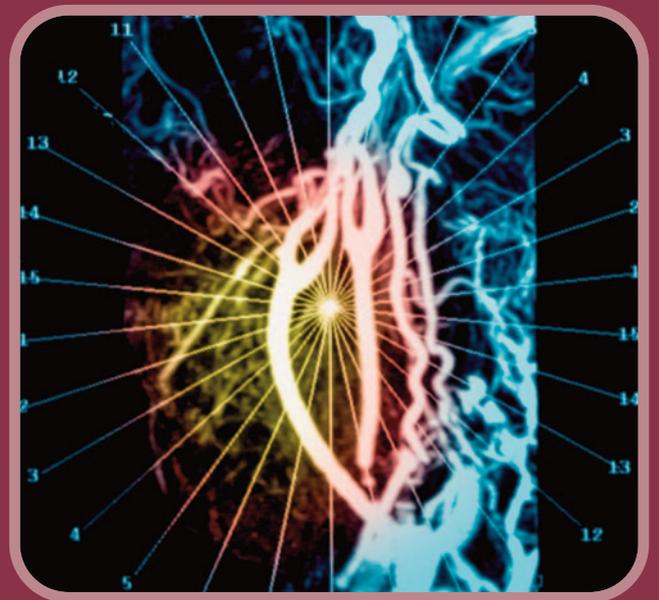


# Highlights

JORNADA DE  
ACTUALIZACIÓN  
EN CÁNCER DE  
CABEZA Y CUELLO



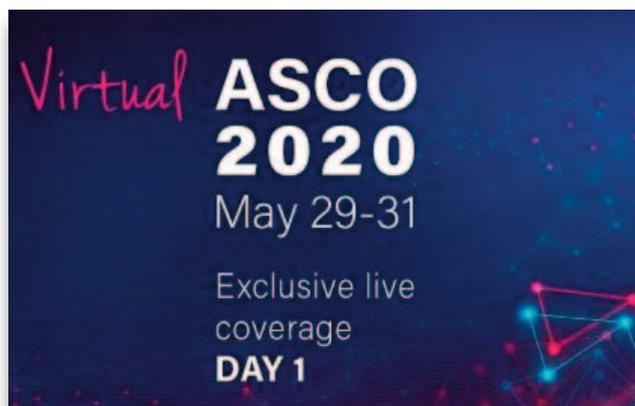
Patrocinado por:





# Highlights

## Novedades presentadas en ASCO 2019 y 2020, y ESMO 2019



**Moderador:** Pedro Pérez Segura. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

**Ponente:** Santiago Cabezas. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

La jornada ha comenzado con un repaso a las novedades presentadas en los congresos de ASCO 2019 y 2020 (virtual) y ESMO 2019. Santiago Cabezas, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, ha hecho una revisión exhaustiva y seleccionada de las principales novedades presentadas. Su mensaje ha sido optimista, en el sentido de que ya hay resultados tangibles en el día a día que benefician a los pacientes.

Este especialista en Oncología Médica ha dividido su intervención en tres partes:

1. Enfermedad recurrente metastásica.
2. Enfermedad localizada o localmente avanzada.
3. Otras entidades.

**En enfermedad recurrente metastásica** se han presentado estudios de enfermedad platino-sensible:

- En primera línea: KN-048, TPEXTREME.
- En segunda línea: KN-048 & TPEXTREME.

**En enfermedad platino-refractaria** se han presentado datos de la comparación de CPS vs. TPS en el Estudio KN-048.

Se han presentado datos muy interesantes del bTMB en sangre en el Estudio EAGLE, con valor predictivo de beneficio del tratamiento de inmunoterapia.

**En enfermedad localizada o localmente avanzada** se han presentado novedades en:

1. Adyuvancia: wkCDDP-RT.
2. Radical: CDDP-RT + DEBIO, RT + anti-PD(L)1.
3. Neoadyuvancia: IO, QT + IO.

En cuanto al apartado de 'otras entidades', se han presentado novedades en glándulas salivares. El carcinoma adenoide quístico es una entidad realmente huérfana en tratamiento sistémico para enfermedad avanzada. Se ha presentado un estudio realizado con axitinib que ha obtenido resultados favorables.

● **Adyuvancia:** En el contexto de enfermedad localizada / localmente avanzada ha aparecido un nuevo estándar: wkCDDP-RT.

