



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



DOCUMENTO DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

WEBMINAR RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19

PONENTES:

- Dr. RICARD MESÍA (**RM**), PRESIDENTE DE TTCC, GRUPO ESPAÑOL DE TRATAMIENTO DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO. JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL ICO BADALONA, HOSPITAL GERMANS TRIAS Y PUJOL.
- Dr. JOSÉ LUIS CEBRIÁN (**JLC**), PRESIDENTE ELECTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL Y DE CABEZA Y CUELLO. JEFE DE SECCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL LA PAZ DE MADRID.
- DR. PEDRO DÍAZ DE CERIO (**PDC**), PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE CABEZA Y CUELLO Y BASE DE CRÁNEO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. MÉDICO ADJUNTO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO.
- DR. JORDI GIRALT (**JG**), PRESIDENTE DE GEORCC, GRUPO ESPAÑOL DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA EN CABEZA Y CUELLO. JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON DE BARCELONA.

1. En el contexto actual de infección por COVID 19, en cáncer laríngeo Estadios I-II, cuál actitud terapéutica recomendáis: 1- MCL + biopsia, esperar resultado y luego tratar con radioterapia 2- MCL con biopsia intraoperatoria y luego continuar con resección endolaríngea con láser o micro electrodos ?

PDC: La recomendación es seguir los protocolos habituales y la decisión que se tome en un comité multidisciplinar de tumores ORL de cada centro. Hay que tener en cuenta las posibilidades de cada hospital, pero la opción recomendable sería la toma de biopsia seguida de cirugía transoral. Si la biopsia puede ser intraoperatoria se pueden adelantar tiempos y evitar una segunda cirugía. Recordar que todo paciente al que se le vaya a someter a una cirugía debe tener 24/48 horas antes un test para descartar coronavirus.

JG: Si hay problemas con los quirófanos la opción de una radioterapia sería una buena alternativa.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



2. Buenas tardes, solo una observación. En MCL para biopsia laríngea, considerar que el cirujano o el ayudante (si está presente), si usan normalmente gafas graduadas, no puede usar: sus gafas + gafas estanco + microscopio quirúrgico porque no se puede lograr el enfoque. Esto es muy sencillo, pero cuando uno se presenta al caso problema se da cuenta de este detalle. Por otra parte ¿En T1-2 NOMO de laringe, que normalmente lo tratamos con cirugía, en estos momentos es recomendable por la aerosolización o la incomodidad de la cirugía con todo el equipamiento necesario, podremos optar por tratamientos alternativos como radioterapia?

PDC: Obviamente realizar una cirugía transoral con gafas estancas superpuestas a las gafas correctoras personales resulta incómodo, pero no imposible. Se puede realizar el enfoque del microscopio y del manipulador y realizar la cirugía según la técnica prevista. Solo recomendamos variar el protocolo de tratamiento según las decisiones de un comité multidisciplinar y las posibilidades de cada centro hospitalario en relación a la pandemia.

3. ¿Recomendáis PCR a todos los enfermos antes de realizar una cirugía laríngea ? Hay controversias, en algunos hospitales nos comentan que si el enfermo es asintomático no realizarla, pero sabemos que muchos enfermos son asintomáticos las primeras 24-48 h de la enfermedad y tienen importante carga viral con el consiguiente foco para los susceptibles.

PDC: La respuesta es clara. Siempre test previo.

4. ¿Traqueo percutánea en manejo pacientes UCI vs T convencional?

PDC: No existe evidencia científica acerca de qué técnica utilizar. Se recomienda hacer la técnica que se realizaba habitualmente en cada centro teniendo en cuenta la situación particular de cada centro y la presión asistencial.

5. ¿Cuál es tu recomendación con respecto al láser?

