en la zona del cuello, glándulas, lengua o boca, ¡no espere! Consulte a su dentista, a un cirujano oral y maxilofacial o a un otorrinolaringólogo”.

Evaluación del habla y la deglución

Puede consultar a un terapeuta del habla que analizará su capacidad para deglutir (tragar) y hablar antes y después de tratamiento.

Fertilidad (todos los sexos)

La administración de un tratamiento sistémico (farmacológico) puede afectar la fertilidad o la capacidad para tener hijos. Si cree que desea tener hijos en el futuro, consulte a su equipo de atención médica la forma en que el cáncer y su tratamiento podrían afectar su fertilidad.

La preservación de la fertilidad consiste en dejar sus opciones abiertas, ya sea que sepa que desea tener hijos más adelante o que no tenga la certeza en este momento. Los especialistas en fertilidad y reproducción pueden ayudarle a decidir qué es lo mejor para su situación.

Puede encontrar más información sobre la preservación de la fertilidad en *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer en adolescentes y adultos jóvenes* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Prevenir el embarazo durante el tratamiento

Es importante prevenir el embarazo durante el tratamiento. El tratamiento del cáncer puede afectar los ovarios, dañar el esperma y perjudicar el desarrollo del bebé durante el embarazo. Por lo tanto, debe evitarse el embarazo, ya sea propio o de su pareja, durante el tratamiento. Si está embarazada o amamantando en el momento del diagnóstico de cáncer, es posible que los tratamientos deban adaptarse.

Estudios de diagnóstico por imágenes

En los estudios de diagnóstico por imágenes, se toman fotografías del interior del cuerpo. Estas muestran el tumor primario, o el lugar donde comenzó el cáncer, y allí se buscan tumores o cáncer en otras partes del cuerpo. El radiólogo, un médico experto en interpretar estudios de diagnóstico por imágenes, enviará un informe de los resultados a su equipo de atención médica.

La siguiente información no está ordenada por importancia. Probablemente, le harán una combinación de estudios de diagnóstico por imágenes.

Medio de contraste

El medio de contraste es una sustancia que se usa para mejorar la calidad de los estudios de diagnóstico por imágenes como la TC y la RM. Se usa para que las imágenes sean más claras y para distinguir los vasos sanguíneos de los tejidos blandos. No todos los estudios de diagnóstico por imágenes requieren medios de contraste, pero muchos sí.

El medio de contraste se puede tomar por boca (vía oral) o se puede administrar por una vena (vía intravenosa o IV). El medio de contraste por vía oral se eliminará con su siguiente movimiento intestinal. El contraste por vía IV se expulsa del cuerpo a través de la orina inmediatamente después de la prueba. Los tipos de medios de contraste varían y son diferentes para la TC y la RM.

Avise a su equipo de atención médica si ha tenido alguna vez reacciones alérgicas al medio de contraste. Esto es importante. Es posible que le administren medicamentos para evitar los efectos de dichas alergias. Es posible que no se utilice el medio de contraste si tiene una alergia grave o si sus riñones no funcionan bien.

TC

La TC o TAC usa rayos X y tecnología informática para tomar imágenes del interior del cuerpo. Toma varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. Para detectar el cáncer, es posible que le realicen una TC de cabeza, cuello y tórax. En la mayoría de los casos, se utilizará un medio de contraste.

Tomógrafo

El tomógrafo es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. Durante el examen, se acostará boca arriba sobre una tabla que se desliza lentamente hacia dentro de un túnel en el equipo.



RM

Una RM usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo. No utiliza rayos X, lo que significa que no se emite radiación al organismo durante el estudio. Debido a los imanes muy potentes que se utilizan en el aparato de RM, informe al técnico si tiene algún metal o marcapasos en su cuerpo. Durante la prueba, es probable que se le pida que contenga la respiración durante 10 o 20 segundos mientras el técnico toma las imágenes.

Las RM tardan más que las TC. El resonador magnético cerrado tiene un diseño de cápsula en la que el imán rodea a la persona. El espacio es pequeño y cerrado. El resonador magnético abierto tiene un imán en la parte superior y en la inferior, lo que permite que haya una abertura en cada extremo. Los resonadores cerrados son más comunes que los abiertos. Por lo tanto, si tiene claustrofobia (miedo a los espacios cerrados), asegúrese de avisarle a su equipo de atención médica sobre ello.

TEP

En la TEP se utiliza una sustancia radiactiva llamada radiomarcador que se inyecta por vena. En el estudio, el radiomarcador muestra en qué lugar del cuerpo se encuentran las células cancerosas y cuánto azúcar consumen. Esto da una idea de la rapidez del crecimiento de las células cancerosas.

Las células cancerosas aparecen como puntos brillantes en las exploraciones por TEP. Sin embargo, no todos los tumores aparecerán en una exploración por TEP. Además, no todos los puntos brillantes son cáncer. Es normal que el cerebro, la base de la lengua, el tejido linfático de las amígdalas, el corazón, los riñones y la vejiga se vean brillantes en la TEP. La inflamación o la infección también puede verse como un punto brillante.

Cuando la TEP se combina con una TC, se conoce como exploración por TEP/TC.

- En la **TEP con FDG**, se utiliza un radiomarcador llamado fluorodesoxiglucosa (FDG). Esta exploración es más útil cuando los resultados de otros estudios de diagnóstico por imágenes no son claros.

Ecografía

La ecografía usa ondas sonoras de energía alta para generar imágenes del interior del cuerpo. Es similar a la ecografía utilizada para el embarazo. Se sostiene una sonda en forma de varilla (transductor) sobre el cuello y se mueve con un gel. La ecografía no utiliza rayos X, por lo que puede repetirse todas las veces que sea necesario.

Radiografía dental panorámica

La radiografía dental panorámica (Panorex) utiliza una dosis muy pequeña de radiación para capturar toda la boca en una sola imagen, que incluye los dientes, las muelas, los maxilares superior e inferior y las estructuras y tejidos circundantes. Los dentistas y cirujanos maxilofaciales la realizan habitualmente y puede utilizarse para planificar tratamientos de dentaduras postizas, aparatos de ortodoncia, extracciones e implantes. Si un diente o muela en particular presenta algún problema, el dentista puede solicitar otra radiografía, llamada radiografía periapical, que permite evaluar mejor y más de cerca el diente.

Biopsia

La biopsia es la extracción de una muestra de tejido o grupo de células del tumor para analizarla. Es un paso importante para realizar un diagnóstico preciso. Un anatomopatólogo, especialista que identifica enfermedades mediante el estudio de células y tejidos, examinará la muestra de la biopsia y observará el aspecto general, el tamaño, la forma y los tipos de células. Esto se denomina revisión histológica o histopatológica. Se realizan pruebas de laboratorio en el tumor después de extirparlo.

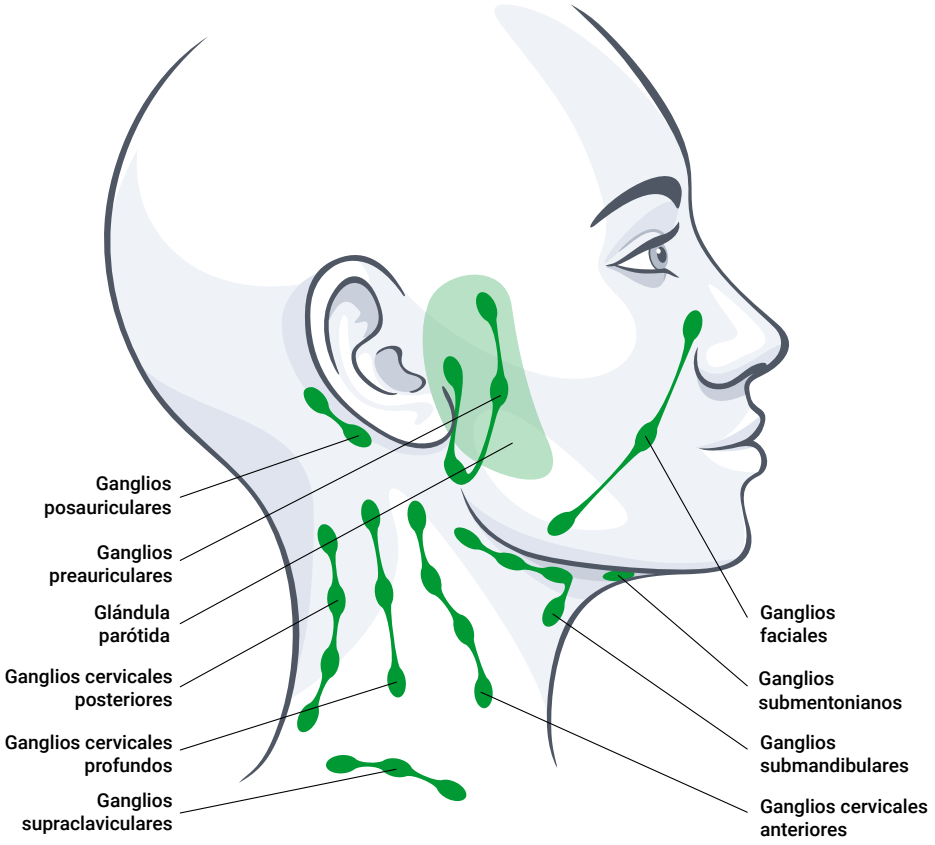
Existen diferentes tipos de biopsias para el cáncer de boca. La aspiración con aguja fina, la biopsia por punción con aguja fina y la biopsia por punción con aguja gruesa utilizan agujas de diferentes tamaños para extraer una muestra del tumor o ganglio linfático. Se puede usar ecografía o TC para guiar la biopsia de ganglios linfáticos.

Biopsia de metástasis

La metástasis es la extensión del cáncer de boca a una zona del cuerpo fuera del cuello, como los pulmones o los ganglios linfáticos distantes. Es posible que se necesite una biopsia de metástasis para confirmar la presencia de cáncer. Si hay más de una metástasis, se puede realizar una biopsia en cada sitio. El tipo de biopsia utilizado depende de la ubicación de la presunta metástasis y otros factores.

Ganglios linfáticos de la cabeza y el cuello

Hay más de 300 ganglios linfáticos en esta parte del cuerpo. Si los tumores de cabeza y cuello se diseminan, suelen hacerlo a los ganglios linfáticos cercanos.



Pruebas de biomarcadores

Se puede analizar una biopsia del tumor o de los ganglios linfáticos para detectar mutaciones en los genes, concentraciones de proteínas u otras características moleculares. Algunas veces, también se llaman estudios moleculares, perfiles tumorales, secuenciación tumoral, perfiles de expresión génica o pruebas genómicas. Estas pruebas suelen utilizarse en casos de tumores de cabeza y cuello avanzados o muy extendidos (metastásicos).

Mutación de MSI-H/dMMR

Los microsatélites son cadenas cortas y repetidas de ADN. Cuando se producen errores o defectos, se solucionan con proteínas de reparación de desajustes (MMR). Algunos tipos de cáncer tienen cambios o mutaciones de ADN que generan cambios que impiden que se corrijan estos errores. Esto se denomina inestabilidad microsatelital (MSI) o deficiencia de reparación de desajustes (dMMR). Cuando las células cancerosas tienen más de una cantidad normal de microsatélites, se denomina MSI-H (inestabilidad de microsatélites alta). Esto a menudo se debe a los genes dMMR.

