

Revisión de 63 casos de cáncer labial¹⁷

Por el Dr.: ORLANDO CARRERAS RUIZ¹⁸

Carrera Ruiz, O. *Revisión de 63 casos de cáncer labial*. Rev Cub Med 13: 6, 1974.

Se plantea que el cáncer labial es una neoplasia poco común en nuestro medio (1%) y que se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres (relación 9: 1), así como en la raza blanca, tanto en habitantes del campo como de la ciudad. Esta patología se incrementa desde los 40 años y alcanza el máximo de incidencia entre 71 y 80 años. Este tipo de cáncer afecta con más frecuencia el labio inferior de sujetos con profesiones al aire libre y expuestos al sol, así como de los fumadores. Se señala que la conducta a seguir para lograr su curación debe ser el tratamiento quirúrgico y la radioterapia, de acuerdo a cada caso. Se analizan los resultados obtenidos y se concluye, que la posibilidad de diagnosticarla precozmente convierte a esta patología en importante, tanto para médicos como para estomatólogos.

INTRODUCCION

El estudio epidemiológico del cáncer sirve de base a la programación del control de la enfermedad, al permitirnos conocer no solamente la magnitud de este problema de salud en cifras de mortalidad y morbilidad, sino también cuáles son los factores influyentes, ambientales y personales, y la extensión alcanzada por la enfermedad al ser diagnosticada.

Hemos seleccionado el análisis de esta patología por la existencia de factores predisponentes, cuyo conocimiento hace posible su prevención y posibilitar su detección precoz presentando entonces un mejor pronóstico, siempre que el tratamiento sea radical y oportuno.

El diagnóstico precoz no es difícil, pues las lesiones son visibles, no obstante, la afección suele tener un comienzo insidioso, asintomático, y a veces confunde al examinador al presentarse como una induración superficial, susceptible de pasar inadvertida si no se realiza la palpación labial. En otras

ocasiones aparece como una ulceración o tumor exofítico, que se debe diferenciar de la leucoplasia, chancro luético, herpes simple, queilitis e hiperqueratosis. Otros datos que aportan al diagnóstico, además de la histología son: edad del enfermo, cronicidad de los síntomas y presencia de ulceración e infiltración.^{5*6*11}

La negligencia en el examen sistemático de los labios y la cavidad bucal, y la dilación en el diagnóstico y la terapéutica radical, impiden que se obtengan resultados óptimos en la atención de estos enfermos.³

En el presente trabajo analizaremos algunos aspectos epidemiológicos y realizaremos un reporte preliminar del resultado del tratamiento de este grupo de cánceres labiales.

MATERIAL Y METODO

El estudio comprende el período 1963- 1970. Se revisaron todas las hojas de clasificación de los casos positivos de cáncer inscritos en el Hospital Oncológico de San

17 Trabajo presentado en la II Jomada Científica Clínicoquirúrgica de la provincial Oriente Sur.

18 Profesor de cirugía del hospital oncológico docente de Santiago de Cuba.

tiago de Cuba, y se seleccionaron aquellos que correspondían a neoplasias malignas primitivas de la cabeza y el cuello, hallándose 63 casos de cáncer del labio. Las historias clínicas de estos pacientes fueron estudiadas; se les escribió a ellos o a sus familiares informándoles que habían fallado a las consultas de seguimiento, con el fin de lograr el máximo de conocimiento sobre el estado actual de los mismos.

Para la clasificación clínica hemos seguido el Sistema TNM preconizado por la Unión Internacional contra el Cáncer.

T. Tumor primitivo.

TI. Tumor de 2 cm como máximo en su mayor dimensión, estrictamente superficial o exofítico.

T2. Tumor de 2 cm como máximo en su mayor dimensión, con infiltración mínima en profundidad.

T3. Tumor de más de 2 cm en su mayor dimensión, o tumor con infiltración profunda, cualesquiera que sean sus dimensiones.

N. Adenopatía regional.

NO. No hay adenopatía palpable.

NI. Existe adenopatía homolateral y móvil.

N2. Adenopatía bilateral o contralateral móvil.

N3. Adenopatía fija, ya sea homo o contralateral.

M. Metástasis a distancia.

MO. Ausencia de metástasis.

Para agrupar los casos en etapas, utilizamos las siguientes combinaciones de valores de los tres elementos que entran en la medición del grado de extensión de un carcinoma.

