

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS CANCERES DE LA CAVIDAD ORAL

Dr. Luis Pacheco Ojeda¹

RESUMEN

Se analizan retrospectivamente 28 cánceres de la cavidad oral tratados con cirugía como modalidad única o como parte de una terapia multidisciplinaria. Histológicamente, 18 (64 o/o) correspondieron a carcinomas escamo-celulares y el resto a carcinomas adenoquisticos (3), carcinomas mucoepidemoides (2), adenocarcinomas (2) y melanomas primarios (2) y metastásicos (1). El tipo de intervención varió según el sitio anatómico y la extensión del tumor primario. En 3 casos se utilizaron colgajos miocutáneos pediculados para reconstrucción. En 8 casos se realizaron linfadenectomías cervicales parciales de estadiaje y en otros 8 disecciones cervicales completas por enfermedad ganglionar micro o macroscópica. Exceptuando 7 pacientes perdidos de vista y uno fallecido postoperatoriamente, en 16 (73 o/o) pacientes se obtuvo un control local luego de 6 meses a 10 años de seguimiento.

Introducción

El cáncer de la cavidad oral fue el sitio de origen de aproximadamente 30.950 casos nuevos en 1990 en los Estados Unidos lo que significó un 4 o/o de los cánceres en el hombre y un 2 o/o en la mujer. Los países de mayor mortalidad en el mundo por esta localización neoplásica son Francia, con un 17,9 por 100.000 habitantes, Hong Kong, Singapur, Martinica y Puerto Rico. En los Estados Unidos, en 1990, fue la causa del 2 o/o de fallecimientos por cáncer en el hombre y del 1 o/o en la mujer (1).

En el Ecuador, de 5.522 cánceres invasivos comunicados al Registro Nacional de Tumores (RNT) en el área de influencia de Quito entre 1985 y 1988, 28 casos correspondieron a la cavidad oral lo cual significó

una incidencia de 2,2 por 100.000 habitantes y por año (2). La distribución de estos casos por sitio anatómico y por sexo aparece en el cuadro 1.

Según el informe para 1988 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en dicho año fallecieron en el Ecuador 39 personas por cáncer oral y orofaríngeo lo que significó un 0,4 por 100.000 habitantes (3).

A pesar de que la cavidad oral es fácilmente accesible al examen visual un número apreciable de pacientes acuden al médico con cánceres de gran tamaño y con adenopatías cervicales palpables, es decir, en estadios avanzados en los cuales los recursos terapéuticos resultan menos eficaces.

La cirugía sigue siendo una modalidad básica de tratamiento curativo en esta

1. Cirujano Oncólogo. Hospital "Carlos Andrade Marín". Profesor de la Cátedra de Anatomía y Post-Grado de Gineco-Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central Quito, Ecuador.

Cuadro 1.— *Incidencia de cáncer oral en Quito por sexo y sitio anatómico (RNT 1985 — 1988)*

Sitio	Hombres	Mujeres	Total
Labio	2	0	2
Lengua	4	9	13
Encía	2	1	3
Piso	0	2	2
Otros	4	4	8
Total	12	16	28

región actualmente. Aunque a la cirugía y la radioterapia se ha añadido con notable éxito recientemente la quimioterapia adyuvante, especialmente de inducción, las tasas globales de supervivencia en los países desarrollados siguen oscilando entre 30 y 40 o/o (4).

En el presente estudio hemos deseado presentar nuestra experiencia quirúrgica en pacientes portadores de esta localización neoplásica.

Material y métodos

Hemos revisado retrospectivamente las intervenciones quirúrgicas por cáncer de la cavidad oral que hemos realizado en el Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito y en casas de salud privadas entre 1980 y 1990. Veinte y ocho pacientes, 16 hombres y 12 mujeres, fueron sometidos a cirugía como tratamiento único, en su mayoría, o como parte de un tratamiento multidisciplinario.

Todas las intervenciones, excepto una, fueron realizadas bajo anestesia general. Puesto que la cavidad oral es un órgano séptico, en la gran mayoría de casos utilizamos antibióticoterapia profiláctica, generalmente a base de ampicilina.

