



**Valoración de la calidad de vida
en pacientes supervivientes de
cáncer de cabeza y cuello**

**Assessment of quality of life in
head and neck cancer survivors**

10.20960/revcancer.00062

03/21/2024

Valoración de la calidad de vida en pacientes supervivientes de cáncer de cabeza y cuello

Assessment of quality of life in head and neck cancer survivors

Pedro Infante Cossío¹, Victoria Núñez Vera¹, Javier Herce López², Ángel Rollón Mayordomo²

¹Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Universidad de Sevilla. Sevilla. ²Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen Macarena. Universidad de Sevilla. Sevilla

Correspondencia: Pedro Infante Cossío. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla
e-mail: pinfante@us.es

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

El tratamiento del cáncer de cabeza y cuello (CCC) puede tener un impacto significativo en la calidad de vida (CV). Su valoración a través de cuestionarios es un importante aspecto en la evaluación clínica y terapéutica de los pacientes. Existe un interés creciente en la valoración de la CV en CCC mediante cuestionarios estandarizados puesto que, junto con la recurrencia y la supervivencia, ayuda a comprender los resultados del tratamiento. Los estudios revelan qué

factores del paciente (edad, sexo, comorbilidades, etc.), qué tipo de tumor (localización, tamaño, etc.) y qué tipo de tratamiento (cirugía, radioquimioterapia, etc.) están asociados con la CV. Aunque las puntuaciones globales de CV suelen disminuir tras el tratamiento, en general suelen recuperarse con el tiempo. La valoración de la CV se ha convertido en un parámetro adicional a considerar en el cuidado y en el manejo de supervivientes de CCC. Es necesario evaluar sus resultados a largo plazo, ya que los pacientes pueden requerir mucho tiempo para recuperarse de la enfermedad y de los efectos adversos del tratamiento.

Palabras clave: Calidad de vida. Cáncer de cabeza y cuello. Calidad de vida relacionada con la salud. Supervivientes. Cuestionarios.

ABSTRACT

Treatment of head and neck cancer (HNC) can significantly impact on quality of life (QoL), its assessment through questionnaires being an important aspect in the clinical and therapeutic evaluation of patients. There is growing interest in assessing QoL in CCC using standardized questionnaires since, together with recurrence and survival, it helps to understand treatment results. Studies reveal that factors of the patient (age, sex, comorbidities), tumor (location, size) and type of treatment (surgery, radio-chemotherapy) are associated with QoL. Although global QoL scores typically decrease after treatment, they generally recover over time. The assessment of QoL has become an additional parameter to consider in the care and management of HNC survivors. It is necessary to evaluate its long-term results since patients may require a long time to recover from the disease and the adverse effects of treatment.

Keywords: Quality of life. Head and neck cancer. Health-related

quality of life. Survivors. Questionnaires.

INTRODUCCIÓN

La definición de *calidad de vida* (CV) más aceptada y difundida es la desarrollada por la OMS, que la define como “la percepción adecuada y correcta que una persona tiene de sí misma en el contexto cultural y de valores en que está inmersa en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales” (1). Si bien la supervivencia en un paciente oncológico es un objetivo crucial, no siempre se traduce en una mejor CV. Algunos tratamientos agresivos pueden prolongar la vida, pero a costa de una CV deteriorada debido a los efectos secundarios.

La valoración de la CV de los pacientes no es un hecho novedoso y desde hace años se busca encontrar instrumentos válidos y fiables para medirla. La CV relacionada con la salud se refiere a una evaluación subjetiva que incluye la función física, social, cognitiva, el autocuidado y el bienestar emocional (2). Este término, “CV relacionada con la salud”, enfatiza la relación entre enfermedad y CV y permite una evaluación más integral del estado de salud o de enfermedad y su impacto sobre la vida de una persona.

La CV se centra en la percepción individual de cómo la enfermedad oncológica tiene impacto en la vida del enfermo en tres momentos claves: antes, durante y después del tratamiento. No se limita a un solo aspecto, sino que abarca una amplia gama de dominios que pueden verse afectados por el cáncer y su tratamiento, de manera única para cada persona, ya que lo que afecta a un paciente puede no tener el mismo efecto en otro. En definitiva, se trata de una apreciación personal del paciente sobre cómo su estado de salud afecta a diferentes áreas de su vida, abarcando varios dominios específicos:

- CV física. Es el dominio más ligado a la medicina. Valora el dolor, los síntomas, las limitaciones funcionales y la función cognitiva.
- CV social. Incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. Su nivel óptimo varía según los individuos (relación social, contactos, participación en actividades y espacio social).
- CV percibida. Generalmente representa el análogo subjetivo de la CV social, como la calidad familiar, de amigos y del tiempo y la seguridad económica.
- CV psicológica. Se compone de los afectos posibles, de los síntomas disfóricos y de las necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la CV global.

La relevancia de la CV radica en que aporta la perspectiva del paciente como un parámetro de resultado, independiente de la supervivencia, de la recurrencia de la enfermedad y de los años libres de enfermedad. La información que proporcionan estas medidas de CV permite identificar distintos estados de morbilidad y bienestar (o malestar), valorar el impacto de distintos tratamientos e intervenciones sanitarias, identificar las características sociodemográficas de la población de estudio y la forma en que repercute el estado de salud/enfermedad en el ámbito físico, psicológico y social. Por lo tanto, las mediciones de la CV no solo ofrecen una perspectiva más completa del paciente, sino que también pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas, en el seguimiento terapéutico, en la comunicación médico-paciente y en la planificación de políticas públicas sanitarias.