Prueba de PD-L1/PPC

PD-L1 es una proteína inmunitaria que activa al sistema inmunitario para combatir mejor las células cancerosas. Si esta proteína se encuentra (se expresa) en la superficie de las células cancerosas, puede provocar que las células del sistema inmunitario ignoren a las células cancerosas e inhiban la respuesta inmunitaria antitumoral. La expresión de PD-L1 se mide mediante un puntaje positivo combinado (PPC), que mide las proteínas inmunitarias del tumor y del sistema inmunitario.

Carga mutacional tumoral

Cuando hay 10 o más mutaciones por millón de pares de bases de ADN tumoral, se denomina carga mutacional tumoral alta (TMB-H). Los tumores metastásicos o irresecables con TMB suelen tratarse con inmunoterapia, como pembrolizumab, que se dirige a las proteínas llamadas PD-1 y PD-L1.

Pruebas de mutación tumoral

Es posible que se utilice una muestra de sangre o del tumor para ver si las células cancerosas tienen mutaciones específicas del ADN. Esta es una prueba de ADN distinta de las pruebas genéticas para mutaciones que puede haber heredado de sus padres biológicos. En las pruebas de mutación tumoral, solo se analiza el tumor y no el resto del cuerpo.

Pruebas genéticas

Según sus antecedentes familiares u otras características del tumor, es posible que el equipo de atención médica le indique pruebas genéticas hereditarias para obtener más información sobre el tumor que padece. Un asesor genético o proveedor calificado hablará con usted sobre los resultados.

Las pruebas genéticas se realizan con sangre o saliva (se recoge saliva en un recipiente o se pasa un hisopo por el interior de la mejilla). El objetivo consiste en buscar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos (de nacimiento), llamadas mutaciones de la estirpe germinal. Algunas mutaciones genéticas pueden ponerlo en riesgo de tener más de un tipo de tumor o cáncer. También puede transmitir estas mutaciones a sus hijos. Además, otros familiares pueden ser portadores de estas mutaciones. Informe a su equipo de atención médica si tiene antecedentes familiares de cáncer.

Puntos clave

- Los resultados de la biopsia, los análisis de sangre y los estudios de diagnóstico por imágenes se usarán para determinar qué tratamientos son los mejores para su tipo de cáncer de boca.
- El tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol afectan los resultados del tratamiento y aumentan las reacciones adversas. Le recomendamos encarecidamente que busque ayudar para dejar de fumar o vapear.
- El cáncer de cabeza y cuello y su tratamiento pueden afectar la salud de la mandíbula, dientes, muelas y encías. Informe al dentista sobre su cáncer de cabeza y cuello tan pronto como se entere y mantenga sus limpiezas y revisiones dentales periódicas.
- El tratamiento puede afectar la fertilidad. Hable con su equipo de atención médica sobre sus inquietudes y si está planeando un embarazo ahora o en un futuro cercano.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes toman fotografías del interior del cuerpo y se utilizan para obtener más información sobre el tipo, el tamaño y la ubicación del tumor.
- La biopsia es la extracción de una muestra de tejido o grupo de células para analizarla. Se realizarán pruebas de laboratorio con las células obtenidas por biopsia.

Preguntas para hacer

- ¿Qué pruebas tendré que hacerme?
- ¿Mi seguro pagará estos estudios?
- ¿Qué pruebas se realizarán en el tumor y en los ganglios linfáticos?
- ¿Quién me explicará los resultados de las pruebas?
- ¿Qué otra información necesitan reunir antes de que inicie el tratamiento?

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora que ya conoce los diferentes tipos de pruebas a las que puede someterse, en el siguiente capítulo se explicará cómo se clasifican los estadios del cáncer de boca. La estadificación es parte de la planificación del tratamiento.

3

Estadificación del cáncer de boca

19 ¿Cómo se estadifica el cáncer de boca?

19 Clasificación TNM

20 Estadios del cáncer de boca

22 Puntos clave

22 Preguntas para hacer

La estadificación del cáncer se usa para orientar las decisiones sobre el tratamiento. Describe el tamaño y la ubicación del tumor y si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo. En este capítulo, se explican los estadios del cáncer de boca.

¿Cómo se estadifica el cáncer de boca?

El estadio del cáncer es una forma de describir el cáncer en el momento en que se diagnostica por primera vez. Según los estudios, a su cáncer se le asignará un estadio. La estadificación ayuda a predecir el pronóstico y a tomar decisiones sobre el tratamiento. El pronóstico es el curso que probablemente tomará su cáncer.

La estadificación clínica o prequirúrgica es la clasificación que se realiza antes de cualquier tratamiento como parte del diagnóstico inicial. En el cáncer de boca, se basa en los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes y de la biopsia. El estadio anatomopatológico o quirúrgico se determina mediante la evaluación del tejido extraído durante la cirugía.

Información recopilada durante la estadificación del cáncer de boca:

- **El tamaño y la ubicación del tumor (T)**: ¿Dónde está ubicado el tumor? ¿Qué tan grande es el tumor? ¿Con qué profundidad el tumor ha invadido las capas de la boca? ¿El tumor se ha extendido a zonas cercanas?
- **La extensión a los ganglios linfáticos cercanos (N)**: ¿El cáncer se ha esparcido a los ganglios linfáticos cercanos? En caso afirmativo, ¿a cuántos? ¿Dónde?
- **La extensión (metástasis) hacia zonas alejadas (M)**: ¿El cáncer se ha esparcido a órganos distantes, como los pulmones o el hígado?
- **Grado del cáncer (G)**: ¿Cuánto se parecen las células cancerosas a las células normales?

La estadificación se basa en una combinación de información para llegar a un estadio final numerado. A menudo, no se dispone de toda la información en la evaluación inicial. Se puede recopilar más información a medida que comienza el tratamiento.

Clasificación TNM

El sistema TNM (tumor, ganglio y metástasis) se usa para estadificar el cáncer de boca. En este sistema, las letras T, N y M (tumor, ganglio y metástasis) describen diferentes áreas del crecimiento del cáncer. Según los resultados de las pruebas, se asigna un puntaje o número a cada letra. Cuanto más alto el número, más grande es el tumor o mayor es la extensión del cáncer. Estas puntuaciones se combinan para asignar un estadio al cáncer. Un ejemplo del sistema TNM se vería así: T1N0M0 o T1, N0, M0.

T = Tumor

T describe la profundidad y el tamaño del tumor principal (primario) y si se extendió hacia el tejido cercano (extensión del tumor). El tamaño del tumor se mide en centímetros (cm) o milímetros (mm). Una pelota de golf mide 4 cm y un guisante, 1 cm.

La profundidad de invasión es una medida de la profundidad a la que el tumor ha crecido en las capas de tejido, no del grosor del tumor. Para calcularla, se pueden utilizar estudios de diagnóstico por imágenes como la RM. A medida que aumenta la profundidad de invasión, también aumenta el riesgo de metástasis de ganglios linfáticos regionales.

N = Ganglios linfáticos regionales

En todo el cuerpo hay cientos de ganglios linfáticos. Funcionan como filtros para ayudar a combatir las infecciones y eliminar las sustancias nocivas del cuerpo. La cabeza y el cuello contienen una red de más de 300 ganglios. Están unidos por músculos, nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos. El cáncer de boca puede extenderse a los ganglios linfáticos cercanos de la cabeza y el cuello.

Los ganglios linfáticos regionales se encuentran cerca del tumor. El cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos regionales se llama metástasis de los ganglios linfáticos. Es diferente de una metástasis a distancia, que se encuentra fuera del cuello (por ejemplo, en los pulmones). Cuando el cáncer ha crecido y se ha extendido fuera del ganglio linfático, se denomina extensión extraganglionar o extensión extraganglionar positiva (ENE+). Cuando no se ha extendido fuera del ganglio linfático, se denomina extensión extraganglionar negativa (ENE-).

M = Metástasis

La metástasis es el cáncer que se ha diseminado a partes distantes del cuerpo. El lugar más frecuente de metástasis son los ganglios linfáticos fuera de la cabeza y el cuello. Otras zonas frecuentes son los pulmones y los huesos.

Grado tumoral

Otro factor que se utiliza en la estadificación es el grado tumoral o la velocidad probable de crecimiento y extensión de las células tumorales. Los cánceres de alto grado tienden a crecer y extenderse más rápido que los cánceres de bajo grado. La letra G representa el grado. GX significa que no se puede determinar el grado, seguido de G1, G2 y G3. G3 es el grado más alto para el cáncer de boca.

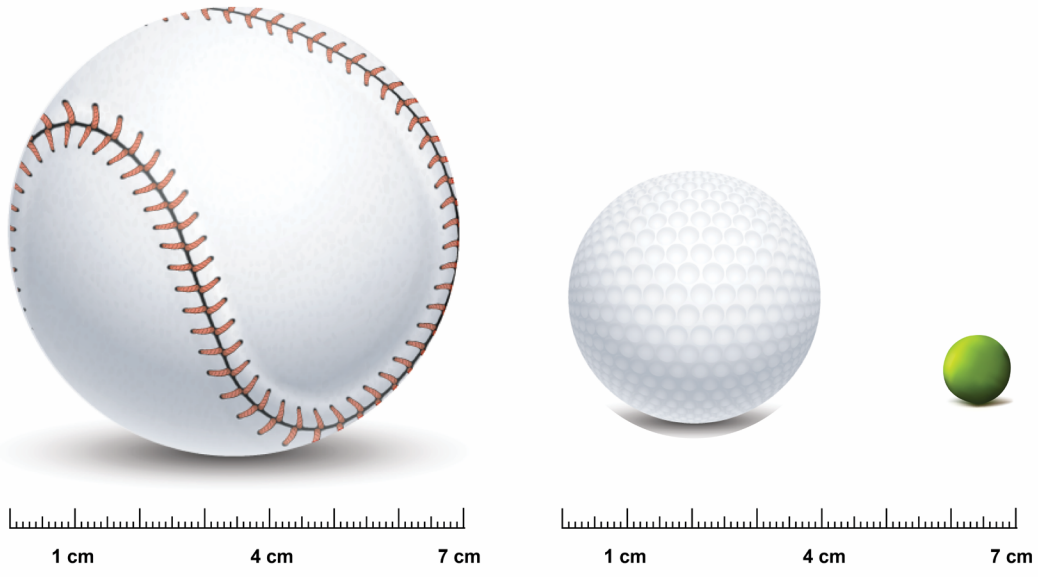
Estadios del cáncer de boca

Los estadios numerados se basan en la clasificación TNM. Los estadios van del estadio 0 al estadio 4, que es el más avanzado. También se pueden escribir como estadio 0, estadio I, estadio II, estadio III y estadio IV.

Estos son los estadios generales del cáncer de boca:

- **Estadio 0**: se trata de un carcinoma *in situ*, lo que significa que las células cancerosas solo se encuentran en el epitelio (la capa de células escamosas) de la boca.
- **Estadio 1 (cáncer de boca en estadio temprano)**: el tumor mide 2 centímetros (cm) o menos con muy poca profundidad de invasión. El cáncer no se encuentra en ningún ganglio linfático.
- **Estadio 2 (cáncer de boca en estadio temprano)**: el tumor es ligeramente más grande. La profundidad de invasión es inferior a 1 cm. El cáncer no se encuentra en ningún ganglio linfático.
- **Estadio 3 (cáncer de boca localmente avanzado)**: el tumor es más grande y aumenta la profundidad de invasión. Este cáncer puede encontrarse en un ganglio linfático.
- **Estadio 4A (cáncer de boca localmente avanzado)**: el tumor se ha extendido a zonas como los huesos y los músculos de la mandíbula, los senos paranasales o la piel de la cara. El cáncer puede encontrarse en los ganglios linfáticos, pero no se ha extendido hacia otras zonas.
- **Estadio 4B (cáncer de boca muy avanzado)**: el tumor se ha extendido a lugares como la base del cráneo o la arteria carótida. El cáncer puede haberse diseminado fuera de los ganglios linfáticos; se denomina extensión extraganglionar.
- **Estadio 4C (cáncer de boca metastásico)**: el cáncer se ha extendido fuera de la cabeza y el cuello a otras zonas del cuerpo, como los pulmones o los ganglios linfáticos distantes.

