

Resultados del tratamiento radiante en carcinomas de la cavidad bucal (excluyendo labios). Estudio en una serie de 391 pacientes

Por los Dres.:

JOSE ALERT SILVA,¹⁷ JORGE RODRIGUEZ MACHADO,* LUIS BELDARRAIN GOMEZ,* PEDRO PIQUET DEL CASTILLO¹⁸ y MAYRA VALDES ZAMORA*

Alert Silva, J. y otros. *Resultados del tratamiento radiante en carcinomas de la cavidad bucal (excluyendo labios). Estudio en una serie de 391 pacientes.* Rev Cub Med 18: 2, 1979.

Se plantea que las neoplasias malignas de la cavidad bucal revisten una gran importancia, ya que por lo accesible al examen directo o con instrumentos es posible realizar el diagnóstico de las lesiones por médicos y estomatólogos en etapas localizadas. En el tratamiento de las mismas se emplean la cirugía y las radiaciones ionizantes, o combinaciones de ambos métodos. Se estudian los resultados obtenidos en una serie de 391 pacientes, tratados con varios métodos de radiación. El 56,1% con radioterapia exclusivamente; 27,6% con radioterapia combinada con cirugía; 10,9% con Radium intersticial y 5,4% con radium y radioterapia o cirugía, o ambas. La supervivencia actuarial obtenida a 5 y 10 años fue de 30,8% y 25,2% con todos los métodos; 21,5% y 18,5% con radioterapia solamente; 33,3% y 28,7% con radioterapia y cirugía; 56,1% y 43,8% con radium; y 50,0% a 5 y 10 años con radium combinado con radioterapia y cirugía. Las dosis superiores a los 6 000 rads lograron mayor supervivencia que las de menos de esa cifra, y la diferencia fue, estadísticamente significativa. La presencia de adenopatías contralaterales, bilaterales o fijas empeoraron el pronóstico.

INTRODUCCION

Las neoplasias malignas de la cavidad bucal revisten gran importancia, ya que por lo accesible al examen directo o con instrumentos es posible realizar el diagnóstico de la lesión por médicos y estomatólogos en su etapa localizada, cuando existen grandes posibilidades de curación.¹ La presencia de metástasis ganglionares se debe a que el paciente concurre tardíamente a un centro especializado.² Mientras más precoz se diagnostique la neoplasia, mejores posibilidades. La dilación en el diagnóstico favorece el crecimiento tumoral y la diseminación.³

En algunos lugares, el 90% de los pacientes que padecen cáncer bucal muestran gran demora en acudir al centro asistencial oncológico.³

El tratamiento, a veces, lleva implícito mutilaciones, con trastornos de la articulación del lenguaje hablado, y de la masticación y deglución, con repercusión, inclusive, en la esfera psíquica.

En el quinquenio 1968-1972,⁴ encontramos que las tasas promedios anuales de neoplasias malignas de la lengua, por cada 100 000 habitantes, fueron de 3,6 entre pacientes del sexo masculino; y 0, 8 entre los del femenino; las de suelo de boca: 0,7 en el masculino y 0,2 en el femenino; las de encía: 0,6 en el masculino y 0,3 en el femenino; para otras partes de la boca: 1,8 en el masculino y 0,6 en el femenino.

En este trabajo se exponen los resultados obtenidos en un grupo de pacientes portadores de carcinomas de la cavidad bucal (excluidos los labios), tratados con radiaciones ionizantes.

MATERIAL Y METODO

Está constituido por 391 pacientes portadores de carcinomas de la cavidad bucal (excluyendo labios), a los que se les aplicó tratamiento con radiaciones ionizantes, como método único, o combinado con cirugía, durante los años 1965-1971, en el Instituto de Oncología y Radiobiología, en Ciudad de La Habana, y clasificados según el Código TNM, para tumores malignos de la cavidad bucal, de la Unión Internacional Contra el Cáncer, año 1963.⁵

En el tratamiento radiante se utilizaron diversas modalidades: irradiación externa con campos únicos dirigidos al área del tumor, y en los que habitualmente se incluyeron los dos tercios superiores del cuello del lado afectado, como, por ejemplo, en encía, mucosa bucal o borde de lengua; campos múltiples, generalmente contrapuestos, para incluir un mayor volumen del área del tumor y las cadenas ganglionares del cuello.