CALIDAD DE VIDA EN EL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

El cáncer de cabeza y cuello (CCC) representa un problema de salud

preocupante, ya que su incidencia y su mortalidad han aumentado gradualmente en el mundo durante las últimas décadas (3). Si se consideran los cánceres originados en la cavidad oral y los de orofaringe, hipofaringe y laringe, en conjunto representan la novena causa de muerte por cáncer a nivel mundial (4) y se estima que su incidencia y su mortalidad podrían aumentar en los próximos años.

Los objetivos últimos del tratamiento del CCC son la curación o el control de la enfermedad a nivel local y sistémico, así como la consecución de una adecuada CV. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, radioterapia y quimioterapia, juntas o por separado, con finalidad curativa o paliativa. Cada una de ellas cuenta con indicaciones específicas, pero a menudo se utilizan en combinación. El tratamiento quirúrgico es el más utilizado primariamente para lesiones resecables o tras el fracaso de la radioterapia (en caso de enfermedad residual o recidiva). El propósito de la cirugía es la extirpación del tumor para evitar recidivas locales; el manejo del cuello, para prevenir recidivas regionales y la reconstrucción, para lograr resultados estéticos y funcionales óptimos. El enfoque multidisciplinario es fundamental para determinar el plan de tratamiento más adecuado para cada paciente.

En el CCC localmente avanzado el manejo ha evolucionado hacia un enfoque multimodal que combina cirugía, radioterapia y quimioterapia. Esta estrategia ha demostrado un mayor control de la enfermedad y se traduce en mejores resultados para los pacientes, pero al mismo tiempo ha elevado la incidencia de efectos secundarios, tanto agudos como tardíos, que pueden afectar a su función y a su CV de manera considerable.

Las diferentes alternativas terapéuticas y las importantes secuelas tanto funcionales como sociales, así como la heterogeneidad de la presentación clínica del CCC y la complejidad del área anatómica afectada, provocan un impacto en la estética y en la funcionalidad de

los pacientes en mayor o en menor medida y afectan a funciones básicas como el habla, la masticación y la deglución. Esta merma de las funciones básicas para la relación del paciente con su entorno (el habla, la alimentación o el aspecto físico) produce un impacto negativo en la CV del paciente.

El propósito de valorar la CV en el CCC es múltiple. Por una parte, medir la CV de los pacientes sometidos a tratamiento tiene la finalidad última de perfeccionarlos y seleccionar los más apropiados en cada caso. Por otra, sirve para analizar cuáles son los factores (del paciente, del tumor y del tratamiento) que influyen en la CV. La relevancia de estos estudios aumenta a medida que la incidencia de estos tumores se incrementa, y con ella, su demanda asistencial.

RECORRIDO HISTÓRICO

En el año 1947, Karnofsky y Burchenal (5) introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas, pero no fue hasta 1952 cuando la OMS se planteó considerar la CV como una medida específica para tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la visión de su protagonista, el propio paciente (6). Desde entonces, el auge de la CV ha adquirido un papel importante, lo que se demuestra por (7,8):

- El desarrollo y la validación de numerosos cuestionarios de CV relacionada con la salud.
- La publicación de muchos artículos en que estos cuestionarios se utilizan como un parámetro objetivo de evaluación de resultados.
- La creación de sociedades científicas interesadas específicamente en este tema.
- La aparición de revistas médicas específicas (por ejemplo, *Quality of Life Research*).

A nivel mundial, la CV se ha convertido en un instrumento ampliamente utilizado por las autoridades sanitarias para la planificación y el desarrollo de políticas de salud. Por ejemplo, instituciones del prestigio del National Cancer Institute (NCI), el National Institute of Health (NIH), la American Cancer Society (ACS), la American Society of Clinical Oncology (ASCO) y la US-FDA utilizan los resultados de la CV como una herramienta más de trabajo (9) dentro del marco conceptual de los resultados reportados por pacientes, donde la metodología juega un papel trascendente para su validez y aplicabilidad (10).

En España, diversos estudios se han ocupado de la valoración de la CV en pacientes con CCC. Infante-Cossío y cols. (11,12) utilizaron el cuestionario EORTC para valorar la CV de un subgrupo de 149 pacientes con cáncer oral y orofaríngeo y establecer el impacto de la edad, el sexo, la localización y el estadio tumoral. Arraras y cols. publicaron dos estudios (13,14) con una muestra de 201 pacientes con CCC y realizaron tres mediciones para validar la versión española del EORTC QLQ-C30 y QLQ-H&N35. Herce y cols. (15) han empleado el cuestionario SF-36 (*Short Form 36-Item Health Survey*) para comparar la CV en pacientes sometidos a cirugía por un cáncer oral con una tasa de supervivencia superior a 5 años con los valores de referencia para la población española. Estos mismos autores (16) publicaron una revisión sobre 50 pacientes con el mismo cuestionario y otro estudio sobre 60 pacientes para analizar la CV de pacientes que han sobrevivido más de 5 años (17). Más recientemente, Rollon-Mayordomo y cols. (18) han publicado un estudio en supervivientes de cáncer oral después de la reconstrucción con colgajo libre de antebrazo. Álvarez-Buylla y cols. (19) evaluaron la CV en pacientes intervenidos de cáncer de orofaringe, hipofaringe y laringe mediante EORTC QLQ-C30 y QLQ-H&N35. Nazar y cols. (20) llevaron a cabo la

validación al español del *The University of Washington Quality of Life questionnaire* (UW-QoL). López-Jornet y cols. (21) establecieron un estudio sobre 109 pacientes con CCC en la región de Murcia empleando los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-H&N35. Barrios y cols. (22,23) han estudiado la CV en pacientes con cáncer oral mediante cuestionarios de salud oral. Asensio-Salazar y cols. (24) han reportado la CV de 60 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por cáncer de lengua con los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-H&N35. Recientemente, Agea Martínez y cols. (25) han publicado sus resultados de CV con estos mismos cuestionarios tras la reconstrucción de defectos oncológicos con colgajos locales.

