

ARTÍCULO CLÁSICO

Comportamiento e incidencia del carcinoma epidermoide de labio

Dr. Abdel Antonio Moré Duarte¹
Dra. Ana Cecilia Valdés Borroto²
Dr. Daniel Artiles Martínez³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 100 pacientes operados de carcinoma epidermoide de labio en el Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Santa Clara, Villa Clara, desde 1998 a 2007 con el propósito de describir el comportamiento de esta enfermedad en los pacientes operados en ese período. La información se obtuvo por el método de encuesta a través de la revisión de la boleta de solicitud de biopsia, el informe anatomopatológico correspondiente, la historia clínica y el bloque parafinado de la pieza tumoral. El 79.0% de los pacientes eran hombres, el 48.0% se encontraban entre 50 y 69 años de edad, el 72.0% manifestó una exposición reiterada a los rayos solares y el 66.0% fumaba; presentó el tumor en el labio inferior el 84.0%, 87.0% presentó un tumor de hasta 2cm y sin evidencia de metástasis regional el 92.0%. El 71.0% presentó un tumor bien diferenciado, con una profundidad tumoral de dos a 5mm en 68.0% y un 79.0% tuvo inflamación peritumoral. Se concluye que existe predominio de pacientes del sexo masculino, con el tumor localizado en el labio inferior, de tamaño menor o igual a 2cm, sin adenopatías cervicales palpables, con presencia de tumores bien diferenciados y con inflamación peritumoral.

DeCS:

CARCINOMA DE CELULAS
ESCAMOSAS
LABIO
INCIDENCIA

SUMMARY

A descriptive retrospective study with 100 patients operated on for squamous cell carcinoma of the lip at the Maxillofacial Surgery Department of the Arnaldo Milian Castro Provincial University Hospital in Santa Clara, Villa Clara, was carried out from 1998 to 2007. It was aimed at describing the behavior of this disease in the patients operated during this period. The information was obtained by the survey method, through the review of the biopsy request slip, the corresponding pathology report, the clinical records and the paraffin block of tumor specimen. The study showed that 79.0% of patients were men, 48.0% were between 50 and 69 years of age, 72% reported repeated exposure to sunlight and 66.0% smoked; 84.0% of them had the tumor on the lower lip, 87.0% presented a tumor of up to 2 cm and 92.0% had no evidence of regional metastases. It also showed that 71.0% of patients had a well differentiated tumor with a tumor depth of 2 to 5mm in 68.0% of cases, and 79.0% of patients had peritumoral inflammation. It was concluded that there is a predominance of male patients with tumors located in the lower lip; which are smaller than or equal to 2cm, without palpable cervical lymph nodes, and with the presence of well-differentiated tumors and peritumoral inflammation.

MeSH:

CARCINOMA, SQUAMOUS CELL
LIP
INCIDENCE

INTRODUCCIÓN

El cáncer bucal constituye una enfermedad destructiva de la región de la cabeza y el cuello capaz de infiltrar e invadir los tejidos, propagarse a otras zonas por las vías linfática y sanguínea y producir metástasis a distancia.¹ Esta lesión puede aparecer en diversas zonas de la cavidad oral, presenta una alta prevalencia en la región labial, se localiza preferentemente en el labio inferior (90-95%),² es una neoplasia frecuente, representa el 0.6-1% del total de los tumores malignos en el hombre, es el 15% o más de todas las lesiones malignas de cabeza y cuello³ y se informa como el segundo tumor maligno de esta región, solo precedido por el cáncer de piel; algunos lo informan como la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad bucal (25-30%);⁴ es una neoplasia que se caracteriza por su localización visible. En la inmensa mayoría de los casos se trata de carcinomas epidermoides originados en el epitelio de revestimiento del bermellón, su crecimiento es lento y presentan un bajo potencial metastizante.⁵ En su origen está relacionado con las radiaciones solares y está precedido, muchas veces, de lesiones premalignas; es un tumor con implicaciones estéticas importantes y, por ende, psicológicas.