Otro método fue la aplicación de radium intersticial, especialmente en las lesiones cal borde de la lengua, y en algunos pacientes portadores de carcinomas del suelo de la boca.

En otros pacientes se utilizó la combinación de radioterapia externa y cirugía: la radioterapia como método preoperatorio, o radioterapia local y cirugía regional (linfadenectomía), o menos frecuentemente exéresis local y radioterapia externa complementaria.

La dosis de irradiación variaron desde menos de 5 000 rads, a más de 6 000, hasta 7 000 rads, especialmente en aquellos pacientes con implantaciones de radium.

Los resultados se expresan en porcentajes; se utilizó el método actuarial para la supervivencia llevada hasta los 10 años a partir del tratamiento recibido.

Presentación de datos y resultados

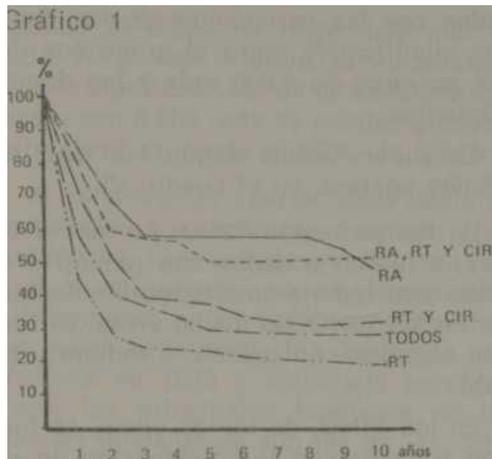
Se trataron 391 pacientes con métodos radiantes, de ellos, 219 (56,1%) con radioterapia externa exclusivamente; 109 (27,6%), con radioterapia externa y cirugía combinadas; 43 (10,9%) en los que se utilizó como método radiante el

**CUADRO I
SUPERVIVENCIA BRUTA A 5 AÑOS. SEGUN METODO DE TRATAMIENTO**

Método	Total	Vivos	%
Todos	391	102	26,1
Radioterapia	219	35	15,9
Radioterapia y Cirugía	109	36	33,0
Radium	43	21	48,9
Radium, Radíot. y Cirugía	20	10	50,0

**CUADRO II
SUPERVIVENCIA ACTUARIAL EN PORCENTAJES A 5 Y 10 AÑOS, SEGUN EL METODO DE TRATAMIENTO**

Método	5 años	10 años
Todos	30,8	25,2
Radioterapia	21,5	18,5
Radioterapia y Cirugía	33,2	28,7
Dadium	56,1	43,8
Radium Radíot y Cir.	50,0	50,0



radium intersticial; y 20 (5,4%), con radium combinado con radioterapia externa, o con cirugía, o ambas.

Sexo masculino: 296, 75,7%, y femenino: 95, 24,3%.

Las localizaciones correspondían a:
Lengua (porción móvil): 113 pacientes, 28,9%.

Encía: 114 pacientes, 29,2%.

Suelo de boca: 96 pacientes, 24,5%.

Mucosa bucal: 44 pacientes, 11,3%.

Paladar duro: 24 pacientes, 6,1%.

Según las dosis aplicadas: con más de 6 000 rads, 113 pacientes (28,9%); con dosis entre 5 000 y 6 000 rads, 168 pacientes (42,9%); y con menos de 5 000 rads, 110 pacientes (28,2%).

Los resultados en supervivencia bruta a 5 años aparecen en el cuadro I.

La supervivencia actuarial a 5 y 10 años aparece en el cuadro II y el gráfico 1.

Al comparar los resultados obtenidos en los pacientes tratados quirúrgicamente, en un grupo de 87 pacientes con tratamiento durante el mismo período, encontramos supervivencia bruta a 5 años de 55,2%, con una actuarial de 58,1% a 5 años y 46,7% a 10 años (cuadro III).