Los tumores de cabeza y cuello se miden en centímetros (cm): a modo de comparación, una pelota de béisbol mide 7 cm; una pelota de golf, 4 cm y un guisante, 1 cm.



Puntos clave

- El estadio del cáncer se utiliza para tomar decisiones acerca del tratamiento.
- Describe el tamaño y la ubicación del tumor y si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos o a otros órganos o partes del cuerpo.
- La cabeza y el cuello contienen una red de más de 300 ganglios linfáticos, conectados mediante vasos linfáticos, que drenan todas las zonas de la cabeza y el cuello.
- El cáncer de cabeza y cuello suele extenderse a los ganglios linfáticos cercanos al cuello (cervicales).
- No todos los tumores de boca de estadio 4 presentan metástasis a distancia.

Preguntas para hacer

- ¿En qué estadio se encuentra mi cáncer?
- ¿Mi cáncer está en estadio temprano o es localmente avanzado, muy avanzado o metastásico?
- ¿Mi cáncer está en los ganglios linfáticos cercanos o en sitios distantes como los pulmones?
- ¿Mi cáncer es resecable o irresecable? ¿Qué significa eso?
- ¿Qué significa este estadio de cáncer en cuanto a supervivencia y calidad de vida?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se ofrece una descripción de las opciones de tratamiento y qué esperar.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer. Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.
NCCN.org/patients/feedback

4

Tipos de tratamiento

24 Su equipo de atención médica

26 Cirugía

28 Radioterapia

30 Tratamiento sistémico

32 Ensayos clínicos

34 Puntos clave

34 Preguntas para hacer

En este capítulo, se describen las opciones de tratamiento y qué esperar. Juntos, usted y su equipo de atención médica elegirán un plan de tratamiento que sea mejor para usted.

Los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes y la biopsia se utilizarán para determinar el plan de tratamiento según el estadio del cáncer que padece.

Su equipo de atención médica

Las personas con cáncer de cabeza y cuello deben recibir tratamiento en centros oncológicos experimentados.

El tratamiento del cáncer requiere un abordaje en equipo. Las decisiones sobre el tratamiento deben estar a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la atención médica y psicosocial de diferentes ámbitos que tengan conocimiento y experiencia sobre su tipo de cáncer. Este equipo debe reunirse para planificar e implementar su tratamiento. Pregunte quién coordinará su atención.

Algunos integrantes de su equipo de atención médica estarán a su lado durante todo el tratamiento del cáncer, en tanto otros solo estarán presentes durante ciertos momentos. Conozca a su equipo de atención médica y ayúdelos para que lo conozcan a usted.

“Como alguien a quien le han diagnosticado cáncer de lengua dos veces, creo que es importante contar con el equipo médico adecuado que le permita gestionar su atención. No tiene por qué resolverlo todo por su cuenta”.





Su equipo de atención médica

El tratamiento para los tumores de cabeza y cuello es complejo. De acuerdo con el tipo y la ubicación del tumor, el equipo de atención médica puede incluir algunos de los siguientes especialistas.

- El **otorrinolaringólogo** es el médico que diagnostica y trata los trastornos relacionados con el oído, la nariz y la garganta.
- El **odontólogo o dentista** es el profesional capacitado para diagnosticar y tratar las afecciones bucales. A menudo, antes de comenzar algunos tipos de tratamiento, le harán una derivación a un dentista especializado, como un oncólogo dental. Además, durante el tratamiento, deberá acudir con más frecuencia a su dentista habitual. Informe a su dentista tan pronto como reciba el diagnóstico de cáncer.
- El **oncólogo** es el médico que diagnostica y trata el cáncer. Entre los tipos de oncólogos se incluyen los oncólogos dentales, clínicos, cirujanos y radioterapeutas.
- El **cirujano de cabeza y cuello, el cirujano maxilofacial bucal, el otorrinolaringólogo o el cirujano oncólogo** puede realizar operaciones para extirpar el cáncer de la boca.
- El **cirujano maxilofacial bucal** es un tipo especial de dentista capacitado para reconocer y tratar los tumores y enfermedades de la cabeza, el cuello, la cara, la mandíbula y la boca.
- El **prostodoncista maxilofacial** es un dentista especializado que crea sustitutos artificiales, o prótesis, de la cavidad bucal para restaurar el habla, la masticación, la deglución y el aspecto en las personas con cáncer de cabeza y cuello.
- El **cirujano plástico o reparador** puede reparar las zonas extirpadas durante la cirugía.
- La **medicina física y la rehabilitación** ayudan a mejorar la función y la calidad de vida de las personas con cáncer de boca. Puede incluir fisioterapia, terapia del habla y deglución, control del dolor o tratamiento para la inflamación del cuello.
- Los **nutricionistas** pueden recomendar alimentos para contribuir con la recuperación y controlar los efectos secundarios del tratamiento.

Todas las personas con cáncer de cabeza y cuello deben consultar a un cirujano especializado en este tipo de cáncer antes de comenzar el tratamiento.

Cirugía

La cirugía es una operación o procedimiento para extirpar el cáncer del cuerpo. Al prepararse para la cirugía, debe consultar la opinión de un otorrinolaringólogo, cirujano de cabeza y cuello o cirujano oncólogo experimentado especializado en cáncer de cabeza y cuello. El cirujano debe ser experto en el tipo de cirugía al que se someta. Los hospitales que hacen muchas cirugías suelen tener mejores resultados. Puede pedir la derivación a un hospital o centro oncológico que tenga experiencia en el tratamiento de su tipo de cáncer.

La extirpación del cáncer mediante cirugía puede llevarse a cabo de diferentes maneras, según las circunstancias específicas, como el tamaño y la ubicación del tumor, si hay cáncer en algún órgano o tejido circundante y su anatomía particular. La cirugía se planifica en base a la forma más eficaz y segura de eliminar el cáncer.

Cuando se prevé realizar una cirugía, debe preguntar cómo podrían verse afectados su respiración, deglución, habla, masticación y apariencia. En ocasiones, puede ser necesario cortar y volver a coser los nervios, o extirparlos, como parte de la cirugía oncológica. Los ganglios linfáticos suelen extirparse. Este es el momento de preguntar cómo se verán el cuello y la cara después de la cirugía y cuáles son sus opciones en cuanto a la cirugía reparadora facial.

Objetivo de la cirugía

El objetivo de la cirugía es eliminar todo el cáncer y maximizar su capacidad funcional, como masticar, tragar, respirar y hablar.

Durante la cirugía, se extirpa el tumor junto con una parte de tejido de aspecto normal, llamado margen quirúrgico, que se encuentra alrededor del borde del tumor. El margen quirúrgico puede tener un aspecto normal, pero es posible que se encuentren células cancerosas.

Si no se encuentran células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor, hay un margen claro o negativo. Cuando hay margen positivo, las células cancerosas se encuentran en el tejido de aspecto normal alrededor del tumor. Su cirujano buscará atentamente el cáncer no solo a lo largo del margen quirúrgico, sino también en otras zonas cercanas. A pesar de los esfuerzos, no siempre es posible encontrar todo el cáncer. A veces, los cirujanos no pueden extirpar el tumor con un margen libre de cáncer de forma segura. La cirugía suele incluir la extracción de los ganglios linfáticos.

Quizás deba someterse a más de una intervención quirúrgica. La cirugía también puede incluir la reparación de los tejidos que se hayan extirpado.

Después de la cirugía, es probable que reciba tratamiento, como radioterapia o tratamiento sistémico (farmacológico), para eliminar cualquier célula cancerosa que haya quedado.

El tratamiento posterior a la cirugía se llama tratamiento o terapia adyuvante.

Resección tumoral

La cirugía para extirpar el tumor entero se llama resección tumoral. En ocasiones, no se puede extirpar todo el tumor. Depende de la ubicación del tumor, las estructuras involucradas, la cercanía del tumor a órganos vitales, la profundidad de invasión y la forma en que se verán afectadas funciones como tragar y hablar.

La extirpación de los ganglios linfáticos suele hacerse durante la cirugía oncológica. En los tumores de boca, a medida que aumenta la profundidad de invasión, también aumenta el riesgo de metástasis regionales de ganglios linfáticos y la necesidad de operar los ganglios linfáticos (disección cervical).

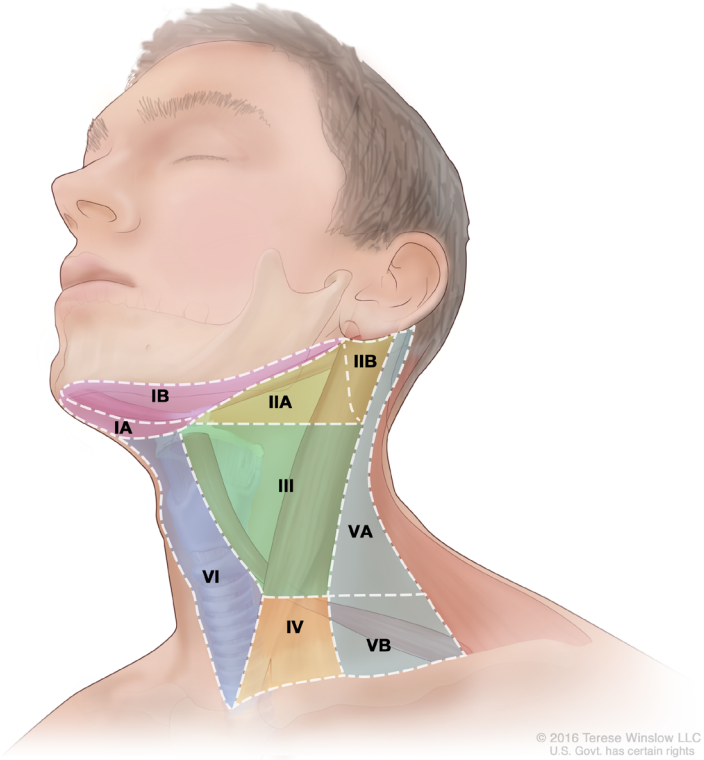
Reparación después de la extirpación del tumor

Si prevé realizarse una cirugía reparadora después de la resección tumoral, es conveniente que haga las preguntas en este momento. Por ejemplo, para realizar una reparación de buena calidad, se necesita un equipo multidisciplinario. Pregunte quiénes integran el equipo de la cirugía reparadora. Este equipo es fundamental para la recuperación funcional y estética.

Pregunte a sus cirujanos si le extraerán tejido de otra parte del cuerpo para reparar zonas de la boca o la garganta. Además, pregunte por la duración prevista de la cirugía (tiempo que pasará en el quirófano) y de la recuperación. Es posible que permanezca en una unidad de enfermería especializada del hospital para asegurar una recuperación segura. Cuanta más información tenga, mejor preparación tendrá.