Una de las mayores tasas de cáncer de labio la tiene Australia, con una incidencia de 7.7 por cada 100 000 habitantes.⁶ En Cuba, dentro de los pertenecientes a la cavidad bucal, ocupa el segundo lugar en incidencia con una tasa de 1.3 en el sexo masculino, solo superado por el cáncer de lengua, mientras que la tasa de mortalidad por cáncer de labio es de 0.1 por cada 100 000 habitantes en el sexo masculino y ocupa el tercer lugar dentro de las defunciones pertenecientes a la cavidad bucal, al igual que en la población mundial.⁷ En Villa Clara, en el año 2008, se detectaron 22 casos nuevos de cáncer de labio, para una tasa de 2.7 por cada mil habitantes, una de las más altas del país, con franco predominio del sexo masculino.⁸

Ante la ausencia de estudios que muestren el comportamiento del carcinoma epidermoide de labio en este medio surge la siguiente interrogante (que motivó la realización de este trabajo): ¿Cómo se comporta el carcinoma epidermoide de labio en el Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro"?

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en 100 pacientes operados de carcinoma epidermoide de labio en el Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, Villa Clara, durante el período de tiempo comprendido entre los años 1998 y 2007. El universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de pacientes operados de carcinoma epidermoide de labio durante este período; de estos se seleccionaron un total de 100, en dependencia de los criterios de selección, que fueron los siguientes: pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de labio en su forma convencional como tumor primario y tener acceso a la historia clínica, la boleta de solicitud de biopsia excisional y el bloque parafinado del tumor.

Para recoger la información se confeccionó un formulario que contemplaba las variables de interés, las que se obtuvieron por el método de encuesta, a través de la revisión de los datos contenidos en la boleta de solicitud de biopsia, el informe anatomopatológico correspondiente y la historia clínica de los pacientes, provenientes de los archivos de los Servicios de Anatomía Patológica y del Departamento de Estadística del Hospital respectivamente, así como de la historia clínica ambulatoria y del bloque parafinado correspondiente a la pieza tumoral completa, para lo que se acudió al Servicio de Anatomía Patológica del centro.

Las variables estudiadas fueron las siguientes: la edad, el sexo, la exposición reiterada al sol, el hábito de fumar y el alcohol, la localización del tumor, la forma de presentación clínica, el tamaño del tumor, el estado de los ganglios linfáticos regionales, la metástasis a distancia, el estadio clínico, el grado de diferenciación tumoral, la profundidad tumoral y la inflamación peritumoral.

Los resultados fueron analizados con el paquete SPSS versión 15.0 para Windows y se resumieron en tablas. Se determinaron frecuencias absolutas (número de

casos) y relativas (porcentajes). Se utilizó la prueba para la bondad de ajuste para determinar si existían diferencias frecuenciales significativas entre los distintos intervalos de las variables; se mostró como resultado del mismo el valor del estadígrafo χ^2 y su significación asociada p. Si $p < 0.05$ se entiende que la relación es significativa y si $p > 0.05$ indica que no existe relación entre las variables.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes operados de carcinoma epidermoide de labio era del sexo masculino (79.0%) y casi la mitad (48.0%) tenían entre 50 y 69 años de edad, seguidos por los de 70 a 89 años (30%). (tabla 1)

Tabla 1. La edad y el sexo de los pacientes operados de carcinoma epidermoide de labio

Edad (en años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	% (col)	No.	% (col)	No.	%
30 - 49	18	22.8	4	19.0	22	22.0
50 - 69	38	48.1	10	47.6	48	48.0
70 - 89	23	29.1	7	33.3	30	30.0
Total	79	79.0	21	21.0	100	100.0
Promedio de edad: 61.39 ± 14.352 años Mínimo: 32 Máximo: 86						

Fuente: Historia clínica individual y boleta de solicitud de biopsia

Predominaban los pacientes expuestos a los rayos solares (72.0%) y fumadores (66.0%). La mayoría no consumía alcohol con frecuencia -73.0%-. (tabla 2)

Tabla 2. Algunos factores de riesgo en los pacientes estudiados

Factores de riesgo	No.	%
<u>Exposición reiterada al sol</u>		
Si	72	72.0
No	28	28.0
Total	100	100.0
<u>Fuma</u>		
Si	66	66.0
No	34	34.0
Total	100	100.0
<u>Alcohol</u>		
Si	27	27.0
No	73	73.0
Total	100	100.0

Fuente: Historia clínica individual y boleta de solicitud de biopsia

En relación a las características clínicas del tumor en los pacientes estudiados (tabla 3) se aprecia que en la mayoría de ellos el tumor se presentó en el labio inferior (84.0%) y en el 45.0% tuvieron una forma de presentación mixta seguido de los tumores exofíticos (31.0%). Predominaron los tumores de hasta 2cm de tamaño (T1, 87.0%), no se encontraron ganglios linfáticos cervicales afectados (N0) en el 92.0% de los pacientes y se hallaban en estadio I de la enfermedad el 80.0%; el 2.0% se encontraba en estadio IVA. En ningún paciente se encontró metástasis a distancia, tumor clasificado como T4b, ni afectación ganglionar cervical mayor de 6cm (N3), N2b,c o con estadio IVB,C.

