

Reflexiones desde la bioética sobre el cáncer de cavidad oral avanzado en cirugía oral y maxilofacial. Revisión sistemática

Bioethical reflections on advanced oral cavity cancer in oral and maxillofacial surgery. Systematic review

Martín Fernández Ferro*
Universidad de Vigo, España

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.04>

Resumen

El cáncer de cavidad oral avanzado es la patología oncológica más frecuente dentro de los tumores de cabeza y cuello para el cirujano

* Médico asociado al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España. Investigador del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Vigo, España. Profesor EUE Ribera Povisa, Universidad de Vigo. Vigo, España. Correo electrónico: martin.fernandez.ferro@sergas.es <https://orcid.org/0000-0002-5915-9134>

Recepción: 26/05/2025 Aceptación: 10/08/2025

CÓMO CITAR: Fernández Ferro, M. (2025). Reflexiones desde la bioética sobre el cáncer de cavidad oral avanzado en cirugía oral y maxilofacial. Revisión sistemática. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.04>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

maxilofacial. Es por ello por lo que, en el devenir de la enfermedad, pueden aparecer toda una serie de situaciones complejas, que van desde severas complicaciones hasta un posible desenlace fatal. En esta revisión, se trató de identificar y analizar estas situaciones, que se plantean en forma de dilemas, que deben ser atendidos desde una reflexión fundamentada y razonada. Esto supone un importante reto para el cirujano maxilofacial actual, que debe entender la bioética como una disciplina científica y humanística, esencial para reflexionar y responder de forma adecuada a estas situaciones.

El enorme desarrollo científico y técnico de la especialidad, no puede ser ajeno a la atención que debe brindarse al paciente oncológico, especialmente ante la posibilidad de abandono, futilidad y obstinación terapéutica. Por el contrario, debe ser una garantía de que la vulnerabilidad del enfermo será atendida y protegida en todo momento. Esto requiere de la adquisición de nuevas habilidades que nos permitan integrar todos los elementos útiles que aseguren el respeto a la dignidad y calidad de vida de la persona.

Palabras clave: bioética, cáncer, cirugía oral y maxilofacial.

1. Introducción

El cáncer de cabeza y cuello constituye el séptimo tipo de tumor maligno más frecuente en el mundo. En España se diagnostican aproximadamente entre 13,000-15,000 casos nuevos anualmente, entre los que destaca, el carcinoma de cavidad oral, que constituye aproximadamente el 95% de los cánceres de cabeza y cuello y más del 60%, se diagnostican en etapas avanzadas (1).

1.1. *El cáncer oral avanzado*

El diagnóstico definitivo y una correcta estadificación tumoral, se realiza siguiendo el sistema Tumor Node Metastasis, que es considerado por la *American Joint Committee on Cancer*, esencial para la elección del tratamiento más adecuado, con el mejor pronóstico posible, y el

menor compromiso funcional, y estético (2). Según este sistema se consideran, —Estadios Avanzados III y IV—, aquellos que presentan tumores de más de 4cm. con extensión local o regional, infiltración de estructuras adyacentes en distinto grado, afectación ganglionar, e incluso la existencia de metástasis. Evaluar cada uno de estos aspectos es fundamental, pues limita las opciones terapéuticas y ensombrece claramente el pronóstico, de hecho, la tasa de supervivencia global en estos pacientes a los 5 años puede oscilar entre el 0 al 23 %, según las series (2,3). La realidad añade que el tratamiento para el carcinoma oral avanzado es complejo, pues habitualmente se trata de pacientes ya intervenidos mediante ablaciones radicales con reconstrucciones amplias, y sometidos a tratamientos complementarios. Todos estos casos se pueden presentar asociados a persistencias tumorales, recidivas, y secuelas importantes (4).

Ante este panorama, el cirujano debe tener presente los conceptos clásicos de reseccabilidad y operabilidad, que si bien, se han ido modificando con el tiempo, siguen siendo esenciales a la hora de entender la complejidad en el manejo de estos tumores. Para ello la metodología actual, implica una evaluación individualizada de cada caso, desde el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, donde se analizan las opciones terapéuticas posibles, y se toman las decisiones consensuadas (1,5).

1.2. *Bioética y cáncer avanzado en cirugía*

Una reflexión que no debe obviarse de las enfermedades avanzadas, con pocas opciones terapéuticas, o cercanas al final de la vida, es que presentan una dificultad clínica añadida, pues implican situaciones de gran emotividad, y sufrimiento. No obstante, aportan un gran componente ético-moral, que puede entenderse como una oportunidad de mejora, y excelencia en la atención del profesional al enfermo. El cirujano debe entender su labor desde la perspectiva de la dignidad, los valores y en la actitud terapéutica, o en la toma de decisiones sobre, qué hacer en momentos de incertidumbre (6,7).

Una forma de saber si existe proporcionalidad, en la actuación terapéutica que se vaya a proponer, es realizar un ejercicio de reflexión de lo que se va a lograr con el procedimiento propuesto. Este debe cumplir como mínimo uno de estos objetivos; la curación, el aumento de la supervivencia con el menor deterioro de la calidad de vida, o conseguir el alivio sintomático cuando el tratamiento curativo no sea posible. Si el procedimiento propuesto no cumple ninguno de estos objetivos, se puede considerar como una medida terapéuticamente fútil y por consiguiente éticamente inaceptable (4,8).

Según la Organización Médica Colegial, las situaciones de buena práctica clínica están dirigidas a conseguir unos resultados adecuados, basados en la promoción de la dignidad, y calidad de vida del paciente, mientras que otras opciones, como la obstinación terapéutica, consisten en la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas, o extraordinarias con el objetivo de alargar innecesariamente la vida (9).

