

# Carcinoma Epidermoide del Labio Inferior

## Consideraciones pronósticas

Dr Héctor E. González-Guerra \*

Dr Franco J. Calderaro-di Ruggiero \*\*

Dr José Rafael Troconis-Elorga \*\*\*

Dr Jorge Castro-García \*\*\*\*

González-Guerra HE, Calderaro-di Ruggiero FJ, Troconis-Elorga JR, Castro-García J. Carcinoma epidermoide del labio inferior. Consideraciones pronósticas. Centro Médico, 1991; 37:53-58.

### Resumen

El análisis del curso clínico de una serie de 74 pacientes con carcinoma epidermoide del labio inferior, tratados en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Oncológico Padre Machado (H.O.P.M), Centro de referencia nacional, durante un período de 28 años (1.960-1.987), demostró: que el tamaño tumoral y el grado de diferenciación histológica no son factores determinantes en las sobrevividas a 5 años, cuando estos parámetros son evaluados en forma aislada  $P > 0.05$ . Por el contrario la evaluación de 3 factores clínico-patológicos en conjunto como son: tamaño del tumor (T), diseminación de la enfermedad a ganglios linfáticos regionales (N) o a distancia (M), determinan el pronóstico de la enfermedad. En nuestra serie la sobrevivida a 5 años fue 100% para el estadio I, 96% en el II, 67% en el III y 56% para el IV,  $p < 0.05$ ; es decir que la mortalidad es el resultado de la enfermedad no controlada en el cuello, la cual fue nula en estadios (0 y I), 4.2% para el estadio II, 25% en el III y 37.5% en el IV. La recidiva local no influye de manera importante sobre la mortalidad  $P > 0.05$ .

### Abstract

The clinical analysis of 74 patients with Epidermoid Carcinoma of the lower lip treated by the Plastic Surgery Service at Hospital Oncológico Padre Machado, from 1.960 to 1.987 (28 years) reflected the following conclusions: a) Tumor size and histological differentiation are not determining factors in 5 years survival figures when they are individually evaluated ( $P > 0.05$ ), b) On the contrary, when we evaluate together the size of the tumor (T) and the spreading of the disease to regional nodes (N) or to distant organs (M), are statistically significant to determine the prognosis of this type of cancer. In our patients the five year survival figures were 100% in St. I, 96% in St. II, 67% in St. III and 56% in St. IV. ( $P > 0.05$ ). In our serie all deaths were related to uncontrolled disease in the neck. It was 0% in St. 0 and St. I, 4.2% in St. II, 25% in St. III and 37.5% in St. IV. Local recurrences did not seem to have influence in mortality rates.

### Palabras Claves

Carcinoma epidermoide, Cáncer piel.

## INTRODUCCION

Los tumores malignos de los labios son relativamente comunes y ocupan un 25% de los cánceres de la cavidad oral y entre un 7-10% de las neoplasias de cabeza y cuello. En general los tumores de labio son de evolución lenta, de un bajo grado de malignidad y de tardía diseminación regional ganglionar.<sup>4</sup>

Desde el punto de vista histológico, el carcinoma epidermoide constituye el 99% de todos los cánceres.<sup>2</sup>

El objetivo del presente artículo consiste en la evaluación del curso clínico de los pacientes con carcinoma epidermoide del labio inferior tratados con cirugía.

## MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo consiste en la evaluación retrospectiva de 74 pacientes con carcinoma epidermoide del labio inferior, tratados en el Hospital Oncológico Padre Machado (H.O.P.M), desde 1960 a 1987.

La edad promedio fue de 61.83 más o menos 4.02 Desviación Estándar (D.E.), rango 21-89 años, la afectación del sexo masculino sobrepasó al femenino en una relación de 4.43 a 1. La evaluación inicial consistió, en la historia clínica completa haciendo hincapié en el examen de la cavidad oral y en la búsqueda de adenopatías cervicales; rutina de laboratorio, Rx de tórax. Se practicó biopsia del tumor primario para obtener el diagnóstico anatomopatológico, se procedió luego a la estadificación clínica de la enfermedad, según la clasificación (T.N.M.).<sup>8</sup> Posteriormente se realizó la extirpación quirúrgica del tumor primario de el labio inferior, con margen oncológico de 1 a 1,5 cms. por fuera del borde de la lesión y reconstrucción inmediata del defecto según técnicas convencionales. La disección suprahiodea bilateral se practicó en caso de adenopatías palpables en esa área; la disección ganglionar cervical se realizó del lado histológicamente positivo, en la disección suprahiodea. El seguimiento de los pacientes se realizó

(\*) Cirujano General - M.A.S.V.C. - Cirujano Oncólogo

(\*\*) Cirujano General - M.A.S.V.C. - M.A.S.V.O.