● **Radical:** En enfermedad localizada / localmente avanzada han publicado datos prometedores de la combinación CDDP-RT + DEBIO, RT + Anti-PD(L)1.

● **Radical:** En ganglio centinela se han publicado datos en pacientes con tumores en fase temprana T1, T2, N0, clínicos, cavidad oral u orofaringe.

● **Neoadyuvancia:** También se han publicado datos prometedores de la inmunoterapia IO, QT + IO.

● **Otras entidades:** Pequeños avances que necesitarán seguimiento con axitinib, y dos posters de la eficacia (muy baja) de anti-PD1 en carcinoma adenoide quístico (CAQ).

● **Otras entidades:** Un estudio randomizado en fase II de axitinib vs. placebo en pacientes con carcinoma adenoide quístico metastásico ha presentado buenos resultados.

● También en el apartado de otras entidades, se han presentado dos posters de la eficacia (muy baja) de anti-PD1 en carcinoma adenoide quístico (CAQ).



# Highlights

## CONTROVERSIA 1:

### ¿Vacunación VPH para todos?



- **VPH en hombres: 15.497 nuevos casos anuales en Europa relacionados con VPH 16/18 (32.562 nuevos casos en mujeres).**
- **La carga de VPH en el varón no disminuye con la edad, y el riesgo de adquirir nuevas infecciones permanece estable.**
- **El hombre es el principal transmisor de VPH a las mujeres.**
- **En España la prevalencia en hombres de 18 a 70 años es de 65 %, y la incidencia es del 35 %.**
- **La Asociación Española de Pediatría (AEP) recomendó en 2016 la administración de la vacuna tetravalente en varones a partir de los 11 años.**
- **En estudios fase IV realizados con millones de mujeres ya vacunadas se confirma la seguridad y coste-efectividad de la vacuna VPH.**

**Moderador:** Ruth Alvarez Cabello. Complejo Hospitalario Virgen de la Salud (Toledo).

**Ponente:** José Manuel Trigo. Hospital Virgen de la Victoria, (Málaga).

La ponencia «**¿Vacunación VPH para todos?**», ofrecida por **José Manuel Trigo**, del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, se ha centrado en un ámbito que resulta todavía desconocido, como es la vacunación en el hombre. Este especialista ha defendido la necesidad de vacunar también a los varones, porque, al menos, son vectores. Tal vez la enfermedad les afecte menos, pero, como ha mostrado **José Manuel Trigo**, la patología orofaríngea es muy relevante en el hombre VPH positivo. Además, la vacuna ha demostrado seguridad y se han registrado datos del impacto que tiene en el resto de los tumores y las lesiones premalignas.

La conclusión de esta ponencia ha sido que **“la vacunación VPH, tanto en el hombre como en la mujer, es la forma más efectiva de reducir la incidencia del cáncer de orofaringe”**.

Los estudios comparativos de la vacuna tetravalente vs. nonavalente se han hecho fundamentalmente en mujeres. La primera previene un 70 % de lesiones premalignas, y la segunda, un 90 %. En hombres no hay datos.

Estados Unidos, Canadá o Australia recomiendan la vacuna tetravalente o la nonavalente para hombres; en España no está financiada por el SNS.





# Highlights

## CONTROVERSIA 2: Determinación de VPH en cáncer orofaríngeo.



- El estatus de VPH en carcinoma orofaríngeo es un factor pronóstico independiente para supervivencia libre de progresión y supervivencia global.
- Un estudio publicado en NEJM indica que la presencia de VPH tiene relación con la supervivencia global y la supervivencia libre de progresión.
- El VPH también está relacionado con el número de recidivas locoregionales, las metástasis a distancia y el desarrollo de segundos tumores primarios.
- Todos los estudios randomizados fase III ponen de manifiesto que el VPH tiene un factor pronóstico en los pacientes con carcinoma orofaríngeo.
- Hábito tabáquico: Los pacientes fumadores tienen un pronóstico intermedio y una supervivencia global inferior a los tres años.
- El paciente con carcinoma orofaríngeo VPH+ es joven, tiene una mayor probabilidad de curación y es largo superviviente.

