

Tratamiento Combinado en el Cáncer Avanzado del Piso de la Boca. Presentación de un Caso

Dr. José Besso *

INTRODUCCION (1)

El cáncer del piso de la boca constituye aproximadamente el 15% de todos los carcinomas de la cavidad oral. Es más frecuente en personas de edad avanzada y en el sexo masculino que en el femenino. Se consideran como factores predisponentes, el fumar tabaco con la "candela" dentro de la boca, el alcoholismo y la mala higiene de la cavidad oral. Puede desarrollarse en la submucosa y exteriorizarse solamente como una pequeña fisura, o bien, aparecer como ulceraciones superficiales sin que haya invasión hacia la profundidad. Tienden a extenderse con gran rapidez al reborde alveolar y mandíbula, y con menos frecuencia a la lengua, siendo muchas veces difícil precisar si el tumor es primario de la lengua, o es invasión secundaria. Pueden extenderse a las glándulas submaxilares o sublinguales. El síntoma más frecuente es una induración de crecimiento progresivo, que se ulcera apareciendo entonces otalgia, hipersalivación y disartria. Puede ocurrir también sangramiento, pero la hemorragia es infrecuente. También se puede hacer presente la adenopatía submaxilar que puede ser unilateral, bilateral o adherente a la mandíbula, siendo la adenopatía, muchas veces el único síntoma. Es también importante tomar en consideración que el carcinoma del piso de la boca, puede encontrarse en una zona leucoplásica aparentemente inocente.

Desde el punto de vista histológico la mayoría de los carcinomas del piso de la boca son del tipo epidermoide moderadamente diferenciado. Las metástasis más frecuentes son a los ganglios submaxilares, pudiendo también extenderse posteriormente a los ganglios de la cadena yugular anterior. Son frecuentes las metástasis bilaterales, aún cuando la lesión se encuentra bien limitada a una zona. Las metástasis a distancia son excepcionales. El diagnóstico se hace por inspección y palpación digital de la lesión, complementándose con la biopsia de

* Residente del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

* Ex-Residente de Oncología del Hospital Oncológico "Padre Machado".

la lesión y también de ganglios linfáticos sospechosos de metástasis. El diagnóstico diferencial debe ser hecho con: leucoplasia del piso de la boca, obstrucción crónica de los conductos submaxilares y sublinguales, ránula, y tumores de las glándulas salivares.

El tratamiento del cáncer del piso de la boca puede hacerse por: la cirugía, radioterapia y combinado, es decir, quimioterapia asociado a radioterapia. Al escoger el tipo de tratamiento es importante tomar en cuenta lo siguiente (2): cuál tipo de terapéutica ofrecerá el mayor porcentaje de curabilidad, y, cuáles son las probables complicaciones de dicha terapia, así como la tolerancia por parte del paciente. En seguida se resumen los siguientes datos estadísticos de importancia:

ESTADISTICAS DE CANCER DE LA CAVIDAD ORAL SOBREVIDA A LOS 5 AÑOS (2)

(Memorial Sloan - Kettering Cancer Center)

SITIO	LOCALIZADO	REGIONAL	TODOS LOS ESTADIOS
Labio	100%	—	97%
Mucosa Bucal	95%	14	66%
Paladar Duro	65%	—	53%
Paladar Blando	54%	25	43%
Piso de la Boca	57%	29	44%
Lengua	59%	16	36%

BARTON (3): En estados I y II

Radioterapia sola o con cirugía	50%
Cirugía sola	39%

PORCENTAJE DE SOBREVIVENCIA DESPUES DE CIRUGIA + RADIOTERAPIA EN PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS (4)

LOCALIZACION	PACIENTES	GANGLIOS +	% SOBREVIVENCIA		
			1 año	2 años	3 años
Oro e Hipofaringe	26	13	67	62	50
Endolaringe	26	8	88	50	25
Cavidad oral	24	14	57	33	33

**PORCENTAJE DE PACIENTES CON CANCER DEL PISO DE LA BOCA
INICIALMENTE No. QUE DESARROLLARON METASTASIS CERVICALES
POR ESTADIO DEL TUMOR (FLETCHER) (4).**

Estadio Primario	% de Pacientes, con Mt. Cervicales
T1	23%
T2	26%
T3	29%
T4	26%

TRATAMIENTO COMBINADO DE CABEZA Y CUELLO

AUTOR	LOCALIZACION	TTO.	RESPUESTA AL TTO.
Barracue (5)	Cabeza y cuello	Mtx + Rt.	46%. Muy buena.
Joseph (6)	Cavidad oral	Mtx + Rt.	9%. Desaparición. 60%. Muy buena.
Ansfield (7)	Cabeza y cuello	5—Fu + Rt.	T3: Prolongación im- portante de sobrevi- da en amígdala, ca- vidad oral. No mejo- ría en naso faringe e hipofaringe.
Fletcher (8)	Cavidad oral	5—Fu + Rt.	Buena respuesta.