Etapa I:	T1	NO	MO
Etapa II:	T2	NO	MO
Etapa III:	T3	NO	MO
	T1	N1	MO
	T2	N1	MO
Etapa IV:	T4	NO	MO.

Cualquier T con N2 ó N3 y MO

Cualquier T con NO ó NI y M.

Resultados y discusión:

Durante el período 1963-1970 fueron inscritos 15 635 pacientes en el Hospital Oncológico de Santiago de Cuba. Se llegó a un diagnóstico definitivo de cáncer en 5 457 pacientes, lo cual representa el 35%.

Hubo un total de 647 casos de cáncer con localización cefalocervical (12%), donde 63 casos de cáncer labial correspondían al 9,7% de los cánceres, de cabeza y cuello, y al 1,1% del total de casos de neoplasias malignas inscritos en la institución durante el período en estudio.

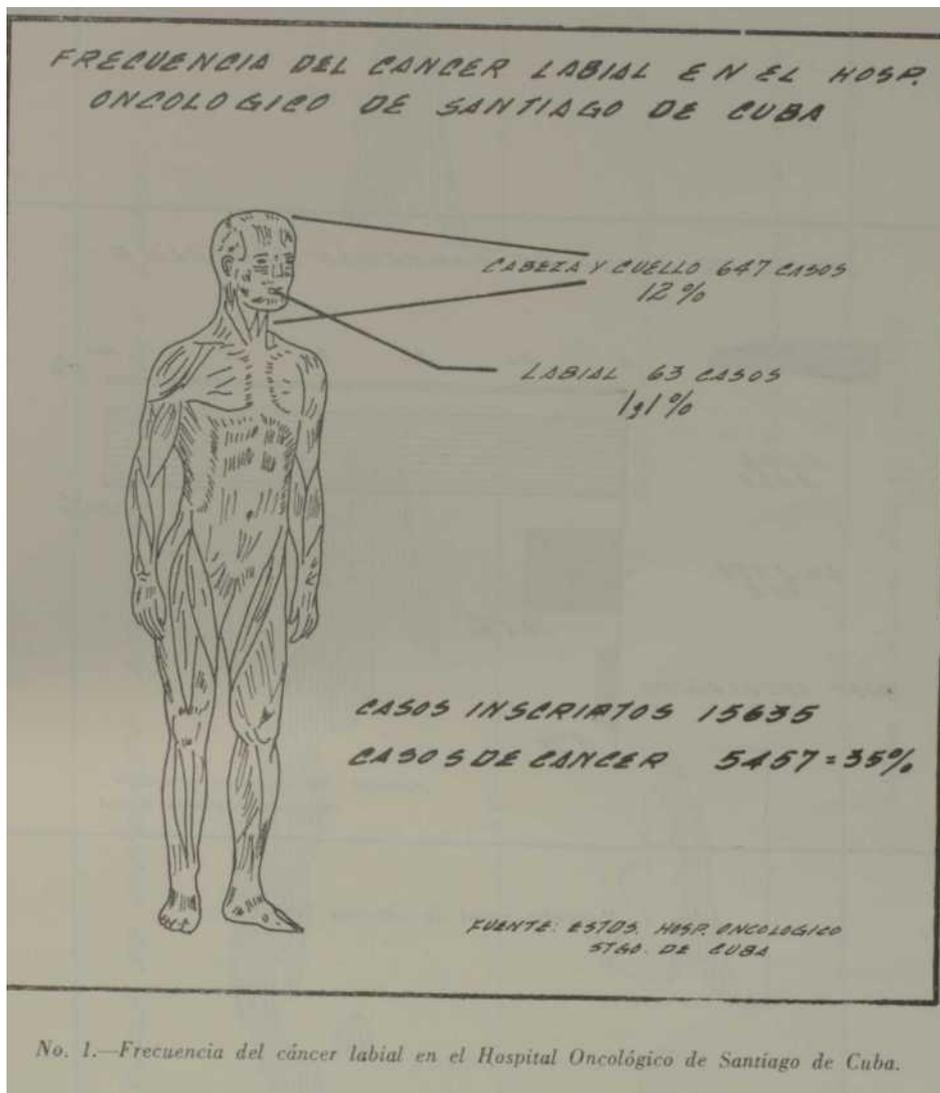
El Registro Nacional de Cáncer, en el informe del período 1964-1966, señala un promedio de 208 casos anuales para una tasa de 0,9 X 100 000 habitantes para el país, y 40 casos anuales con 0,6 X 100 000 para la provincia de Oriente.