Por TNM, la supervivencia aparece en el cuadro IV, y según las dosis recibidas, la supervivencia bruta a 5 años aparece en el cuadro V; la actuarial a 5 y 10 años en el cuadro VI y gráfico 2; la diferencia entre los resultados obtenidos con las variaciones de las dosis fue

CUADRO IV
SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES TRATADOS CON RADIACIONES IONIZANTES, SEGUN TNM

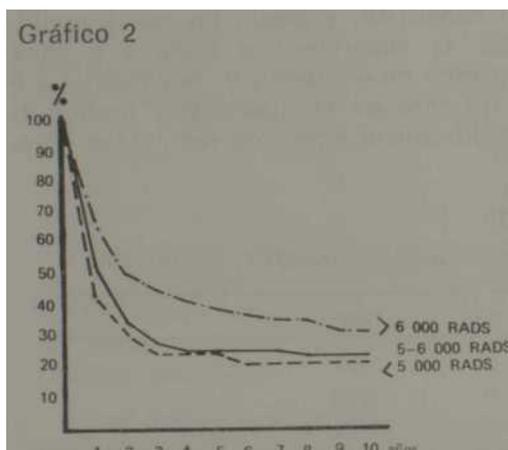
	N0	N1	N2	N3	Total	
T1	2/3	0	0	0	2/3	
T2	13/28	1/4	0/1	0	14/33	
T3	49/103	4/21	0/5	0/10	53/139	
T4	23/117	5/44	2/13	3/42	33/216	
Total	87/251	10/69	2/19	3/52		Vivos / Tratados

CUADRO V
SUPERVIVENCIA BRUTA A 5 AÑOS SEGUN
DOSIS DE IRRADIACION RECIBIDA

Dosis	Total	Vivos	%
Más de 6 000 Rads	113	44	33,6
5 000 a 6 000 Rads	168	37	16,7
Menos de 5 000 Rads	110	21	15,5

CUADRO VI
SUPERVIVENCIA ACTUARIAL EN PORCENTAJES
A 5 Y 10 AÑOS, SEGUN DOSIS DE IRRADIACION RECIBIDA

Dosis	5 años	10 años
Más de 6 000 Rads	38,6	29,5
5 000 a 6 000 Rads	23,1	22,1
Menos de 5 000 Rads	21,6	18,4



CUADRO VII
SUPERVIVENCIA BRUTA A 5 AÑOS, CON TODOS
LOS METODOS, POR LOCALIZACION

Localización	Total	Vivos	%
Todos	391	102	26,1
Encía	114	17	14,9
Lengua, porción móvil	113	37	32,7
Suelo de boca	96	27	28,1
Mucosa bucal	44	13	29,6
Paladar duro	24	8	33,3

significativa entre el grupo con dosis mayores de 6 000 rads y los demás pacientes.

La supervivencia según las localizaciones aparece en el cuadro VII.

En los pacientes T2NO, de los 14 vivos, 8 fueron tratados con radium y el resto con radioterapia externa solamente. En los T3NO, de los 53 vivos, 24 fueron tratados con radium, o radium y cirugía.

En los T4NO, de los 23 vivos, 14 fueron tratados con la combinación de radioterapia y cirugía, el resto con radioterapia, o con radium y cirugía.

En encía, que tiene las más bajas cifras de supervivencia, de los 17 vivos, 12 tenían el código N2.

En lengua móvil, de los 37 vivos, 27 eran T2 y T3 con NO, 1 era UNO.