(\*\*\*) Jefe del Servicio de Cirugía Plástica (H.O.P.M.)

(\*\*\*\*) Adjunto del Servicio de Cirugía Plástica (H.O.P.M.)

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del H.O.P.M.

Dirección:

Hospital Oncológico Padre Machado (H.O.P.M.), Calle Doctor Alejandro Calvo Laird, Urbanización los Castaños Plástica. Teléfono (02) 61.82.11 - 61.60.92.

cada 3 meses por 2 años, a cada 6 meses por 3 años y luego en forma anual, consistiendo este en el examen físico general haciendo énfasis en el examen de la cavidad oral y de el cuello, Rx. de tórax cada 6 meses por 2 años y luego anual.

Se evaluó la influencia de las características del tumor primario (tamaño, grado de diferenciación histológico), la recidiva local, y la presencia de enfermedad metastásica ganglionar cervical regional (Estadio Clínico),<sup>8</sup> sobre la mortalidad y sobrevida en 5 años.

El análisis estadístico se expresa en promedio más o menos Desviación Estándar ( $X \pm D.E.$ ), comparando las tasas de mortalidad por estadio, mediante la prueba de Chi Cuadrado, con corrección de Yates ( $\chi^2$  Yates),<sup>4</sup> y la sobrevida a 5 años por el método de Kaplan-Meier,<sup>5</sup> con  $\chi^2$  calculado según el test de Mantel-Haenszel,<sup>6</sup> aplicables a muestras pequeñas y expresadas en porcentaje, aceptando como significancia estadística ( $P < 0.05$ ).

## RESULTADOS

En el (H.O.P.M), se diagnosticaron y trataron 76 casos de tumores malignos del labio inferior, de los cuales el carcinoma epidermoide representó el 97.3% y el carcinoma baso celular el 2.7%. La incidencia general de metástasis ganglionar linfática regional fue del 20.2%, diagnosticándose al momento del ingreso al hospital el (16.2%) y durante el seguimiento el restante (4%), en un período de 3-18 meses.

En el diagrama N° 1 observamos la influencia del tamaño tumoral en la sobrevida a 5 años, en la cual apreciamos que los pacientes con tumores menores de 2 cms., la sobrevida fue de 86% y en tumores mayores de 4 cms. del 73%, lo cual es una diferencia estadísticamente no significativa  $\chi^2$ : 4.39, V:2,  $P > 0.1$  (N.S).

La influencia del grado de diferenciación histológico de el carcinoma epidermoide del labio inferior, en la sobrevida a 5 años, se aprecia en el diagrama N° 2, en el cual observamos que los pacientes con tumores bien diferenciados presentan una tasa de sobrevida a 5 años del 90%, cuando el tumor es moderadamente diferenciado 86% y los pocos diferenciados 43%, lo cual es estadísticamente no significativo  $\chi^2$ : 3.03, V:2,  $P > 0.1$  (N.S).

Al evaluar los pacientes de acuerdo al estadio clínico de la enfermedad según la clasificación (T.N.M.),<sup>8</sup> encontramos que los enfermos en estadio I, tienen una sobrevida a 5 años de 100%, los pacientes con estadio II: 96%, en estadio III: 67% y en estadio IV: 56%, lo cual al realizar la evaluación estadística, encontramos una diferencia significativa,  $\chi^2$ : 11.65, V:3,  $P < 0.01$ . (Diagrama N° 3).

