



SEOM destaca los avances en cáncer de cabeza y cuello con motivo del Día Mundial de la patología el 27 de julio

MAYOR TASA DE LARGOS SUPERVIVIENTES EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO GRACIAS A LA INMUNOTERAPIA, AHORA TAMBIÉN EN EL ENTORNO PERIOPERATORIO

- El cáncer de cabeza y cuello es el noveno tumor más frecuente en nuestro entorno, con una estimación de unos 7.446 nuevos casos en España en 2025.
- En 2024 fallecieron 3.675 pacientes por cánceres de cabeza y cuello en España.
- El tabaco y el alcohol siguen siendo los principales agentes causales de estos tumores, pero el virus del papiloma humano es responsable de alrededor del 30-35% de los casos, especialmente en la orofaringe.
- Son tumores muy estigmatizantes por las secuelas físicas de los tratamientos con intención curativa que se aplican, con gran impacto en la calidad de vida y funcionalidad en la triple esfera de la fonación, deglución y respiración.
- La inmunoterapia ha cambiado el pronóstico en la enfermedad recurrente/metastásica y, en el último año, su uso perioperatorio/adyuvante en estadios resecables ha demostrado beneficio, aumentando el número de largos supervivientes.

Madrid, 24 de julio de 2025.- Por primera vez en dos décadas, la inmunoterapia demuestra beneficio en el entorno perioperatorio del cáncer de cabeza y cuello. En el marco de la campaña de comunicación “En Oncología cada AVANCE se escribe en Mayúsculas”, SEOM da a conocer la evolución y los avances médicos que se han sucedido en estas últimas décadas en el tratamiento de los diferentes tumores. Coincidiendo con el Día Mundial del Cáncer de Cabeza y Cuello que se celebra el próximo domingo, 27 de julio, destacamos los avances más importantes en cáncer de cabeza y cuello, el noveno cáncer más diagnosticado en nuestro entorno, con una estimación de unos 7.446 nuevos casos en España en 2025 y 3.675 muertes registradas según el informe *Las cifras del cáncer en España* de 2025.

El tabaco y alcohol son los principales agentes causales, siendo responsables del alrededor del 75-85% de los casos, aunque existe un incremento progresivo de los tumores relacionados con el virus del papiloma humano (VPH), pudiendo ser responsable del 30-35% de los casos, sobre todo orofaríngeos, aunque existe una gran variabilidad geográfica. Estos tumores constituyen una entidad clínica y molecular diferente.

Estos tumores ocurren en un área anatómicamente compleja, cuyos tratamientos locales con intención curativa se asocian con importantes secuelas físicas muy estigmatizantes y con mucha repercusión en términos de calidad de vida y funcionalidad en la triple esfera de la fonación, deglución y respiración. Además, en estos pacientes existe con frecuencia problemas de malnutrición por el tumor, los tratamientos y comorbilidades, que debe ser abordada y tratada desde el diagnóstico.

Enfermedad local y localmente avanzada

En cirugía maxilofacial y otorrinolaringológica se ha evolucionado desde técnicas “Halstedianas” clásicas hacia reconstrucciones e injertos complejos, así como la aparición de la cirugía robótica, especialmente la transoral, que permite resecciones técnicamente antes inalcanzables. Se han perfeccionado técnicas conservadoras como la laringectomía supraglótica que permiten mantener la fonación y evitan el traqueostoma. En radioterapia, se

ha avanzado en las técnicas capaces de concentrar dosis con menor toxicidad como la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y se desarrollan técnicas de radiocirugía y de administración de dosis muy fina con tecnologías que permiten una planificación de altísima resolución.

En la mayoría de los casos de cánceres de estadio I o II, la cirugía o la radioterapia siguen siendo el tratamiento de elección. En tumores localmente avanzados estadio III o IV (M0), el tratamiento es actualmente multimodal, e incluye la cirugía, radioterapia y quimioterapia en función del estadio, localización y factores clínicos. En algunos casos la quimioterapia de inducción y posterior radioterapia permite la preservación de la laringe.

El tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado ha evolucionado, y el tratamiento concurrente de radioterapia y cisplatino sigue siendo un estándar en el momento actual. En 2006, Bonner demostró que la eficacia de la radioterapia aumentaba al combinarse con cetuximab sin aumentar la toxicidad por lo que actualmente es una buena alternativa al cisplatino concomitante, excepto en pacientes con tumores asociados al VPH. En 2022, el Grupo de Tratamiento de los Tumores de Cabeza y Cuello (TTCC) publicó un estudio fase III que intentó demostrar la no inferioridad de la radioterapia con cetuximab frente a la radioterapia con cisplatino, pero no consiguió su objetivo de no inferioridad.

Los estudios con inmunoterapia concomitante con la radioterapia han sido negativos para la población global, por lo que el estándar continúa siendo cisplatino + RT o RT + cetuximab en pacientes no candidatos a platino. Sin embargo, el uso perioperatorio (neoadyuvante + adyuvante) y adyuvante puro sí han demostrado beneficio, lo cual replantea el algoritmo de tratamiento en la enfermedad resecable. El estudio KEYNOTE-689 ha demostrado que añadir pembrolizumab neoadyuvante y adyuvante al tratamiento estándar (cirugía + RT +/- cisplatino) mejora la supervivencia libre de eventos. Este resultado supone el primer cambio en este escenario en más de dos décadas. Por otra parte, el estudio NIVOPOSTOP ha demostrado que el tratamiento con nivolumab asociado a quimiorradioterapia tras cirugía mejora la supervivencia libre de enfermedad en pacientes de alto riesgo.