Grupos o niveles ganglionares del cuello

Los ganglios linfáticos cervicales se encuentran solo en el cuello. Aquí se muestran los 6 (VI) niveles de los grupos ganglionares del cuello. Los ganglios linfáticos de los niveles 1, 2 y 3 tienen el mayor riesgo de metástasis de cáncer de boca.



Linfadenectomía

La cabeza y el cuello contienen una red de más de 300 ganglios linfáticos. Están unidos por músculos, nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos. El cáncer de boca suele extenderse a estas zonas y a ganglios linfáticos cercanos o grupos de ganglios linfáticos llamados cadenas.

La extirpación de los ganglios linfáticos o grupos de ganglios linfáticos del cuello se denomina linfadenectomía o disección cervical y suele formar parte de la cirugía de resección tumoral. Pueden extirparse los ganglios linfáticos del lado del cuello donde se encuentra el tumor (primario). Cuando el tumor está cerca del centro del cuello (línea media), pueden extirparse los ganglios linfáticos de ambos lados. El tipo de linfadenectomía se basa en la ubicación del tumor y la información recopilada antes de la cirugía.

Hay diferentes tipos de linfadenectomía:

- En la **disección cervical selectiva**, se extirpan algunos ganglios linfáticos regionales a los que es probable que se extienda el cáncer.
- En la **disección cervical completa**, se extirpan todos los ganglios linfáticos de un grupo o nivel.
- En la **disección cervical radical**, se extirpan todos los ganglios linfáticos y puede requerir la extirpación de las venas, arterias, nervios o músculos que se encuentran junto a los ganglios.
- La **biopsia de ganglios linfáticos centinela** se hace durante la cirugía en la que se extirpa el tumor.

Biopsia del ganglio linfático centinela

Un ganglio linfático centinela es el primer ganglio linfático al que las células cancerosas tienen más probabilidades de extenderse desde un tumor primario. A veces, puede haber más de un ganglio linfático centinela. La extracción del ganglio linfático centinela durante la cirugía se llama biopsia de ganglio linfático centinela. Se realiza para determinar si alguna célula cancerosa se desplazó hacia los ganglios linfáticos.

Para encontrar los ganglios linfáticos centinela, se inyecta un material radiactivo y otros medios de contraste en la zona donde se encuentra el tumor. Desde allí, el medio de contraste circula a través del sistema linfático a los ganglios linfáticos. Una vez que se encuentran los ganglios, aquellos que contienen material radioactivo o medio de contraste se extirpan y se someten al análisis de un anatomopatólogo. Si se detecta cáncer, es probable que se necesite otro tratamiento.

Radioterapia

La radioterapia utiliza rayos X de alta energía, fotones, electrones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. Suele administrarse mediante una máquina computarizada desde el exterior del cuerpo, que puede ajustar el tratamiento para que se adapte a la ubicación y al tamaño del tumor. El tratamiento se administra en pequeñas dosis diarias, normalmente durante 6 o 7 semanas, de lunes a viernes, con los fines de semana libres. Es posible que deba utilizar un dispositivo ajustado al cuerpo, similar a una máscara de portero de hockey, para mantener la cabeza y los hombros inmóviles durante el tratamiento. Si siente incomodidad en espacios reducidos, hable con su oncólogo radioterapeuta para que le indique cómo mantener la comodidad y la tranquilidad durante la radioterapia.

Al menos una vez a la semana, acudirá a su oncólogo radioterapeuta para analizar su progreso y comprobar si hay efectos secundarios, como erupciones cutáneas similares a quemaduras solares, dolor en la boca, pérdida del gusto, sequedad bucal, saliva espesa y dolor de garganta.

La **radiografía dental panorámica** forma parte de la evaluación dental previa a la radioterapia. Es necesaria para comprobar el estado de su mandíbula, dientes y muelas y determinar si necesita algún tratamiento odontológico antes de comenzar la radioterapia. Es importante avisarle al dentista sobre su cáncer de cabeza y cuello y recibir limpiezas y revisiones dentales periódicamente.

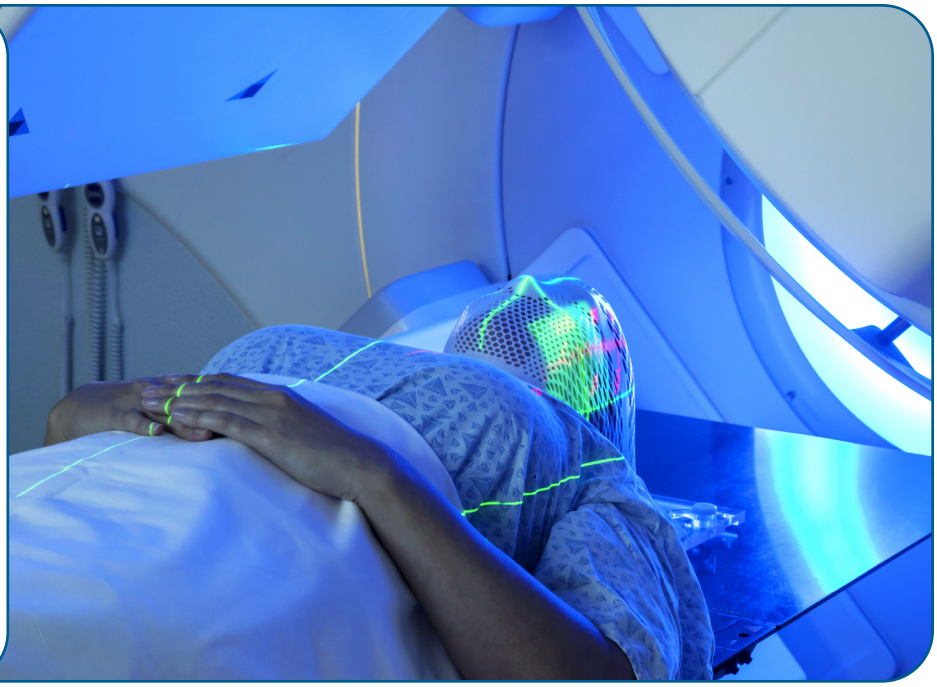
Antes de comenzar la radioterapia, debe hacer lo siguiente:

- Trate de consultar a un dentista especializado o a un oncólogo dental para que le realicen un examen de autorización. La radioterapia tiene muchos efectos secundarios a largo plazo que pueden cambiar la vida y es mejor abordarlos con antelación.

Entre los tipos de radioterapia que se utilizan para tratar el cáncer de boca se encuentran:

- La **radioterapia de intensidad modulada (RTIM)** que utiliza pequeños haces de diferentes intensidades para adaptarse a la forma del tumor. Esto limita la cantidad de radiación que recibe el tejido normal. En el cáncer de boca, se recomienda la RTIM para minimizar la dosis de radiación que reciben las estructuras esenciales.
- La **radioterapia interna (braquiterapia)** consiste en colocar uno o más tubos pequeños en la zona del tumor. Una pequeña semilla radioactiva se desplaza por el tubo o tubos y administra radiación a la zona del tumor desde el interior del cuerpo.

“No tengo claustrofobia, pero la mascarilla de inmovilización es ajustada. La radioterapia dura solo de 6 a 8 minutos en la camilla cada vez. Dejar los ojos cerrados y escuchar buena música me permitió soportar la inmovilización”.



Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico es una terapia farmacológica que actúa en todo el cuerpo. Los tipos incluyen quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.

Todos los tratamientos sistémicos que se mencionan en esta guía están recomendados y son adecuados. Cuando resulta útil, los expertos de NCCN también asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones de tratamientos sistémicos:

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y pueden ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos específicos** que funcionan mejor para individuos con determinadas características del cáncer o circunstancias de salud.

Para ver ejemplos de tratamientos sistémicos, consulte la **Guía 2**.

Guía 2
Tratamientos sistémicos

Ejemplos de quimioterapia	• Capecitabina (Xeloda) • Carboplatino (Kyxata) • Cisplatino • Docetaxel (Taxotere, Docivyx, Beizray) • Gemcitabina (Gemzar)	• Hidroxicarbamida (Hydrea) • Fluorouracilo infusional • Metotrexato • Paclitaxel • Pemetrexed (Alimta)
Ejemplos de tratamiento dirigido	• Afatinib (Gilotrif) • Cetuximab (Erbitux) • Enfortumab vedotin-ejfv (Padcev) • Erdafitinib (Balversa)	
Ejemplos de inmunoterapia	• Ipilimumab (Yervoy) • Nivolumab (Opdivo) • Pembrolizumab (Keytruda)	

Quimioterapia

La quimioterapia elimina las células de rápida división en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como algunas de las normales. En ocasiones, la quimioterapia se asocia o se utiliza con otros tratamientos sistémicos. Esto se denomina poliquimioterapia. La quimioterapia podría ir seguida de radioterapia.

Quimiorradioterapia

En la quimiorradioterapia, la quimioterapia y la radioterapia se administran al mismo tiempo. Esto se llama quimiorradioterapia concurrente. Para el cáncer de boca localmente avanzado, el cisplatino suele ser el fármaco de quimioterapia preferido que se administra junto con la radioterapia.

Otros tratamientos sistémicos que no son quimioterápicos pueden administrarse al mismo tiempo que la radioterapia (tratamiento concurrente) o uno después del otro (tratamiento secuencial). No obstante, estos tratamientos no se denominan quimiorradioterapia.

Tratamiento dirigido

El tratamiento dirigido afecta a una característica específica o única de las células cancerosas. Los tratamientos dirigidos buscan observar de qué manera las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se mueven en el cuerpo. Estos medicamentos detienen o inhiben la acción de las moléculas que colaboran con el crecimiento y la supervivencia de las células cancerosas. Si el tumor tiene determinadas mutaciones, podría usarse el tratamiento dirigido.

Inmunoterapia

El sistema inmunitario tiene muchos interruptores de encendido y apagado. Los tumores se aprovechan de los interruptores de apagado. La inmunoterapia puede bloquear estos interruptores de apagado, lo que ayuda al sistema inmunitario a encenderse nuevamente.

Si el tumor tiene una gran cantidad de mutaciones o un puntaje positivo combinado (PPC) de al menos 1 % o más, puede administrarse inmunoterapia. La inmunoterapia puede administrarse sola o junto con quimioterapia o tratamiento dirigido.

Consulte más información en *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Ensayos clínicos

También podría recibir tratamiento mediante un ensayo clínico. Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de tratar el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas. Si en un ensayo clínico se determina que un medicamento, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2** , se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento estándar. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)
clinicaltrials.gov/

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer
(Cancer Information Service, CIS) del NCI
+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)
cancer.gov/contact

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estos garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es frecuente recibir un placebo con el tratamiento habitual o un medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierta por el seguro.

El tratamiento habitual es la mejor manera que se conoce para tratar una enfermedad particular de acuerdo con los ensayos clínicos anteriores. Puede haber más de un tratamiento que se considere el tratamiento habitual. Pregúntele a su equipo de atención médica las opciones de tratamiento con las que cuenta y si podría participar de un ensayo clínico.



Puntos clave

- El tratamiento sistémico actúa en todo el cuerpo. Incluye quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.
- Los tratamientos dirigidos pueden bloquear las formas en que las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se mueven en el cuerpo.
- La inmunoterapia utiliza las defensas naturales de su cuerpo para encontrar y destruir células cancerosas.
- La radioterapia utiliza rayos X de alta energía, protones, fotones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores.
- El tratamiento sistémico podría combinarse con radioterapia.
- Un ensayo clínico es un tipo de investigación que estudia un tratamiento para determinar qué tan seguro es y qué tan bien funciona.