PDC: La cirugía transoral con láser CO2 es una técnica que puede ser realizada durante la pandemia por COVID-19 sin restricciones. Recordar que todo paciente con patología oncológica de cabeza y cuello que se decida en un comité multidisciplinar que su tratamiento es quirúrgico debe tener 24/48 horas antes de la cirugía un test de detección de coronavirus.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



6. ¿Cuál sería la recomendación de tratamiento para un paciente > 60 años con cáncer de laringe T4 resecable con riesgo de obstrucción de vía aérea superior: traqueotomía + RT (c/s QT) VS cirugía (con disección de cuello electiva bilateral o RT)?

PDC: Las guías clínicas recomiendan en un T4 laríngeo que precisa traqueotomía la realización de una laringectomía total. La recomendación sería tras debatir el caso en un comité multidisciplinar, la realización de cirugía radical previo test negativo para coronavirus 24/48 horas antes de la cirugía.

7. Para el Dr. Díaz de Cerio Desconozco si se les ha presentado esta situación parecida, aunque imagino que sí-. Un ejemplo: paciente con neumonía por COVID-19, en UVI, se le ha practicado traqueotomía por intubación prolongada. Es dado de alta a planta portando traqueotomía. Puede subir a planta con persistencia + o -. Y ¿En qué casos sería recomendable colocar filtros en cánula? Y durante cuánto tiempo. Teniendo en cuenta que aún va a permanecer en la habitación aislado. Gracias.

PDC: La recomendación es que si es posible todos los pacientes con cánula lleven un filtro de intercambio calor/humedad. La cánula preferiblemente tiene que ser no fenestrada y con balón inflado para aislar lo más posible la vía aérea. Se recomiendan los cambios y/o cierre de la traqueostomía una vez que el paciente se negativice para coronavirus. Puedes encontrar las recomendaciones completas en la página web de la SEORL (www.seorl.net).

8. Buenas tardes, tengo una pregunta para el Dr Pedro Diaz de Cerio: y ¿por qué motivo se debe evitar el Área V en los rescates cervicales? Muchas gracias.

PDC: En los vaciamentos de rescate por recidiva o persistencia tumoral la posibilidad de lesión nerviosa es elevada, con la consecuente iatrogenia sobre la extremidad superior. Tras un estudio radiológico y con PET, se recomienda cada vez más la realización de vaciamentos supra-selectivos (resección del área ganglionar afectada y su proximidad). Adjunto citas bibliográficas.

Superselective Neck Dissection After Chemoradiation Feasibility Based on Clinical and Pathologic Comparisons K. Thomas Robbins, MD; Kerwin Shannon, MD; Francisco Vieira, MD Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133:486-489

Selective neck dissection in the treatment of head and neck squamous cell carcinoma patients with a clinically positive neck. Fernando López (MD, PhD, FEBORL-HNS), Laura Fernández-Vañes (MD, MSc), Patricia García-Cabo (MD, PhD), Gianluigi Grilli (MD), César Álvarez-Marcos (MD, PhD), José Luis Llorente (MD, PhD), Juan Pablo Rodrigo (MD, PhD)
<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104565>



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



9. ¡Gracias por tu exposición! Entonces, ¿todas las medidas de protección que has explicado serían para un paciente con PCR negativa?

PDC: Distinguimos entre paciente que sabemos que tiene coronavirus por tener un test positivo y pacientes sospechosos de tener coronavirus por no tener test de pacientes que hemos descartado mediante test que tengan coronavirus. Siempre hay que actuar con la mayor seguridad y protección y ante la mínima duda actuar como si de un caso positivo se tratara. Puedes encontrar las recomendaciones completas en la página web de la SEORL (www.seorl.net).

JLC: Muchas gracias por tu pregunta. La mayor parte de los pacientes que vemos en consultas, no tienen PCR hecha y debemos protegernos como he explicado. En cirugía electiva o de urgencias en la que podemos solicitar PCR, aunque sea negativa y dado los problemas que hemos visto con los tests disponibles, yo creo que habría que llevar: bata impermeable, doble guante, gafas integrales y mascarilla FFP3 (no debemos olvidar que se trata de un virus respiratorio). El problema es que, al haber desabastecimiento, estamos teniendo recomendaciones de “mínimos” en lugar de “máximos”. Es lo que llaman *medicina basada en las existencias*, pero las recomendaciones, sin duda deben ser de “máximos”.