Enfermedad recurrente / metastásica

En el campo de la recurrencia, siempre hay que valorar la posibilidad de tratamiento quirúrgico o radioterápico de rescate en conjunción con quimioterapia o cetuximab. En casos ya irradiados se valorará la reirradiación, pero no siempre es posible un rescate en este momento de la evolución. La selección de los pacientes (volumen, intervalo desde la radioterapia previa, estado basal, VPH) es crítica para conseguir largos supervivientes.

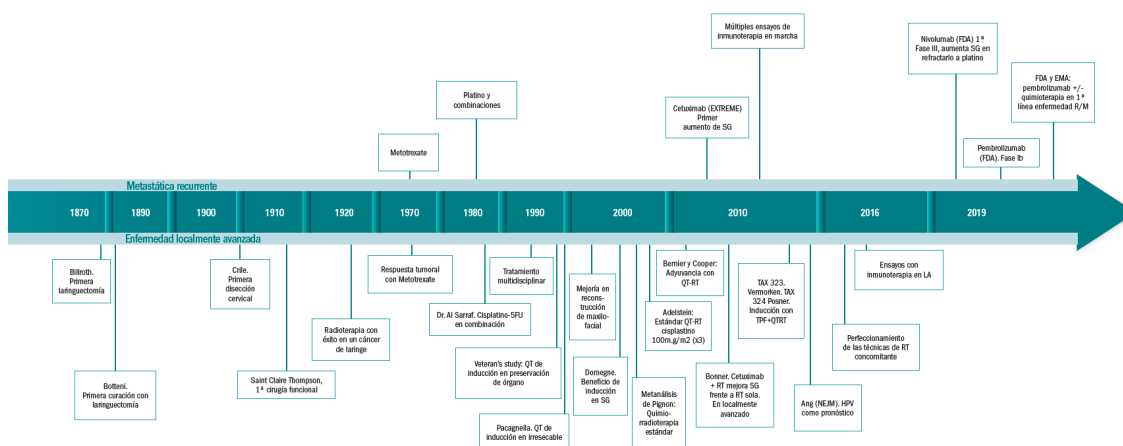
Con respecto al tratamiento sistémico, la incorporación de cetuximab a la quimioterapia estándar supuso un avance significativo para estos pacientes. El esquema EXTREME (cisplatino + 5-fluorouracilo y cetuximab) mejoró la supervivencia global frente a PF solo y continúa siendo una referencia histórica. El régimen TPEX (cisplatino, docetaxel y cetuximab) demostró resultados comparables con menor toxicidad y sin bomba de fluorouracilo, por lo que es una alternativa válida. ERBITAX (paclitaxel y cetuximab) es una opción terapéutica eficaz en pacientes frágiles no candidatos a cisplatino.

El gran avance en el tratamiento de los tumores de cabeza y cuello ha sido la incorporación de la inmunoterapia a su algoritmo terapéutico. Hasta entonces, existía un vacío terapéutico en los casos refractarios a cisplatino, especialmente los pacientes refractarios a EXTREME. En el año 2016 la FDA aprueba la inmunoterapia para estos casos, dos fármacos anti PD-1 cuyo principal beneficio es la larga supervivencia en los pacientes respondedores. La FDA aprobó de forma acelerada nivolumab en abril del 2016 tras presentar los datos del primer ensayo pivotal fase

III CHECKMATE 141, en el que nivolumab demostró un beneficio en supervivencia global (SG) frente a la quimioterapia a elección del investigador en pacientes que progresaran al tratamiento con platino para la enfermedad localizada. Se objetivó un beneficio en SG (7,7 frente a 3,3 meses), pero sobre todo destacó que más de un 10% de los pacientes en la rama de nivolumab se mantenían vivos a los 3 años.

En 2018, se comunican los resultados del estudio KEYNOTE-048 demostrando la superioridad de pembrolizumab en monoterapia y pembrolizumab asociado a quimioterapia basada en cisplatino en primera línea de pacientes con enfermedad recurrente y/o metastásica con enfermedad sensible a platino y PD-L1 positivo. Desde 2021 se incorpora al tratamiento estándar de este grupo de pacientes con un PD-L1 positivo. Pero quizás, el aspecto más impactante es la reducción en el riesgo de mortalidad que se ha observado al introducir estos fármacos. En una actualización del estudio publicada en 2023, con un seguimiento de 4 años, el tratamiento con pembrolizumab ha demostrado una reducción en el riesgo de muerte frente la quimioterapia estándar de entre el 26-39% según la expresión de PD-L1, y la combinación de quimioterapia y pembrolizumab del 38%.

Avances en cáncer de cabeza y cuello



Sobre SEOM

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) es una sociedad científica de ámbito nacional, sin ánimo de lucro, constituida por más de 3.500 profesionales del ámbito de la Oncología, con el objetivo de mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer con un enfoque multidisciplinar. Para ello promueve estudios, actividades formativas y de investigación, divulgación e información dirigidos a sus socios, los pacientes y la sociedad en general.

SEOM es el referente de opinión sobre la Oncología en España y es garante de la defensa y promoción de la calidad, la equidad y el acceso a la atención del paciente oncológico. Los valores que la definen son: rigor científico, excelencia profesional, innovación, integridad, compromiso, independencia, colaboración y transparencia. Para saber más sobre la Sociedad Española de Oncología Médica, puede visitar su página oficial <http://www.seom.org> o seguimos en nuestro canal de Instagram @seom_oncologia, Twitter @_SEOM o LinkedIn @sociedad-española-de-oncología-médica.

Para más información:

Departamento de Comunicación SEOM

Mayte Brea – maytebrea@seom.org – 663 93 86 42



Sociedad Española
de Oncología Médica

SEOM

José García – josegarcia@seom.org – 663 93 86 40

Marisa Barrios – marisabarrios@seom.org – 638 22 94 98