La valoración de la CV debe incluir todas las áreas de la vida que se encuentran afectadas no solo por la enfermedad, sino también por su tratamiento: la física, la psicológica, la social y la espiritual. Uno de los problemas para medir la CV ha residido en la falta de un instrumento único y global capaz de acomodar todos los componentes que definen el concepto de CV. De hecho, hasta la fecha no existe consenso en cuanto al tratamiento de referencia de los cuestionarios (8).

Las encuestas de CV en pacientes presentan diversas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados de los estudios publicados (26). En primer lugar, la heterogeneidad en las mediciones y la falta de un instrumento único y estandarizado dificultan la comparación entre estudios, ya que cada instrumento se enfoca en diferentes síntomas y aspectos funcionales de la CV, lo que reduce la generalización de los hallazgos. En segundo lugar, la variabilidad en las metodologías, en los diseños de investigación y en la selección de las muestras, e incluso el relativo reducido número de pacientes en algunos estudios, conllevan limitaciones estadísticas. En tercer lugar, en la CV están implicados otros factores adicionales, como comorbilidades y adicciones (incluyendo el tabaquismo y el

alcoholismo) que pueden afectar de manera independiente al cáncer, como también la diversidad de localizaciones del tumor y el estadio de la enfermedad. Finalmente, hay que tener en cuenta las diferencias en las modalidades de tratamientos aplicados, que alteran la CV de forma desigual.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Los instrumentos para medir la CV son los cuestionarios específicamente diseñados para ello. Los cuestionarios de CV no sustituyen a las evaluaciones clínicas, sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de la salud. Estos deben tener una serie de características sin las que un cuestionario no puede considerarse válido (27):

- Amplio, que incorpore una parte considerable de los aspectos de la salud.
- Válido para medir dichos aspectos y conceptos.
- Fiable, reproducible y que tenga consistencia interna, de manera que no haya contradicciones en las respuestas y, en caso de haberlas, que puedan detectarse.
- Sensible, capaz de revelar variaciones, incluso pequeñas, en el estado de salud y, por tanto, capaz de reflejar las modificaciones sintomáticas tras un determinado tratamiento.

Otras propiedades claves de los cuestionarios son: facilidad para su administración (debe ser rápido y fácil de completar por el paciente), comprensión (el lenguaje debe ser sencillo y adaptado al nivel educativo del paciente, adecuado a sus características culturales y lingüísticas y con un diseño atractivo, que sea fácil de leer), interpretación de la puntuación (la puntuaciones deben reflejar con precisión las experiencias de CV del paciente y los resultados deben

ser interpretables en términos de su significado clínico y de utilidad) y relevancia clínica (los resultados deben ser útiles para la toma de decisiones clínicas y la planificación del tratamiento).

Los cuestionarios o las escalas están compuestos por ítems o preguntas, organizadas en dominios o campos, que pueden analizarse individual o globalmente. Son instrumentos de medida que contienen instrucciones para su cumplimentación, dimensiones (o conceptos que pretende medir) y un número determinado de preguntas que describen cada dimensión. Estos cuestionarios contemplan aspectos físicos (síntomas frecuentes de la enfermedad y efectos secundarios de tratamientos antitumorales), psíquicos (fundamentalmente ansiedad y depresión, frecuentes en estos pacientes), sociales (cantidad y calidad de relaciones con personas del entorno) y funcionales (nivel de actividad para realizar tareas cotidianas y cuidados personales).

La principal dificultad en la utilización de cuestionarios radica en que su desarrollo requiere una apropiada metodología que asegure su validez, su fiabilidad y su pertinencia y que además tengan en cuenta las variaciones culturales que puedan existir de un país a otro. Estos cuestionarios deben ser fáciles de entender y de responder, autocumplimentables, multidimensionales (que valoren diversas áreas para poder tener una percepción global del paciente), adaptados transculturalmente al medio donde van a aplicarse y presentar las adecuadas propiedades psicométricas (validez, fiabilidad y sensibilidad).

Para obtener resultados fiables y relevantes en investigación sobre la CV en CCC es crucial considerar las siguientes características metodológicas (28):

- La muestra del estudio debe ser representativa de la población diana de pacientes con CCC evitando el sesgo de selección.
- El instrumento de medición debe ser capaz de detectar tanto el

empeoramiento (efecto suelo) como la mejora (efecto techo) en la CV.