10. Hola a todos. ¿Debemos asegurarnos también de que el equipo quirúrgico es negativo mediante test?

PDC: Hacer tests a todos los sanitarios sería la situación ideal. Lamentablemente la realidad actual hace que esta posibilidad no pueda ser llevada a cabo en la mayoría de centros.

JLC: Muchas gracias por tu pregunta. Eso sería lo ideal. El problema es que, si somos negativos y nos estamos exponiendo cada día, no podemos hacernos tests de PCR seriados, porque el contacto de riesgo lo tenemos a diario. Si hemos pasado la enfermedad es más fácil porque se puede hacer un test serológico para ver si hemos generado anticuerpos y si es así y funciona como en otras enfermedades similares, no deberíamos contagiarnos ni contagiar. En cualquier caso, yo creo que la clave está en proteger y protegernos. En un virus respiratorio como este, si la transmisión es como se cuenta, lo más importante es cumplir escrupulosamente y rigurosamente las medidas de protección sin relajarnos porque a veces la costumbre, cuando ya has operado muchos pacientes, hace que te relajes y los errores por no cumplir estos protocolos son los más peligrosos.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



11. En caso de que nuestros quirófanos no tengan ventilación con presión negativa, ¿hay alguna contraindicación de uso de aire acondicionado? ¿Debería evitarse operar con el sistema de aire acondicionado encendido?

PDC: Aunque no hay suficiente evidencia al respecto hay publicaciones al respecto que indican que los aparatos de aire acondicionado pueden ayudar a la diseminación de los aerosoles.

JLC: Muchas gracias por tu pregunta. Supongo que depende del tipo de ventilación del quirófano. En principio, en quirófanos modernos, la temperatura se regula sin perder las propiedades de presión. Otro tema es que normalmente los quirófanos tienen presión positiva porque es lo recomendable para evitar otro tipo de infecciones. Esto supone un problema y hace que las recomendaciones de los servicios de medicina preventiva vayan cambiando. Nosotros tenemos dos quirófanos dedicados a pacientes COVID. Tienen guillotinas de las antiguas para comunicar con las intermedias. Aconsejamos que éstas estén cerradas e insistimos en que todo el material esté preparado dentro del quirófano. Se deja abierta la puerta que comunica con el antequirófano para perder esa presión positiva. En cualquier caso, coméntalo con el Servicio de Medicina Preventiva de tu institución que seguro que te lo aclaran mejor.

12. ¿Y considerar las derivaciones a otros centros que se puedan operar?

PDC: Si la situación no permite realizar una intervención quirúrgica en un centro hospitalario por situación particular de la pandemia una buena solución sería buscar un traslado a otro centro donde le pudieran proporcionar el tratamiento quirúrgico previamente decidido en un comité multidisciplinar. Lamentablemente son soluciones que encuentran muchas trabas a niveles administrativos.

JLC: Así es. Yo creo que se debería haber preservado algún hospital grande libre de covid para dar salida a pacientes oncológicos. Nosotros hemos podido derivar pacientes a hospitales privados libres con los que hemos llegado a acuerdos. En cualquier caso debemos asegurarnos que no operamos a un paciente en periodo de incubación o poco sintomático. Los artículos de China recomiendan 10 días de confinamiento previo a la cirugía con medida de temperatura cada 12 h, PCR y analítica con los parámetros típicos de COVID más TC de tórax dos días antes y firmar CI específico además de declaración de cumplimiento de confinamiento y veracidad de lo que firman. Te mando un par de referencias de tumores de cabeza y cuello y un consenso de cirugía que me han resultado útiles.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