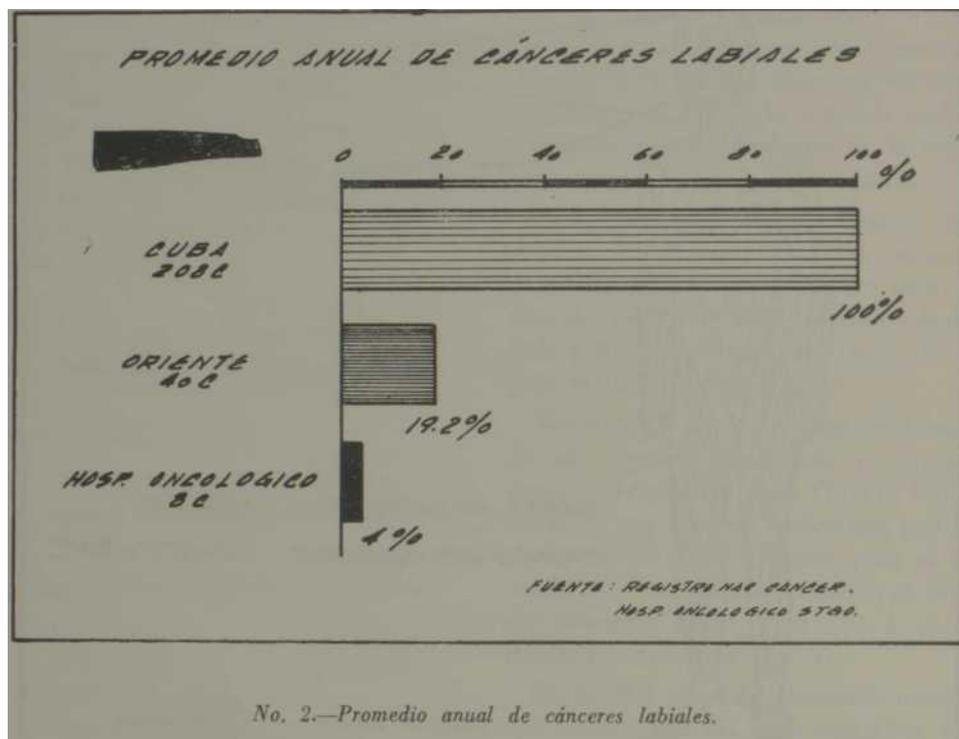
Teniendo en cuenta el área de atención de este hospital oncológico, y aceptando como representativa para Oriente Sur las cifras de este reporte, tendríamos una tasa de 0,4 X 100 000 habitantes para el cáncer labial. Corresponde a Oriente el 19,2% del promedio anual, y el 4% a nuestra institución (gráficos 2 y 3).

De los 208 casos del promedio nacional, 184 (88%) son del sexo masculino y 24 (12%) del femenino. En la provincia de Oriente aparecen 33 enfermos del sexo masculino y 7 del sexo femenino, 83 y 17%, respectivamente (gráfico 4).

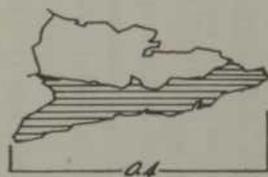
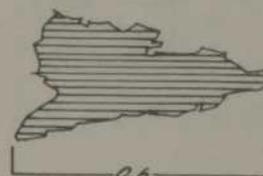
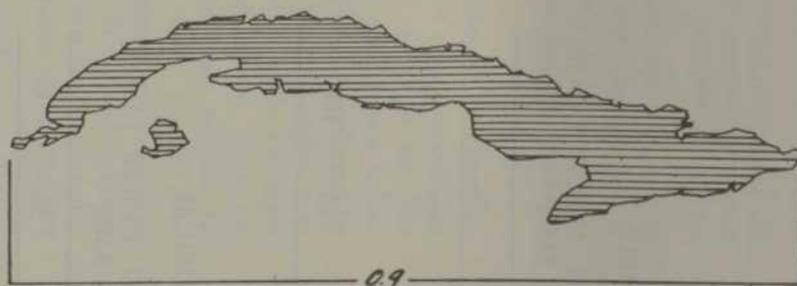
En nuestra casuística se repite esta variable con el mismo carácter (94,7% de varones), y ofrece una relación de 9:1 a predominio del sexo masculino (cuadro I).