**Moderador:** Alberto Carral Maseda. Hospital Lucus Augusti, (Lugo).  
**Ponente:** Almudena García Castaño. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

Alberto Carral Maseda, del Hospital Lucus Augusti de Lugo, ha moderado la ponencia «¿Realmente es imprescindible la determinación de VPH en cáncer orofaríngeo?», impartida por Almudena García Castaño, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. En su turno, ha hecho una revisión del papel que juega la determinación del virus del papiloma humano tipo 16 (VPH-16) en este tipo de tumores. Y de las implicaciones que tiene en la predicción de respuesta y valor pronóstico en los pacientes. Para tratar correctamente a un paciente con cáncer de cabeza y cuello, en el caso de tumor orofaríngeo, es imprescindible tener los resultados de VPH.

### ¿Realmente es imprescindible la determinación de VPH en cáncer orofaríngeo?

- Diagnóstico: sí.
- Pronóstico: sí.
- Tratamiento: ¿?

Desescalada toxicidad: Las estrategias se han encaminado a evitar la toxicidad, pero con la misma supervivencia y los mismos resultados a largo plazo.

Para reducir la toxicidad se emplean quimioterapias menos tóxicas (reemplazo de cisplatino por cetuximab), se elimina la QT, se elimina la inmunoterapia o se disminuyen dosis de RT.

El valor pronóstico de VPH está determinado fundamentalmente en pacientes de orofaríngeo. La presencia en cavidad oral o laringe es muy inferior (2 %).

### ¿Es necesaria la homogeneización de la técnica diagnóstica validada para conseguir tratar en el futuro de una manera diferencial los tumores VPH+?

Posiblemente, la técnica P16 es la técnica más sencilla y recomendable, pero debe ser complementada con otra técnica más específica.



# Highlights

## CONTROVERSIA 3: Desescalada de dosis de irradiación.



**Moderador:** Jordi Giralt. Vall d'Hebron (Barcelona).

**Ponente:** Gonzalo Vázquez. Hospital Clínico San Carlos, (Madrid).

Respecto al «**Desescalamiento de dosis de irradiación**», Jordi Giralt del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona ha preguntado si esta opción es posible t, , y el ponente de esta controversia, Gonzalo Vázquez, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, señala que cada vez la supervivencia de los pacientes es mayor, pero quedan unas secuelas graves por el proceso de tratamiento con quimioterapia, radioterapia o bioterapia.

Es un campo en el que los profesionales de Oncología Radioterápica y Oncología Médica deben colaborar en proyectos de investigación que permitan, tal vez no desescalar la dosis de irradiación, pero al menos conseguir que el daño de la irradiación asociado o no a la quimio o a las bioterapias sea el menor posible.

En la actualidad hay muchos estudios abiertos, y poco a poco se va conociendo en qué perfiles de pacientes se podría hacer algún tipo de desescalada sin comprometer su tasa de curación. Esto sería un avance importante.

Están apareciendo fármacos radiosensibilizantes que tal vez permitan también reducir las dosis de irradiación. Por lo tanto, se trata de un campo enormemente interesante para la investigación.

Criterios de selección de pacientes que se podrían beneficiar de una desescalada: fundamentalmente, aquellos en estadio precoz con poca afectación ganglionar (T1, T2, N0, N1). Sería ideal hacerlo dentro de los ensayos clínicos.

- El cisplatino junto con la RT sigue siendo el estándar para el tratamiento de pacientes con VPH-cáncer orofaríngeo localmente avanzado, aunque está siendo desafiado por los ensayos clínicos de desescalada.
- Muchas estrategias de desescalada en pacientes con VPH-cáncer orofaríngeo de riesgo favorable tienen excelentes resultados de supervivencia a corto plazo.
- Se necesitan estudios fase III para que una estrategia de desescalada en pacientes con VPH-cáncer orofaríngeo de riesgo favorable se pueda considerar tratamiento estándar.
- El cetuximab con radioterapia es inferior al cisplatino para el tratamiento inicial de pacientes con VPH-cáncer orofaríngeo.
- Las mejoras en la calidad de vida, la toxicidad y los resultados funcionales son evidentes en los ensayos e con reducción de la intensidad del tratamiento.
- Existen subgrupos de pacientes con cáncer orofaríngeo VPH+ con supervivencia inferior en función de las características clínicas que no deben desintensificarse, especialmente los tumores T4 o enfermedad ganglionar N3.



# Highlights

## CONTROVERSIA 4: El abordaje del paciente anciano con CCC.



**Moderador:** Yolanda Escobar. Hospital Gregorio Marañón, (Madrid).  
**Ponente:** Javier Martínez Trufero. Hospital Universitario Miguel Servet, (Zaragoza).