- 1) Babak Givi, MD; Bradley A. Schiff, MD; Steven B. Chinn, MD, MPH; Daniel Clayburgh, MD, PhD; N. Gopalakrishna Iyer, MBBS, PhD; Scharukh Jalisi, MD; Michael G. Moore, MD; Cherie-Ann Nathan, MD; Lisa A. Orloff, MD; James P. O'Neill, MD, MBA; Noah Parker, MD; Chad Zender, MD; Luc G. T. Morris, MD, MSc; Louise Davies, MD, MS. Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck During the COVID-19 Pandemic. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. doi:10.1001/jamaoto.2020.0780 Published online March 31, 2020.
- 2) Yang Y et al. Experience of diagnosing and managing patients in Oral Maxf Surgery during the prevention and control period of the new coronavirus pneumonia. Chin Den J Res 2020; 23(1):57-62: 10.3290/j.cjdr
- 3) COVID-19: Pandemic surgery guidance. Björn L.D.M. Brücher, Giuseppe Nigri, Andrea Tinelli, Jose Florencio F. Lapeña, Eloy Espin-Basany et al. for the Pandemic Surgery Guidance Consortium (PSGC). 4open, 3 (2020) 1. DOI: <https://doi.org/10.1051/fopen/2020002>

13. Todas estas medidas en pacientes oncológicos, si el paciente es covid +, ¿cuánto tiempo hay que esperar? ¿A que el hospital pueda asumir ese paciente en rea? ¿A que se negativice el test en paciente o pase la clínica? Si es covid -, ¿deberíamos también posponer la cirugía? Gracias.

PDC: la recomendación es esperar a realizar la cirugía cuando el paciente de negativo en el test de detección. Se ha demostrado un aumento significativo de la mortalidad en pacientes intervenidos con test positivo. Respecto a la disponibilidad de Reanimación y camas en unidades de intensivos, depende de cada centro y de su organización, pero hay que asegurar el realizar una cirugía con las garantías suficientes.

JCL: Los artículos de China recomiendan 10 días de confinamiento previo a la cirugía con medida de temperatura cada 12 h, PCR y analítica con los parámetros típicos de COVID más TC de tórax dos días antes y firmar CI específico además de declaración de cumplimiento de confinamiento y veracidad de lo que firman. Te mando un par de referencias de tumores de cabeza y cuello y un consenso de cirugía que me han resultado útiles. Esto en el caso de negativos. Es necesario asegurarse que no están en periodo de incubación, que empeora el pronóstico de la cirugía. En cuanto al tiempo que hay que esperar para operar un paciente positivo que se ha negativizado, depende mucho de la severidad de la enfermedad que haya pasado. En pacientes con clínica de vías respiratorias altas o poco sintomáticos bastaría con unos días como con otra infección por virus respiratorios, por lo que sabemos hasta ahora. En los casos de neumonía, es la evolución del pulmón la que va a indicar las posibilidades quirúrgicas. Algunos pacientes quedan muy afectados y todavía sabemos poco de las secuelas a medio-largo plazo del tipo de fibrosis pulmonar. En cuanto a la situación del hospital hay que asegurar un circuito limpio que incluya quirófano, REA y planta.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



- 1) Babak Givi, MD; Bradley A. Schiff, MD; Steven B. Chinn, MD, MPH; Daniel Clayburgh, MD, PhD; N. Gopalakrishna Iyer, MBBS, PhD; Scharukh Jalisi, MD; Michael G. Moore, MD; Cherie-Ann Nathan, MD; Lisa A. Orloff, MD; James P. O'Neill, MD, MBA; Noah Parker, MD; Chad Zender, MD; Luc G. T. Morris, MD, MSc; Louise Davies, MD, MS. Safety Recommendations for Evaluation and Surgery of the Head and Neck During the COVID-19 Pandemic. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. doi:10.1001/jamaoto.2020.0780 Published online March 31, 2020.
- 2) Yang Y et al. Experience of diagnosing and managing patients in Oral Maxf Surgery during the prevention and control period of the new coronavirus pneumonia. Chin Den J Res 2020; 23(1):57-62: 10.3290/j.cjdr
- 3) COVID-19: Pandemic surgery guidance. Björn L.D.M. Brücher, Giuseppe Nigri, Andrea Tinelli, Jose Florencio F. Lapeña, Eloy Espin-Basany et al. for the Pandemic Surgery Guidance Consortium (PSGC). 4open, 3 (2020) 1. DOI: <https://doi.org/10.1051/fopen/2020002>.
- 4) S. Lei et al., Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection, EClinicalMedicine (2020), <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331> -

