

# CONCLUSIONES 1

- Ca ORL  $\neq$  Ca ORL HPV+  $\neq$  TNM  $\neq$  SG
- El HPV + tabaco: detrimento en SG
- Pero... ¿ $\neq$  Tto?, no porque
  - ▣ El tto QT-RT sigue siendo el tto estándar en los Ca ORL HPV+
- En TOD, realizar HPV y VEB

# CONCLUSIONES 2

- La inmunoterapia en Ca ORL ¿ha demostrado un impacto significativo en líneas sucesivas-avanzadas?
- Medianas de SG de 7-8 meses ( $\Delta 1.5$  m), con SLP de 2 meses, pero con SG a 30 meses del 11-12%
- Independientemente de PDL1 y HPV (Pembro  $\geq 50\%$ )
- Mejor y distinto perfil de toxicidad
- TBP: medianas de 12 meses, que son mejores que las del Pivotal ¿?

A falta de pan,  
¿buenas son tortas?

# CONCLUSIONES 2

- La inmunoterapia (sola y en combinación con QT) ha demostrado eficacia en cuanto a SG en los Ca ORL avanzados PDL1+ en comparación con el tto estándar (EXTREME 2007-2008) ¿Nuevo SOC después de 10 años?
- OJO: región ORL es una zona donde también es necesaria la TRO, y ésta es mayor con EXTREME que con Pembro sólo (TRO 19 vs 35%), que se iguala cuando Pembro se combina con Al-Sarraf (35%)
- ¿P-EXTREME? ¿P-Erbitax? ¿P-TPEx? ¿P-TEEx?
- La DOR es mayor con inmunoterapia (x5): los que responden, responden más tiempo
- Mejor perfil de toxicidad que con QT y antiEGFRs

# CONCLUSIONES 3

- Datos muy preliminares (Ph I-II) en neoadyuvancia y concomitancia, con perfil de seguridad adecuado (excepto inhs. PI3K), sin datos de eficacia, aunque con muchas expectativas.
- Importancia de encontrar biomarcadores para seleccionar pacientes y no gastar recursos innecesarios
- ¿Es suficiente el PDL1? ¿Cómo, dónde y cuándo tenemos que medirlo?
- Futuro (ó presente): TMB y NGS
- Importancia de meter a pacientes en E. Clínico
- Ph III ¡ESPAÑÓLES! Keynote 412 (QT-RT +/- Pembro) y AVOKE (Atezo adyuvante)

# Factoría de ideas

- Hacer recogida de datos de pacientes tratados con:
  - Erbitax
  - Inmunoterapia
  
- ¿Sugerencias?