- Debe estar adaptado para diferentes culturas y razas cuando se aplica en poblaciones diversas.
- La herramienta debe ser fácil de usar en el contexto clínico, con un esfuerzo mínimo para el personal y los pacientes. La autoadministración por el paciente puede facilitar la recolección de datos y reduce el sesgo del entrevistador.
- El cuestionario debe proporcionar una puntuación global de la CV, así como puntuaciones específicas para diferentes dominios (físico, psicológico, social, etc.) para conseguir una evaluación más detallada.

CUESTIONARIOS GENÉRICOS

Los cuestionarios genéricos de salud general suelen usarse para medir la CV en personas o pacientes sin centrarse en la enfermedad o en la patología específica y permiten comparar pacientes con más de una enfermedad o con diferentes procesos patológicos. Las escalas genéricas intentan cubrir todos los aspectos de la vida y se resumen en una puntuación global. Sin embargo, estos cuestionarios genéricos son poco adecuados para detectar cambios inducidos por un tratamiento concreto en una determinada enfermedad. Los más utilizados en pacientes con CCC son el Short Form-36 (SF-36) y el *Sickness Impact Profile* (SIP) (29).

CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS

Los cuestionarios específicos son aquellos que solo incluyen los ítems que suelen estar afectados por la patología o el tratamiento concreto que esté evaluándose. Entre ellos distinguiremos (29):

- Los cuestionarios dirigidos a pacientes oncológicos de forma genérica, tales como el *European Organization for Research and*

- Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30), el *Functional Assessment of Cancer Therapy General* (FACT G), *Functional Living Index-Cancer* (FLIC) y el *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES).
- Hay otros dirigidos a pacientes afectados de CCC, como el *University of Washington QoL Questionnaire* (UWQOL), el *European Organization for Research into the Treatment of Cancer* (EORTC HN-C35), el *Functional Assessment of Cancer Therapy Head and Neck Cancer Questionnaire* (FACT HN), el *Head Neck Cancer Inventory* (HNCI) y el *Vanderbilt Head and Neck Symptom Survey* (VHNSS).
 - Otros cuestionarios de CV encaminados más específicamente a los síntomas del CCC son el *Voice Related QOL* (VRQOL), el *MD Anderson Dysphagia Inventory* (MDADI), el *Swallowing Quality of Life* (SWAL QOL) y el *MD Anderson Dysphagia Inventory* (MDADI), el *Xerostomia-related Quality of Life Scale* (XeQoLS) y el *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI).
 - Además, hay otros instrumentos que se ocupan específicamente de evaluar los tratamientos, como el *UWQOL for surgical patients*, el *Head and Neck Radiotherapy Questionnaire* (HNRQ), el *Quality of Life Radiation Therapy Instrument Head and Neck Module* (QOL-RTI/H&N) y el *Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire*.

En la revisión de Rathod y cols. (30) se seleccionaron 26 trabajos que analizaban la CV en pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente por CCC con o sin radioquimioterapia adyuvante. El test más frecuentemente utilizado fue el de UWQoL, seguido del EORTC QLQ-H&N35, mientras que el test general de cáncer más usado fue el EORTC QLQ-C30. El SF36 fue el cuestionario de CV general más utilizado. La revisión sistemática de Rooij y cols. (31)

sobre cirugía reconstructiva en CCC identificó 30 estudios con al menos 50 pacientes y un seguimiento de más de un año. El cuestionario más utilizado es el UW-QoL, seguido del EORTC QLQ-C30 y del EORTC QLQ-H&N35.

Recientemente, Ghazali y cols. (8) han publicado una revisión bibliográfica sobre CV en pacientes con CCC y encuentran que está produciéndose un cambio en la tendencia de los estudios de CV. Se constata una preferencia actual por publicaciones con cuestionarios de CV específicos, como disfagia, xerostomía y mucositis oral. Al mismo tiempo se enfatiza la importancia de que los estudios consideren las perspectivas de CV en los pacientes supervivientes de CCC, priorizando su supervivencia y la implementación de planes integrales para atender sus necesidades a largo plazo.

MOMENTO DE PASAR EL CUESTIONARIO

Un elemento a tener en cuenta al enfrentarse a un estudio sobre CV en CCC es el momento elegido para pasar el cuestionario a los pacientes. En la literatura se observa una gran variabilidad en cuanto a esta elección, puesto que existen numerosos trabajos que analizan la CV de los pacientes al primer año del tratamiento, algunos menos (a los 2-3 años) y muy pocos se centran en los resultados a largo plazo, concretamente pasados los 5 años. Este aspecto es muy relevante, puesto que la CV en pacientes con CCC varía claramente según se estudie en supervivientes o en aquellos que no lo son (y que eventualmente fallecerán debido a la enfermedad). Los pacientes supervivientes mostrarán una mejoría durante los primeros años, posiblemente motivada por la finalización del tratamiento y por su esperanza en la recuperación. Por el contrario, los no supervivientes no experimentarán ninguna mejoría o incluso exhibirán un deterioro en su CV.

Antes de iniciar el tratamiento, las dimensiones más afectadas son el

dolor, la actividad, el habla, la deglución y la ansiedad (32). Se refieren mejores valores globales de CV en el momento inicial en los jóvenes, en las mujeres, en tamaños tumorales T1-T2 y en los localizados en la zona posterior (33). Sin embargo, es importante considerar si la medida de CV en el momento inicial se ha realizado antes o después de que el paciente fuese informado de su enfermedad, tratamiento, pronóstico, etc., ya que todo ello puede afectar negativamente a su CV, independientemente de la repercusión de su enfermedad.