JG: Es una decisión difícil y creo que hay que analizar cada paciente por separado. Pero si el paciente no puede operarse (en su centro o en otro centro) y está progresando hay que plantear un tratamiento de radioterapia o de quimioradioterapia. En este sentido el comité multidisciplinar es de gran ayuda.

14. Dr. Jose Luis Cebrían, los tumores de Cabeza y cuello en estadios I y II tienen 2 opciones posibles la cirugía y/o la Radioterapia, si no es posible la intervención quirúrgica, ¿les están ofreciendo la Radioterapia como opción curativa? Gracias.

JCL: Gracias por tu pregunta. La verdad es que todo esto ha sido tan explosivo que parece que ha pasado mucho tiempo, aunque solo hayan sido unas semanas. Los servicios de radioterapia siguen con su actividad habitual, además de tener que asumir otros tumores en estadios avanzados, de manera que estos pacientes con tumores más pequeños covid – los intentamos derivar a centros libres de enfermedad que los pueden tratar más rápido. Si son Covid+ esperamos a que se negativice antes de empezar cualquier tratamiento. En estos casos, sobre todo los en los severos, el estado del pulmón va a ser determinante a la hora de decidir el tratamiento.

JG: creo que, en estos casos, que si no se puede ofrecer una cirugía en un tiempo razonable (en su centro o en otro centro), los pacientes deberían ser evaluados por el comité de tumores y en muchos de ellos ofrecerles un tratamiento de radioterapia.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



15. Para El Dr Cebrian: Si no se operan pacientes COVID-19 positivos y teniendo en cuenta el ingreso a UCI de los pacientes operados y asintomáticos, ¿hay que hacer prueba en todos los pacientes que van a quirófano independientemente de la existencia o no de síntomas?

JCL: Yo creo que sí. Así lo recomiendan todos los artículos de China que he revisado. El problema es que con los líos que ha habido con los test aquí en España, nadie de momento ha hecho una recomendación institucional. Estos autores recomiendan 10 días de confinamiento previo a la cirugía con medida de temperatura cada 12 h, PCR y analítica con los parámetros típicos de COVID más TC de tórax dos días antes y firmar CI específico además de declaración de cumplimiento de confinamiento y veracidad de lo que firman. Te mando un par de referencias de tumores de cabeza y cuello y un consenso de cirugía que me han resultado útiles.

- 1) Yang Y et al. Experience of diagnosing and managing patients in Oral Maxf Surgery during the prevention and control period of the new coronavirus pneumonia. Chin Den J Res 2020; 23(1):57-62: 10.3290/j.cjdr
- 2) COVID-19: Pandemic surgery guidance. Björn L.D.M. Brücher, Giuseppe Nigri, Andrea Tinelli, Jose Florencio F. Lapeña, Eloy Espin-Basany et al. for the Pandemic Surgery Guidance Consortium (PSGC). 4open, 3 (2020) 1. DOI: <https://doi.org/10.1051/fopen/2020002>.

16. En los casos de tumores- cáncer de parótida ¿cuál pensáis sería el protocolo? o en caso que solo se precise Vaciamiento Ganglionar como en caso de no respuesta completa cervical o de una recidiva cervical?