Preguntas para hacer

- ¿Qué experiencia tiene en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello?
- ¿Me realizarán una biopsia?
- ¿Qué tratamiento recomienda y por qué?
- ¿Cuánto tiempo tomará el tratamiento?
- ¿Existen opciones de ensayos clínicos para mí?

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora que ha leído sobre los diferentes tipos de tratamiento y qué esperar, el siguiente capítulo habla sobre algunos efectos secundarios frecuentes del tratamiento y qué puede hacer para aliviarlos.

5
Tratamiento complementario

36 ¿Qué es el tratamiento complementario?

37 Efectos secundarios

40 Efectos tardíos

40 Supervivencia

41 Puntos clave

41 Preguntas para hacer

El tratamiento complementario ayuda a controlar los síntomas del cáncer de boca y los efectos secundarios de su tratamiento. En este capítulo, se analizan los posibles efectos secundarios. Juntos, usted y su equipo de atención médica elegirán un plan de tratamiento que sea mejor para usted.

¿Qué es el tratamiento complementario?

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El tratamiento complementario es para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. También se conoce como cuidados paliativos.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o maneja los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento del cáncer, como el dolor y la fatiga relacionada con la enfermedad. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, como las siguientes:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Coordinación de la atención médica.
- Pago de la atención médica.
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida.

Lea más sobre los tipos de apoyo que puede recibir en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Los tumores de cabeza y cuello suelen afectar a la capacidad funcional de las personas, como masticar, tragar, hablar y respirar. También pueden afectar al gusto, el olfato, la audición, el sonido de la voz o el aspecto físico. Se recomienda tener todo bien preparado para comprender cómo el tratamiento puede provocar cambios en estas funciones y en su apariencia.



Es importante que le informe a su equipo de atención médica sobre todos los efectos secundarios, incluso si presenta síntomas nuevos o si estos empeoraron, para que puedan tratarse.

Efectos secundarios

El tratamiento del cáncer puede causar problemas de salud no deseados, llamados efectos secundarios. Algunos efectos secundarios pueden ser desagradables. Otros pueden ser perjudiciales para la salud. Los efectos secundarios dependen de muchos factores. Estos factores incluyen el tipo de medicamento y la dosis, la duración del tratamiento y la persona.

A continuación, se describen algunos posibles efectos secundarios del tratamiento para el cáncer de boca. Se enumeran en orden alfabético, pero no en orden de importancia.

Neuropatías craneales

Las neuropatías craneales son un síntoma frecuente del cáncer de cabeza y cuello. La neuropatía craneal afecta los nervios de la cabeza y el cuello y puede causar los siguientes síntomas:

- Dolor.
- Mareos (vértigo).
- Debilidad muscular, entumecimiento u hormigueo en la cara, el cuello o los hombros.
- Cambios en la visión, la audición, el gusto y el olfato.

Las neuropatías craneales pueden afectar el habla, la deglución y la audición, lo que dificulta la comunicación. Esto puede causar malestar emocional y afectar su capacidad funcional y habilidad para realizar ciertas tareas en casa y en el trabajo.

Es posible que el tratamiento no revierta completamente estos síntomas. El tratamiento también puede empeorar o causar nuevas neuropatías craneales si el cáncer se encuentra cerca de estructuras nerviosas o cerebrales sensibles.

Pregunte a su médico sobre estos riesgos y qué se puede hacer para minimizarlos. También puede solicitar una consulta con un terapeuta ocupacional o un foniatra que pueda ayudar en la recuperación de estos síntomas.

Diarrea o estreñimiento

La diarrea son evacuaciones intestinales frecuentes y acuosas. Su equipo de atención médica le dirá cómo tratar la diarrea. Es importante beber mucho líquido.

El estreñimiento también es común, especialmente si se toman ciertos analgésicos. Significa tener deposiciones menos frecuentes y más dificultosas. A menudo, se recomienda beber líquidos, mantenerse en actividad y tomar medicamentos para el estreñimiento.

Dificultad para comer, tragar o hablar

Debido a la ubicación del cáncer de boca, la dificultad para comer, tragar o hablar es un efecto secundario frecuente del tratamiento. El cáncer o su tratamiento pueden causar dificultad para tragar (disfagia) o dolor al tragar (odinofagia) que pueden prolongarse en el tiempo. Los foniatras pueden ayudar a las personas que tienen problemas para tragar o hablar. Un prostodoncista maxilofacial puede restaurar el habla, la masticación, la deglución y el aspecto mediante sustitutos artificiales para las áreas extirpadas durante la cirugía.

Dificultad para oler, hemorragias nasales y congestión

Su sentido del olfato puede verse afectado por el cáncer o su tratamiento. La mucosa de la cavidad nasal y de los senos paranasales se puede inflamar o irritar y hacer que sienta la nariz tapada o congestionada. La nariz puede sangrar. Puede tener dolores de cabeza. Su equipo de atención médica puede recomendarle el uso de un humidificador u otras maneras para ayudar con la irritación nasal o de los senos paranasales.

Malestar emocional

Es frecuente tener depresión, ansiedad y problemas para dormir durante el diagnóstico de cáncer. Hable con su equipo de atención médica y con quienes se encuentra a gusto sobre cómo se siente. Hay servicios, personas y medicamentos que pueden ayudar a aliviar el malestar emocional.

Sequedad bucal

Xerostomía es el término médico para referirse a la boca seca. El tratamiento para el cáncer de boca puede afectar a sus glándulas salivares. Esto significa que es posible que no produzca tanta saliva como antes y, por lo tanto, que tenga la boca seca. Es un efecto secundario muy frecuente después de la radioterapia y puede prolongarse. Beber mucha agua y evitar las bebidas con cafeína, alcohol o azúcar puede ayudar. Existen enjuagues bucales y pastillas sin azúcar especiales.

Tendrá que acudir cada 3 o 4 meses para recibir atención de rutina y contrarrestar los efectos secundarios de la radioterapia.

Fatiga

La fatiga es el cansancio extremo y la incapacidad de funcionar debido a la falta de energía. Puede ser provocada por el cáncer o puede ser un efecto secundario del tratamiento. Hágale saber a su equipo de atención médica cómo se siente y si la fatiga le impide hacer las cosas que disfruta. Cumplir con una dieta equilibrada, hacer ejercicio, yoga, acupuntura y recibir masajes puede ayudar. Es posible que se solicite una derivación a un nutricionista o dietista para que le brinde ayuda con la fatiga.

Inapetencia

Algunos efectos secundarios del cáncer de boca o su tratamiento y el estrés de tener cáncer pueden causar que no tenga apetito o sienta malestar estomacal (náuseas). Es posible que tenga dolor en la boca o dificultades para tragar. Las personas que tienen cáncer de boca suelen adelgazar.

Comer de forma saludable es importante durante el tratamiento. Incluye consumir una dieta equilibrada, ingerir la cantidad adecuada de comida y beber una cantidad suficiente de líquidos. Un nutricionista matriculado que sea experto en nutrición y alimentos puede ayudar. Es probable que le den una derivación a un nutricionista antes de comenzar el tratamiento para prevenir la disminución de peso grave.

Baja cantidad de glóbulos sanguíneos

Algunos tratamientos para el cáncer provocan baja cantidad de glóbulos sanguíneos.

- La **anemia** es una afección en la que el cuerpo no tiene cantidad suficiente de glóbulos sanos, lo que causa que se transporte menos oxígeno a las células. Puede cansarse fácilmente si tiene anemia.
- La **neutrocitopenia** hace referencia a una disminución de neutrófilos, un tipo de glóbulo blanco. Esto implica un riesgo de sufrir infecciones.
- La **trombocitopenia** es una afección en la que no hay suficientes plaquetas presentes en la sangre. Esto implica un riesgo de sufrir sangrado.

Linfedema

El linfedema es una afección en la que se acumula líquido linfático en los tejidos y causa hinchazón. Puede producirse cuando parte del sistema linfático está dañado o bloqueado, por ejemplo, durante la cirugía para extirpar los ganglios linfáticos o por la radioterapia. Los cánceres que bloquean los vasos linfáticos también pueden provocar linfedema.

La hinchazón en general aparece lentamente con el tiempo. Puede aparecer durante el tratamiento o puede comenzar años después de él. Si presenta linfedema, es posible que se ordene derivación a un experto en el tratamiento de linfedema. La inflamación se puede reducir mediante ejercicios, masajes, dispositivos de compresión y demás.

Náuseas y vómitos

Las náuseas y los vómitos son efectos secundarios comunes del tratamiento. Se le administrarán medicamentos para prevenir las náuseas y los vómitos.

Dolor

Informe a su equipo de atención médica si sufre dolores o molestias. Es posible que se reúna con un especialista en cuidados paliativos o con un especialista en dolor para controlarlo. Algunas personas pueden beneficiarse con la radioterapia paliativa para aliviar el dolor causado por el tumor. Durante este tratamiento, se enfoca un haz de radiación sobre el tumor.

Quemaduras por radiación

Las dermatitis o quemaduras por radiación son un efecto secundario frecuente de la radioterapia. Pueden provocar cambios en el color de la piel o causar sequedad y picazón, dolor, descamación, ampollas o inflamación. Su profesional de atención médica puede ayudarlo a encontrar el mejor tratamiento.

“Los efectos de la radioterapia son acumulativos, por lo que, aunque usted pueda verse y sentirse bien al final de su ciclo, los efectos secundarios continuarán durante semanas. Al terminar la radioterapia, tenía la piel enrojecida y quemada, pero empeoró mucho en las semanas posteriores a haber terminado. Lo mismo que con las úlceras bucales”.

Rigidez de nuca

El cáncer o su tratamiento pueden causar rigidez de nuca y hombros y dolor de cuello prolongado (crónico). El estrés de tener cáncer también puede causar tensión en el cuello, los hombros, la mandíbula y la cabeza. El ejercicio físico, como el taichí, caminar o estirarse, y los masajes pueden ayudar a aliviar la rigidez de nuca y hombros. Hable con su equipo de atención médica sobre cómo tratar el dolor de cuello crónico.

Efectos tardíos

Los efectos tardíos son efectos secundarios que ocurren meses o años después de que se diagnostica una enfermedad o después de que se finaliza el tratamiento. Los efectos tardíos pueden ser causados por el cáncer o el tratamiento del cáncer. Pueden incluir problemas de salud física, mental y social y tumores secundarios. Cuanto antes se traten los efectos tardíos, mejor. Pregúntele a su equipo de atención médica qué efectos tardíos podrían presentarse. Esto le permitirá saber qué alternativa buscar.

Supervivencia

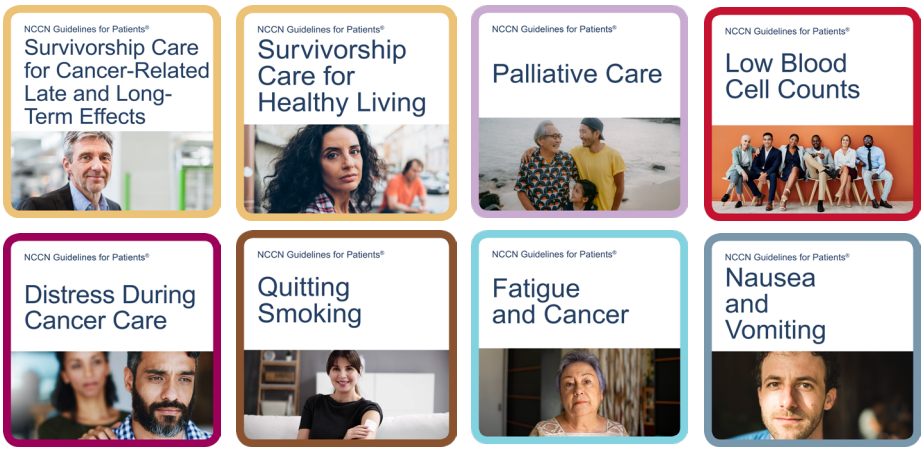
Una persona es sobreviviente del cáncer desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida.