Resultados

El sitio anatómico de las lesiones aparece en la figura 1.

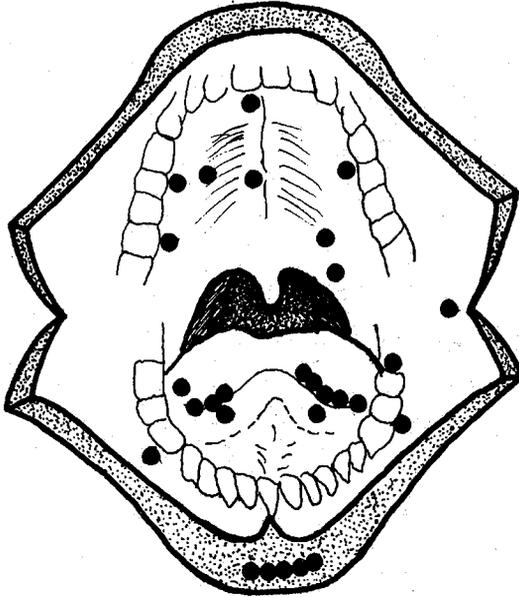
Un 64 o/o de casos correspondió a un carcinoma escamocelular (cuadro 2).

El tipo de intervención según el sitio anatómico aparece en el cuadro 3.

Las operaciones de la lengua se dirigieron a tumores de su porción móvil. Las 9 glossectomías parciales fueron realizadas por lesiones T1 y T2, es decir, menores a 4 cm. Una intervención tipo comando la realizamos en un caso de recidiva luego de tratamiento combinado radioquirúrgico y que estuvo localizada en el surco glosamigdaliano con extensión a la base del pilar anterior. Finalmente, en un cáncer T4 colocamos un catéter en la carótida externa, vía temporal superficial, para quimioterapia intra-arterial.

En cuanto a las intervenciones del labio (inferior en todos los casos), en 3 pacientes con lesiones en la línea media realizamos una exéresis en V con aproximación primaria de los bordes. Una de ellas fue ilimitada por tratarse de una metástasis muy inusual de melanoma maligno cutáneo. En otros 2 casos de lesiones que ocupaban aproximadamente la mitad del labio infe-

Figura 1.— Localización anatómica de los 28 casos de cáncer oral



Cuadro 2.— Distribución del cáncer oral según el sitio anatómico y el tipo histológico

Sitio	Total	EscCel	Adq	Melan	Mucep	Adca
Lengua	10	9	1	—	—	—
Encía	6	3	2	—	1	—
Labio inferior	5	4	—	1	—	—
Paladar	5	—	—	2	1	2
Piso	1	1	—	—	—	—
Mucosa yugal	1	1	—	—	—	—
Total	28	18	3	3	2	2

metastásico

Cuadro 3.— *Tipo de intervención según el sitio anatómico*

Lengua	
Glosectomía parcial	9
Comando	1*
QT intra-arterial	1
Labio inferior	
Resección en cuña	2
Resección amplia	2
Resección limitada	1
Encía y piso	
Comando	4
Maxilectomía parcial	2
Resección amplia	1
Paladar	
Maxilectomía parcial	3
Resección amplia	2
Mucosa yugal	
Resección amplia	1

* Segunda intervención por recidiva

rior luego de una resección con márgenes adecuados realizamos una plastia con colgajos de mejilla total, tipo Camille Bernard. En todos estos casos el resultado estético fue muy satisfactorio.

En un caso de encía superior, 2 de la inferior y uno del piso de la boca efectuamos una intervención comando o bucofarin-gectomía transmaxilar con resección mandibular parcial. En 2 casos de encía superior realizamos una maxilectomía parcial y en una lesión T2 de encía inferior una resección amplia.

De los 5 pacientes con lesiones del paladar, 3 correspondieron a su porción ósea y 2 al blando. Los pacientes del primer grupo fueron sometidos a maxilectomía parcial y los del segundo a resección amplia.

Finalmente, un paciente con un cáncer recidivante de la mucosa yugal luego de tratamiento radioquirúrgico fue sometido a una resección transfixiante de mejilla.