La controversia «**Anciano con CCC: ¿debemos hacer un abordaje diferente?**» ha sido moderada por Yolanda Escobar, del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. En su ponencia, Javier Martínez Trufero, del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, ha abordado un tema recurrente en Oncología. La mayor parte de los pacientes que acuden a la consulta son pacientes de más de 65-70 años.

Se ha hecho un planteamiento muy interesante sobre la identificación de esos grupos de riesgo dentro del paciente anciano y se ha debatido sobre cómo deben tratarse a estos pacientes. Es un tema vital, y se debe analizar cómo España está tratando a sus ancianos. Según se ha podido observar durante el debate, hay una gran heterogeneidad. Sería interesante plantear la posibilidad de hacer una especie de fotografía del panorama nacional en cuanto al tratamiento del paciente anciano para generar una investigación en este campo.

### ¿El anciano con CCC necesita un abordaje diferente?

No, si solo se tiene en cuenta la edad.

La edad debería ser un factor de decisión de tipo de tratamiento solo dentro de una valoración integral que incluya la comorbilidad y el estado funcional del paciente.

La edad influye sobre todo en el tratamiento sistémico, más que en el tratamiento quirúrgico o radioterápico. En general, la edad y la comorbilidad deben llevar a suprimir o desintensificar tratamientos sistémicos más que sustituirlos por otra opción.

A pesar de los resultados teóricos, la mayor parte de los profesionales siguen utilizando cetuximab asociado a la radioterapia en estos pacientes, en general, con buenos resultados.

- La sustitución de tratamientos sistémicos por inhibidores de EGFR, de momento, no es una opción. Falta conocer los efectos de la inmunoterapia.
- Escalas de valoración geriátrica: pueden ser un buen instrumento de trabajo, aunque necesitan ser validadas con más estudios y definir mejor su papel.
- Independientemente de la escala que se aplique, es necesaria una valoración exhaustiva del paciente de forma multidisciplinar: oncólogos, cirujanos, geriatras, rehabilitadores, nutricionistas, etc.
- Si el paciente tiene comorbilidades importantes, se puede hacer el tratamiento con cisplatino. Ahora se puede hacer un control semanal. Si no es posible el tratamiento con cisplatino, una opción puede ser radioterapia sola, ha dicho Javier Martínez.
- Según los análisis por subgrupos, los pacientes mayores no se benefician del tratamiento de cisplatino con radioterapia. Además, los inhibidores de EGFR no son menos tóxicos unidos a la radioterapia.
- Se trata de un tema controvertido: si bien esta terapia tiene una igual o peor toxicidad cutánea y de mucosa, también hay que considerar que no tiene toxicidad tardía (hematológica, etc.).



# Highlights

## CONTROVERSIA 5:

### La quimioterapia en primera línea.



**Moderador:** Juan Jesús Cruz. Hospital General Universitario, (Salamanca).

**Ponente:** Julio Lambea. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, (Zaragoza).

Juan Jesús Cruz, del Hospital General Universitario de Salamanca, ha moderado la ponencia «¿Se acabó la quimioterapia en 1ª línea?», de Julio Lambea, del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Este experto ha hecho una revisión exhaustiva de la situación actual. Aparte de los datos clínicos, los médicos están a la espera de aprobaciones, mejora de precios, las negociaciones con la agencia, etc.

- Uno de los estudios presentados en ASCO 2020 ha cambiado el estándar del tratamiento: KEYNOTE-048.
- Una tasa de respuesta del 46 % de TPEX justificaría su uso en pacientes muy sintomáticos.
- Evidentemente, en pacientes con contraindicaciones a la inmunoterapia no se debería utilizar.
- Habría que valorar si la enfermedad recurrente, que es muy frecuente en la consulta, está suficientemente representada en este estudio.
- Es necesario valorar muy bien si el paciente está fit para quimioterapia o si está fit para añadir quimioterapia a pembrolizumab.
- Existen dudas en el tratamiento de pacientes con CPS entre 1 y 20. Utilizar solo pembrolizumab parece insuficiente. Los datos disponibles hasta el momento ofrecen una tasa de respuesta muy baja. Son pacientes que pueden tener complicaciones, sobre todo si son recurrencias. La duda está en pembrolizumab más quimioterapia o no utilizar pembrolizumab con estos pacientes.
- Según los datos disponibles, la supervivencia global mejora en pacientes con CPS entre 1 y 20. La cuestión es si en ese subgrupo concreto de pacientes existe una opción mejor.