Después del tratamiento, se controlará su salud para determinar los efectos secundarios y la reaparición del cáncer. Esto es parte de su plan de atención de supervivencia. Es importante que no falte a las consultas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes. Busque una atención médica de rutina, incluidas visitas regulares al médico para atención preventiva y estudios de detección de cáncer.

El plan de atención de supervivencia personalizado incluye un resumen de los posibles efectos a largo plazo del tratamiento y una lista de las pruebas de seguimiento. Consulte cómo su proveedor de atención primaria coordinará con los especialistas para su atención de seguimiento.

Recursos sobre el tratamiento complementario

Puede encontrar más información sobre el tratamiento complementario en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Puntos clave

- El tratamiento complementario es atención médica que alivia los síntomas causados por el cáncer o su tratamiento y mejora la calidad de vida. Siempre se administra el tratamiento complementario.
- Todos los tratamientos para el cáncer causan problemas de salud no deseados llamados efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen de muchos factores. Estos factores incluyen el tipo de medicamento y la dosis, la duración del tratamiento y la persona.
- Algunos efectos secundarios son muy poco frecuentes. Pregunte a su equipo de atención médica qué puede esperar.
- Avise a su equipo de atención médica si tiene síntomas nuevos o si los síntomas se agravan.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son los efectos secundarios de este tratamiento?
- ¿Cómo se tratan estos efectos secundarios?
- ¿Qué debo hacer si noto cambios en mi afección?
- ¿Qué debo hacer si noto efectos secundarios durante el fin de semana o fuera del horario de atención?
- ¿Podrá mi equipo de atención médica comunicarse con el equipo del servicio de emergencias o de urgencias?

¿Cuál es el siguiente paso?

El siguiente capítulo aborda las opciones de tratamiento para el cáncer de boca en estadio temprano y localmente avanzado.

6

Cáncer de boca en estadio temprano y localmente avanzado

43 Cáncer de boca en estadio temprano

44 Cáncer de boca localmente avanzado

45 Atención de seguimiento

46 Puntos clave

46 Preguntas para hacer

La cirugía es el tratamiento preferido para el cáncer de boca en estadio temprano (estadio 1 y 2) y localmente avanzado (estadio 3 y 4a). La radioterapia o el tratamiento sistémico combinado con la radioterapia pueden administrarse después de la cirugía.

El tratamiento se basa en la ubicación y profundidad del tumor y en la presencia de cáncer en algún ganglio linfático. Se consideran factores, como su estado de salud general, cuando se toman decisiones sobre el tratamiento. Sus preferencias sobre el tratamiento siempre son importantes. Hable con su equipo de atención médica y hágale saber cuáles son sus deseos.

“Tuve que intentar volver a aprender cosas sencillas como hablar, comer y respirar. Quería que fuera rápido. Quería poder comer, hablar y hacer las cosas que normalmente hacía. Mi consejo es tener paciencia y aceptar que las cosas podrían no ser como antes del tratamiento”.

Cáncer de boca en estadio temprano

En el cáncer de boca en estadio temprano (estadio 1 o 2), el tumor mide menos de 4 cm con una profundidad de invasión de 1 cm o menos. No se observa cáncer en los ganglios linfáticos en los estudios de diagnóstico por imágenes, pero puede encontrarse durante una biopsia o linfadenectomía llamada disección cervical.

Entre las opciones de tratamiento se incluyen las siguientes:

- Cirugía
- Radioterapia

Se prefiere la cirugía para extirpar el tumor. Según la ubicación del tumor, la profundidad de invasión y los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes, es posible que se extirpen los ganglios linfáticos. Puede realizarse una biopsia de ganglios linfáticos para detectar cáncer antes de la cirugía que extirpará los ganglios linfáticos.

Si se encuentra cáncer en los ganglios linfáticos después de la intervención quirúrgica o biopsia, el tratamiento podría consistir en más cirugía, tratamiento sistémico con radioterapia, o radioterapia sola. El lapso recomendado entre la cirugía y la radioterapia es de 6 semanas o menos.

Para conocer las opciones de tratamiento sistémico que se administran con radioterapia después de la cirugía, consulte la **Guía 3**.



Las lesiones simples de los labios externos T1 o T2 se tratan con cirugía como el cáncer de piel no melanoma. Puede agregarse radioterapia. Puede encontrar más información sobre el tratamiento del cáncer de piel no melanoma en *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de piel de células basales* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



El borde libre es la zona donde se unen la piel y el labio en la parte exterior de la boca. Puede encontrar más información sobre el tratamiento del carcinoma de células escamosas en el borde libre en *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de piel de células escamosas* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Guía 3 **Administrado con radioterapia después de la cirugía**	
Tratamiento preferido	• Cisplatino
Tratamientos utilizados en determinados casos	• Docetaxel (si no puede recibir cisplatino) • Docetaxel más cetuximab

Cáncer de boca localmente avanzado

En el cáncer de boca localmente avanzado (estadio 3 o 4a), el tumor puede ser de cualquier tamaño y puede haberse diseminado a estructuras cercanas. El cáncer se encuentra en uno o más ganglios linfáticos y puede haberse extendido fuera de ellos. El cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos fuera del cuello o partes distantes del cuerpo.

Entre las opciones de tratamiento se incluyen las siguientes:

- Cirugía para extirpar el tumor y los ganglios linfáticos como tratamiento preferido. Radioterapia o tratamiento sistémico combinado con radioterapia que pueden administrarse después de la cirugía.
- Si el cáncer presenta la proteína PD-L1 y tiene un puntaje positivo combinado (PPC) de al menos el 1 % o más, podría recibir pembrolizumab (Keytruda) antes y después de la intervención quirúrgica, o tratamiento con pembrolizumab y cisplatino con radioterapia (quimiorradioterapia).
- Ensayos clínicos si están disponibles y es lo que desea.
- Si no puede realizarse la cirugía, consulte el *Capítulo 7: Cáncer de boca muy avanzado*.

El lapso recomendado entre la cirugía y la radioterapia es de 6 semanas o menos.

Para conocer las opciones de tratamiento sistémico que se administran con radioterapia después de la cirugía, consulte la **Guía 3**.

Atención de seguimiento

Después del tratamiento, se controlará su salud para determinar los efectos secundarios y signos de reaparición del cáncer (llamada recidiva). La atención de seguimiento general incluye consultas médicas frecuentes para determinar los efectos tardíos y los signos de reaparición del cáncer. Si nota algún cambio en la cabeza o el cuello, comuníquese con su médico de inmediato. Para la atención de seguimiento general, consulte la **Guía 4**.

Se recomienda encarecidamente, cuando sea posible, recibir tratamiento en un hospital o centro oncológico que cuente con un alto volumen de pacientes y que tenga experiencia en su tipo de cáncer de cabeza y cuello.

Guía 4
Atención de seguimiento

Antecedentes médicos y exploración física, incluida la exploración completa de cabeza y cuello:
- Primer año, cada 1 a 3 meses.
- Segundo año, cada 2 a 6 meses.
- Tercer al quinto año, cada 4 a 8 meses.
- Después del quinto año, cada 12 meses.

Análisis de sangre para determinar las concentraciones hormonales producidas por las glándulas de la cabeza y cuello. Se realizarán otros análisis de sangre según sea necesario.

Estudios de diagnóstico por imágenes.

Examen dental para las zonas expuestas a la radioterapia.

Tratamiento complementario, según la necesidad:
- Evaluación y rehabilitación del habla, la audición y la deglución.
- Evaluación y rehabilitación nutricional.
- Detección continua de malestar emocional.
- Ayuda para dejar de fumar; asesoramiento sobre el consumo de tabaco y alcohol.
- Evaluación y rehabilitación del linfedema.

Información sobre la atención de supervivencia y la creación de un plan de atención de supervivencia en el plazo de 1 año después del tratamiento. Durante la supervivencia, continuará viendo a un oncólogo especializado en cabeza y cuello y a su médico de atención primaria.

Puntos clave

- En el cáncer de boca en estadio temprano, el tumor podría encontrarse solo en la boca o en las estructuras cercanas.
- La cirugía es el tratamiento preferido para el cáncer de boca en estadio temprano.
- El cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos se puede tratar con cirugía, tratamiento sistémico con radioterapia, o radioterapia sola.
- En el cáncer localmente avanzado (estadio 3 o 4a), el tumor puede ser de cualquier tamaño y puede haberse diseminado a estructuras cercanas. El cáncer puede encontrarse en uno o más ganglios linfáticos y puede haberse extendido fuera de ellos.
- La cirugía es el tratamiento preferido para el cáncer localmente avanzado. Un ensayo clínico también es una opción.
- La radioterapia o el tratamiento sistémico combinado con la radioterapia pueden administrarse después de la cirugía.
- Después de completar el tratamiento, le harán análisis de sangre, estudios de diagnóstico por imágenes y exploraciones físicas, y tendrá consultas médicas para determinar si hay signos de reaparición del cáncer. Si nota algún cambio en la cabeza o el cuello, comuníquese con su médico de inmediato.

Preguntas para hacer

- ¿Qué se extirpará durante la cirugía? ¿La cirugía afectará el habla o la deglución?
- ¿Me harán una cirugía reparadora después de la intervención quirúrgica para extirpar el tumor?.
- ¿Me quedará una cicatriz? ¿Dónde estará?
- ¿El tratamiento afectará mi capacidad de saborear, oler, masticar, respirar, hablar o tragar?
- ¿Puedo ir a un hospital para la cirugía y a otro centro para la radioterapia?

¿Cuál es el siguiente paso?

El siguiente capítulo aborda las opciones de tratamiento para el cáncer de boca muy avanzado.

7

Cáncer de boca muy avanzado

48 Tumores irresecables

50 Cáncer de boca recidivante o persistente

51 Cáncer de boca metastásico

53 Puntos clave

53 Preguntas para hacer

El cáncer de boca muy avanzado es el que permanece después del tratamiento (cáncer persistente) o el que reaparece después de un período sin la enfermedad (recidivante). También incluye cáncer que no se puede extirpar con cirugía (irresecable) o que se ha extendido a lugares cercanos (locorregional) o distantes (metastásico).

Este capítulo abarca el tratamiento del cáncer de boca que:

- no se puede extirpar con cirugía (irresecable);
- permanece después del tratamiento o ha crecido durante el tratamiento (persistente);
- ha reaparecido después de un período sin la enfermedad (recidivante);
- se ha extendido a lugares fuera de la cabeza y el cuello (metastásico).

La planificación del tratamiento comienza con las pruebas. Es posible que se realicen pruebas de mutación tumoral o biomarcadores antes de comenzar el tratamiento para algunos tipos de cáncer de boca avanzados. Se consideran factores, como su estado de salud general, cuando se toman decisiones sobre el tratamiento. Pregunte cómo afectará el tratamiento a su calidad de vida y si el objetivo es curar o prevenir la diseminación del cáncer.