La realidad asistencial puede superar por su complejidad estas definiciones. Se recomienda buscar argumentos que mejoren la toma de decisiones, desde un fundamento racional, y ético en la deliberación entre los profesionales, y el paciente. Se deben tener en cuenta los valores y expectativas personales, las posibilidades de beneficio de las terapias, y las decisiones compartidas según objetivos secuenciales, y consensuados que eviten procesos de abandono, encarnizamiento, futilidad, o, en definitiva, todas las situaciones deshumanizantes (10). Para ello nos planteamos conocer, y analizar los problemas bioéticos que afronta el profesional ante esta patología, y abordar aquellos que vinculan la praxis médica y quirúrgica con los valores, la dignidad y la calidad de vida de la persona (8). La actitud tradicional de hacer todo lo que está en nuestra mano, precisa de una atenta reinterpretación, desde el momento que existe la posibilidad real de perjudicar al paciente (7,11).

La relación entre bioética, moral, y medicina, adquiere gran influencia a partir del trabajo de Beauchamp, TL y Childress, JF, con la publicación de *Principles of Biomedical Ethics* (12), en 1979. Este trabajo constituye el texto más influyente del movimiento bioético, desde

el que se construye el paradigma que permitió, y permite hoy en día, dar una respuesta fundamentada a problemas o dilemas que se plantean entre los avances científico-técnicos, y el valor intrínseco o dignidad de la persona. Este trabajo, sigue siendo una guía práctica y actual para el profesional. Se consideran determinantes dos características de este texto, por un lado, la descripción del principalismo bioético basado en cuatro principios; beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (no hacer daño y prevenirlo), autonomía (capacidad de decidir del paciente) y justicia (equidad en las cargas y beneficios), y, por otro lado, el esfuerzo por presentar una justificación teórico-práctica que ayuda a clarificar, y resolver los problemas concretos de la labor asistencial (10-12).

La literatura hace hincapié, en que algunas disciplinas como la cirugía oncológica, presenta aspectos únicos que todo cirujano debe comprender y asumir (7). Entre ellos se describe, que debe ser confiable desde el punto de vista ético ante la posibilidad de dañar antes de curar, que puede tomar decisiones en circunstancias de gran incertidumbre, y finalmente que debe considerar la posibilidad de presentar errores, asumir riesgos, complicaciones o secuelas severas (8,12).

Por ello, el presente trabajo plantea una revisión sistemática de la literatura, con el objetivo de conocer la evidencia científica más actual, que nos permita identificar, analizar, y responder a los problemas o dilemas éticos asociados al cáncer oral avanzado, desde la perspectiva única del cirujano. Se trata de contribuir a la necesidad de crear debate sobre estos dilemas, reflexionar sobre las cuestiones fundamentales de la relación asistencial, haciendo especial énfasis, en los argumentos que han de darse para que las decisiones sean aceptadas y aceptables, en una disciplina reciente como la cirugía oral y maxilofacial.

2. Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión sistemática de acuerdo con las directrices de la Declaración PRISMA 2020 (13).

La búsqueda se realizó en dos bases de datos reconocidas en medicina; Scopus y PubMed, y a partir de una pregunta de investigación estructurada según el formato PICO (14);

- Población: estudios observacionales o empíricos, con pacientes diagnosticados de cáncer de cáncer oral avanzado.
- Intervención: evaluar, desde la perspectiva ética, las intervenciones propuestas en cada serie.
- Comparación: no aplica.
- *Outcomes* (resultados): describir y analizar, de forma objetiva, las evidencias científicas, desde la dimensión ética de los procedimientos realizados.

La búsqueda se realizó entre 1 de enero de 2018 y 1 de diciembre de 2024. Para la selección de las palabras clave se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), para términos en español y MeSH (*Medical Subjects Heading*, por sus siglas en inglés). Se utilizaron las bases de datos PubMed y ScienceDirect, por ser de referencia en este campo.

Para la ecuación de búsqueda se utilizan los términos; “cáncer oral” y *mouth neoplasms and head and neck neoplasm*, y *oral surgical procedures* que incluye los “procedimientos de cirugía oral y maxilofacial”, **“ética o bioética en cáncer oral”**, *ethics or bioethics*, *mouth neoplasms*, “futilidad médica y obstinación terapéutica”, *medical futility or therapeutic obstinacy*.

Dichas palabras se combinaron con el operador AND, para agrupar diferentes condiciones, y el operador OR, para términos dentro de la misma condición. Como criterios de inclusión se recogieron estudios observacionales (descriptivos transversales, cohortes y casos-contrroles), escritos en inglés o en español y con disponibilidad de texto completo, y como criterio de exclusión aquellos trabajos que no cuenten con la validación del comité de ética. La ecuación de búsqueda se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1: Búsquedas bibliográficas realizadas y resultados obtenidos