JLC: en estos casos creo que hay que asegurarse de que el paciente es negativo y no está incubando la enfermedad antes de operarle. Los autores con más experiencia recomiendan 10 días de confinamiento previo a la cirugía con medida de temperatura cada 12 h, PCR y analítica con los parámetros típicos de COVID más TC de tórax dos días antes y firmar CI específico además de declaración de cumplimiento de confinamiento y veracidad de lo que firman. Además, es necesario asegurar un circuito quirúrgico limpio que incluya quirófano, REA y planta. Te mando un par de referencias de tumores de cabeza y cuello y un consenso de cirugía que me han resultado útiles.

- 1) Yang Y et al. Experience of diagnosing and managing patients in Oral Maxf Surgery during the prevention and control period of the new coronavirus pneumonia. Chin Den J Res 2020; 23(1):57-62: 10.3290/j.cjdr
- 2) COVID-19: Pandemic surgery guidance. Björn L.D.M. Brücher, Giuseppe Nigri, Andrea Tinelli, Jose Florencio F. Lapeña, Eloy Espin-Basany et al. for the Pandemic Surgery Guidance Consortium (PSGC). 4open, 3 (2020) 1. DOI: <https://doi.org/10.1051/fopen/2020002>.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



17. Al Dr Cebrian: la valoración preoperatoria epidemiológica (con analítica completa, TC torácico y PCR) entiendo que se hace 24-48H antes de la IQ. ¿Logísticamente lo habéis podido organizar?

JLC: Gracias por tu pregunta. La verdad es que ya hemos implantado el protocolo en las intervenciones urgentes puesto que, de momento, no estamos operando cirugía programada. No son muchos casos y se ha asumido sin problemas. En La Paz se ha abierto un nuevo TAC en urgencias para agilizar estos procesos y, si se va a realizar un tac abdominal o cervical urgente, se completa con el de tórax. Implantarlo para la cirugía programada va a ser más complicado, pero está en el ánimo de la Subdirección del área quirúrgica hacerlo así.

18. Un paciente con cáncer de laringe T4a N2 M0 con riesgo de obstrucción de vía aérea Covid 19 negativo. ¿Cuál sería la mejor posibilidad de tratamiento?

JLC: Creo que esta pregunta la pueden responder mejor que yo los otros tres panelistas porque yo no tengo experiencia en este tipo de tumores. Lo único que puedo decirte es que te asegures de que es negativo y si tienes que hacer un procedimiento quirúrgico te protejas adecuadamente. Muchas gracias.

RM: Gracias por su pregunta. Entiendo te refieres a un tumor que está a punto de obstruir el espacio laríngeo. El tumor T4a significa que el tumor invade cartílago tiroides o estructuras laríngeas. Por tanto, el tratamiento es la laringectomía total, más vaciamiento ganglionar cervical y siguiente tratamiento complementario con radioterapia más cisplatino según la afectación de la cápsula ganglionar.

Si el paciente se negara a la laringectomía, sería partidario de realizar una traqueostomía previa (preservar vía aérea) a una radioterapia + quimioterapia concomitante (produce elevada inflamación en la zona al inicio de tratamiento).

JG: Solo insistir en lo que dice Ricard, valorar la traqueostomía y platear QT-RT o RT sola si tiene comorbilidades que contraindican la QT.

PDC: La recomendación en este caso particular sería, tras pasar el caso en un comité de tumores, la realización de una laringectomía total con vaciamiento cervical bilateral tal y como orientan las guías de práctica clínica al respecto.

19. Al panel: dada la situación de caos, cambios constantes, posibilidad de hacer menos visitas, ¿veis razonable espaciar controles oncológicos en pacientes ya tratados y en remisión, siempre de forma individualizada y previa llamada telefónica? Muchas gracias por el esfuerzo del webinar.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



JLC: lo que comentas es totalmente lógico y así lo estamos haciendo. Los hospitales, ahora mismo, son lugares poco seguros y debemos proteger y protegernos. Además, tenemos la obligación de ayudar en las medidas de confinamiento que se han instaurado. Lo que también es recomendable es que los pacientes acudan sin acompañante si es posible o si no que lo hagan siempre con el mismo, guardando las recomendaciones en las que hemos insistido durante el webinar. Un saludo

RM: En relación al seguimiento de los pacientes dependerá del momento en el que nos encontremos. Sabemos que el 95% de las recidivas se producen en los 3 primeros años tras el tratamiento por lo que en estos pacientes lo adecuado sería realizar una visita telefónica y sólo citar al paciente si se detecta que ha habido síntomas sospechosos de recidiva, así sólo vendrían al hospital los que realmente tenemos que explorar o hacer una prueba de imagen.