Tumores irresecables

Un tumor irresecable no se puede extirpar con cirugía. A veces, no es seguro extirpar el tumor con cirugía porque está demasiado cerca de órganos vitales. Es posible que usted no quiera operarse. Puede tener otros problemas de salud que impiden realizar la cirugía.

Las opciones de tratamiento se basan en su estado funcional o nivel general de aptitud física y capacidad para cuidar de sí en la vida diaria. Su equipo de atención médica toma en cuenta esta información cuando le recomienda un tratamiento determinado. Es posible que no mencionen la frase estado funcional cuando hablen con usted. El objetivo de esta guía es informarle sobre el tratamiento habitual y cómo los médicos toman las decisiones sobre el tratamiento. Sus preferencias sobre el tratamiento siempre son importantes.

El tratamiento sistémico y el tratamiento sistémico con radioterapia pueden hacer que un tumor irresecable se vuelva resecable. Esto significa que en algunos casos se podrá realizar una cirugía después del tratamiento inicial.

EF 0 y 1

El estado funcional (EF) con un puntaje de 0 significa que la persona está plenamente activa. Un puntaje de 1 significa que la persona puede cuidar plenamente de sí misma, pero no puede hacer actividad física intensa.

Para los EF 0 y 1, las opciones son las siguientes:

- Tratamiento sistémico que se administra al mismo tiempo que la radioterapia (tratamiento concurrente). Se prefiere el cisplatino.
- Tratamiento sistémico de inducción seguido de radioterapia (tratamiento secuencial). El tratamiento sistémico de inducción es para las personas que gozan de una salud suficientemente buena como para soportar un tratamiento intenso.
- Tratamiento sistémico seguido de radioterapia (tratamiento secuencial). El tratamiento secuencial se administra uno tras otro y no al mismo tiempo.

EF 2

Un puntaje de 2 significa que la persona mayormente puede cuidar de sí misma, pasa la mayor parte de las horas de vigilia fuera de la cama, pero no puede realizar ningún trabajo.

Para el EF 2, las opciones son las siguientes:

- Tratamiento sistémico concurrente con radioterapia (preferido).
- Radioterapia.

EF 3 y 4

Un puntaje de 3 significa que la persona necesita ayuda para cuidar de sí misma y pasa la mayor parte de las horas de vigilia en la cama. Un puntaje de 4 significa que la persona necesita estar en una silla de ruedas o en la cama y no puede cuidar de sí misma.

Opciones de tratamiento sistémico

Consulte en la Guía 5 para obtener información sobre lo siguiente:

- Tratamiento sistémico después de la intervención quirúrgica.
- Tratamiento sistémico de inducción.
- Tratamiento sistémico que se administra al mismo tiempo que la radioterapia (llamado tratamiento concurrente o quimiorradioterapia si se utiliza quimioterapia).
- Tratamiento sistémico antes de la radioterapia (llamado tratamiento secuencial).

Consulte la Guía 6 en los siguientes casos:

- La cirugía y la radioterapia no son opciones posibles.

Para los EF 3 y 4, las opciones son las siguientes:

- Radioterapia paliativa.
- Tratamiento sistémico con un solo fármaco (solo para el EF 3).
- Mejor tratamiento complementario.

El tratamiento complementario se da para prevenir, reducir y aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. Mejor tratamiento complementario, tratamiento de apoyo y cuidados paliativos suelen significar lo mismo.

Cáncer de boca recidivante o persistente

El cáncer recidivante es el que reaparece después de un período sin la enfermedad. El cáncer persistente es aquel que permanece después de completar el tratamiento. Puede incluir cáncer que ha crecido o se ha extendido durante el tratamiento o que es resistente a este.

Las opciones de tratamiento para el cáncer recidivante o persistente se basan en lo siguiente:

- ya recibió radioterapia;
- el tumor se puede o no se puede extirpar con cirugía.

Si la cirugía es una opción posible

Un tumor resecable se puede extirpar con cirugía. La cirugía podría ir seguida de radioterapia, tratamiento sistémico con radioterapia, o un ensayo clínico. En algunos casos, se prefiere el ensayo clínico. La intervención quirúrgica no es la única opción para tratar un tumor resecable, particularmente si puede afectar la deglución o el habla. En estos casos, otras opciones incluyen tratamiento dirigido, inmunoterapia, quimiorradioterapia o tratamiento sistémico seguido de radioterapia.

Para ver opciones de tratamiento sistémico cuando la cirugía es posible, consulte la **Guía 5.**

Guía 5
Opciones de tratamiento sistémico si la cirugía puede ser una opción posible

	Administrado al mismo tiempo que la radioterapia (concurrente)	Tratamiento sistémico de inducción o radioterapia administrada después del tratamiento sistémico (secuencial)
Tratamientos preferidos	• Cisplatino • Carboplatino, fluorouracilo infusional	• Cisplatino, docetaxel, fluorouracilo infusional
Otros tratamientos recomendados	• Cisplatino • Carboplatino, paclitaxel	• Cisplatino, fluorouracilo infusional, paclitaxel • Carboplatino, paclitaxel más cetuximab
Tratamientos utilizados en determinados casos	• Docetaxel • Cetuximab • Cisplatino, fluorouracilo infusional • Cisplatino, paclitaxel • Fluorouracilo infusional, hidroxicarbamida	• Carboplatino, paclitaxel • Carboplatino, paclitaxel más cetuximab

Cuando la cirugía no es una opción

Un tumor irresecable no se puede extirpar con cirugía. En ocasiones, un tumor irresecable puede transformarse en resecable después de las opciones de tratamiento que se describen a continuación.

Entre las opciones de tratamiento se incluyen las siguientes:

- Si no ha recibido radioterapia, consulte las opciones que se enumeran en *Tumores irresecables* en las páginas 48 y 49.
- Si ya se ha sometido a radioterapia, podría volver a recibirla. Se puede incorporar tratamiento sistémico. Se prefiere un ensayo clínico.

Para ver opciones de tratamiento sistémico cuando la cirugía no es una opción, consulte la **Guía 6.**

Cáncer de boca metastásico

El cáncer metastásico es el que se ha diseminado a través del torrente sanguíneo a partes alejadas del cuerpo. El ensayo clínico es la opción preferida para el cáncer metastásico. Según su estado general de salud, su capacidad para realizar las actividades cotidianas, sus preferencias sobre el tratamiento y la ubicación y el número de metástasis, las opciones de tratamiento también pueden incluir tratamiento sistémico, cirugía, radioterapia o tratamiento sistémico con radioterapia. Se puede recurrir a la cirugía y la radioterapia paliativas, junto con otros tipos de tratamientos complementarios, para aliviar el dolor, las molestias, las dificultades para tragar y los efectos secundarios causados por el cáncer.

Para ver opciones de tratamiento sistémico cuando la cirugía es posible, consulte la **Guía 5**.

Para ver opciones de tratamiento sistémico cuando la cirugía no es una opción, consulte la **Guía 6**.



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.
NCCN.org/patients/response

Guía 6
Opciones de tratamiento sistémico: enfermedad recidivante, irresecable o metastásica

Tratamientos preferidos	Primera línea: • Carboplatino, fluorouracilo infusional más pembrolizumab • Cisplatino, fluorouracilo infusional más pembrolizumab • Pembrolizumab	Líneas siguientes (si no se usó antes): • Nivolumab (si hay progresión de la enfermedad durante o después de la quimioterapia con derivados del platino) • Pembrolizumab (si hay progresión de la enfermedad durante o después de la quimioterapia con derivados del platino)
Otros tratamientos recomendados	Fármacos combinados: • Carboplatino, fluorouracilo infusional más cetuximab • Cisplatino, fluorouracilo infusional más cetuximab • Cisplatino más cetuximab • Quimioterapia con derivados del platino, docetaxel o paclitaxel • Cisplatino, fluorouracilo infusional • Quimioterapia con derivados del platino, docetaxel más cetuximab • Quimioterapia con derivados del platino, paclitaxel más cetuximab • Cisplatino, docetaxel más pembrolizumab • Cisplatino, paclitaxel más pembrolizumab	Fármacos únicos: • Capecitabina • Carboplatino • Cetuximab • Cisplatino • Docetaxel • Fluorouracilo infusional • Metotrexato • Paclitaxel • Afatinib (solo para líneas posteriores, si hay progresión de la enfermedad durante o después de la quimioterapia con derivados del platino)
Tratamientos utilizados en determinados casos	• Cetuximab más nivolumab • Cetuximab más pembrolizumab • Paclitaxel más cetuximab • Pembrolizumab • Cisplatino, pemetrexed • Docetaxel más cetuximab	• Gemcitabina, paclitaxel • Ipilimumab más nivolumab • Enfortumab vedotin-ejfv • Erdafitinib • Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki

Nota: La quimioterapia con derivados del platino es con cisplatino o carboplatino.

Puntos clave

- El cáncer muy avanzado es el que permanece después del tratamiento (cáncer persistente) o el que reaparece después de un período sin la enfermedad (recidivante). También incluye cáncer que no se puede extirpar con cirugía (irresecable) o que se ha extendido a lugares cercanos (locorregional) o distantes (metastásico) a través del torrente sanguíneo.
- El tratamiento para el cáncer de boca se basa en el tamaño y ubicación del tumor, si hay cáncer en los ganglios linfáticos y en el tratamiento que haya recibido anteriormente. Su salud general y sus preferencias sobre el tratamiento también son importantes.
- Un tumor resecable se puede extirpar con cirugía. Un tumor irresecable no se puede extirpar con cirugía. En ocasiones, un tumor irresecable puede transformarse en resecable después del tratamiento sistémico, la radioterapia o ambos.
- El cáncer metastásico es el que se ha diseminado a través del torrente sanguíneo a partes alejadas del cuerpo. El ensayo clínico es la opción preferida para el cáncer de boca metastásico.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tratamientos recomienda y por qué?
- ¿Es importante el orden de los tratamientos?
- ¿Cómo puedo prepararme para el tratamiento?
- ¿El tratamiento afectará mi capacidad de saborear, oler, masticar, respirar, hablar o tragar?
- ¿Cómo tratará los efectos secundarios?

¿Cuál es el siguiente paso?

El siguiente capítulo proporciona recursos y lugares donde puede obtener más información.

8
Otros recursos

55 Qué más hay que saber

55 Qué más hacer

55 Dónde obtener ayuda

56 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

En esta guía, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y mejorar su atención oncológica. Pero no es el único recurso que tiene.

Solicite toda la información posible y ayuda que necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Encontrar un oncólogo, como un oncólogo dental, que se especialice en tratar el cáncer de boca.
- Tomar decisiones sobre el tratamiento.
- Conocer los detalles del tratamiento y sus posibles efectos secundarios.
- Obtener ayuda económica.
- Aprender a afrontar el tratamiento oncológico y otros problemas de salud.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Generalmente, dispone de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista a continuación y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Bag It
bagitcancer.org

Bone Marrow y Cancer Foundation
bonemarrow.org

CanCare
Cancare.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
Cancerhopenetwork.org

GRACE
Cancergrace.org

Head and Neck Cancer Alliance
Headandneck.org

HPV Cancers Alliance
hpvca.org

Imerman Angels
Imermanangels.org

Oral Cancer Foundation
Oralcancerfoundation.org

Support for People with Oral and Head and Neck Cancers
Spohnc.org

THANC Foundation
Thancfoundation.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué ayudas existen para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Qué otros servicios están a mi disposición y a la de mis cuidadores?
- ¿Cómo me conecto con otras personas para crear un sistema de apoyo?
- ¿Con quién puedo hablar si no siento seguridad en mi casa, el trabajo o mi barrio?