Este último paciente y 2 de los operados mediante comando fueron sometidos a una reconstrucción con colgajos miocutáneos de esternocleidomastoideo, pectoral

mayor y trapecio, respectivamente.

En cuanto a la cirugía ganglionar en 8 casos realizamos disecciones parciales de estadiaje por NO; 5 fueron subdigástricas ± submaxilares y 3, las más recientes, supraomohioideas o triangulares, incluyendo los grupos submental, submaxilar, y yúgulo-carotídeos sobre el borde superior del omohioideo. Ocho disecciones fueron completas debido a invasión ganglionar micro o macroscópica.

Tuvimos sólo un caso de mortalidad postquirúrgica en un paciente de 75 años sometido a cirugía comando, quien hizo una neumonía por aspiración a la semana de operado.

En un caso el tratamiento inicial fue con quimioterapia (intra-arterial) y en otros 4 casos se administró radioterapia postoperatoria.

Exceptuando 7 pacientes perdidos de vista y el fallecido, se obtuvo un control local en 16 (73 o/o), luego de un seguimiento entre 6 meses y 10 años.

Discusión

Según Cachin (5), la cirugía continúa siendo un elemento esencial en el tratamiento de los cánceres cérvico-faciales por las siguientes razones: en primer lugar, la tasa baja de buenos resultados obtenidos con radioterapia exclusiva en los cánceres de medio y gran tamaño (T3 - T4); en segundo lugar, el considerable desarrollo de la cirugía reconstructiva que permite la eliminación o reducción de secuelas funcionales en tumores grandes; en tercer lugar, el desarrollo de la cirugía parcial que puede ser realizada en buenas condiciones oncológicas; y finalmente, el aumento de las indicaciones de la cirugía de rescate (post-radioterapia) la cual frecuentemente prolonga la sobrevida.

Las indicaciones de la cirugía, dentro de un contexto terapéutico multidisciplinario, se han basado en 3 aspectos principales:

el sitio anatómico, el tipo histológico y el estadio clínico. Los cánceres no escamocelulares como los adenocarcinomas, los carcinomas mucoepidermoides y adenoquísticos, y los melanomas son tratados básicamente con cirugía en cualquier localización. Los carcinomas escamocelulares pequeños (T1T2) pueden ser tratados ya sea con cirugía o con radioterapia. En muchas partes del mundo se utiliza la radioterapia intersticial con agujas de iridio para sitios tales como labios, lengua móvil, mucosa yugal y velo del paladar. En este último, la cirugía se utiliza muy poco por las secuelas funcionales que puede producir. En cambio, debe ser utilizada de preferencia en sitios adyacentes a estructuras óseas como piso de la boca, encías y comisura intermaxilar por la posibilidad no despreciable de osteoradionecrosis si se utilizan las radiaciones. Las lesiones de mayor tamaño (T3T4) deben ser tratadas con asociación de cirugía y radioterapia (6, 7).

La utilización de colgajos miocutáneos pediculados nos ha permitido realizar cirugías más amplias o de rescate luego de radioterapia. En cambio, aún no hemos utilizado colgajos miocutáneos libres con microanastomosis vascular, por no disponer de colegas experimentados en esta técnica. En caso de resecciones de maxilar superior, la aplicación de prótesis inmediatas, nos ha permitido una recuperación estética y funcional muy satisfactoria.

La frecuencia de falla terapéutica en el control local en nuestra pequeña serie parece ser comparable a estudios amplios como los del Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York (6) en los que se han reportado recidivas locales en 21 o/o de 120 casos de cáncer de piso de la boca, 43 o/o de 90 casos de cáncer de mucosa yugal y labios y 53 o/o de 62 pacientes con cáncer del paladar.

De acuerdo a conceptos universalmente aceptados, hemos realizados disecciones cervicales completas en presencia de

adenopatías clínicas; han sido modificadas o radicales según el tamaño ganglionar (± 3 cm).