Tabla 3. Características clínicas del tumor en los pacientes estudiados

Características clínicas	No.	%
<u>Localización</u>		
Labio inferior	84	84.0
Labio superior	11	11.0
Comisura	5	4.0
Total	100	100.0
<u>Forma de presentación</u>		
Plana	4	4.0
Ulcerativa	12	12.0
Exofítica	31	31.0
Infiltrante	8	8.0
Mixta	45	45.0
Total	100	100.0
<u>Tamaño del tumor</u>		
T1	87	87.0
T2	11	11.0
T3	1	1.0
T4a	1	1.0
Total	100	100.0
<u>Ganglios linfáticos regionales</u>		
N0	92	92.0
N1	7	7.0
N2a	1	1.0
Total	100	100.0
<u>Metástasis a distancia</u>		
M0	100	100.0
<u>Estadio</u>		
I	80	80.0
II	10	10.0
III	8	8.0
IVA	2	2.0
Total	100	100.0

Fuente: Historia clínica individual y boleta de solicitud de biopsia

Las características histológicas del tumor en los pacientes operados de carcinoma epidermoide de labio son expuestas en la tabla 4, en la misma se observa que la mayoría de ellos presentó un tumor bien diferenciado (71.0%), con profundidad tumoral de dos a 5mm (68.0%) y con inflamación peritumoral (79.0%). Solo en el 7.0% de los pacientes se encontraron tumores pobremente diferenciados y en el 14.0% el tumor tenía una profundidad de 10mm o más.

Tabla 4. Características histológicas del tumor en los pacientes estudiados

Características histológicas	No.	%
<u>Grado de diferenciación tumoral</u>		
Bien diferenciado	71	71.0
Moderadamente diferenciado	22	22.0
Pobremente diferenciado	7	7.0
Total	100	100.0
<u>Profundidad tumoral (en mm)</u>		
2 – 5	68	68.0
6 – 9	18	18.0
10 ó más	14	14.0
Total	100	100.0
<u>Inflamación peritumoral</u>		
Si	79	79.0
No	21	21.0
Total	100	100.0

Fuente: Informe anatomopatológico

DISCUSIÓN

El carcinoma de células escamosas de labio es más frecuente en los hombres, dada su mayor asociación a hábitos tóxicos como el fumar y a la exposición reiterada a los rayos solares, entre otras causas; la relativa inmunidad de la mujer se atribuye a dos causas: el uso de lápiz labial, que puede constituir un factor de protección solar, y el tener menor actividad laboral al aire libre, lo que la hace menos susceptible de acumular los efectos del daño actínico.^{5,9-11} En cuanto a la edad se observan más casos en pacientes mayores de 50 años, con predominio de la quinta y sexta décadas de vida; sin embargo, ya desde los 30 años se ven personas afectadas, sobre todo del sexo masculino.⁹

El tabaco es, sin duda, el factor más estudiado en la epidemiología del cáncer; actualmente se dispone de amplia información epidemiológica acerca del papel que desempeña en su aparición. El efecto del tabaco también se ve modificado por la presencia de otros factores; así, para los cánceres de cabeza y cuello, su efecto se potencia con el consumo de alcohol. En cuanto a la radiación ultravioleta, constituye el factor de riesgo dominante para los cánceres de piel no melanomas, como el carcinoma epidermoide de labio; esta evidencia se sustenta en la tendencia que tienen los carcinomas a desarrollarse en las superficies expuestas al sol y en las altas tasas que presentan los trabajadores al aire libre (marineros, agricultores, etc.)