¡Podrá superarlo! La curación puede llevar mucho tiempo, así que sea paciente y viva un día a la vez. Hay muchos recursos y pacientes oncológicos, solo busque ayuda cuando esté listo. Yo no era una persona muy sociable, pero las conversaciones, ya fueran grupales o individuales, me resultaron muy beneficiosas".



Palabras que debe conocer

biomarcador
Una sustancia que se encuentra en un tejido o fluido corporal que podría ser un signo de cáncer.

biopsia
Procedimiento mediante el cual se toman muestras de fluidos o tejidos para analizarlas y detectar una enfermedad.

carcinoma
El cáncer que comienza en las células que se forman en el revestimiento de los órganos y las estructuras del cuerpo.

cavidad bucal
Hace referencia a la boca. Incluye los labios, el revestimiento interno de las mejillas y los labios, los dos tercios delanteros de la lengua, las encías superiores e inferiores, el suelo de la boca debajo de la lengua, el paladar duro, el paladar blando y la pequeña zona que se encuentra detrás de las muelas del juicio.

cavidad nasal
El espacio que se encuentra dentro de la nariz. Se encuentra sobre el hueso que forma el techo de la boca y se curva hacia abajo en la parte posterior para unirse a la garganta.

cirugía
Una operación para extirpar o reparar una parte del cuerpo.

cresta alveolar
La zona ósea elevada del maxilar superior y del maxilar inferior que sostiene las cavidades dentales.

cuidados paliativos
Atención médica que incluye el alivio de los síntomas, pero no el tratamiento del cáncer. En ocasiones, también se le llama tratamiento complementario.

ecografía
Prueba que usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo.

efecto secundario
Respuesta física o emocional insalubre o desagradable frente al tratamiento.

encía
Tejido de los maxilares superior e inferior que rodea la base de los dientes y las muelas.

ensayo clínico
Tipo de investigación que evalúa pruebas o tratamientos de salud.

estadificación
El proceso de clasificar y describir la extensión del cáncer en el cuerpo.

estadio anatomopatológico (p)
Clasificación de la extensión del cáncer según los análisis microscópicos realizados después del tratamiento.

estadio clínico (c)
Clasificación de la extensión de un tumor de acuerdo con los estudios realizados antes del tratamiento.

estadio del cáncer
Clasificación del crecimiento y la extensión del cáncer.

estado funcional (EF)
Clasificación del nivel general de aptitud física de una persona y su capacidad para realizar tareas de autocuidado en la vida diaria.

estudios de diagnóstico por imágenes
Estudio que toma fotografías (imágenes) del interior del cuerpo.

ganglio linfático
Pequeño grupo de células que combaten enfermedades y que se encuentran en todo el cuerpo.

gen
Instrucciones codificadas en las células para crear nuevas células y controlar la forma en que se comportan.

histología
Estructura de las células, los tejidos y los órganos observada a través del microscopio.

inmunoterapia
Tratamiento con medicamentos que ayudan al organismo a encontrar y destruir las células cancerosas.

irresecable
Cáncer que no se puede extirpar por completo mediante cirugía.

margen quirúrgico
Tejido de aspecto normal alrededor del borde de un tumor que se extirpa durante la cirugía.

medio de contraste
Sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes que se toman en los estudios de diagnóstico por imágenes sean más claras.

metástasis
Diseminación de las células cancerosas del primer tumor a otra parte del cuerpo.

mucosa bucal
El revestimiento interno de las mejillas. También se llama mucosa oral.

muelas del juicio
Las últimas muelas en salir en la parte posterior de los maxilares superior e inferior. Estas muelas no le salen a todo el mundo.

mutación
Cambio anormal.

paladar blando
Porción blanda y muscular de la parte posterior del techo de la boca. Detrás del paladar duro. Parte de la orofaringe.

paladar duro
Parte ósea del techo de la boca.

progresión
Crecimiento o propagación del cáncer después de haberse analizado o tratado.

pronóstico
La evolución y el resultado probables de una enfermedad.

quimioterapia
Fármacos que eliminan las células cancerosas al dañar o interrumpir la creación del código genético.

radiografía panorámica
Fotografía del interior de toda la boca, incluida la mandíbula.

radiomarcador
Sustancia que libera pequeñas cantidades de energía (radiación) y que se coloca en el cuerpo para que las imágenes sean más claras.

radioterapia (RT)
Tratamiento que utiliza rayos de alta energía o enfoques relacionados para eliminar las células cancerosas.

recidiva
Reaparición del cáncer después de un período libre de la enfermedad. También se llama recaída.

resecable
Cáncer que puede extirparse con cirugía.

resonancia magnética (RM)
Estudio que usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

seno paranasal
Uno de los muchos pequeños espacios huecos que hay en los huesos que rodean la nariz. Los senos paranasales están recubiertos de células

que producen moco para evitar que la nariz se seque al respirar.

sistema inmunitario
Defensa natural del cuerpo contra las infecciones y las enfermedades.

tomografía computarizada (TC)
Prueba que combina diferentes rayos X para tomar imágenes del interior del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)
Estudio que utiliza material radioactivo para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

tratamiento complementario
Atención médica que incluye el alivio de los síntomas, pero no el tratamiento del cáncer. También se le llama cuidados paliativos.

tratamiento dirigido
Un tratamiento con medicamentos dirigidos específicamente a una característica específica o única de las células cancerosas.

trígono retromolar
La zona que se encuentra detrás de las muelas del juicio.

tumor
Masa anormal de células.

tumor primario
La primera masa de células cancerosas en el cuerpo.

vasos linfáticos
Tubos que transportan la linfa (fluido transparente que contiene glóbulos blancos para combatir las infecciones y las enfermedades) en todo el cuerpo y conectan los ganglios linfáticos entre sí.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para los tumores de cabeza y cuello, versión 1.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

Tanya Fischer, máster en Educación, máster en Ciencia de Librería e Información
Redactora médica sénior

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para los tumores de cabeza y cuello, versión 1.2026, fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. David G. Pfister, presidente
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dra. Sharon Spencer, vicepresidenta
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. Douglas Adkins
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

* Dr. Andrew C. Birkeland
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. David M. Brizel
Duke Cancer Institute

Dr. Paul M. Busse, doctor en Medicina
Mass General Cancer Center

Molly Cassidy, doctora en Derecho, doctora en Educación
Defensora de pacientes

Dr. Jimmy J. Caudell, doctor en Medicina
Moffitt Cancer Center

Dr. Anthony J. Cmelak
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. A. Dimitrios Colevas
Stanford Cancer Institute

Dr. Greg Durm, máster en Ciencias
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dra. Carole Fakhry, máster en Salud Pública
The Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Thomas Galloway
Fox Chase Cancer Center

Dra. Jessica L. Geiger
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dra. Maura L. Gillison, doctora en Medicina
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Christine Glastonbury, licenciada en Medicina y Cirugía
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Robert I. Haddad
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

Dr. Wesley L. Hicks, Jr.
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

* Dra. Ying J. Hitchcock
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dr. Antonio Jimeno, doctor en Medicina
University of Colorado Cancer Center

Dr. Aditya Juloori
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

* Michael Kase, doctor en Medicina Dental
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. Alexander Ladenheim
Yale Cancer Center/ Smilow Cancer Hospital

Dra. Debra Leizman
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dra. Ellie Maghami
City of Hope National Medical Center

Dr. Loren K. Mell
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. Bharat B. Mittal
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dr. Harlan A. Pinto
Stanford Cancer Institute

Dra. Katharine Price
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. James W. Rocco, doctor en Medicina
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dra. Cristina P. Rodriguez
Fred Hutchinson Cancer Center

Dr. David Schwartz
The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Jatin P. Shah, doctor en Medicina
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. David Sher, máster en Salud Pública
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dra. Maie St. John, doctora en Medicina
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Gregory Weinstein
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. Francis Worden
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dra. Justine Yang Bruce
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dra. Sue S. Yom, doctora en Medicina
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Weining Zhen
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

NCCN

Susan Darlow, doctora en Medicina
Gerente sénior de Digitalización de Guías

Sarah Montgomery, licenciada en Economía
Especialista en Diseño de Guías

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania
+1 800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio
UH Seidman Cancer Center
+1 800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services
CC Taussig Cancer Institute
+1 866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer
Case CCC
+1 216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Duarte, California
+1 800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center |
Mass General Cancer Center
Boston, Massachusetts
+1 877.442.3324 • youhaveus.org
+1 617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte
+1 888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania
+1 888.369.2427 • foxchase.org

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
+1 402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington
+1 206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah
+1 800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana
+1 888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland
+1 410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
+1 480.301.8000 • Arizona
+1 904.953.0853 • Florida
+1 507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York
+1 800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
+1 888.663.3488 • moffitt.org

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama
+1 800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University
Chicago, Illinois
+1 866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York
+1 877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri
+1 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee
+1 866.278.5833 • stjude.org
+1 901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
+1 877.668.7535 • cancer.stanford.edu

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio
+1 800.293.5066 • cancer.osu.edu

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois
+1 773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
+1 844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
+1 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California
+1 310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
+1 800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
+1 720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Míchigan
+1 800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
+1 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
+1 214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1 877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
+1 855.4.SMILOW • yalecancercenter.org



Complete nuestra encuesta y contribuya para que NCCN Guidelines for Patients sea mejor para todos.

NCCN.org/patients/comments

Índice

atención de seguimiento 45
audición 11, 37
biopsia 15
cáncer en estadio temprano 21, 43–45
cáncer localmente avanzado 21, 44–45
cáncer metastásico 21, 48, 51–52
cáncer muy avanzado 21, 48–52
cáncer persistente 48, 50–52
cáncer recidivante 48, 50–52
cavidad bucal (boca) 5–6
célula escamosa 5–6, 21, 44
cirugía 26–28
comer 6, 11, 38–39
consumo de alcohol 9–10
consumo de tabaco 9–10
deglución 12, 37–38
dentista 11, 14, 25, 29, 38
ecografía 14
efectos secundarios 36–40
ensayos clínicos 32–33
epitelio 6, 21
estadio del cáncer 19–21
estado funcional 11, 48–49
examen dental 11
exploración con espéculo 11
exploración de cabeza y cuello 11
fertilidad 12
ganglios linfáticos 28
habla 6, 12, 37–38
inmunoterapia 30–31
linfadenectomía 20, 28
linfedema 39
malestar emocional 11, 38
medio de contraste 13
mucosa bucal 6
mutación 16
nutrición 11, 25, 38–39
pruebas genéticas 16
pruebas tumorales 16
quimiorradioterapia 31
quimioterapia 30–31
radiografía dental 14, 29
radioterapia 28–29, 39
RM 14
sequedad bucal 38
supervivencia 40
tabaquismo y vapeo 9–10
TC 13
TEP 14
tratamiento dirigido 30–31
tumores irresecables 48–49, 51–52



NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

Cáncer de boca

2025

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients ha sido posible gracias al apoyo de AVEO Pharmaceuticals Inc. y Coherus Biosciences.

National Comprehensive Cancer Network®
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

NCCN.org/patients - Para pacientes | NCCN.org - Para médicos

PAT-N-1917-0326