El oncólogo quiere ofrecer a su paciente un tratamiento que claramente ha demostrado un impacto en supervivencia, con menos toxicidad. No lo puede prescribir porque hay una situación administrativa lenta

Otro tema de discusión podría ser el de las barreras que existen para el acceso a los fármacos innovadores. Incluso en la patología de cabeza y cuello hay un añadido más, que es el perfil específico de esperanza de vida que tienen estos pacientes. Esto también supone una limitación.

Las Agencias Europea y Estadounidense del Medicamento han aprobado y han publicado un nuevo estándar en el empleo de quimioterapia sin pembrolizumab.

Con CPS por debajo de 1 parece claro que se puede seguir utilizando quimioterapia sin pembrolizumab.

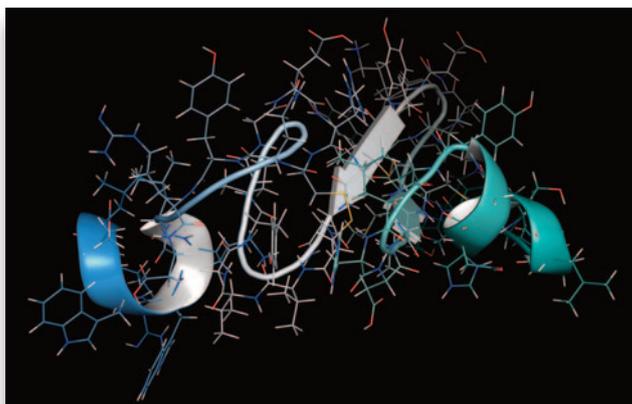
Con CPS entre 1 y 20 se puede recurrir a quimioterapia con pembrolizumab, pero es más discutible. Los datos de supervivencia global son buenos, pero debe valorarse la TPEX y la tasa de respuestas. ¿Habría que utilizar quimioterapia sin pembrolizumab?

Con CPS por encima de 20, pembrolizumab en monoterapia podría ser estándar, si bien en el caso de que sea necesaria una mayor respuesta probablemente habrá que añadir quimioterapia.



# Highlights

## CONTROVERSIA 6: El papel de cetuximab



**Moderador:** Lara Iglesias. Hospital 12 de Octubre, (Madrid).

**Ponente:** Antonio Rueda. Hospital Regional Universitario, (Málaga).

La siguiente controversia se ha titulado «¿Hay sitio aún para el cetuximab?», moderada por Lara Iglesias, del Hospital 12 de Octubre de Madrid. El ponente ha sido Antonio Rueda, del Hospital Regional Universitario de Málaga, quien ha constatado que hay muchas opciones de administrar este fármaco. Se ha producido un interesante debate en torno a las posibilidades de cetuximab en la actualidad.

- El perfil clínico del paciente es una cuestión primordial para decidir el inicio del tratamiento: inmunoterapia o cetuximab. Utilizar la primera opción no contraindica emplear la segunda.
  - La variabilidad clínica de los pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello es amplia, especialmente en enfermedad recurrente metastásica.
  - En algunos pacientes predomina la enfermedad locorregional. Otros pueden tener un compromiso de la vía aéreo-digestiva superior como amenaza de tratamiento. Otros pacientes pueden tener, por ejemplo, dos nódulos pulmonares de 2 cm y con un ECO cero.
  - En estos perfiles de pacientes, aparte de apoyarse en el CPS, hay que tener en cuenta la situación global.
  - Con un CPS >20, la balanza se inclina hacia la monoterapia con pembrolizumab en el segundo perfil mencionado. Y se inclina hacia la combinación pembrolizumab más quimioterapia en el primer perfil comentado.
  - Con un CPS negativo, en el primer perfil, el paciente con enfermedad voluminosa de cuello y riesgo de deterioro sintomático rápido, en la actualidad interesa mucho la tasa de respuesta. Por tanto, la mejor opción hoy por hoy sigue siendo la quimioterapia con cetuximab. Se debe tener en cuenta la medicación concomitante.
1. Hoy en día cetuximab asociado a quimioterapia sigue siendo una alternativa en el tratamiento secuencial del carcinoma escamoso de cabeza y cuello recurrente metastásico.
    - En los pacientes con CPS menor que 1, que posiblemente sean más del 15 % del total.
    - También en los pacientes que tengan contraindicación a inmunoterapia por cualquier motivo.
    - En los pacientes con ECOG 2.
    - En los pacientes que hayan recibido corticoides o antibióticos concomitantes.
    - En los pacientes con grandes masas tumorales o una rápida velocidad de crecimiento tumoral.
  2. El uso de cetuximab asociado a quimioterapia no elimina la posibilidad de usar inmunoterapia en segunda línea. Igualmente, el uso de inmunoterapia en primera línea no elimina la posibilidad de utilizar cetuximab en segunda línea.
  3. Es necesario seguir investigando en la búsqueda de mejores factores predictivos que el CPS. También se requieren nuevas combinaciones de tratamiento que podrían mejorar la evolución de los pacientes en un futuro cercano.