DISCUSION

De los métodos terapéuticos empleados, las radiaciones ionizantes son utilizados en un porcentaje elevado de pacientes, especialmente en aquéllos con lesiones extensas y con metástasis regionales, y las fijadas a estructuras profundas. En casi la tercera parte de nuestros pacientes los métodos radiantes se combinaron con la cirugía, con la intención de mejorar los resultados combinando las ventajas de ambos métodos. Las mejores cifras de supervivencia en aquellos pacientes en los que fue utilizada la aplicación intersticial de radium, única o combinada con la radioterapia, a la cirugía o ambas, podría explicarse como resultado de ser lesiones pequeñas, localizadas, sin ganglio palpable, así como a las dosis mayores de 6 000 rads aplicadas en muchos de estos pacientes. Parece ser que variaciones en la dosis mínima (puntos fríos) afectan los resultados, así como el tiempo total de tratamiento."

Los resultados obtenidos cuando se alcanzan cifras superiores a los 6 000 rads, evidentemente son mejores que

cuando la dosis no llega más allá de esta cifra, con diferencias estadísticamente significativas; se ha señalado que hasta con 6 500 rads es posible alcanzar el control de hasta el 90% de los N1.⁷

El concepto de aportar altas dosis de irradiación a las lesiones extensas y voluminosas, comparadas con las dosis en que la enfermedad no es demostrable clínicamente, y por tanto, considerada a un nivel subclínico, fue adoptada por *Baclesse* en 1935 y elaborada por *Fletcher*; las principales hipótesis en las que se fundamenta son las de las células menos malignas y la de los pequeños compartimientos anóxicos.⁸

En general, las mejores respuestas se obtuvieron cuando el tumor no sobrepasó la región original (T1, T2, ó T3); asimismo, la

presencia de adenopatías contralaterales, bilaterales o fijas (N2, N3) empeora el pronóstico y las posibilidades de supervivencia, tal como aparece en los informes de diferentes centros hospitalarios.^{7,8,12}

Los resultados obtenidos, menores que los quirúrgicos puros, se explican ya que este último método terapéutico; se reserva generalmente para los pacientes del grupo T1, T2, hasta T3 con NO y algunas veces N1, pero en general lesiones pequeñas, en las que las posibilidades de curación son mayores. Sin embargo, algunos de los resultados obtenidos son comparables a los de otros informes, aunque las comparaciones son difíciles, ya que no todos los autores clasifican igual los pacientes, ni los procedimientos terapéuticos son siempre similares.^{10,12,22}

SUMMARY

Alert Silva, J. et al. *Results of oral cavity carcinoma radiation therapy excluding the lips. Study of a series of 391 patients.* Rev Cub Med 18: 2, 1979.

Oral cavity malignant neoplasms are highly significant since the direct examination or instrument examination are accessible thus enabling physicians and stomatologists the diagnosis of localized lesions. In their treatment surgery and/or ionizing radiations are applied. Results obtained from 391 patients who underwent various radiation procedures are studied. 56,1% of them underwent only radiation therapy; 27,6% underwent radiation therapy and surgery; 10,9% underwent interstitial radium therapy; and 5,4% underwent interstitial radium therapy and/or radiation therapy or surgery. Five and ten year actuarial survivals were 30,8% and 25,2% using the whole methods; 21,5% and 18,5% using radiation therapy; 33,3% and 28,7% using radiation therapy and surgery; 56,1% and 43,8% using interstitial radium therapy; and 50,0% at 5 and 10 years using interstitial radium therapy combined to radiation therapy and surgery. Doses over 6 000 rads led to a higher survival when compared to lower doses and the difference was statistically significant. The presence of contralateral, bilateral or fixed enlarged lymph nodes led to a poorer prognosis.

RÉSUMÉ

Alert Silva, J. et al. *Résultats du traitement par rayonnements dans des carcinomes de la cavité buccale à l'exclusion des lèvres.* Etude d'une série de 391 patients. Rev Cub Med 18: 2, 1979.

