



---

## Radiotherapy for Oropharyngeal Carcinoma with an Uninvolved Contralateral Neck: The Safety of Omission of Contralateral High Level II and Retropharyngeal Lymph Nodes from Elective Target Volumes.

Iyizoba-Ebozue et al. Department of Clinical Oncology, Leeds Cancer Centre, Leeds, UK y Leeds Institute of Medical Research at St James's, University of Leeds, UK.

Comentario: Dr. Daniel Cancino. Oncólogo radioterapeuta, Instituto Nacional del Cáncer.

---

El presente trabajo es una revisión retrospectiva de un centro del Reino Unido, sobre el patrón de falla loco regional y outcome oncológico en pacientes con **cáncer de orofaringe**. Los pacientes recibieron radio(quimio)terapia definitiva con irradiación cervical **bilateral** mediante técnica VMAT. En el cuello contralateral (siendo este N0), se omitió la irradiación electiva alta del grupo II (definida como el corte en TC donde el vientre posterior del músculo digástrico cruza el borde posterior de la vena yugular, de ahí hacia cefálico hasta el borde caudal del proceso lateral de C1) y los linfonodos retrofaríngeos (RPLN) siempre y cuando hubiera además ausencia de compromiso de los RPLN ipsilaterales, y el primario de orofaringe no fuera de paladar blando/pared faríngea posterior.

Los pacientes fueron tratados entre enero/2016 y julio/2019. Histológicamente eran carcinomas de células escamosas. Se realizó tipificación p16 con IHQ ( $\frac{2}{3}$  p16+ aprox.) y PET/CT de etapificación. Los que recibieron quimioterapia fue con cisplatino esquema de Adelstein (2 o 3 ciclos, 100 mg/m<sup>2</sup>), en caso de contraindicación a cisplatino se usó carboplatino. La radioterapia fue VMAT y en el primario incluyó GTV más 10 mm y luego se usó el 5 + 5 de la guía para CTV del primario de V. Gregoire del 2018. En los linfonodos patológicos incluyó GTV más 5 a 10 mm. Los linfonodos electivos se marcaron según la guía de consenso de V. Gregoire del 2013. No se marcaron como OAR los músculos constrictores faríngeos. El PTV fue de 4 mm. La dosis utilizada fue 70 Gy en 35 fracciones en 7 semanas, o alternativamente 65 Gy en 30 fracciones (generalmente en pacientes sin QT). Las dosis electivas, 54 a 63 Gy en 30 a 35 fracciones. La dosis objetivo a la Parótida contralateral (mismo lado de la omisión linfática profiláctica en estudio) fue de 24 Gy.

En total 238 pacientes con cáncer de orofaringe sin compromiso del cuello contralateral recibieron radio(quimio)terapia definitiva, con tratamiento del cuello en forma bilateral. La mediana de seguimiento fue de 30 meses. A 2 años el control local fue de 91 %, control regional 91.6 % y sobrevida global de 86,5 %. Los linfonodos altos del grupo II contralaterales fueron omitidos en 159/238 (66,8%), que incluye 106 pacientes en los cuales el primario llegaba hasta o cruzaba la línea media. Los RPLN contralaterales fueron omitidos en 175/238 (73,5 %), que incluye 114 pacientes en los cuales el primario llegaba o cruzaba la línea media. La dosis media en la parótida contralateral en los pacientes con omisión linfonodal fue de 24.4 Gy comparada con 28.3 Gy en aquellos sin omisión linfonodal. La progresión regional ocurrió en 18 (7,6 %) de los 238 pacientes, todos en el cuello ipsilateral y uno bilateral. No hubo recurrencias en RPLN y del grupo II alto contralateral (los omitidos). El grupo concluye que la omisión de estos grupos ganglionares del volumen electivo fue segura y podría contribuir a disminuir la dosis en la parótida contralateral.

Como comentario podemos recalcar que no es un trabajo sobre radioterapia de cuello unilateral, sino con RT cervical bilateral y omisión parcial de linfonodos electivos contralaterales. De los linfonodos electivos omitidos lo nuevo sería la región alta del grupo II contralateral (1 cm en longitud céfalo caudal aprox.) en pacientes N0 contralateral en PET/CT. Respecto a los RFLN, la guía de contouring actualizada de Biau et al. si permite la omisión de los RFLN. Sin embargo, la guía es del 2019 y estos pacientes se empezaron a tratar el año 2016, por lo que si bien no es algo novedoso, valida la guía de contorneo mencionada. Con respecto a zonas linfonodales omitidas en el contouring, eventualmente sí recibieron dosis, cuya magnitud depende de los objetivos de optimización en la planificación inversa, lo cual no está descrito en el trabajo. Es importante que  $\frac{2}{3}$  eran p16+, y si hubieran recibido potencialmente 45 Gy, ésta sería una dosis suficiente para obtener control de enfermedad microscópica. Por lo que sería un CTV omitido del contorneo, pero un área que podría estar recibiendo dosis terapéutica. Si bien con técnica VMAT correctamente desarrollada lo anterior es muy poco probable, sería importante mencionarlo en el trabajo (ej. dosis media recibida en el área omitida).

Finalmente, este protocolo de contorneo parece factible de realizar en nuestro medio, previa etapificación con PET/CT e informe realizado por radiólogo habituado a informar imágenes en cabeza y cuello. Es importante además considerar diferencias epidemiológicas que podrían repercutir en el pronóstico y patrones de recidiva.