En cuanto a la evolución temporal del cambio de la CV a lo largo del tiempo, no se observa una consistencia en la literatura. Mientras algunos autores describen un empeoramiento significativo de CV global (32,34), otros consideran que permanece estable o con un mínimo empeoramiento (35) y otros reportan un empeoramiento inmediato tras el tratamiento, que luego se recupera (36).

Rogers y cols. (37) consideraron que la CV evaluada después de un año del tratamiento constituye un indicador útil a más largo plazo y que, por tanto, los resultados obtenidos en ese momento nos servirían para concluir cómo estarán esos pacientes a medio y largo plazo. Sin embargo, otros autores, como Schlipake y cols. (38), encontraron que la CV general puede mejorar a partir de los 3 años y que, por tanto, las mediciones hechas con anterioridad a este tiempo no aportarían datos fiables para saber cómo estarán esos pacientes a largo plazo. Otros trabajos también han detectado cambios entre el primer y el quinto año, especialmente en pacientes tratados con radioterapia (39). Herce y cols. (15-17) también reportaron que la medición de CV a los 5 años tras el tratamiento aporta una visión real de cuál es la situación del paciente cuando este tiene la percepción de haber superado la enfermedad.

En muchos casos, los efectos de los tratamientos combinados pueden durar meses o incluso años en los pacientes con CCC. Aunque el

paciente se adapta con el tiempo, los resultados a corto plazo (un año) no son comparables a los de largo plazo (3-5 años). Adicionalmente, a los 5 años del diagnóstico muchos pacientes dejan de acudir a las consultas o las espacian considerablemente, ya que consideran que han superado la enfermedad. Pasar los cuestionarios en este momento proporcionará una visión más realista de la CV a largo plazo.

FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR A LA CALIDAD DE VIDA

Los factores que afectan a la CV son múltiples y se relacionan con el paciente, el tumor o el tratamiento.

- *Edad.* Parece que los pacientes mayores reportan mejores resultados en el dolor, en la limitación física y en el aspecto (36).
- *Sexo.* Los resultados son algo más contradictorios. Sobre todo, se ha descrito mayor dolor en las mujeres (40) y, en los tumores avanzados, tienen peor CV global y en determinados síntomas, como la deglución, el habla, la apariencia, trismo, etc.
- *Localización del tumor.* Los cánceres de la cavidad oral tienden a tener un mayor impacto en la CV en comparación con otros sitios. Afectan al funcionamiento físico y cognitivo, la fatiga, el apetito, el dolor, las náuseas y los vómitos, la disnea, la alimentación, el contacto social, la apertura de la boca y a la tos. En general, los situados en la parte anterior de la cavidad oral tienen peor CV pretratamiento y empeoran poco durante el seguimiento y los situados en la parte posterior, justo al contrario (32,33). Los pacientes con cáncer de hipofaringe adolecen de un apoyo emocional deficiente y de falta de estrategias de afrontamiento (41).
- *Estadio del tumor.* Los estudios sobre la relación entre el estadio del tumor y la CV son poco consistentes. Aunque

algunos no encuentran una asociación significativa, la mayoría reportan una peor CV en pacientes con enfermedad avanzada (estadios III-IV), ya que un tratamiento más agresivo suele derivar en efectos secundarios a corto y a largo plazo que tienen un impacto negativo en la CV (12). En estadios precoces se obtiene una mejor CV en aspectos como la alimentación, el apetito, el rol social, el dolor, la sequedad de la boca y en las dificultades financieras.

- *Cáncer de orofaringe asociado al virus del papiloma humano (VPH)*. Estos casos se diagnostican sobre todo en pacientes más jóvenes, sin antecedentes de tabaquismo o alcoholismo y con menos comorbilidades (4). En general muestran un pronóstico significativamente mejor que los cánceres no asociados al VPH. Por todo ello, los pacientes con cáncer de orofaringe asociado al VPH exhibirán una mejor CV general que los que no se asocian al VPH (42,43).
- *Tratamiento quirúrgico*. La cirugía extensa con reconstrucción con colgajos tiene peor CV (30), incluyendo linfedema, fibrosis, desfiguración, pérdida de la voz, disfagia y babeo. La laringectomía genera temor en los pacientes, pero la CV no disminuye a largo plazo. La disección cervical se asocia también a peores resultados en cuanto a la CV global (44), así como en diferentes dimensiones más específicas (deglución, habla, apariencia y funcionalidad del hombro) (40).
- *Radioterapia*. Aunque existen trabajos que no hallan peores resultados de CV por radioterapia en cáncer de laringe y orofaringe (45), la mayoría reporta un efecto negativo (25,30). Los efectos secundarios a largo plazo incluyen la hiposalivación (que puede causar caries, enfermedad periodontal y osteorradionecrosis), linfedema y fibrosis, que afectan a la

deglución y a la movilidad mandibular, a la del cuello y a la de los hombros. La irradiación de la laringe puede manifestar más problemas con el habla y el gusto. Los estudios que comparan la cirugía seguida de radioterapia (adyuvante) con la radioquimioterapia no han encontrado una diferencia significativa entre ambas opciones en la CV a largo plazo. En el carcinoma avanzado de laringe, la CV a largo plazo es similar en pacientes que se sometieron a una extirpación total de la laringe (laringectomía total) o a radioquimioterapia para preservar el órgano (46).