El manejo de los ganglios cervicales en caso de ausencia de adenopatías palpable ha sido en cambio, controversial. La realización de una disección supraomohioidea ha sido propuesta en base a la baja frecuencia de invasión ganglionar por debajo del omohioideo en cáncer oral: 12 o/o de 609 casos del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (8). En una serie más reciente de este centro (9) se encontró invasión ganglionar oculta en 31 o/o de disecciones supraomohioideas; en estos casos se dio radioterapia postoperatoria ocurriendo recidivas regionales en un 15 o/o. Nosotros hemos adoptado la conducta propuesta en el Instituto Gustave Roussy de París (10), de realizar una congelación de

la disección supraomohioidea y, en caso de invasión ganglionar, completar la disección cervical y dar radioterapia postoperatoria.

Creemos, finalmente, que la detección temprana es la manera más eficaz de mejorar el pronóstico de esta localización neoplásica. Para ello deberemos tener muy en cuenta las recomendaciones de Mashberg (4) en relación a que tienen mayor riesgo de desarrollar un cáncer oral, los fumadores y alcohólicos, las eritropiasias más que las leucoplasias, los sitios anatómicos tales como el piso de la boca, la lengua móvil y el velo, y especialmente, que toda anomalía de la mucosa en pacientes con los caracteres anotados y que persiste más de 14 días sin tener una etiología obvia o una resolución debe ser biopsiada.

SUMMARY

Twenty-eight cases of cancer of the oral cavity treated with surgery, alone or as a part of a multidisciplinary approach, were retrospectively reviewed. Histologically, 18 cases (64 o/o) were squamous cell carcinomas, and the remaining cases adenoid cystic carcinomas (3), mucoepidermoid carcinomas (2), adenocarcinomas (2) and primary (2) and metastatic (1) malignant melanomas. The type of surgery was related to the anatomical site and the size of the primary tumor. Reconstructive procedures by means of myocutaneous flaps were performed in 3 cases. Staging partial cervical lymphadenectomies were done in 8 cases and complete neck dissections in other 8 patients because of micro or clinical invasion to the neck nodes.

Excluding 7 patients lost to follow-up and one patient who died postoperatively, a good local control was obtained in 16 (73 o/o) of the remaining patients after a follow-up that ranged between 6 months and 10 years.

Referencias Bibliográficas

1. Silverberg, E. Boring, C.C. and Squires, T.S. *Cáncer Statistics, 1990*. *Ca A Cancer Journal for Clinicians* 40: 9 - 26, 1990.
2. Registro Nacional de Tumores: *Cáncer en Quito, Anuario 1988*. Quito, RNT, 1989.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: *Anuario de Estadísticas Vitales (nacimientos y defunciones)*, Ecuador 1988. Quito, INEC, 1989.
4. Mashberg, A., Samit, A. Early Detection, Diagnosis, and Management of Oral and Oropharyngeal Cancer. *Ca - A Cancer Journal for Clinicians* 39: 67 - 88, 1989.
5. Cashin, Y. *Perspectives on Cancer of the Head and Neck*. In: Suen, J.Y. and Nyers. *Cancer of the Head and Neck*, 2 ed. New York, Churchill Livingstone, 1989, pp. 1 - 16.
6. Rice, H.H. and Spiro, R.H. *Current Concepts in Head and Neck Cancer*. S.C., American Cancer Society, 1989, pp. 17 - 28.

7. Woods, J.E. Current Management of Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity. *Plast Reconstr Surg* 69: 361 -- 364, 1982.
8. Spiro, R.H. and Strong, E.W. Mouth Cancer, A Surgical Perspective. *MSKCC Clin Bull* 6: 3 -- 7, 1976.
9. Spiro, J.D., Spiro, R.H., Shah, J.P., Sessions, R.B. and Strong, E. W. Critical Assessment of Supraomohyoid Neck Dissection. *Am J Surg* 156: 286 -- 289, 1988.
10. Geoffray, B., Luboinski, B., Wibault, P., Michéau, C. and Richerd, J.M. Combined Treatment of Cancer of the Posterior Oral Cavity and Oropharynx. *Clin Otolaryngol* 12: 429 -- 439, 1987.