Les auteurs signalent que les néoplasies malignes de la cavité buccale ont une grande importance, car étant donné l'accessibilité à l'examen direct ou au moyen d'instruments, il est possible pour les médecins et les stomatologues d'en faire le diagnostic à des étapes localisées. La chirurgie et les rayonnements ionisants sont utilisés dans le traitement de ces néoplasies, ou bien des combinaisons des deux méthodes. Les résultats obtenus dans une série de 391 patients traités par plusieurs méthodes de rayonnements sont étudiés. 56,1% des patients a été traité par radiothérapie seulement; 27,6%, par radiothérapie combinée avec chirurgie; 10,9%, avec du Radium interstitiel et 5,4% avec du Radium et radiothérapie ou chirurgie, ou toutes les deux. La survie actuarielle obtenue à 5 et 10 ans, a été de 30,8% et de 25,2% respectivement, avec toutes les méthodes; 21,5% et 18,5% avec radiothérapie seulement; 33,3% et 28,7% avec radiothérapie et chirurgie; 56,1% et 43,8% avec du Radium; et 50,0% à 5 et 10 ans. avec du Radium combiné avec radiothérapie et chirurgie. Les doses supérieures à 6 000 rads ont atteint une survie plus élevée que les doses inférieures à ce chiffre, et la différence a été significative du point de vue statistique. La présence d'adenopathies contralatérales, bilatérales ou fixes a aggravé le pronostic.

PE3PE

AiepT CruiLba, X. h #p. Pe3vjiBTaTH **jievemn.** fcapiiHHOMN no jiocth pTa (3a HCKJKHeHHeM ryd) nocpe^cTBOM pajpanjffl. íccjiejio- Banne rpyriH naiikeHTOB b 391. **Hev** Cub **Med** lo: 2, 1979-

IkwiepKHBaeTCfl, ^to 3JioKa^ecTBeHHue Heomia3HH tiojiocth pTa — npejiCTaBjiHioT codoñ dojiBmoe 3KaneHHe, BCJieucTBue .TierKoft jiocTyn hocTji npoBefleroiH Henocpe^cTBeHHoro HccjieflOBaHZH jrado nocpe^cTBOM HHCTpyMeHTOB HBMeTCH bo3mo3khhm npoBecTn ee .HjarHOCTHKy - Bpa^aMn k cToMaToJiozam Ha jioKajiii3iipoBaHHHx sTaitax. B Teñeron* jie'ieHHii nnHMeHHKTCX xHpyipieckoe BMeraaTejiBCTBO k HOKO3Hpyro - mué *pajxnahm*, jioóo xe komópiHaitKH otiozx MeTojioB. ÍlpoBOOT'cH hc CJienoBaHue pe3yjn>TaTOB, rrojijy^eHHNx Ha rpyrnie nanjieHTOB, Bdmee q:ic.l0 KOTODHX paBHHJIOCB 391 ^TejiOBeky H KOTOpue ÓHjm Jie'THMH c- noMonBK) pa3OTqHHX MeTOflOB pajpamra. 56,1% nantieHTOB dujm Jie- 7hnh tojibko nocpe,ncTBOM paprote parran; 27,6% pajraoTepanneft b- coHeTaHHH c xnypraiei; 10,9% npowejKyTO^HHM pagneM n 5,4% pa- jyieM n pajjioTepaniiéS njm xnypraieft, jmti o xe oda MeTo^a. Bmra BaHHe narpieHTOB 3akTieckoe b' Te^eHfiH ot 5 js,o 10 jieT dHjo — oaBHO 30,8% h 25'2% npn npHMeHraii Bcex weTO^OB jie^eHnn; 21,5% ñ 18,5% tojibko nocpejicTBOM panTOTfi^artpni; 33,3% n 28,7% panno Tepaniw c xHD-HDrneH; 56,1% h 43,8% c noMombio parras; 50,0% ot 5 h 10 JieT npn* jie^eHun panneM b coneTaran c pannoTeDarraei* n- xflDyürHneckFM BMemaTejiBCTBOM. üpn rmnMeHenn',no3, npeBmiaio - üihx 6 000 pane dujia .nocTnrHyTa Haiidojiej npoflommTejiBROe bhot saraie dojiBHHx, new npn npnMeHeHnn ,n;o3 MeHBumx paHpe yKa3aH - HOH, CO CTaTHCTHCKOÍÍ TO^RH 3BRHHH pa3HHlia dHja 3HaITHTejiBHO^ Hajnrreae npoTHBonojioKHHX, ^bjtcctouohhx h ycToirtnBHx aienona * rai* xywiiHJio nporHO3.-