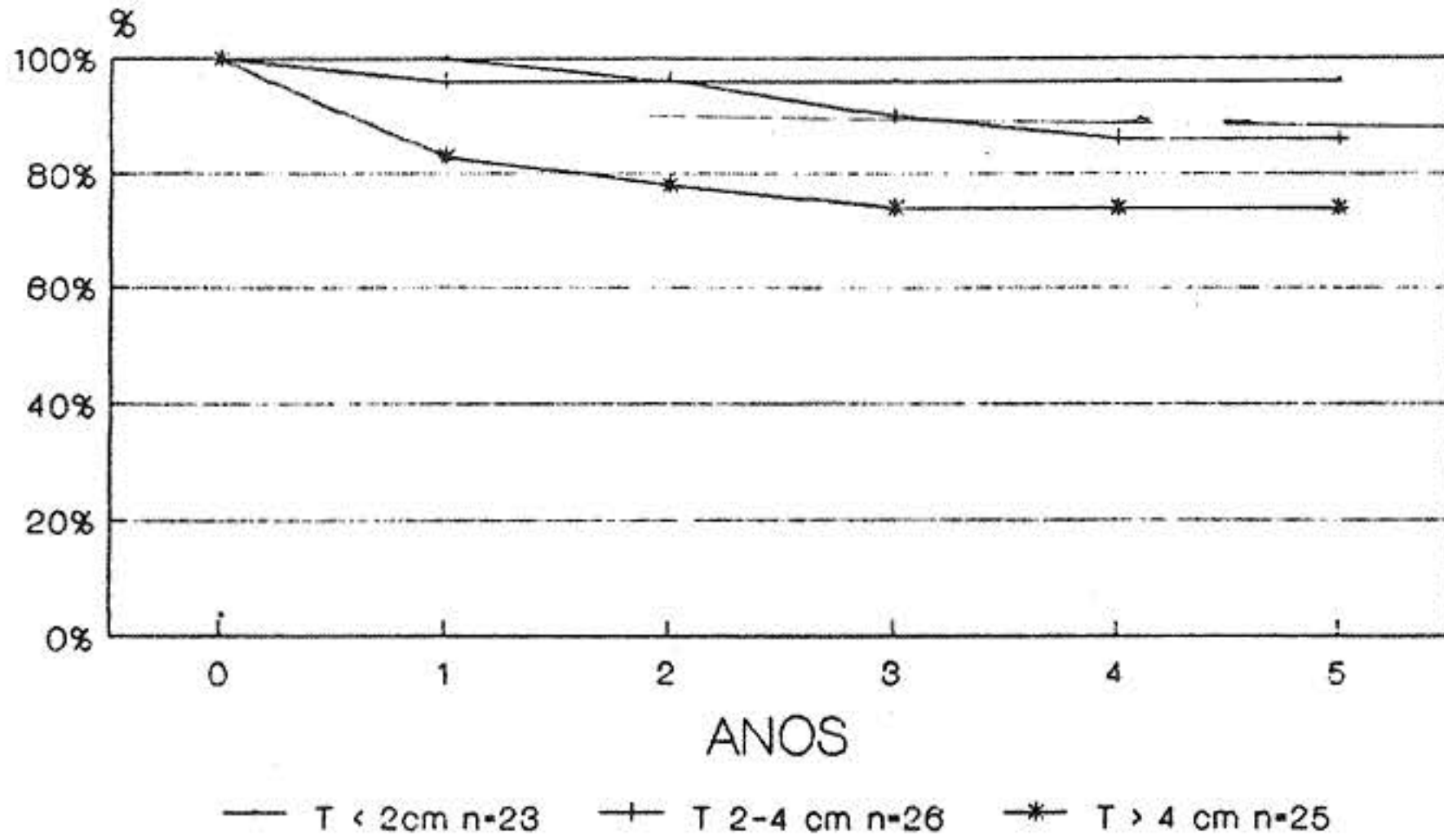
En el diagrama N° 4, se aprecia la mortalidad por estadio clínico, encontrando que es nula para los estadios (0 y I); del 4.2% para el estadio II, 25% para el estadio III y del 37.5% en el estadio IV, durante el período de seguimiento, lo cual es una diferencia estadísticamente significativa,  $\chi^2$  Yates: 13.98, V:4,  $P < 0.01$ . En general la mortalidad por carcinoma epidermoide del labio inferior fue del 13.5% (10/74), presentándose esta en pacientes con enfermedad metastásica ganglionar linfática cervical 52.6% (10/19); al comparar esta mortalidad con la de los pacientes sin enfermedad metastásica (0/50), obtenemos una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.  $\chi^2$  Yates: 29.9872, V:1  $P < 0.001$ . También hay que hacer notar que 6/74 pacientes (8.1%) falleció debido a otras causas como son: infarto al miocardio 2 pacientes, neumonía mas accidente cerebro-vascular 1, colitis isquémica 1 y 2 pacientes que fallecieron por un segundo primario.