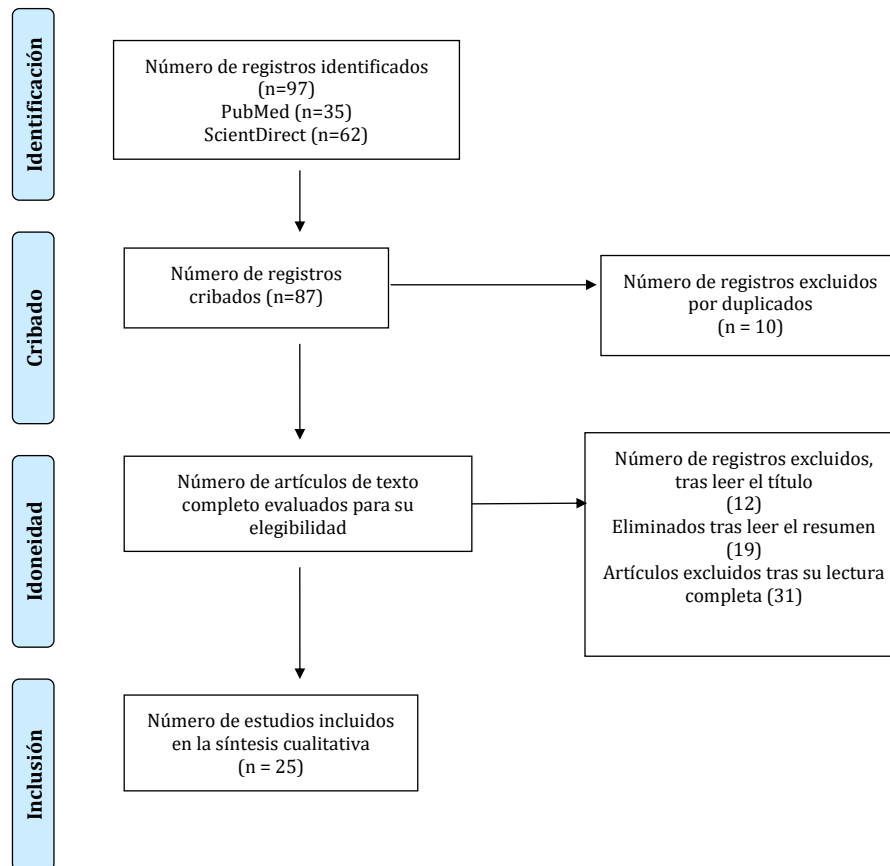
CONSULTA (1 enero de 2028 – 1 de diciembre de 2024)	RESULTADO
PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/) Search: ((((((ethics) OR (bioethics)) AND (mouth neoplasms)) OR (head and neck neoplasms)) AND (surgery)) AND (futility)) OR (obstinacy) Filters: Case Reports, Clinical Study, Clinical Trial, Clinical Trial Protocol, Multicenter Study, Observational Study	35
ScienceDirect https://www.sciencedirect.com/search Title, abstract, keywords: ethics bioethics AND mouth neoplasms head and neck neoplasms AND surgical procedures operative AND futility OR obstinacy	62

Fuente: elaboración propia.

Los resultados se volcaron a un gestor bibliográfico y, se eliminaron los artículos o trabajos duplicados. Se procedió a la elegibilidad y selección de los registros según la lectura del título, resumen y texto completo, descartando aquellos trabajos que no cumplían con los criterios de inclusión, o no estaban relacionados con los objetivos del trabajo. La relevancia se valoró en función de la especificidad del estudio respecto a la cuestión planteada en la pregunta de investigación (14), en la Figura 1 se puede observar el diagrama de flujo.

Este trabajo no precisó de la evolución por parte de un comité de ética al tratarse de una revisión sistemática.

Figura 1. Diagrama de flujo



Fuente: elaboración propia.

Los registros seleccionados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: Artículos incluidos en la revisión

Autor	Título	Año
Almadori G. <i>et al.</i> (15)	<i>Impact of microvascular free flap reconstruction in oral cavity cancer: our experience in 130 cases</i>	2015
Barata PC. <i>et al.</i> (16)	<i>Symptom clusters and survival in Portuguese patients with advanced cancer</i>	2016
Belloni E. <i>et al.</i> (17)	<i>Radiological exams on end-stage oncologic patients before hospice admission</i>	2017
Boceta J. <i>et al.</i> (18)	<i>Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study</i>	2016
Bossi P. <i>et al.</i> (19)	<i>Prevalence of Fatigue in Head and Neck Cancer Survivors</i>	2019
Carta F. <i>et al.</i> (20)	<i>Compartmental Surgery With Microvascular Free Flap Reconstruction in Patients With T1-T4 Squamous Cell Carcinoma of the Tongue: Analysis of Risk Factors, and Prognostic Value of the 8th Edition AJCC TNM Staging System</i>	2020
Chen YW. <i>et al.</i> (21)	<i>Preoperative Computed Tomography Angiography for Evaluation of Feasibility of Free Flaps in Difficult Reconstruction of Head and Neck</i>	2016
Gallegos Hdez, J.F <i>et al.</i> (5)	<i>Tratamiento del cáncer avanzado de cabeza y cuello. ¿Neoadyuvancia, concomitancia o cirugía?</i>	2021
Gangopadhyay A. <i>et al.</i> (3)	<i>Survival Impact of Surgical Resection in Locally Advanced T4b Oral Squamous Cell Carcinoma</i>	2012
Hasegawa T. <i>et al.</i> (22)	<i>The prospective evaluation and risk factors of dysphagia after surgery in patients with oral cancer</i>	2021

Hsiang CC. <i>et al.</i> (23)	<i>Early Postoperative Oral Exercise Improves Swallowing Function Among Patients With Oral Cavity Cancer: A Randomized Controlled Trial</i>	2019
Kannan B. <i>et al.</i> (24)	<i>Immunotherapy for oral cancer treatment through targeting of IDO1 and its pathway</i>	2023
Machiels JP. <i>et al.</i> (25)	<i>KEYNOTE-412 Investigators. Pembrolizumab plus concurrent chemoradiotherapy versus placebo plus concurrent chemoradiotherapy in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-412): a randomized, double-blind, phase 3 trial</i>	2024
Nakayama Y. <i>et al.</i> (26)	<i>Examination of Suprahyoid Muscle Resection and Other Factors Affecting Swallowing Function in Patients With Advanced Oral Cancer After Surgical Resection and Reconstruction</i>	2022
Nocon CC. <i>et al.</i> (27)	<i>Association of Facility Volume With Positive Margin Rate in the Surgical Treatment of Head and Neck Cancer</i>	2018
Nuchit S. <i>et al.</i> (28)	<i>Alleviation of dry mouth by saliva substitutes improved swallowing ability and clinical nutritional status of post-radiotherapy head and neck cancer patients: a randomized controlled trial</i>	2020
Okano W. <i>et al.</i> (29)	<i>Extent of salvage neck dissection following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer</i>	2021
Patil VM. <i>et al.</i> (30)	<i>Low-Dose Immunotherapy in Head and Neck Cancer: A Randomized Study</i>	2023
Pedrini Cruz R. (31)	<i>Death with dignity: Are we providing adequate palliative care to cancer patients?</i>	2022
Pyszora A. <i>et al.</i> (32)	<i>Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial</i>	2017