Este hecho es explicable, independientemente de algún factor genético ignorado, por el mayor contacto de los hombres con elementos que favorecen el desarrollo de la enfermedad.





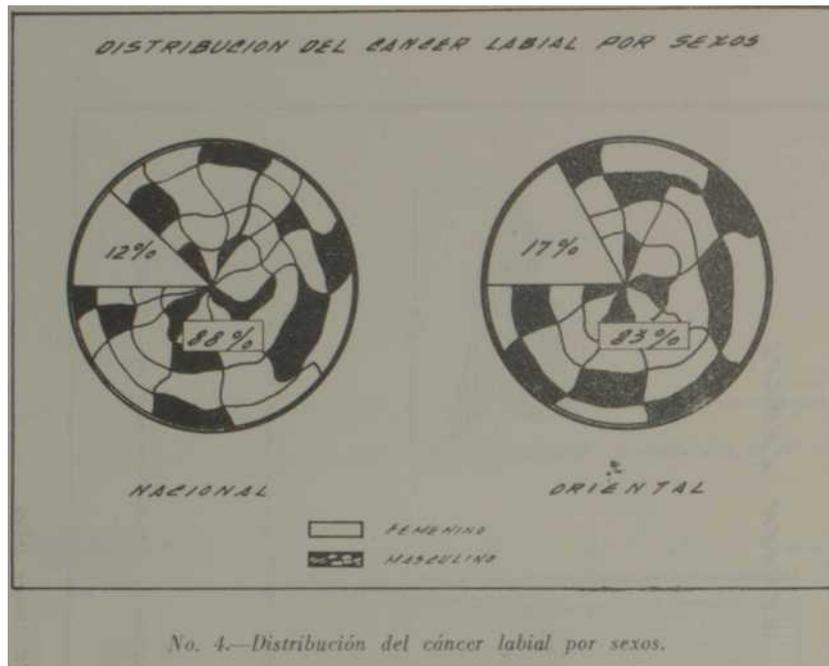
TASAS DE INCIDENCIA ANUAL DEL CÁNCER LABIAL



TASA POR 100 000 HABITANTES

FUENTE: REGISTRO NAC. DEL CÁNCER

No. 3.—Tasas de incidencia anual del cáncer labial.



CUADRO I

DISTRIBUCION DEL CANCER LABIAL
POR SEXO

	No.	%
Masculino	58	94,7
Femenino	5	5,3
Total	63	100,0

CUADRO II

DISTRIBUCION DEL CANCER LABIAL
POR RAZA

	No.	%
Blancos	57	90,4
Mestizos	3	4,8
Negros	3	4,8
Total	63	100,0

La frecuencia de la raza blanca (90,4%) en nuestros casos (cuadro II) está en concordancia con otras observaciones,^{14,16>17,18} y nos lleva a pensar en un elemento para el cual el negro y el mulato tienen una mejor protección. Nos referimos a la radiación ultravioleta solar, factor muy importante en la etiopatogenia del cáncer labial y responsable de una variedad de queilitis crónica, queratosis y leucoplasia, que requiere en ocasiones la extirpación de toda la mucosa labial inferior con fines preventivos por la elevada frecuencia del carcinoma labial en ese campo de inflamación crónica, debido fundamentalmente a la acción del sol y el aire durante varios años: ésta es más intensa en los que tienen la piel blanca y ocupaciones al aire libre. El área de inflamación crónica, convertida en campo de cancerización potencial,²⁰ es en realidad una lesión precancerosa cuya erradicación permite prevenir el cáncer.