De los 74 pacientes 8 (10.8%, presentaron recidiva en la cicatriz quirúrgica del labio inferior posterior al tratamiento de la lesión primaria y en los cuales la pieza quirúrgica reportó los borde de resección histológicamente negativos, desarrollándose este en un tiempo  $X$ :  $10.38 \pm 0.02$  D.E. rango 4-17 meses; de estos un solo paciente murió (12.5%) el cual presentó recidiva local a los 7 meses después del tratamiento del tumor primario, diagnosticándosele metástasis ganglionar cervical, clínicamente a los 2 meses después de extirpada la lesión recidivante, falleciendo 15 meses después de extirpada la lesión recidivante, falleciendo 15 meses después del tratamiento de esta última a consecuencia de metástasis pulmonar. Al comparar la mortalidad de los pacientes con recidiva local (1/8) y los que no recidivaron (8/66) encontramos que no hay diferencia estadísticamente significativa en las tasas de mortalidad de los 2 grupos  $\chi^2$  Yates: 0.6285, V:1,  $P > 0.5$ .

## DISCUSION

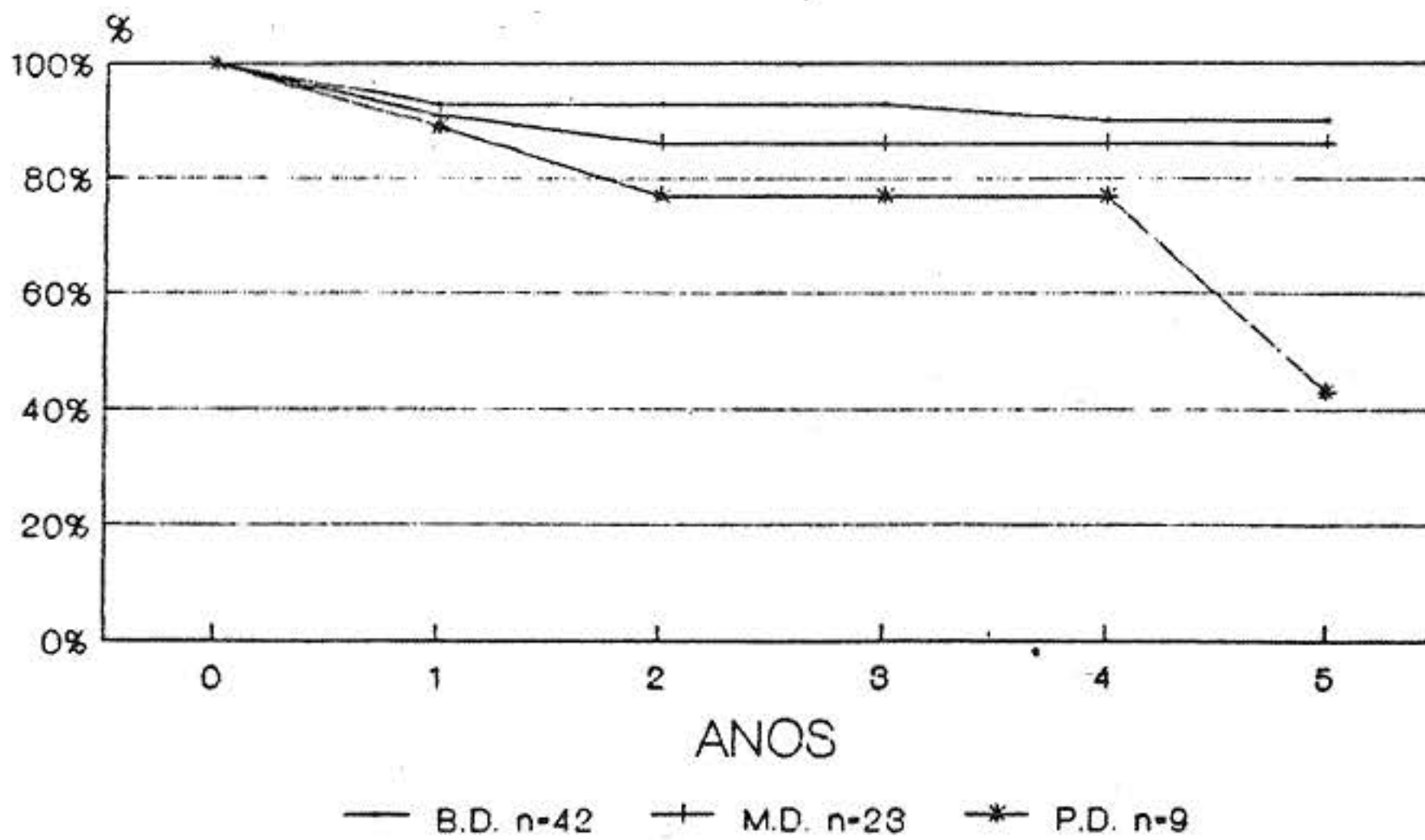
El carcinoma epidermoide del labio inferior, tiene un curso clínico usualmente indolente, el tumor tiende a permanecer localizado por largo período de tiempo.<sup>11</sup> El pronóstico de curación depende de la extensión de la enfermedad en el momento del examen inicial. Las lesiones menores de 2 cms. de diámetro circunscritas en el labio inferior, son de excelente pronóstico. Las tasas de curación de lesiones menores de 3 cms. sin evidencia de metástasis ganglionar cervical, generalmente son mayores del 90% con cirugía o radioterapia.<sup>1</sup> En nuestra serie al evaluar la influencia del tamaño del tumor en la sobrevida a 5 años, encontramos que no haya una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes con tumores