BIBLIOGRAFIA

1. *Carreras Ruiz, O.* Tratamiento quirúrgico de las metástasis carcinomatosas cervicales. Arch Cub Oncol Radiobiol 2: 7-21, 1974.
2. *Santana Garay, J.* Cáncer de la lengua: estudio de 706 casos comprendidos en 1962-1969. Arch Cub Oncol Radiobiol 2: 166-176, 1975.
3. *Carreras Ruiz, O.* Oportunidad del diagnóstico en Ote. Sur. Arch Cub Oncol y Radiobiol 2: 45-52, 1975.
4. Epidemiología y RNC, IOR, La Habana, 1977.
5. Tumores malignos de la cavidad bucal (labios inclusive), de la faringe y de la laringe. UICC.
6. *Awwad, H. K. et al.* The influence of tumor- dose specification on the early clinical re- sults of Interstitial radium tongue implants. Radiology 110: 177-182, 1974.
7. *Schneider, J. J. et al.* Control by irradiation alone of nonfixed clinically positive lymph nodes from squamous cell carcinoma of the oral cavity oropharynx, supraglottic la- rynx and hypopharynx. Am J Roentgenol Rad Ther Nuclear Med 123: 42-48, 1975.
8. *Fletcher, G. H.* Cáncer of the uterine cervix. Janeway Lecture. 1970. Am J Roentgenol Rad Ther Nuclear Med 111: 225-242, 1971.
9. *Rafias, S.; Bochetto, Jr. J.* Aggresive mana- gement of advanced head and neck tumors.

- Am J Roentgenol Rad Ther Nuclear Med 120: 608-616, 1974.
10. *Alert Silva, J.* Resultados de tratamientos en carcinomas de la lengua. Rev Cub Est 12- 145-160, 1975.
 11. *Tobin, D. A. et al.* Electro beam therapy in head and neck tumors. Am J Roentgenol Rad Ther Nuclear Med 126: 1251-1255, 1976.
 12. *Fu, K. K. et al.* External and interstitial radiation therapy of carcinomas of the oral tongue. A review of 32 years experiences. Am J Roentgenol 126: 107-115, 1976.
 13. *Montana, G. S.* Carcinoma of the tongue and floor of the mouth. Cáncer 23: 1284-1289 1969.
 14. *Fayos, J. V.: Lampe. I.* Peoral irradiation of carcinoma of the oral tongue. Radiology 93- 387-394, 1969.
 15. *Beniak, S. et al.* Treatment of carcinoma of the oral cavity. Radiology 96: 137-143, 1970.
 16. *Votava, C. Jr. et al.* Management of cervical nodes, either fixed o bilateral, from squamous cell carcinoma of oral cavity and faucial are. Radiology 105: 417-420, 1972.
 17. *Ansfield, F. J. et al.* Treatment of advanced cáncer of the head and neck. Cáncer 25- 78-82, 1970.
 18. *Campos, J. L. et al.* Radiotherapy of carcinoma of the floor of the mouth. Radiology 99: 677-682, 1971.
 19. *Sahatchiev, A. et al.* Results of radial treatment of cáncer of the anterior two thirds of the tongue. Cáncer 30: 703-707, 1972.
 20. *Bestard Pividal, D.* Carcinoma epidermoide de la encía. Resultados terapéuticos de 10 años. Arch Cub Oncol Radiobiol 2- 22-34 1974.
 21. *Alert Silva, J.; Menéndez García, E.* Resultados de tratamientos en carcinomas del suelo de la boca. Rev Cub Est 12- 171-181 1975.
 22. *Bestard Pividal, D.; Gil, D.* Tumores malignos del paladar. Resultados terapéuticos. Revisión de 10 años en el IOR. Arch Cub Oncol Radiobiol 2: 177-186, 1975.