SÍNTOMAS ESPECÍFICOS Y SU EFECTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Los pacientes con CCC sometidos a tratamientos multimodales experimentan diversos síntomas, de intensidad moderada a grave, que suelen asociarse con una disminución de la CV (47,48):

- *Desfiguración.* El CCC y su tratamiento quirúrgico pueden afectar a la apariencia y a la estética del paciente, lo que puede tener un impacto significativo en la CV, especialmente en los cánceres que afectan a la cara. La desfiguración puede afectar a la imagen corporal, a la autoestima y a las relaciones sociales del paciente.
- *Disfagia.* Es un problema común en pacientes con CCC. En el momento del diagnóstico, la disfagia suele estar causada por el tumor inicial y después, por los tratamientos administrados. Puede afectar a la nutrición, al apetito y a la CV global del paciente.
- *Linfedema.* La acumulación de líquido linfático puede ocurrir en el cuello y en otras áreas tras el tratamiento del CCC. El linfedema puede causar dolor, hinchazón cervical o submental y disfunción de la laringe o faringe.

- *Voz*. La pérdida de la voz después de una laringectomía total puede suponer un desafío importante para los pacientes con CCC. Sin embargo, la mayoría se adapta y logra recuperar una CV satisfactoria.
- *Xerostomía*. La boca seca es un efecto secundario común de la radioterapia por CCC. Puede dificultar el habla, la deglución y la masticación y también puede afectar al sentido del gusto.
- *Síntomas sistémicos*. El CCC y su tratamiento pueden causar una variedad de síntomas sistémicos como fatiga, dolor o malestar generalizado, ansiedad, depresión y problemas neurocognitivos, desregulación de la temperatura, trastornos del sueño y disfunción gastrointestinal.

CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO COMO PREDICTOR DE SUPERVIVENCIA

Los estudios sobre el impacto del CCC en la CV muestran que, en el primer año tras el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, hay un descenso en los niveles de CV en la mayoría de los parámetros estudiados, pero se observa una mejora a partir de los 6 meses, especialmente en la CV general, el habla y algunos aspectos funcionales (49-51). Sin embargo, la evaluación a largo plazo es más limitada, ya que pocos trabajos se centran en valorar la CV más allá del quinto año postratamiento (30,38).

La dificultad para llevar a cabo evaluaciones a largo plazo radica en la complejidad de encontrar muestras de pacientes de un tamaño adecuado. Sin embargo, estudios como los realizados por Herce y cols. (15-17), que analizan el impacto del tratamiento quirúrgico del cáncer oral en pacientes con supervivencia superior a 5 años, proporcionan datos valiosos. Estos estudios muestran diferencias estadísticamente significativas en dimensiones como la salud general,

la vitalidad y la limitación física, lo que sugiere que los pacientes que sobreviven más de cinco años logran adaptarse y superar las limitaciones físicas propias de la enfermedad y su tratamiento. Los estudios de Oskam (52,53) encontraron que el empeoramiento en los niveles de CV en el primer año de diagnóstico se mantiene en el tiempo y que la CV al año no es predictora de la CV a los 10 años.

Por otro lado, se ha observado que la CV al diagnóstico de la enfermedad puede tener un impacto significativo en la supervivencia de los pacientes con CCC (54). Estudios como los de Montazeri y cols. (55) y Klein y cols. (56) han encontrado una asociación entre puntuaciones altas de CV al diagnóstico y una mejor tasa de supervivencia, aunque la evidencia es más limitada en comparación con otros tipos de cánceres. Además, se ha constatado que la CV pretratamiento es un predictor de supervivencia global y la función física pretratamiento también se ha asociado positivamente con la supervivencia (57). Estos hallazgos sugieren que, dado que los pacientes pueden necesitar mucho tiempo para recuperarse de la enfermedad y de los efectos adversos del tratamiento, la valoración de la CV a largo plazo en pacientes con CCC se convierte en un parámetro adicional a considerar para comprender los resultados de los tratamientos, de la morbilidad y de la supervivencia.

CONCLUSIONES

Los futuros estudios de CV en CCC deberían enfocarse hacia intervenciones y estrategias para mejorar no solo la supervivencia, sino también el tratamiento efectivo de los síntomas y de las toxicidades específicas y el impacto de las nuevas modalidades terapéuticas. La detección temprana y el tratamiento de estos síntomas son vitales para mejorar la CV de los pacientes durante y después del tratamiento. Es fundamental considerar las perspectivas de los pacientes supervivientes de CCC para poder implementar

planes integrales y atender sus necesidades a largo plazo. Para ello, se hace necesario una estrecha colaboración interdisciplinaria con el fin último de mejorar el bienestar general de los supervivientes de CCC.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1403-9.
2. Torres-Carranza E, Infante-Cossío P, Hernández-Guisado JM, Hens-Aumente E, Gutiérrez-Pérez JL. Assessment of quality of life in oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E735-41.
3. Durán-Romero AJ, Infante-Cossío P, Pereyra-Rodríguez JJ. Trends in mortality rates for oral and oropharyngeal cancer in Spain, 1979-2018. *Oral Dis* 2022;28(2):336-44.
4. Infante-Cossío P, Durán-Romero AJ, Castaño-Seiquer A, Martínez-de-Fuentes R, Pereyra-Rodríguez JJ. Estimated projection of oral cavity and oropharyngeal cancer deaths in Spain to 2044. *BMC Oral Health* 2022;22(1):444.
5. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: Maclead CM, editor. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia; 1947. p. 37-56.
6. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. En: *Ten years of the World Health Organization (Annexe I)*. Geneva: OMS; 1958.
7. Barrios R, Montero J, González-Moles MA, Baca P, Bravo M. Levels of scientific evidence of the quality of life in patients treated for oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18:e578-84.