**DIAGRAMA Nº 1**  
**Carcinoma Epidermoide Labio Inferior**  
**Sobrevida 5 a. por diámetro tumor**



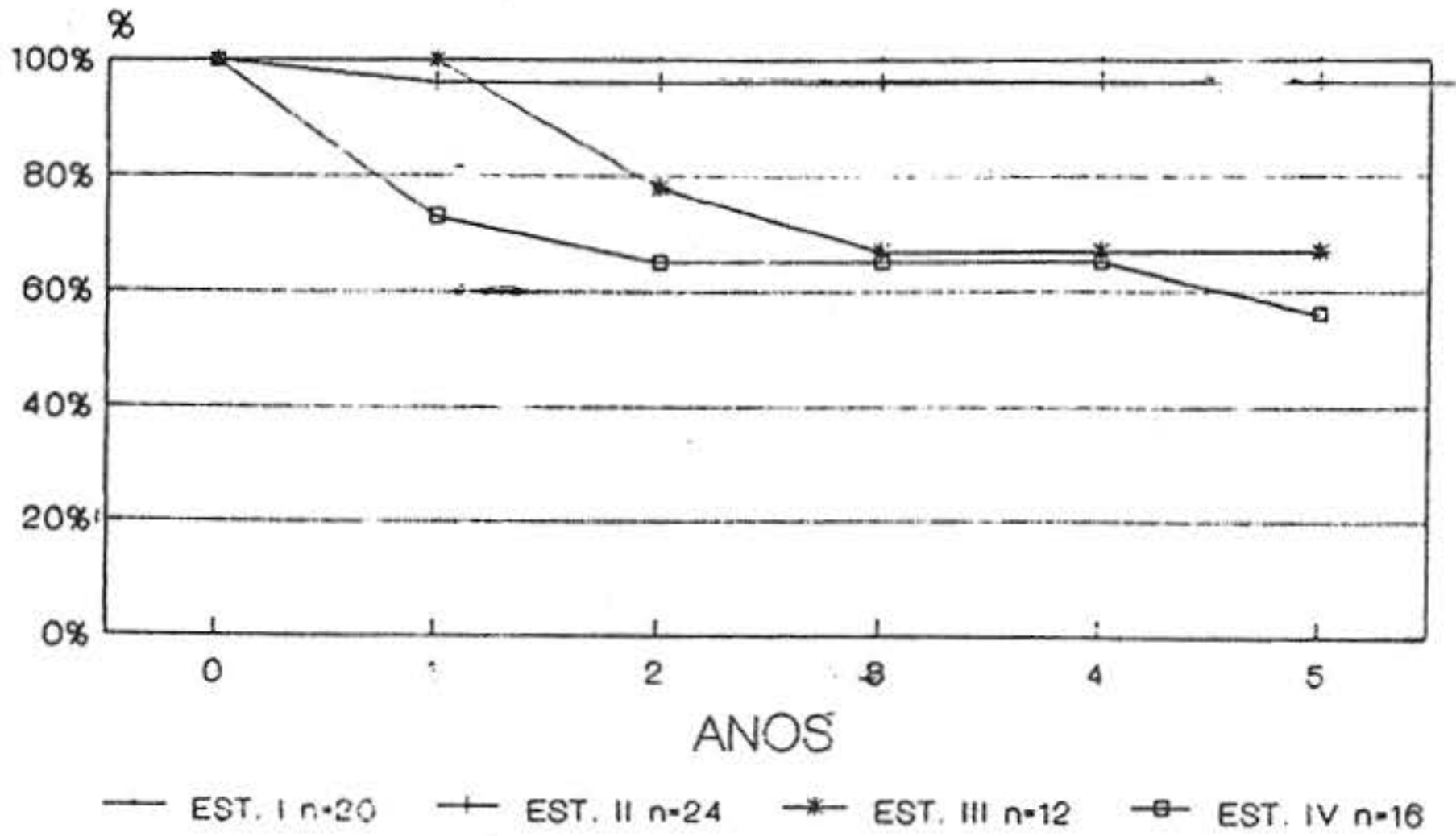
Fuente: Arch. H.O.P.M.  
 Drs. Gonzalez - Calderaro