Mtx = Methrotexate

Rt. = Radioterapia

5—Fu = 5—Fluouracilo

PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina, 89 años de edad, natural de Carúpano y procedente de Caracas, quien refiere comienzo de su enfermedad actual, el 17-12-73 cuando presenta lesión en el piso de la boca indurada, dolorosa de crecimiento progresivo, y que se extendía al reborde alveolar y cara posterior de la lengua. Consultó en esa oportunidad al IVSS donde le practicaron biopsia de la lesión, siendo el diagnóstico anatomopatológico de un epiteloma bien diferenciado del piso de la boca y en vista de la gran extensión del tumor que correspondía a T3 y de la edad de la paciente se refirió al Hospital Oncológico "Padre Machado" para tratamiento radiante. Vista la paciente los primeros días de febrero de 1974 en el Servicio de Radioterapia de dicho Hospital, se le encuentra una lesión del piso de la boca de 4 x 3 cms. de diámetro aproximadamente, dura, dolorosa, que se extendía al reborde alveolar y cara posterior de la lengua; no se palparon adenopatías, Fig. 1 Se examinó la lámina de la biopsia previa, corroborándose el diagnóstico de carcinoma

epidermoide bien diferenciado. Se decidió en reunión conjunta con el Servicio de Oncología Médica practicarle tratamiento combinado, escogiéndose al metotrexate combinado con cobalto 60.

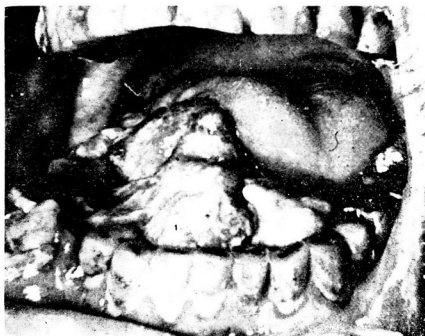


Fig. 1

Empieza a recibir metotrexate 0.01 mgs. x kg. de peso por día hasta el octavo día cuando se le asocia tratamiento radiante con cobalto 60, recibiendo una dosis total de 5.000 rads, tolerando muy bien el tratamiento. Al terminar dicho tratamiento, la lesión había disminuido al 1 x 1 cms., aproximadamente de diámetro y no había invasión al reborde alveolar ni a la cara posterior de la lengua. Fig. 2.

El 02-08-74 es vista por el servicio de Cirugía quien decide extirpar la lesión residual; el 13-08-74 se le practica extirpación de la lesión del piso de la boca y vaciamiento radical del cuello del mismo lado de la lesión; se envió la muestra al Servicio de Anatomía Patológica, no encontrándose tumor maligno, concluyéndose en "lesión del piso de la boca: sialoadenitis crónica, dilatación de conductos de glándulas salivales. Vaciamiento radical del cuello: hiperplasia foliculo reticular de los ganglios linfáticos. No se observaron atipias". Hasta el momento actual, año y medio después del tratamiento, la paciente no ha manifestado nueva tumoración.

RESUMEN

Se hace una revisión bibliográfica del cáncer del piso de la boca con énfasis a las diferentes modalidades terapéuticas, específicamente en el tratamiento combinado del cáncer avanzado del piso de la boca, sobre todo cuando existen contraindicaciones para la cirugía. Se exponen cuadros estadísticos de acuerdo a la



Fig. 2

frecuencia del cáncer del piso de la boca, y los resultados que se obtuvieron con las diferentes formas de tratamiento. Se complementa la ilustración con la presentación de un caso avanzado del cáncer del piso de la boca tratado en el Hospital Oncológico "Padre Machado" y el excelente resultado terapéutico que se obtuvo confirmado por estudio histopatológico al no existir más células neoplásicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Lauren V. Ackerman and del Regato J.: Cancer, Diagnosis, Treatment and Prognosis. Fourth Edition. C.V. Mosby Company. 1970. p. 214.
- 2.—Harvey W. Baker: Surgical Management of Oral Cancer. Seventh National Cancer Conference Proceeding in California 1972. The American Cancer Society. Editorial J.B. Lippincott Company. 1973. p. 133.
- 3.—Barton T.: Treatment of the Carcinomas of the Floor of the mouth in stage I and II. x International Cancer Conference, Houston, Texas, 1970. p. 637.
- 4.—Gilbert H. Fletcher, and Jesse RH. Jr.: Irradiation Management of Squamous Cell Carcinomas of the Oral Cavity. Seventh National Cancer Conference Proceeding in California 1972. The American Cancer Society. Editorial J.B. Lippincott Company. 1973. p. 137.
- 5.—Barracue, Gallardo y Oteisa: Metotrexate previo a Radioterapia en el Tratamiento avanzado de cabeza y cuello. Clínica de Evaluación, Editorial Instituto Municipal de Radiología de Buenos Aires. p. 509.
- 6.—Joseph LD., Suer, Halengle—B.: Result of a combination of chemotherapy, radiotherapy and surgery in the treatment of advanced cancer of the oral cavity. X International Cancer Conference, Houston, Texas, 1970. p. 823.
- 7.—Bred J., Ramirez G., Davis HL., Korbitz BC., Vermound M., Gollin FS.: Treatment of advanced cancer of the Head and Neck. Revue Cancer 25: 78, 1970.
- 8.—Fletcher GH., Suit HD., Howe Ch., Samuel H., Jesse RH., Villareal RV.: Clinical method of testing radiation sensitizing agents in squamous cell carcinomas. Revue Cancer 16: 355, 1963.