8. Ghazali SNA, Chan CMH, Nik Eezamuddeen M, Manan HA, Yahya N. Quality of Life for Head and Neck Cancer Patients: A 10-Year Bibliographic Analysis. *Cancers* 2023;15:4551.
9. Lipscomb J, Gotay CC, Snyder CF. A review of recent research and policy initiatives of patient-reported outcomes in cancer. *CA Cancer J Clin* 2007;57:278-300.
10. Reeve B, Wyrwich K, Wu A, Velikova G, Terwee C, Snyder C, et al. ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. *Qual Life Res* 2013;22:1889-905.
11. Infante-Cossío P, Torres-Carranza E, Cayuela A, Gutiérrez-Pérez JL, Gili-Miner M. Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009;38:250-5.
12. Infante-Cossío P, Torres-Carranza E, Cayuela A, Hens-Aumente E, Pastor-Gaitán P, Gutiérrez-Pérez JL. Impact of treatment on quality of life for oral and oropharyngeal carcinoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009;38:1052-8.
13. Arraras JI, Arias F, Tejedor M, Pruja E, Marcos M, Martínez E, et al. The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Quality of Life questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psychooncology* 2002;11:249-56.
14. Arraras JI, Arias F, Tejedor M, Vera R, Pruja E, Marcos M, Martínez E, et al. El cuestionario de calidad de vida para tumores de cabeza y cuello de la EORTC QLQ-H&N35. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología* 2001;24:482-91.
15. Herce J, Rollón A, Polo J. Calidad de vida en pacientes intervenidos de cáncer bucal con supervivencia superior a 5 años: comparación con los valores de referencia de la población española. *Med Clin (Barc)* 2007;128:692-6.
16. Herce López J, Rollón Mayordomo A, Lozano Rosado R,

- Salazar Fernández CI, Gallana S. Quality of life in long-term oral cancer survivors: a comparison with Spanish general population norms. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67:1607-14.
17. Herce-López J, Rollón Mayordomo A, Lozano-Rosado R, Infante-Cossío P, Salazar-Fernández CI. Assessment of quality of life of oral cancer survivors compared with Spanish population norms. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013;42:446-42.
 18. Rollón-Mayordomo A, Herce-López J, Lozano-Rosado R, Gallana-Álvarez S, Salazar-Fernández CI, Infante-Cossío P. Quality of life after reconstruction with a free forearm flap in patients who have survived oral cancer for more than five years. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2018;56(2):158-9.
 19. Álvarez-Buylla Blanco M, Herranz González-Botas J. Quality of life evolution in patients after surgical treatment of laryngeal, hypopharyngeal or oropharyngeal carcinoma. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62:103-12.
 20. Nazar G, Garmendia ML, Royer M, McDowell JA, Weymuller EA Jr, Yueh B. Spanish validation of the University of Washington Quality of Life questionnaire for head and neck cancer patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;143:801-7.
 21. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, López-Tortosa J, Palazón Tovar T, Rodríguez-González MA. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer in Spain by means of EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35. *J Craniomaxillofac Surg* 2012;40:614-20.
 22. Barrios R, Tsakos G, Gil-Montoya JA, Montero J, Bravo M. Association between general and oral health-related quality of life in patients treated for oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015;20:e678-846.
 23. Barrios R, Bravo M, Gil-Montoya JA, Martínez-Lara I, García-Medina B, Tsakos G. Oral and general health-related

- quality of life in patients treated for oral cancer compared to control group. *Health Qual Life Outcomes* 2015;23;13:9.
24. Asensio-Salazar J, Olavarria-Montes E, Mejía-Nieto M, Vico-Alonso C, Sánchez-Aldehuelo R, Cabrera-de-Diego M, et al. Quality of life after surgical treatment for tongue cancer. *Front Oral Maxillofac Med* 2022;4:11.
 25. Agea Martínez M, Antúnez-Conde R, Navarro Cuéllar C, Tousidonis Rial M, Navarro Cuéllar I, López López AM, et al. Assessment of Quality of Life in Head-and-Neck Oncologic Patients with Intraoral Soft-Tissue Defects Reconstructed with Buccinator Myomucosal Flap. *J Clin Med* 2022;11:7458.
 26. Schutte HW, Heutink F, Wellenstein DJ, van den Broek GB, van den Hoogen FJA, Marres HAM, et al. Impact of Time to Diagnosis and Treatment in Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;162(4):446-57.
 27. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004;76:71-7.
 28. Nguyen LB, Vu LG, Le TT, Nguyen XT, Dao NG, Nguyen DC, et al. Impact of interventions on the quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis of longitudinal research. *Health Qual Life Outcomes* 2023;21(1):112.
 29. Herce López J, Rollón Mayordomo A, Infante-Cossío P. Evaluación de la calidad de vida de los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello. *Rev Cancer (Madrid)* 2016;30(4):209-16.
 30. Rathod S, Livergant J, Klein J, Witterick I, Ringash J. A systematic review of quality of life in head and neck cancer treated with surgery with or without adjuvant treatment. *Oral Oncology* 2015;51:888-900.
 31. Van Rooij JAF, Roubos J, Vrancken Peeters NJMC, Rijken