**DIAGRAMA Nº 2**  
**Carcinoma Epidermoide Labio Inferior**  
**Sobrevida 5 a. grado histológico**



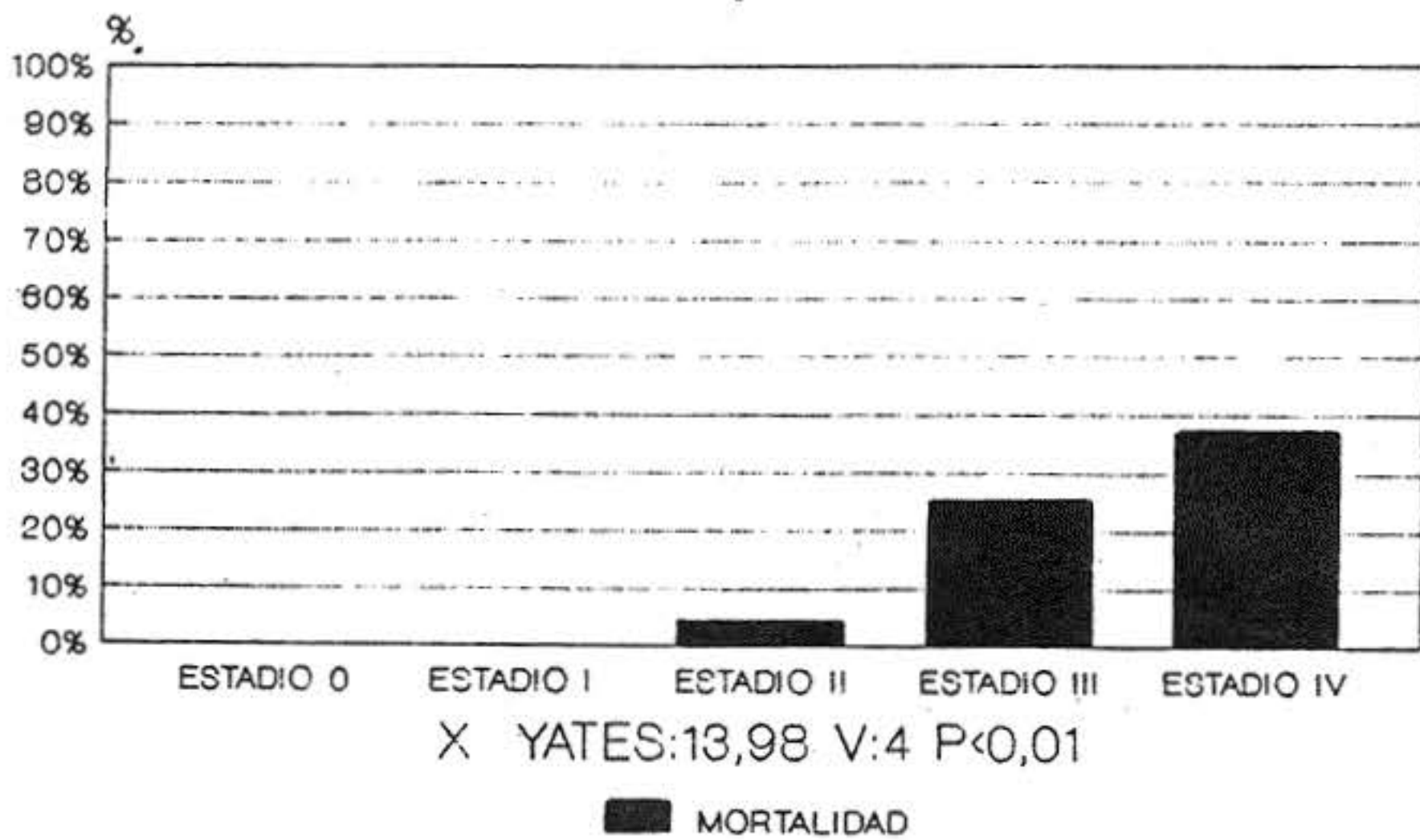
Fuente: Arch. H.O.P.M.  
 Drs. Gonzalez - Calderaro