Roberts MK. <i>et al.</i> (33)	<i>Ethical and Regulatory Concerns in Pragmatic Clinical Trial Monitoring and Oversight</i>	2020
Rosenberg AR. <i>et al.</i> (34)	<i>Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial</i>	2018
Tirelli G. <i>et al.</i> (2)	<i>Prognosis of oral cancer: a comparison of the staging systems given in the 7th and 8th editions of the American Joint Committee on Cancer Staging Manua</i>	2018
Vanbutsele G. <i>et al.</i> (35)	<i>Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial</i>	2018
Wang L. <i>et al.</i> (36)	<i>Effect of Different Repair and Reconstruction Methods Combined with Psychological Intervention on Quality of Life and Negative Emotion in Patients with Oral Cancer</i>	2022

Fuente: elaboración propia.

Se revisó, cuidadosamente, cada trabajo para extraer la máxima información respecto, a los posibles dilemas éticos asociados a los pacientes con cáncer oral avanzado, su descripción, interpretación y posibles soluciones.

3. Resultados y discusión

A lo largo del texto, se recopila, discute, y reflexiona sobre ideas o problemas que el autor meramente cita, así como también, sobre los que el autor desarrolla en su trabajo. Todo ello, desde el enfoque de los principios de la bioética —no sólo desde el principalismo—, que puedan ser de interés clínico y práctico, para la toma de decisiones del cirujano de hoy.

3.1. *El avance científico-técnico y su reflexión ética*

Una parte de los trabajos está formada por series, de pacientes diagnosticados de carcinomas orales en estadios avanzados, en los que se realiza una cirugía de rescate ablativa, y una posterior reconstrucción microquirúrgica (5,13,15,20,27,36).

Estos procedimientos quirúrgicos son entendidos como la práctica médica habitual, pues presentan como resultado un aumento de la supervivencia. Se entiende que el cirujano debe poseer el conocimiento, y competencias suficientes para guiar de forma efectiva estas acciones (13,14,26).

En la mayoría de los textos se alude, repetidamente, a la importancia del avance científico-técnico, que ha superado los límites de resecabilidad y operabilidad clásicos, permitiendo realizar intervenciones cada vez más complejas, apoyándose en las nuevas técnicas de reconstrucción de gran precisión (15,16,22,26), y el avance en los cuidados peri y postoperatorios (20,32).

Desde la perspectiva ética, es necesario reevaluar estas cuestiones y reflexionar sobre los límites que deberían guiar este campo de investigación. El correcto actuar ético en la práctica clínica, debe estar regido por el *principio de proporcionalidad terapéutica*, y la cuestión; *¿es ético todo procedimiento que sea posible realizar?*, debe ser respondida desde una conciencia ética, el razonamiento crítico, y la toma de decisiones compartidas entre el paciente, la familia y el cirujano (8,11,37,38).

Estas cuestiones, que surgen habitualmente en el devenir de la enfermedad, deben de ser resueltas. Para ello se acepta que, no todos los procedimientos técnicamente posibles, se alinean con principios que han de guiar nuestra actuación, que será justa, responsable, y respetuosa con los derechos y el bienestar del paciente (37). Jonas, H., señala en su libro *Principio de responsabilidad* (38), de 1995, que el avance científico y tecnológico actual, tiene implicaciones inimaginables, por lo que se debe exigir una completa comprensión/reflexión ética. Bajo este parámetro de responsabilidad, según Jonas, el paciente es la parte más vulnerable, y el cirujano, es el responsable de garantizar

la preservación de la dignidad, y actuar con la máxima cautela, ante situaciones que pueden ser irreversibles (37,38).

Es indudable que el avance científico-técnico, se muestra como relevante en la mejora de la supervivencia específica y global, considerándose como un gran logro de la cirugía maxilofacial actual (15,29). Esta mejora de la supervivencia se ha producido también con la asociación de nuevas terapias adyuvantes como la quimioterapia, radioterapia, y más recientemente la inmunoterapia (24,25,30).

Sin embargo, la literatura añade un aspecto no menor, y es que, a medida que aumenta la supervivencia se observa, también, un aumento considerable de las complicaciones y secuelas (19,22,23). Entre ellas se encuentra, el mayor riesgo de recidiva, de disfagia o imposibilidad para tragar o hablar, la fatiga crónica, el dolor central y una visible alteración de la anatomía facial, todo ello implica una percepción emocional y física negativas en la calidad de vida de la persona (16,34,37).

Algunos autores proponen minimizar estas secuelas desde un abordaje precoz, con técnicas de resiliencia al estrés (34,36), o desde un enfoque multidisciplinar mediante técnicas de rehabilitación temprana (23,32). Debemos recordar que el paciente, siempre, solicita al médico, un cambio o mejora, e incluso la restauración a un estado previo (10).

Es por ello, que la necesidad de actuar debe estar ligada al principio de proporcionalidad, sin olvidar, que *la parte corporal* que el paciente pone a disposición del cirujano no es un elemento que pueda separarse del *todo personal*, que incluye la dignidad de la persona enferma (37,38).

Hace más de dos siglos, Kant, I (1724-1804), afirmó que los seres humanos se caracterizan por tener dignidad y no precio (40). La dignidad constituye, probablemente, el concepto esencial sobre el que se asienta la bioética y toda vida humana (12,39-41). La dignidad de la persona le otorga la capacidad de proyectar los actos de su vida, y la responsabilidad de estos, pues quien tiene esta condición es un fin en sí mismo, estas premisas siempre han estado vigentes, y han de guiar la relación clínica entre el profesional y el paciente (39,40).