Diversos estudios^{10,11} manifiestan un predominio de pacientes con estas lesiones localizadas en el labio inferior seguido del superior; resultados similares a este trabajo y en correspondencia con la literatura⁹ debido, posiblemente, a la exposición más directa a los rayos ultravioleta de la luz solar.² Se ha constatado que las lesiones de cáncer de labio que afectan a la región de las comisuras son más propensas a desarrollar metástasis cervicales ocultas y demuestran un potencial agresivo; se encuentra una incidencia entre 15%-20% de metástasis cervicales regionales en carcinomas de esta localización.¹²

En relación a la forma de presentación clínica del tumor varios estudios¹³ informan un alto porcentaje de pacientes con formas mixtas seguidas de exofíticas; otras investigaciones¹⁰ plantean la forma exofítica o vegetante como la más frecuente y muestran un comportamiento menos agresivo y con tasas de curación más altas, mientras que la ulcerada es más propensa a la invasión de las estructuras profundas.

En pocas series de cáncer de labio se incluyen los tumores avanzados, en prácticamente todas las publicaciones los tumores T1 y T2 representan la mayoría de los casos. De acuerdo con la literatura¹⁰ la presencia de ganglios linfáticos en la consulta inicial es bastante infrecuente, con cifras que oscilan entre dos y 12%; resultados semejantes a los de este estudio. La presencia o ausencia de metástasis cervicales en la consulta inicial es un factor importante en la elección de la modalidad terapéutica y en el pronóstico de los afectados. El carcinoma epidermoide de labio es usualmente diagnosticado temprano y muestra baja incidencia de metástasis cervical,¹¹ mientras que las metástasis a distancia son un hecho excepcional en estos tumores; es de vital importancia la prevención de las lesiones, pues a medida que sean detectadas en etapas tempranas su pronóstico es mejor.¹⁴ Es de destacar que a medida que aumenta el estadio de la enfermedad se incrementan también las alteraciones funcionales en términos de nutrición, fonación y los aspectos estéticos cuando se requiere eliminar grandes porciones de labio en el tratamiento quirúrgico planificado.

Desde el punto de vista histológico estudios retrospectivos^{2,15} identifican una mayor frecuencia de carcinomas epidermoides bien diferenciados y, a continuación, los medianamente diferenciados, que corresponden a un pronóstico más favorable; datos similares a los de este trabajo. La frecuencia de tumores poco diferenciados varía alrededor del 1.6-10.3%.¹⁶

La profundidad tumoral define la cantidad de tumor pero al mismo tiempo introduce un aspecto cualitativo en cuanto a la agresividad de la infiltración local y valora el tamaño tumoral tridimensionalmente; en relación a ello el Grupo alemán-austríaco-suizo (DÖSAK)¹⁷ enfatiza que el espesor máximo tumoral tiene capacidad para modificar la clasificación TNM.¹⁸ En un futuro este factor podría ser reconocido como uno de los integrantes específicos y singulares del sistema

TNM para la cavidad oral y para perfeccionar su capacidad pronóstica; se ha descrito una concordancia entre aquellos tumores con valores elevados de profundidad tumoral y un comportamiento clínico agresivo.¹⁹