PDC: Se recomienda seguir con las visitas previstas a los pacientes oncológicos de cabeza y cuello que lleven menos de dos años desde final de tratamiento, previa realización de una consulta telefónica y un cribado de detección de coronavirus. En las consultas se recomienda espaciar los pacientes y disponer de señales físicas de distanciamiento entre pacientes y profesionales de seguridad. Puedes encontrar las recomendaciones completas en la pagina web de la SEORL (www.seorl.net).

20. 1. En pacientes que se les administra QT/RT (orofaringe) por irreseabilidad, no sería posible el planteamiento de abordar la resección como previo a la QT/RT. 2. Añadir tb que en el último consenso sobre ganglio centinela del año pasado, apuntaban valorar ganglio centinela en pacientes con recidivas tumores en pacientes cuyos cuellos ya se han tratado con cirugía y/o RT. Querría saber qué opinan al respecto. (Surgical consensus guidelines on sentinel node biopsy (SNB) in patients with oral cancer).

JLC: el concepto de irreseabilidad, supone que el tumor no podría extirparse de forma completa o que, si fuese posible, tendría una morbilidad difícilmente asumible. Los protocolos de QT/RT son la mejor opción, dejando la cirugía como opción de rescate si la respuesta no es completa. Con respecto al ganglio centinela, mi experiencia se limita a su uso en tumores pequeños (T1). En estos casos de recidiva, me guio por el PET-TAC y PAAF de áreas sospechosas a la hora de retratar el cuello. Un saludo.

JG: Completando la pregunta 2, creo que el ganglio centinela solo aplica al diagnóstico inicial. Ante una recidiva creo que es mejor opción el PET-TC y la PAAF. Lo que propones del ganglio centinela en recaídas es un tema en investigación y que podría ayudar a conocer la diseminación ganglionar del paciente. Entiendo que este, no es el mejor momento para ponerlo en marcha.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



PDC: Respecto a la primera pregunta, si un paciente presenta un tumor que se ha dado por irresecable en una primera decisión de un comité multidisciplinar no creo que se deban cambiar las estrategias terapéuticas habida cuenta de la complejidad de la cirugía propuesta. Respecto a la valoración del ganglio centinela, es un tema controvertido en la que pues encontrar opiniones diversas en la bibliografía. Si bien es una técnica fiable, requiere de una amplia experiencia del centro para que los resultados sean fiables. En estos casos se recomienda la realización de un PET a las 8-12 semanas para valorar la presencia o no de persistencia tumoral.

21. 8 sem quizá es excesivo en ca oral inicial (solo lo contemplaría en grado I) Mejor RT aunque sea hipofraccionada (sin evidencia) que W&S.

JLC: yo creo que, aunque nos encontramos en un escenario complicado, tendremos la opción de operar estos tumores asegurándonos de que el paciente es covid -. Es posible que la presión asistencial, la situación de un hospital inseguro por la epidemia y la falta de espacios adecuados de REA postoperatorio, nos obligue a realizar cirugías expeditivas, dejando la cirugía cervical para más adelante siempre con un estrecho seguimiento del paciente. Para mí, lo importante ahora es asegurarnos de que no están en periodo de incubación o asintomáticos siguiendo las recomendaciones que he realizado durante el webinar porque presentan muchas complicaciones postoperatorias. En los pacientes covid + la situación del pulmón tras la enfermedad es la que va a marcar las posibilidades de tratamiento. Sabemos poco de cómo van a evolucionar los pacientes que han tenido afectación pulmonar importante.