La acción cancerígena del sol sobre la piel y la mucosa labial, depende de la exposición, la incidencia de los rayos y la concurrencia de otros factores predisponentes.¹⁰

Los estudios realizados señalan las longitudes de ondas de los rayos ultravioletas entre 2 900 y 3 200 Å. como las más peligrosas, y están en relación con la mayor incidencia de carcinomas epidermoides en las latitudes próximas al ecuador y en las regiones del cuerpo donde los rayos caen más perpendicularmente: borde superior del pabellón auricular, mejillas, labio inferior, nariz y región frontal. Además, existen otros factores ambientales a considerar: horario de la exposición, época del año, capa atmosférica de ozono, nubosidad, y hasta la naturaleza del terreno.^{10,19}

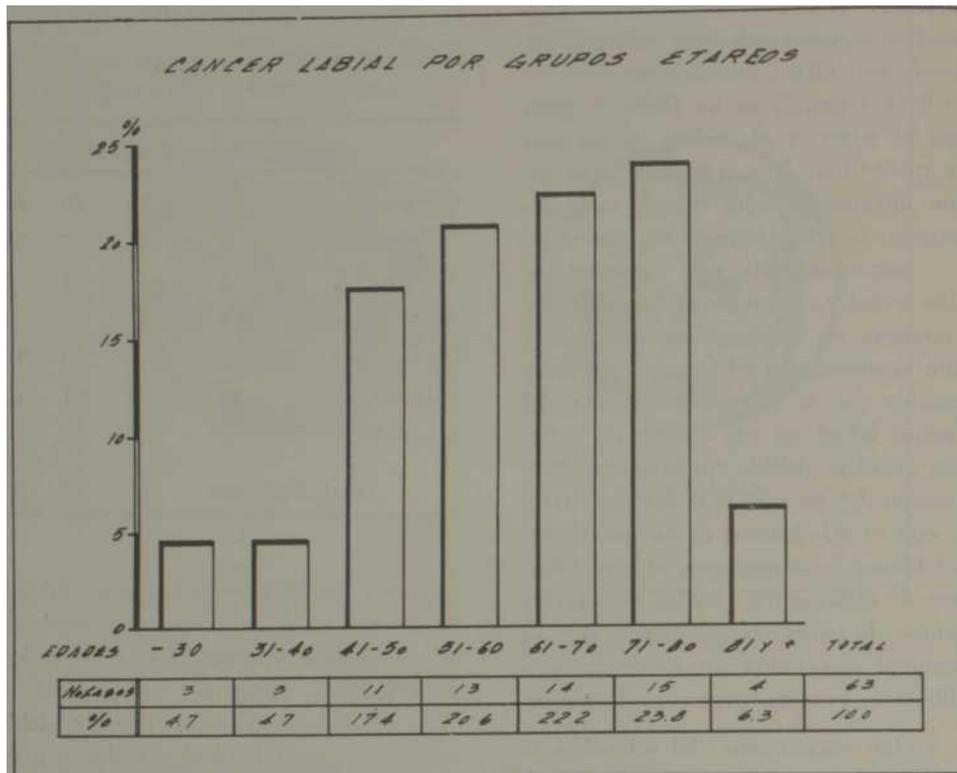
En el cuadro III, si bien aparece un número mayor de procedentes de las zonas urbanas, se aprecia cómo las ocupaciones son en su mayoría de los que se realizan en contacto con el sol y el aire, y estos factores intervienen decisivamente en la

	Urbano	Rural	Total	(%)
Campesinos	6	24	30	47,6
Transporte	6	1	7	11,1
Marino	1	0	1	1,6
Amas de casa	3	0	3	4,7
Otras	7	2	9	14,5
Retirados	8	3	11	17,4
Ignorados	1	1	2	3,2
Total	32	31	63	100,0

irritación crónica de la mucosa. Además, en nuestro país, una exposición moderada al sol durante varios años y en sujetos predispuestos, puede ser un elemento de valor en la cancerización ulterior, debido a nuestra proximidad al ecuador y a que el sol se mantiene con intensidad durante todo el año.

La relación del cáncer labial con la exposición al sol, empieza a ponerse de manifiesto en este cuadro. Independientemente del análisis de la intensidad de la exposición y de un 17,4% de pacientes jubilados, en los que no se recogió la historia ocupacional, encontramos un 47,6% de campesinos, un 11,1% de obreros del transporte (choferes, ferroviarios, empleados de servicentros) y un 1,6% de marinos, para un total de 60,3% de ocupaciones con marcada exposición al sol. El dato de la procedencia no es concluyente, y pone de relieve la mayor importancia del factor ocupacional.

La edad de aparición varía entre márgenes muy amplios en nuestros casos; sin embargo, el incremento gradual a partir de los 40 años (gráfico 5) recuerda lo que sucede en otras latitudes, al igual que el máximo incremento en el grupo etario de 71 a 80 años.