El infiltrado celular inflamatorio peritumoral se encuentra en la mayoría de los pacientes, esto se traduce en un mecanismo de defensa cito-inmunológico por parte del huésped; de hecho, la presencia de un infiltrado linfoplasmocitario en el estroma del tumor es considerada como un factor pronóstico favorable, probablemente debido a la buena respuesta inmunológica del huésped frente al tumor.⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ariosa Argüelles JC, Valentín González F, Rodríguez González GM, Rodríguez Reyna JC. Cáncer bucal. Estudio de cinco años. Rev Méd Electr [Internet]. 2006 [citado el 21 de julio de 2010]; 28(6): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema11.htm>
2. Cantín López M, Suazo Galdames I, Venegas Rojas B, Zavando Matamala D. Carcinoma de células escamosas de labio inferior: Asociación entre grado de angiogénesis, graduación histológica y frente de invasión tumoral. Int J Morphol [Internet]. 2008 [citado el 24 de julio de 2010]; 26(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v26n1/art13.pdf>
3. García-Montesinos Perea B, Val Bernal JF, Saiz Bustillo R. Estudio inmunohistoquímico del carcinoma epidermoide de labio. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2006 [citado el 15 de julio de 2010]; 10(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-4447200500050012&lng=es
4. Antunes AA, Antunes AP. Estudio retrospectivo y revisión de la literatura de los tumores de labio: experiencia de 28 años. Rev Bras Cancerolog [Internet]. 2006 [citado el 18 de octubre de 2009]; 50(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=421329&indexSe_arch=ID
5. Milanez Morgado de Abreu M, Pimentel Neto DR, Watashi Hirata CH, Luc V Weckx ML, Avelar Mota de Alchorne M. La queilitis actínica adyacente a carcinoma de células escamosas del labio como un indicador pronóstico. Rev Bras. Otorrinolaringol. [Internet] 2006 nov-dic [citado 24 de octubre de 2009]; 72(6): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472992006000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
6. Veness MJ, Ong C, Cakir B, Morgan G. Squamous cell carcinoma of the lip. Patterns of relapse and outcome: Reporting the Westmead Hospital experience, 1980-1997. Australas Radiol. 2007; 45(2): 195-9.
7. Colectivo de autores. Tratamiento del cáncer bucal. En: Normas de tratamiento cáncer de cabeza y cuello. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR); 2006.
8. Dirección Provincial de Salud. Registro Provincial de Cáncer. Cáncer de Labio. Villa Clara: Departamento Provincial de Estadísticas; 2010.
9. Abreu Marilda MM, Pimentel Dalva RN, Silva Olga MP, Blachman Isaac T, Michalany Nilceo S, Hirata Cleonice H. et al. Squamous cell carcinoma of the lip: assessment of prognostic factors. Rev Bras Otorrinolaringol. [Internet]. 2004 Dic [citado el 20 marzo de 2009]; 70(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000600010&lng=esdoi: 10.1590/S0034-72992004000600010
10. Quintana Díaz JC, Quintana Giralto M. Prevalencia de cáncer de labio en Artemisa 1996-2006. Acta Odontol Venez [Internet] 2009 Marzo [citado el 12 de febrero 2010]; 47(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100023&lng=es&nrm=iso
11. Amar A, Franzi SA, Curioni OA, Rapoport A, Cervantes O. Neck dissection in the treatment of squamous cell carcinoma of the lip. Rev Bras Otorrinolaringol [Internet]. 2006 Nov [citado el 21 de agosto de 2010]; 70(6): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000600011&lng=esdoi: 10.1590/S0034-72992004000600011

12. Vartanian JG, Carvalho AL, Araújo Filho MJ, Junior MH, Magrin J, Kowalski LP. Predictive factors and distribution of lymph node metastasis in lip cancer patients and their implications on the treatment of the neck. *Oral Oncol* [Internet]. 2006 [citado el 22 de julio de 2009]; 40(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14693248>
13. Lara de Carli M, Loren Santos S, Costa Pereira AA, Costa Hanemann JA. Características Clínicas, Epidemiológicas y Microscópicas del Cáncer Bucal Diagnosticado en la Universidad Federal de Alfenas. *Rev Bras Cancerolog.* [Internet]. 2009 [citado el 20 de julio de 2010]; 55(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/09_articulo1.pdf
14. Llamaron A, Pattanaporn K, Pongsiriwet S, Wanachantararak S, Prapayasatok S, Jittidecharaks S, et al. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 33(1):84-8.
15. Zitsch RP, Park CW, Renner GJ, Rea JL. Outcome analysis for lip carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007; 113(5):589-96.
16. Simkin DO, Vannelli A, González Aguilar O, Pardo H, Rossi A, Rubino A, et al. Cáncer de labio: un tumor de buen pronóstico o de agresividad oculta? *Rev Argent Cir.* 2006; 80(3/4):79-85.
17. Hermanek P, Henson DE, Hutter RVP, y cols. TNM Supplement. *Internacional Union Against Cancer.* Berlin: Springer-Verlag; 1993. p. 23-24.
18. Sánchez López JD, Sicilia Gutiérrez MA, Capitán Cañadas LM, Moleón L, Martínez-Villalobos Castillo S, Valencia Laseca E. Profundidad tumoral en el carcinoma epidermoide lingual. Repercusiones diagnósticas. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* [Internet]. 2007 Ene-Feb [citado el 21 de agosto de 2010]; 29(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v29n1/clinico1.pdf>
19. Sánchez López JD, Sicilia Gutiérrez MA, Capitán Cañadas LM, Labrot Moleón I, Martínez-Villalobos Castillo S, Valencia Laseca E. Profundidad tumoral y variables histopatológicas en el carcinoma epidermoide lingual. Estudio retrospectivo sobre 60 pacientes. *Av Odontoestomatol.* [Internet]. 2005 Sep-Oct [citado el 8 agosto 2010]; 21(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852005000500003&script=sci_arttext

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Cirugía Máxilo Facial. Policlínico "50 Aniversario" de Manicaragua.
2. Especialista de I Grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.