JG: Piensa que la recomendación de las 8 semanas implica un control periódico del paciente. Si observamos una progresión y no puede operarse hay que irradiarlo

22. Clarificar que la referencia de la intensidad de dosis de CDDP en enfermedad HPV+ es Oliva M, Eur. J Cancer 2019 La referencia Oliva, M Oral Oncology 2020 es intensidad de dosis en Nasofaringe EBER+

RM: Muchas gracias por apreciar el error de la referencia en relación a la intensidad de dosis de Cisplatino en pacientes HPV-positivos. La referencia correcta es Eur J Cancer 2019,118:112-20. Lo colgamos en el link para conocimiento de todos los asistentes.

23. ¿Siempre se deberá hacer el test de COVID-19 antes de iniciar Rt-Qt, o bastará con el triaje del paciente?

RM: Gracias por participar con su pregunta. Si, esto sería lo deseable al menos en situación de persistencia de contagios alta en la comunicad como la que estamos viviendo y viviremos durante unos meses. El porcentaje de infectados asintomáticos es tan elevado que no nos podemos guiar sólo por la clínica. El inicio de un tratamiento antineoplásico en estos pacientes (asintomáticos) puede provocar el agravamiento de su enfermedad, además de ayudar a diseminar aún más la infección por contacto con profesionales sanitarios u otros pacientes en el hospital.

24. Al margen del covid, si el ganglio centinela es una prueba diagnóstica, ¿Por qué no se puede hacer radioterapia en un t1 de lengua y ganglio centinela?

JG: Sí se puede hacer. Lo que pasa es que las recomendaciones general es tratar a este con paciente con cirugía. Como alternativa sería el tratamiento de braquiterapia. En este momento de pandemia COVID, si no es posible tratar al paciente con cirugía, en un periodo de tiempo razonable, se recomienda tratarlo con radioterapia.

25. ¿Por qué motivo se hace un comité de expertos unidisciplinar para abordar una patología multidisciplinar? Este sesgo invalida por sí- mismo en propio método DELPHI.

JG: Este DELPHI busca un consenso sobre las recomendaciones de radioterapia en el tratamiento de los tumores de cabeza y cuello. Es decir, dar unas pautas generales a los oncólogos radioterápicos de cómo manejar esta situación. Cada especialista, en su contexto clínico, puede adaptar estas pautas en su centro y dentro del comité multidisciplinario, para ofrecer el mejor tratamiento a sus pacientes.

26. tratamiento adyuvante por márgenes RT o QRT? la disponibilidad de la RT es la misma que en época no covid (a nivel de desinfección.... maquinas o personal disminuye alarga los intervalos entre los pacientes, se pueden irradiar el mismo número de pacientes?

JG: si es el mismo y no hay problemas en lista de espera perfecto. Se trata como está previsto. Las recomendaciones intentaban plantear una situación de limitación de máquina, por lo que no todos los pacientes podrían empezar RT en el momento preciso. En este caso los expertos sugieren que es lo que ellos priorizarían.



SECYC
Sociedad Española
de Cabeza y Cuello



27. ¿Hacéis determinación pcr frotis a los pacientes previo tratamiento de irradiación? Por la situación de riesgo sin mascarilla en pacientes al colocarles la máscara de tratamiento lo de mantener el tto estándar está claro siempre q sea posible, nosotros no tenemos problemas de entrar en máquina, pero son pacientes delicados, con un tumor, con mucho riesgo de acudir cada día al tratamiento, cuando menos venga menos se expone no??

JG: No hacemos determinaciones. Estamos trabajando con Infecciosas, Oncología Médica y Hematología en establecer un circuito para que los pacientes tengan una determinación, pero por el momento no es operativo. Nosotros a estos pacientes los consideramos de riesgo. Los técnicos llevan mascarilla FFP2 y nosotros, si tenemos que entrar y verlo, también.