**DIAGRAMA Nº 3**  
**Carcinoma Epidermoide Labio Inferior**  
**Sobrevida 5 a. por estadio**



Fuente: Arch. H.O.P.M.  
 Drs. Gonzalez - Calderarc

**DIAGRAMA Nº 4**  
**Carcinoma Epidermoide Labio Inferior**  
**Mortalidad por estadios**



Fuente: Arch. H.O.P.M.  
 Drs. Gonzalez - Calderarc

menores de 2 cms., los pacientes con tumores de 2-4 cms. y mayores de 4 cms. ( $P > 0.05$ ), por lo que concluimos que la evaluación de este parámetro en forma aislada no influye determinadamente sobre la mortalidad.

La relación del grado de diferenciación histológico y la curabilidad ha sido estudiada por varios investigadores, demostrándose tasas de curación a 3 años aproximadamente del 75.5-95.4% en los carcinomas epidermoides de bajo grado (bien diferenciado) y alrededor del 45-48% en carcinomas de grado histológico desfavorable (poco diferenciado).<sup>1</sup>

En nuestra Institución no encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la sobrevida a 5 años de los pacientes con carcinoma epidermoide bien diferenciado y los grupos de pacientes con tumores moderado y poco diferenciados ( $P > 0.1$ ) por lo que este parámetro evaluado por si solo no determina mal pronóstico en la sobrevida.

La clasificación por estadio del carcinoma epidermoide del labio inferior,<sup>8</sup> relaciona 3 parámetros significativos en la evolución de la enfermedad como son tamaño del tumor (T), propagación a los ganglios linfáticos regionales (N) y metástasis a distancia (M), lo cual proporciona información para ayudar al médico en la formulación del tratamiento y determinación del pronóstico.<sup>6,7,12</sup> Los índices de supervivencia a 5 años obtenidos en nuestro hospital, demuestran una diferencia estadística significativa entre los pacientes con tumores menores de 2 cms. sin afectación ganglionar ni metástasis a distancia (estadio I) 100%, el grupo de pacientes con tumores entre 2-4 cms. sin afectación de ganglios y sin metástasis a distancia (estadio II) 96% y los pacientes en estadios más avanzados (III) 67% y (IV) 56%,  $P < 0.005$ ; lo cual nos permite concluir que la evaluación de estos 3 parámetros en conjunto (tamaño tumoral, diseminación de la enfermedad a ganglios linfáticos regionales o a distancia), son los que determinan la sobrevida a 5 años.

Barker and Krause<sup>1</sup> en una revisión de 9 series publicadas por diferentes autores, recopilando 10.230 pacientes con carcinoma epidermoide del labio inferior incluyendo todos los estadios, encontró una sobrevida global a 5 años promedio de las 9 series: 67.2% rango: (49.9-84.4%), pero al sustraer las muertes por otras enfermedades intercurrentes, se evidenció una sobrevida a 5 años años promedio: 82.3% rango: (58.5-96.7%). en nuestro centro tuvimos una tasa de mortalidad general del 21.62% (16/74) al completar el período de seguimiento de 5 años, pero 37.5% de los pacientes (6/16) no fallecieron a consecuencia de la enfermedad, lo cual puede explicarse debido a que este tipo de neoplasia tiene mayor incidencia en pacientes de edad avanzada X:61.83 años, los cuales presentan mayor riesgo

de muerte por enfermedades vasculares degenerativas.

La mortalidad a consecuencia de la enfermedad activa, es del 13.5% alcanzando sus valores más altos en estadios más avanzados (III y IV), 25 y 37.5% respectivamente.