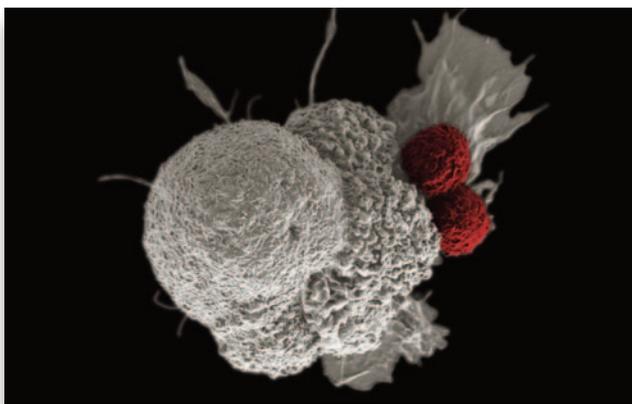
En cáncer de cabeza y cuello es bastante difícil encontrar a un paciente que en los 30 días previos no haya necesitado algún tipo de antibioterapia, sobre todo cuando llega a la consulta en una situación de total descontrol sintomático.



# Highlights

## CONTROVERSIA 7:

### Hiperprogresión en cáncer de cabeza y cuello



**Moderador:** Juan José Grau de Castro. Hospital Clinic, (Barcelona).  
**Ponente:** Ainara Soria. Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

La mesa titulada «¿Existe realmente la hiperprogresión?», moderada por Juan José Grau de Castro, del Hospital Clínic de Barcelona, ha estado a cargo de Ainara Soria, especialista del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. El debate de la hiperprogresión se ha producido también en otros tumores, con otras terapias que y en un tipo de paciente totalmente diferente.

No hay mucha bibliografía, y la existente está muy focalizada en unos grupos muy concretos. A veces aparecen algunas cifras que asustan, sobre todo por las indicaciones que tienen para los pacientes (localización, etc.). Las implicaciones van más allá de la actividad asistencial diaria, y atañen al impacto económico, administrativo, etc. Sería muy interesante poder definir algún biomarcador que permita saber qué pacientes tienen más riesgo o, incluso, algún marcador radiológico.

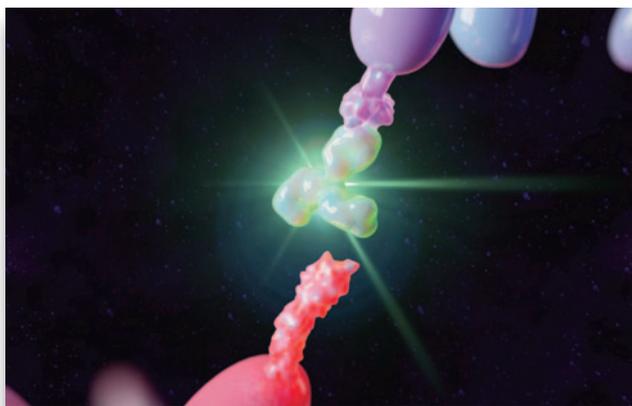
- La hiperprogresión es un fenómeno que no está reflejado en los ensayos clínicos; de hecho, hay pocos estudios específicos, solo análisis retrospectivos.
- No existe un consenso en la definición de hiperprogresión. Algunos grupos de trabajo la han definido de un modo radiológico, mientras que otros grupos hablan de la hiperprogresión como un concepto clínico- radiológico.
- Existe una incidencia variable entre distintos tipos tumorales y series. Se han incluido estudios en fase 1.
- La incidencia es de entre el 4 y el 29 % de hiperprogresiones en función del tipo de tumores y series.
- El problema es que impacta sustancialmente en el pronóstico y la supervivencia de los pacientes.
- Los clínicos se encuentran desamparados porque no tienen claros factores predictivos que permitan identificar qué pacientes van a ser hiperprogresores.
- La búsqueda de factores predictivos es una necesidad no cubierta. Es necesario poder identificar de un modo precoz qué pacientes van a ser hiperprogresores para poder realizar un tratamiento de rescate.