No. 5.—Cáncer labial por grupos etarios.

El cáncer es, en general, una enfermedad del adulto viejo y particularmente en localizaciones como ésta, donde la aparición del cáncer depende en gran medida de la acción de factores extrínsecos, requieren un tiempo de exposición, más o menos prolongado y, además, un largo período de latencia y cambios celulares,²² a veces traducido este período de latencia por una lesión precancerosa (queratosis o leucoplasia) cuyo tratamiento rompe la cadena de transformaciones que debían conducir al carcinoma, y más permite no sólo la eliminación de la precancerosis, sino el proteger al individuo del o los agentes en juego, con lo cual cumplimos cabalmente con los requisitos de la prevención.

Las edades de los pacientes fluctúan entre 22 y 93 años, distribuidas en su mayor parte, entre 41 y 80 años. El paciente más joven

padecía de xeroderma pigmentoso, que es una afección precancerosa para mucosa y piel.

En lo que parece ser la edad de mayor riesgo del cáncer labial, se agrupó el 84% de los pacientes y aparecen en el cuadro IV relacionados con tres factores etiológicos conocidos del cáncer labial: procedencia, ocupación y hábito de fumar.

Este análisis, incompleto por la ausencia de datos en algunas historias clínicas, resulta, no obstante, útil para apoyar la hipótesis de la existencia de factores extrínsecos ambientales, que actuando durante un tiempo prolongado y, sumado a la predisposición individual, condicionan la aparición de esta localización del cáncer.⁹⁻¹⁵ La procedencia muestra un discreto predominio a favor de los urbanos (29/53), en 54%; y al analizar las ocupaciones

CUADRO IV
ESTUDIO DE LOS GRUPOS ETARIOS DE MAYOR RIESGO

Grupo etario	No. casos	Procedencia		Ocupación			Hábito de fumar		
		Urbano	Rural	Aire libre	Bajo techo	Ign.	Sí	No	Ign.
41 - 50	11	7	4	10	1	—	10	0	1
51 - 60	13	4	9	11	1	1	12	0	1
61 - 70	14	11	3	5	4	5	10	1	3
71 - 80	15	7	8	8	2	5	8	0	7
Total	53	29	24	34	8	11	40	1	12
Por ciento	84,1	54,7	45,3	64,1	13,2	20,7	75,4	1,8	22,6

observamos que el 64,1% de los casos trabajan al aire libre, expuestos al sol y al aire.

El predominio urbano no tiene gran valor entre nosotros, a causa de la gran exposición al sol en las ciudades de Oriente y casi en la mayoría de las ciudades del país; debido a que escasean los grandes edificios, el sol mantiene su intensidad durante todo el año; además el uso del sombrero no es una costumbre generalizada, y como no se trata de ciudades muy grandes, se utilizan relativamente poco los medios de transporte con techo.

En cuanto el hábito de fumar, faltan datos con relación a la intensidad y tiempo de duración del mismo. Encontramos en 40 de los 63 pacientes, la presencia de este factor, que numerosos autores han planteado como agente cancerígeno de ésta y otras localizaciones de cáncer.

El número de fumadores en los distintos grupos resulta elevado; pero se aprecia una disminución numérica de los mismos con el incremento de la edad: 10 de 11, en el primer grupo; 12 de 13, en el segundo; en cambio, 10 de 14 en el tercero, y 8 de 15 en el cuarto. De

manera que el carcinoma labial incrementa su frecuencia con la edad, pero el hábito de fumar va disminuyendo en su importancia como agente etiológico. Esto refuerza la hipótesis de la participación del sol y el aire en la etiología de esta neoplasia que, como sucede en el cáncer cutáneo, aparece después de exposiciones prolongadas y con cierta frecuencia, sobre un terreno alterado por la irritación crónica y la precancerosis.¹⁹ De todos modos, el factor tabaco estuvo presente en el 75,4% de los casos, y no parece haber dudas en cuanto a la importancia de la suma de factores extrínsecos.

Es precisamente la concurrencia de varios factores predisponentes (cuadro V) lo que en esta localización de cáncer, como en otras, parece jugar un papel etiopatogénico importante. El 82% de los casos con ocupación conocida (41/50), y el 65% del total (41/63) tenían ocupaciones al aire libre, conociéndose historias de exposición al sol en el 97% de los casos en los que se recogió este dato (34/35), y en el 83% del total (34/41). Las cifras correspondientes al hábito de fumar son similares, y esto constituye un hecho casual; aunque destaca también la participación del factor tabaco en la etiopatogenia de esta neoplasia.