Cuando se hace referencia a la dignidad del paciente, se suele pensar en personas autónomas capaces de decidir o discernir por sí mismos (41), sin embargo, la realidad de las situaciones que se describen en esta revisión es bien diferente, pues el cáncer oral avanzado supone una realidad marcada por el progresivo deterioro físico, y psíquico de la persona, que la aísla, y la hace vulnerable, expresándose como situaciones contrarias a la dignidad que se había considerado (39-42).

En este sentido los autores proponen algunas reflexiones éticas como; no hay soluciones únicas sino alternativas, todos los casos clínicos implican algún aspecto desafiante, y ante cualquier conflicto, puede existir un choque de valores, de forma que las respuestas deben estar basadas en razonamientos bien justificados (10-12,41).

Una de las esperanzas recurrentes de los Comités de Tumores, es destacar el papel de las nuevas terapias adyuvantes, que pueden mejorar el pronóstico, con una menor morbilidad. Estos datos están limitados a estudios muy concretos y se refieren sobre todo al uso de la inmunoterapia (3,16,25,27).

Desde el análisis bioético, se entiende el impacto positivo de las investigaciones en el avance del conocimiento para la persona enferma, pero también, se reconoce el posible conflicto con la industria, que prioriza únicamente determinadas líneas de investigación, dejando de lado *los tumores huérfanos* (42-44).

3.2. *La obstinación terapéutica y ética quirúrgica*

Según los artículos incluidos en la revisión, se describen distintos tipos de obstinación terapéutica; la puramente quirúrgica, la diagnóstica e incluso la promovida por el cirujano, el paciente o su familia, que insisten en realizar procedimientos invasivos a pesar de su futilidad conocida (15,17,20,21,26).

Se observa como ante la creciente complejidad de los casos clínicos que se presentan, subyacen situaciones propicias para esta obstinación terapéutica, encarnizamiento o futilidad, que, además, pueden

expresarse en forma de decisiones o actuaciones avaladas por el equipo médico, lo que hace que se conviertan en situaciones más difíciles de identificar (35,37,45,46).

Estos hechos se suelen relacionar con momentos de gran exigencia en corto espacio de tiempo, en los que se pone en evidencia la falta de una sólida confianza y claridad del cirujano, o equipo médico en la deliberación razonada, así como la escasa formación ética, que puede dificultar la preservación de la dignidad del paciente frente cualquier planteamiento (41,43).

Bajo estas formas de obstinación, subyace la idea de una muerte difícil y angustiada, por lo que se pretende retrasar por todos los medios posibles, aunque no haya esperanza alguna de curación (47). Se describen situaciones en las que el cirujano se empeña, en utilizar todos los medios a su alcance para salvar al enfermo moribundo, y no reconoce que ha llegado el final de su ciclo vital (41-43). Los motivos pueden ser muy variados, desde un apasionamiento o soberbia egoísta, un desmedido interés por las actividades formativas de entrenamiento, o investigación, e incluso propiciado por el propio paciente, que persiste en la demanda de un tratamiento quirúrgico, pues no entienden la ausencia de beneficio en los procedimientos fútiles (41,46-48).

Little JM. (48,49), describe en su trabajo que, el rendimiento quirúrgico que se le exige al cirujano, no puede ser sólo un objetivo único, sino que debe estar englobado, en una *ética quirúrgica*, basada en la capacidad de juicio o sabiduría práctica. El autor desarrolla esta idea a partir de los principios de beneficencia, no maledicencia, proporcionalidad técnica y terapéutica, y responsabilidad (12,38,48,49), y afirma que las decisiones que se tomen deben mostrar una relación razonable entre los medios empleados disponibles, y que el fin previsible, pueda ser aplicable a todos los casos (48-50).

En este sentido, los autores recuerdan algunas reflexiones que deben estar presentes en el actuar de los profesionales de la salud, pues, no hay respuestas correctas o incorrectas, sino mejores o peores soluciones, que siempre deben estar basadas en razonamientos bien justificados (41,46,50).

Corresponde al cirujano tomar la decisión más adecuada, de continuar o no con un tratamiento, lo que también puede ser motivo de crítica, si lo suspende se le puede acusar de abandono, y si lo continúa sin razón, de caer en el obstinamiento terapéutico (7,37,39,46). Este dilema debe resolverse desde la deliberación, la toma de decisiones compartidas, y la confianza en la relación médico-paciente, es decir, en el hecho de que la persona no será abandonada, si no que comenzará un nuevo tratamiento —cuidados paliativos—, enfocado en el cuidado de todas las necesidades de la persona (44,45,46,51). El compromiso ético del cirujano forma parte integral del manejo de la enfermedad desde su inicio hasta el final (7).

3.3. *Limitación de las técnicas de soporte vital y el cuidado desde la perspectiva del cirujano*

La medicina ha logrado niveles de beneficio muy altos, pero existe el riesgo objetivo de olvidar que el enfermo es ante todo un ser humano, y no un cuerpo que necesita una reparación. Cuando la técnica quirúrgica, sólo busca el rendimiento y beneficio, sin establecer un encuentro con la persona, la dimensión humana desaparece (42,43).

El desarrollo de esta revisión continúa, una vez tomada la decisión de suspender la aplicación de cualquier medida que se considere extraordinaria, o desproporcionada en un paciente con mal pronóstico vital (9,16,31,33,35). Actualmente, se utiliza el término de *limitación de las técnicas de soporte vital*, en lugar de limitación del esfuerzo terapéutico, pues se ha descrito que esta limitación del esfuerzo no debe entenderse de forma literal, ya que podría suponer el abandono del paciente (51-53). Más que limitar el esfuerzo terapéutico, este se debe transformar en un esfuerzo por mantener la vida con el menor sufrimiento, sin abandonar al paciente, y sin aplicar procedimientos extraordinarios, que aporten poco o ningún beneficio (53).