La sobrevida a 5 años en pacientes con carcinoma epidermoide del labio inferior y metástasis ganglionar regional confirmada en la disección del cuello oscila entre un 31-58%.<sup>15</sup> En nuestra serie la mortalidad de pacientes con enfermedad activa en el cuello fue del 52.6% (10/19), ocurriendo esta en un período del tiempo X: 14.3 meses  $\pm$  4.14 D.E. rango: 2-42 meses, y nula en el grupo de pacientes sin enfermedad ganglionar cervical (0/50), lo cual es una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos  $P < 0.001$ ; es decir que la mortalidad y la sobrevida a 5 años, es el resultado de la metástasis ganglionar linfática no controlada en el cuello.<sup>10</sup>

Por último debemos hacer mención que los pacientes que continúan a la exposición de posibles factores etiológicos como radiación solar crónica, uso del tabaco y otras formas de irritación del labio, tienen un riesgo significativo de desarrollar un nuevo carcinoma primario del labio<sup>11</sup> o de presentar recidiva local. En nuestra serie la tasa de recidiva local alcanzó el 10.8% (8/74), de estos pacientes solo murió uno (12.5%), el cual desarrolló metástasis ganglionar cervical a los dos meses del tratamiento de la recidiva; al comparar esta tasa de mortalidad con la del grupo de pacientes que no presentaron recidiva local la cual alcanzó el 13.64% (9/66), encontramos que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos  $P > 0.5$ , por lo que concluimos que la recidiva local no influye de manera importante sobre la mortalidad. Por el contrario la presencia de enfermedad metastásica en ganglios cervicales, en pacientes con recidiva local, es el factor pronóstico más importante que determina el curso clínico de esta enfermedad, por lo cual tenemos que hacer énfasis en destacar los factores clínico-patológicos que aumentan la incidencia de metástasis ganglionar cervical como son: tamaño del tumor, grado de diferenciación histológico, extensión tumoral fuera de las estructuras anatómicas del labio, recidiva local, invasión perineural, embolismo vascular venoso linfático,<sup>12</sup> los cuales deben tenerse en cuenta dentro de las indicaciones para el tratamiento quirúrgico, con el fin de controlar la enfermedad en el cuello y poder lograr una mejor sobrevida y pronóstico de los pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Baker S.R., Krause Ch. J.M Cancer of the lip. In Suen J.Y., Myers E. N. (Ed). Cancer of the Head and Neck. New York: Churchill Livingstone 1.981 p: 280 - 300.

2. Edgerton M.T, Williams G.S., Cáncer escamoso de los labios en: Sabiston, D.C. Jr., Tratado de Patología Quirúrgica, Tomo II, undécima edición. Nueva editorial Interamericana, México, p: 1.415-1.417, 1981.

3. Fayad Camel. Estadística Médica y de Salud Pública, tercera edición, P; 127-370. Talleres Gráficos Universitarios, Mérida 1.974.

4. Hakim A. y col. Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello en Romero Torres, R. Tratado de Cirugía. Tomo I, Nueva Editoria Interamericana S.A. México, p: 704-708, 1.984.

5. López L.F.; González E; Cimorra G.A. Carcinoma de labio inferior. Exéresis Ganglionar. Cir. Plast. Iberolatinoamer. 11 (2): 149-156, 1.985.

6. Luce E.A.: Carcinoma del labio inferior. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1: 3-12. 1986.

7. Mage W.P. y col. Cancer del piso de la boca y de la cavidad

bucal. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1: 31-59. 1986.

8. Manual for Staging of Cancer American Joint Commkittee on Cancer third edición. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, p: 27-32, 1988.

9. Simón R.M. Desing and conduc of Clinical trial in: Cancer Pinciples and Practice of Oncology. DeVita V.T. Jr., Helmman S. Rosenberg S.A. 2da. ed. Philadelphia, Eds. J.B. Lippincott Co. cap 15 p: 329, 1985.

10. Simón R.M. Confidence Intervals for Reporting Results of Clinical trials. Ann Intern Med., 105: 429-435, 1.986.

11. Strong, E., Espiro, R.M.: Cancer of the lip in Surgical Oncology. Pilch Y., Mc. Graw-Hill Book Company, San FRancisco, p: 284-287, 1.984.

12. Zarbo, R.I. and Crissman J.D.: The Surgical Pathology of Head and Neck Cancer, Seminars in Oncology, 15-1: p: 10-19, 1988.