- BFM, Corten EML, Mureau MAM. Long-term patient-reported outcomes after reconstructive surgery for head and neck cancer: A systematic review. *Head Neck* 2023;45(9):2469-77.
32. Biazevic MG, Antunes JL, Togni J, de Andrade FP, de Carvalho MB, Wunsch-Filho V. Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. *J Appl Oral Sci* 2010;18:279-84.
 33. Rogers SN, Humphris G, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. The impact of surgery for oral cancer on quality of life as measured by the medical outcomes short form 36. *Oral Oncol* 1998;34:171-9.
 34. Fang FM, Chien CY, Kuo SC, Chiu HC, Wang CJ. Changes in quality of life of head-and-neck cancer patients following postoperative radiotherapy. *Acta Oncol* 2004;43:571-8.
 35. Rogers SN, Lowe D, Fisher SE, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life and clinical function after primary surgery for oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2002;40:11-8.
 36. Derks W, de Leeuw RJ, Hordijk GJ, Winnubst JA. Quality of life in elderly patients with head and neck cancer one year after diagnosis. *Head Neck* 2004;26:1045-52.
 37. Rogers SN, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. The University of Washington head and neck cancer measure as a predictor of outcome following primary surgery for oral cancer. *Head Neck* 1999;21:394-401.
 38. Schliephake H, Maximilian J. Impact of intraoral soft-tissue reconstruction on the development of quality of life after ablative surgery in patients with oral cancer. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:421-30.
 39. Nordgren M, Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Boysen M, Jannert M. Quality of life in oral carcinoma: a 5-year prospective study. *Head and Neck* 2008;30:461-70.

40. Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Priante AV, de Melo RL, Correia LM, et al. Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:1209-13.
41. Mahalingam S, Spielmann P. Quality of Life Outcomes following Treatment of Hypopharyngeal Cancer. *Adv Otorhinolaryngol* 2019;83:126-34.
42. Pearlstein KA, Wang K, Amdur RJ, Shen CJ, Dagan R, Weiss J, et al. Quality of Life for Patients with Favorable-Risk HPV-Associated Oropharyngeal Cancer After Deintensified Chemoradiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2019;103:646.
43. Silver JA, Schwartz R, Roy CF, Sadeghi N, Henry M. Patient-Reported Outcome Measures of Psychosocial Quality of Life in Oropharyngeal Cancer Patients: A Scoping Review. *J Clin Med* 2023;12:2122.
44. Klozar J, Lischkeova B, Betka J. Subjective functional results 1 year after surgery and postoperative radiation for oropharyngeal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001;258:546-51.
45. Tschudi D, Stoeckli S, Schmid S. Quality of life after different treatment modalities for carcinoma of the oropharynx. *Laryngoscope* 2003;113:1949-54.
46. Trivedi NP, Swaminathan DK, Thankappan K, Chatni S, Kuriakose MA, Iyer S. Comparison of quality of life in advanced laryngeal cancer patients after concurrent chemoradiotherapy vs total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;139(5):702-7. DOI: 10.1016/j.otohns.2008.06.002
47. So WK, Chan RJ, Chan DN, Hughes BGM, Chair SY, Choi KC, et al. Quality-of-life among head and neck cancer survivors at one year after treatment-a systematic review. *Eur J Cancer* 2012;48(15):2391-408. DOI: 10.1016/j.ejca.2012.04.005

48. Wulff-Burchfield E, Dietrich MS, Ridner S, Murphy BA. Late systemic symptoms in head and neck cancer survivors. *Support Care Cancer* 2019;27(8):2893-902.
49. De Graeff A, de Leeuw JR, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JAM. Long-term quality of life of patients with head and neck cancer. *Laryngoscope* 2000;110:98-106.
50. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E, et al. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients, part II: longitudinal data. *Laryngoscope* 2001;111:1440-52.
51. Goldstein DP, Hynds Karnell L, Christensen AJ, Funk GF. Health-related quality of life profiles based on survivorship status for head and neck cancer patients. *Head Neck* 2007;29:221-9.
52. Oskam IM, Verdonck-de Leuw IM, Aronson NK, Witte BL, de Bree R, Doornaert P, et al. Prospective evaluation of health-related quality of life in long-term oral and oropharyngeal cancer survivors and the perceived need for supportive care. *Oral Oncology* 2013;49:443-8.
53. Mehanna H, Morton R. Deterioration in quality-of-life of late (10-year) survivors of head and neck cancer. *Clin Otolaryngol* 2006;31:204-11.
54. Oskam IM, Verdonck-de Leeuw IM, Aaronson NK, et al. Quality of life as predictor of survival: a prospective study on patients treated with combined surgery and radiotherapy for advanced oral and oropharyngeal cancer. *Radiother Oncol* 2010;97:258.
55. Montazeri A. Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7:102. DOI: 10.1186/1477-7525-7-102

56. Klein J, Livergant J, Ringash J. Health related quality of life in head and neck cancer treated with radiation therapy with or without chemotherapy: A systematic review. *Oral Oncol* 2014;50:254-62.
57. Van Nieuwenhuizen AJ, Buffart LM, Brug J, Leemans CR, Verdonck-de Leeuw IM. The association between health related quality of life and survival in patients with head and neck cancer: A systematic review. *Oral Oncol* 2015;51:1-11.

revisiões en
CÁNCER