Esta decisión supone un desafío para muchos profesionales, ante los múltiples escenarios que se presentan, a medida que avanza en la línea de desarrollo de la enfermedad (47). Según los principios de

efectividad y eficacia de cada acción médica, cuando no existe una indicación adecuada para realizar una intervención, se deberán realizar otros procedimientos, o tratamientos cuya expectativa no es la curación, o la prolongación de la vida, sino el proporcionar calidad de vida sin alargar o acortar la supervivencia (50,51,54). Estas intervenciones actúan sobre todos los aspectos de la persona; los físicos, psicológicos, sociales y espirituales (50,52).

Numerosos autores demuestran que un modelo de integración temprana, y sistemática de cuidados en la atención oncológica multidisciplinar, aumenta de forma significativa, la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado al final de su vida (23,28,31-33,55-57).

Siguiendo esta idea, el cuidado integral al final de la vida promueve la autonomía y la dignidad de la persona (10,11), y debe adoptarse precozmente, pues las medidas preventivas de las posibles complicaciones que pudieran ocurrir en el curso de la enfermedad constituyen la única forma que ha demostrado su utilidad, en proporcionar calidad de vida a los pacientes (31,33,56,57). De hecho, es posible mejorar síntomas como la fatiga, la depresión, el insomnio, el dolor oncológico irruptivo, e incluso síntomas locales como la xerostomía (25,50-52).

La idea del *cuidado* es la virtud ética imprescindible para la vida moral, es decir, el cuidado y el descuido, sobre el ser humano a lo largo de la historia, no se presentan como un valor neutro, sino positivo, pues la aspiración a una vida mejor, a una vida digna, es irrenunciable a una estructura personal llena de virtudes (47,51). Este *cuidado*, capacita al ser humano para que sea posible realizar una transformación interior que le permita dar fruto, este fruto será; hacia el cuidado propio, el cuidado de los otros e incluso el cuidado del mundo (51).

López-Azpitarte E. (47), menciona la progresiva deshumanización de la medicina moderna. El autor considera este punto como un mal endémico de nuestro tiempo, en el que la civilización actual esta planificada para matar el dolor, eliminar la enfermedad, y luchar

contra la muerte, pero a costa de sacrificar el contenido humano de la propia existencia, si la muerte no se ha vencido, al menos se ha expropiado, ya que el hombre actual ha perdido el derecho a presidir su acto de morir (47).

Una comunidad médica que acepta la muerte como parte de la vida, y comprende la relevancia de las intervenciones, que no pretenden curar sino brindar calidad y conveniencia, probablemente logre una mejor aceptación de la enfermedad en fases avanzadas y, de la misma manera, evite al paciente, y a la familia, los sufrimientos inherentes a la extensión de la vida cuando no hay una opción razonable de curación o recuperación (8,41,47,51).

En el ámbito quirúrgico, es común que la relación clínica inicial que se establece con el paciente tienda a ser muy técnica (6-8), aunque en el trascurso de la enfermedad, se desarrolle un trato de confianza y diálogo basado en el modelo deliberativo, descrito por Emanuel E. (58). Este modelo unido al principio de autonomía facilita de forma comprensible y adecuada las necesidades, y requerimientos del paciente para ayudarlo a tomar decisiones autónomas, con el matiz, de que en los dilemas complejos estas decisiones deben ser compartidas (10,12,58). La toma de decisiones compartidas añade un valor sustancial al principio de autonomía, y beneficencia, y refuerza la relación de confianza entre el médico y el paciente (12,58).

3.4. *Cirugía maxilofacial y bioética*

La bioética es una disciplina unida intrínsecamente a la persona, y más aún, entre los profesionales de la salud. Hay que reconocer que si la actividad profesional se aleja de unos principios éticos y morales, repercute en la esfera más profunda de la persona. Por ello, se menciona que los conflictos y dilemas de la actividad profesional, se viven con estrés emocional, y sufrimiento espiritual (59,60).

Los autores señalan la importancia de incluir una formación en ética, específica y dirigida, entre las competencias de todo profesional de la salud (48,54,58). Destacando la necesidad del profesional,

de disponer de las herramientas necesarias para afrontar los conflictos, y mejorar la atención a los pacientes en situaciones complejas (58).

Es posible que, en este trabajo, la cuestión ética de mayor peso para el cirujano maxilofacial es saber reconocer que, durante todo el desarrollo de la enfermedad, la persona está dotada de razón, juicio moral, y conciencia por lo que es capaz de reconocer lo que es recto y bueno. Esta máxima, también, se aplica al cirujano, que debe comprender la importancia del avance científico, el riesgo de caer en la obstinación terapéutica, entender su papel responsable en el cuidado de la persona, y limitar los procedimientos fútiles.

4. Conclusiones

Cada uno de los conflictos planteados, precisa de una respuesta adecuada desde los principios de la bioética. Para ello el cirujano debe adoptar las competencias necesarias, para comprender y recordar su responsabilidad durante todo el proceso de la enfermedad.

La fundamentación de cada dilema nos recuerda que la cirugía es una práctica ética y moral, que reconoce la fragilidad del ser humano, y que, como toda ciencia de la vida, no puede ser privada de los valores intrínsecos al ser humano, sino al contrario, debe protegerlos y garantizarlos.

Por último, es necesario hacer hincapié en la importancia de los principios y fundamentos que definen la bioética, de forma que sean útiles, para crear debate y discusión, en el ámbito asistencial de la Cirugía Oral y Maxilofacial actual.

5. Financiación

No se recibió financiación de ninguna fuente para este estudio.

6. Conflicto de intereses

Ninguno que declarar.