- Ante una progresión tumoral, debe valorarse si el paciente está clínicamente estable o está obteniendo algún tipo de beneficio clínico. En este caso se puede sopesar la posibilidad de que exista una pseudoprogresión y es posible valorar continuar el tratamiento con una vigilancia estrecha del paciente. Habría que repetir una evaluación radiológica entre las cuatro y las seis semanas.
- Cuando existe progresión en la primera reevaluación y el paciente tiene cualquier tipo de deterioro clínico (situación funcional, dolor o pérdida de peso), se debe tener claro que el paciente está hiperprogresando o, al menos, en progresión, y es necesario comenzar de inmediato una terapia de rescate (quimioterapia).
- En aquellos pacientes que directamente, según empiezan el tratamiento, incluso antes de ser reevaluados, empiezan a tener deterioro sintomático, lo más prudente y razonable es suspender la inmunoterapia, realizar una reevaluación radiológica urgente. Se debe descartar que ese deterioro clínico no se deba a una toxicidad inmunomediada.
- En caso de existir una hiperprogresión se podría ajustar el tratamiento o mantener una discusión crítica con el paciente sobre la posibilidad de continuar la terapia pese al deterioro.



# Highlights

## CONTROVERSIA 8: La mejor opción tras la progresión a platino.



- En esta era de la inmunoterapia, nivolumab y pembrolizumab han jugado un papel destacado en el carcinoma escamoso de cabeza y cuello recurrente-metastásico tras la progresión a platino.
- El beneficio de nivolumab frente al tratamiento estándar es independiente de los niveles de PD-L1, el estado del VPH, de la edad, de que se utilice en primera línea y de la administración previa de cetuximab, aunque hay algunos subgrupos en el que parece superior (PD-L1 positivos, jóvenes, sin exposición a cetuximab).
- Se debe seleccionar cuidadosamente a los pacientes tributarios de inmunoterapia en este escenario para evitar un efecto perjudicial en la supervivencia.
- Es una buena opción continuar nivolumab a la progresión si el paciente presenta beneficio clínico y un buen PS.
- Estamos presenciando un cambio de paradigma con respuestas inusuales a la quimioterapia tras la inmunoterapia.
- La mejor selección de los pacientes (clínica-biomarcadores), las combinaciones con inmunoterapia y con otras estrategias terapéuticas ayudará a mejorar el pronóstico de estos pacientes en un futuro cercano.

**Moderador:** Pedro Pérez Segura. Hospital Clínico San Carlos, (Madrid).

**Ponente:** Beatriz Cirauqui. Cirauqui, Institut Català d'Oncologia de Badalona.

Finalmente, la controversia de cierre ha sido «**¿Cuál es la mejor opción tras la progresión a platino?**», moderada por el propio Pedro Pérez Segura, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, con Beatriz Cirauqui, del Institut Català d'Oncologia de Badalona, como ponente. Esta ponencia hace unos años hubiera sido muy triste, se hubiera terminado en cinco minutos: metotrexato, taxanos o cetuximab.

Hoy en día, según la revisión de Beatriz Cirauqui, están los biomarcadores, las situaciones clínicas, etc. A pesar de estar en la época de los biomarcadores y los marcadores moleculares, el PS y la evolución de la enfermedad de cada paciente son las dos principales características para tener en cuenta a la hora de decidir el tratamiento.

**CECC recurrente / metastásico:** un algoritmo de tratamiento con platino y una propuesta de tratamiento en función de la expresión de PD-L1, del origen y del tipo de carga de la enfermedad, sobre todo el PS01, que son los pacientes con indicación.

Los pacientes con PS2 todavía no tienen indicación y quizás no se benefician tanto de la inmunoterapia en monoterapia.

El PS del paciente es fundamental, sobre todo en el caso de una persona con un deterioro general. Las indicaciones a inmunoterapias ya vienen condicionadas a estas circunstancias, al igual que ocurre con la inmunoterapia.

También debe tenerse en cuenta el tipo de enfermedad y su evolución.

Finalmente, el PD-L1, aunque no es totalmente determinante, también puede ayudar a decidir el tratamiento según el tipo de enfermedad.