Referencias

1. Mateo-Sidrón Antón M, Somacarrera Pérez M. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol.* 2015; 31(4): 247-259. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>
2. Tirelli G, Gatto A, Boscolo Nata F, Bussani R, Piccinato A, Marcuzzo A, Tofanelli M. Prognosis of oral cancer: a comparison of the staging systems given in the 7th and 8th editions of the American Joint Committee on Cancer Staging Manual. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018; 56(1):8-13. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.11.009>
3. Gangopadhyay A, Bhatt S, Nandy K, Rai S, Rathod P, Puj KS. Survival Impact of Surgical Resection in Locally Advanced T4b Oral Squamous Cell Carcinoma. *Laryngoscope.* 2021; 131(7): E2266-E2274. <https://doi.org/10.1002/lary.29394>
4. Lacas B, Bourhis J, Overgaard J, Zhang Q, Grégoire V, Nankivell. Role of radiotherapy fractionation in head and neck cancers (MARCH): an updated meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2017; 18(9):1221-1237. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30458-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30458-8)
5. Gallegos-Hernández J, Abrego-Vázquez J. Tratamiento del cáncer avanzado de cabeza y cuello. ¿Neoadyuvancia, concomitancia o cirugía? *Cirugía y cirujanos.* 2021; 89(1), 1-3. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001705>
6. Schwartz P, Sachs G. Rethinking Decision Quality: Measures, Meaning, and Bioethics. *Hastings Cent Rep.* 2022; 52(6):13-22. <https://doi.org/10.1002/hast.1443>
7. Conley J. Ethics in head and neck surgery. *Arch Otolaryngol.* 1981; 107(11):655-7. <https://doi.org/10.1001/archotol.1981.00790470003002>
8. Hermerén G. The principle of proportionality revisited: interpretations and applications. *Med Health Care Philos.* 2012; 15(4):373-82. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9360-x>
9. Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, Corral P, González-Fernández J. Atención médica al final de la vida: Conceptos. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2010; 17(3): 177-179. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462010000300007&lng=es
10. Ramos Pozón, S. *Bioética: una reflexión necesaria para las decisiones que más importan*, Plataforma Editorial, Barcelona; 2018.
11. Altisent R. *Temas de ética clínica para estudiantes de medicina*, Digital Reasons, Madrid; 2025.
12. Beauchamp T, Childress J. *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona; 1989.

13. Page M, McKenzie J, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann T, Mulrow C. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 29;372: n71.
14. Page M, Moher D, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow C. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 29;372: n160.
15. Almadori G, Rigante M, Bussu F, Parrilla C, Gallus R, Barone Adesi L. Impact of microvascular free flap reconstruction in oral cavity cancer: our experience in 130 cases. *Acta Otorhinolaryngol*. 2015; 35(6):386-93. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-919>
16. Barata P, Cardoso A, Custodio M, Alves M, Papoila A, António B, Lawlor PG. Symptom clusters and survival in Portuguese patients with advanced cancer. *Cancer Med*. 2016; 5(10):2731-2739. <https://doi.org/10.1002/cam4.860>
17. Belloni E, Tentoni S, Cella A, Cassinelli D, Bertè R, Scagnelli P. Radiological examinations on end-stage oncologic patients before hospice admission. *Radiol Med*. 2017; 122(10):793-797. <https://doi.org/10.1007/s11547-017-0776-0>
18. Boceta J, Boceta J, De la Torre A, Samper D, Farto M, Sánchez-de la Rosa R. Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study. *Clin Transl Oncol*. 2016 ;18(11):1088-1097. <https://doi.org/10.1007/s12094-016-1490-4>
19. Bossi P, Di Pede P, Guglielmo M, Granata R, Alfieri S, Iacovelli NA. Prevalence of Fatigue in Head and Neck Cancer Survivors. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019; 128(5):413-419. <https://doi.org/10.1177/0003489419826138>
20. Carta F, Quartu D, Mariani C, Tatti M, Marrosu V, Gioia E, Gerosa C, Zanda JSA, Chuchueva N, Figus A, Puxeddu R. Compartmental Surgery With Microvascular Free Flap Reconstruction in Patients With T1-T4 Squamous Cell Carcinoma of the Tongue: Analysis of Risk Factors, and Prognostic Value of the 8th Edition AJCC TNM Staging System. *Front Oncol*. 2020; 14; 10:984. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00984>
21. Chen Y, Yen J, Chen W, Chen I, Lai C, Lu C, Song D. Preoperative Computed Tomography Angiography for Evaluation of Feasibility of Free Flaps in Difficult Reconstruction of Head and Neck. *Ann Plast Surg*. 2016; 76 Suppl 1: S19-24. 10.1097/SAP.0000000000000690. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000690>
22. Hasegawa T, Yatagai N, Furukawa T, Wakui E, Saito I, Takeda D. The prospective evaluation and risk factors of dysphagia after surgery in patients with oral cancer. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021; 25;50(1):4. <https://doi.org/10.1186/s40463-020-00479-6>
23. Hsiang C, Chen A, Chen C, Chen M. Early Postoperative Oral Exercise Improves Swallowing Function Among Patients with Oral Cavity Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Ear Nose Throat J*. 2019; 98(6): E73-E80. <https://doi.org/10.1177/0145561319839822>
24. Kannan B, Jayaseelan VP, Arumugam P. Immunotherapy for oral cancer treatment through targeting of IDO1 and its pathway. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2023; 124(1S):101375. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2022.101375>

25. Machiels JP, Tao Y, Licitra L, Burtneß B, Tahara M, Rischin D. KEYNOTE-412 Investigators. Pembrolizumab plus concurrent chemoradiotherapy versus placebo plus concurrent chemoradiotherapy in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-412): a randomized, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2024; 25(5):572-587. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00100-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00100-1)
26. Nakayama Y, Yamakawa N, Ueyama Y, Yagyuu T, Ueda N, Nakagawa Y. Examination of Suprahyoid Muscle Resection and Other Factors Affecting Swallowing Function in Patients With Advanced Oral Cancer After Surgical Resection and Reconstruction. *J Craniofac Surg.* 2022; 33(8):e840-e844. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000008770>
27. Nocon C, Ajmani G, Bhayani M. Association of Facility Volume With Positive Margin Rate in the Surgical Treatment of Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018; 144(12):1090-1097. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.2421>
28. Nuchit S, Lam-Ubol A, Paemuang W, Talungchit S, Chokchaitam O, Mungkung O, Pongcharoen T, Trachootham D. Alleviation of dry mouth by saliva substitutes improved swallowing ability and clinical nutritional status of post-radiotherapy head and neck cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2020; 28(6):2817-2828. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05132-1>
29. Okano W, Hayashi R, Matsuura K, Shinozaki T, Tomioka T. Extent of salvage neck dissection following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer. *Head Neck.* 2021; 43(2):413-418. <https://doi.org/10.1002/hed.26494>
30. Patil V, Noronha V, Menon N, Rai R, Bhattacharjee A, Singh A. Low-Dose Immunotherapy in Head and Neck Cancer: A Randomized Study. *J Clin Oncol.* 2023; 41(2):222-232. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.01015>
31. Pedrini Cruz R. Death with dignity: Are we providing adequate palliative care to cancer patients? *Eur J Cancer Care.* 2022; 31(6): e13512. <https://doi.org/10.1111/ecc.13512>
32. Pyszora A, Budzyński J, Wójcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy program reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2017; 25(9):2899-2908. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3742-4>
33. Roberts MK, Fisher DM, Parker LE, Darnell D, Sugarman J, Carrithers J, et al. Ethical and Regulatory Concerns in Pragmatic Clinical Trial Monitoring and Oversight. *Ethics Hum Res.* 2020; 42(5):29-37. <https://doi.org/10.1002/eahr.500066>
34. Rosenberg A, Bradford M, McCauley E, Curtis J, Wolfe J, Baker K, Yi-Frazier JP. Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial. *Cancer.* 2018; 124(19):3909-3917. <https://doi.org/10.1002/cncr.31666>
35. Warnakulasuriya S, Kerr AR. Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future. *J Dent Res.* 2021; 100(12):1313-1320. <https://doi.org/10.1177/00220345211014795>
36. Wang L, Dong Q, Ye M, Du J, Zhou R, Cai X. Effect of Different Repair and Reconstruction Methods Combined with Psychological Intervention on Quality of Life

- and Negative Emotion in Patients with Oral Cancer. *Comput Math Methods Med.* 2022; 2022:7359584. <https://doi.org/10.1155/2022/7359584>
37. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 2021; 30(1):17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
 38. Jonas, H. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Círculo de Lectores, Madrid; 1994.
 39. Pérez-Soba Díez del Corral J. Bioethics of principles. *Cuad Bioet.* 2008; 19(65):43-55.
 40. Byers P. Dependence and a Kantian conception of dignity as a value. *Theor Med Bioeth.* 2016; 37(1):61-9. <https://doi.org/10.1007/s11017-016-9351-2>
 41. Gracia D. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. Doce Calles Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid; 1995.
 42. Tonelli M, Sullivan M. Person-centered shared decision making. *J Eval Clin Pract.* 2019; 25(6):1057-1062. <https://doi.org/10.1111/jep.13260>
 43. Ubbink D, Hageman M, Legemate D. Shared Decision-Making in Surgery. *Surg Technol Int.* 2015; 26:31-6.
 44. Shin J. Conflicts of Interest in Research and Clinical Practice. *J Korean Soc Radiol.* 2022; 83(4):771-775. <https://doi.org/10.3348/jksr.2022.0050>
 45. Denholm L, Lal A, Henderson M, McConnell P. Bioethics: canceling patient operations. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2020; 33(2):211-217. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000828>
 46. Prescher H, Gudex LM, Mauch JT, Vercler CJ. Avoiding Patient Abandonment: A Pathway to Ethical Resolution in Situations of Untenable Patient-Surgeon Relationships. *Plast Reconstr Surg.* 2025; 155(2):391-396. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000011735>
 47. López E. Ética y vida: desafíos actuales. San Pablo, Madrid; 1990.
 48. Little J. Ethics in surgical practice. *Br J Surg.* 2001; 88(6):769-70. <https://doi.org/10.1046/j.0007-1323.2001.01791.x>
 49. Little J. Guest commentary: is there a distinctively surgical ethics? *Surgery.* 2001; 129(6):668-71. <https://doi.org/10.1067/msy.2001.111213>
 50. Pellegrini C. Presidential address: The surgeon of the future: anchoring innovation and science with moral values. *Bull Am Coll Surg.* 2013; 98(12):8-14.
 51. López M. El cuidado un imperativo para la bioética. Servicio de Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas, Madrid; 2011.
 52. Baena C. Limitation of therapeutic effort: When less is more. *Colomb Med (Cali).* 2015; 46(1):1-2.
 53. García R, Real de Asúa D, García L, Herreros B. Do internists know what limitation of therapeutic effort means? *Rev Clin Esp.* 2021; 221(5):274-278. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.01.005>
 54. Ferreres A. Ethics and Surgery in the 21(st) century. *Cir Esp.* 2015; 93(6):357-8. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.12.002>
 55. Meert AP, Berghmans T, Hardy M, Markiewicz E, Sculier JP. Non-invasive ventilation for cancer patients with life-support techniques limitation. *Support Care Cancer.* 2006; 14(2):167-71. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0845-0>

56. Bosman J, Bood Z, Scherer-Rath M. The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*. 2021 ;29(5):2289-2298.
57. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018; 19(3):394-404. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)
58. Emanuel E, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico paciente. Triacastela, Madrid; 1999.
59. Sanz Á, Del Valle M, Flores L. Bioethical issues of the Covid-19 pandemic in Spain. A systematic review. *Cuad Bioet*. 2024; 35(114):125-141. <https://doi.org/10.30444/CB.169>
60. García J. Personalist bioethics and principlialist bioethics. Perspectives. *Cuad Bioet*. 2013; 24(80):67-76.