CUADRO V
CONCURRENCIA DE FACTORES PREDISponentES AL CANCER LABIAL

Ocupación	No. de casos	Por ciento	Exposición al sol		Hábito de fumar	
			Sí %	No %	Sí %	No %
Al aire libre	41	65,0	34 83,0	1 2,4	34 83,0	1 2,4
Bajo techo	9	14,2	3 33,3	4 44,4	4 44,4	1 11,1
No precisada	13	20,8	2 15,3	0 00,0	8 61,5	2 15,3
Totales	63	100	39 62,0	5 7,9	46 73,0	4 6,3
				19 30,1		13 20,6

En el grupo de ocupación bajo techo, se señala exposición al sol en 3 casos y hábito de fumar también en 3. De los 13 casos del grupo cuya ocupación no está precisada, encontramos 2 con exposición al sol y 8 fumadores.

En total, la exposición importante al sol se detectó en el 62%, y el hábito de fumar en el 71 % de los casos de esta serie.

El diagnóstico del carcinoma labial puede ser realizado precozmente, y ofrecer al paciente las máximas posibilidades de curación.

CUADRO VI
ETAPAS CLINICAS DEL CANCER LABIAL SEGUN PROCEDENCIA

Etapas	Urbanos	Rurales	Total	%
I	20	17	37	58,8
II	9	8	17	26,9
III	3	5	8	12,7
IV	0	1	1	1,6
Total	32	31	63	100,0

En el cuadro VI se detalla el grado de extensión de las neoplasias labiales al ser descubiertas. Se hallaron neoplasias incipientes en el 58,8% de los diagnósticos, y moderadamente avanzadas en el 26,9% de los mismos. El diagnóstico fue tardío en el 1,6%, y en 12,7% se realizaron tumores bastante avanzados. Esto significa que se realizó un descubrimiento oportuno en el 85,7% de estos pacientes (etapas I y II), en tanto que en el 14,3% ya se trataba de casos más extendidos (etapas III y IV). Debemos destacar que entre los casos de las etapas I y II se encontró un predominio discreto de individuos procedentes de las áreas urbanas (29/54); mientras que en las etapas III y IV, el predominio se hace más notable a favor de la procedencia rural (6/9). El mayor número de

pacientes correspondió a la etapa I (37/63), o sea, el 58,8% del total.

La cifra más elevada de diagnósticos precoces en las ciudades (54%) en comparación a la de diagnósticos tardíos en las áreas rurales (67%), resulta fácilmente explicable por el mayor desarrollo cultural y la mayor accesibilidad de los servicios médicos en las ciudades.

El carcinoma labial aparece con mayor frecuencia en el labio inferior, por hallarse más expuesto a los agentes irritantes: sol, aire y fundamentalmente tabaco; además, es asiento frecuente de lesiones precancerosas.

Las lesiones se localizaban en el labio inferior, en el 87,3% de nuestros pacientes; en el labio superior, en el 11,1%; y en comisura, en el 1,5% (cuadro VII). En sentido general, estaban menos extendidas las lesiones del

labio superior (6 de los 7 casos fueron diagnosticados en las etapas I y II).

El grado de diferenciación aparece en el cuadro VIII. En la cavidad bucal y particularmente en los labios, predominan los carcinomas epidermoides diferenciados. Nuestras cifras en esta variable son muy parecidas a las de *Ackennan* y del *Regato*. Ellos dan un 66% para el grado I, 20% para el grado II y 2% para el grado III; en tanto, que, en nuestra serie, encontramos 53,9%, 20,6% y 3,1%, respectivamente. En cuanto a casos con diferenciación no determinada, encontramos un 23,4% en nuestra serie, y un 11% en la de los referidos autores.

El tratamiento del cáncer labial puede realizarse exitosamente con radiaciones ionizantes o mediante la exéresis quirúrgica.

	I	II	III	IV	Total	%
Labio superior	3	3	1	0	7	11,2
Labio inferior	33	14	7	1	55	87,3
Comisura labial	1	0	0	0	1	1,5
Total	37	17	8	1	63	100,0

	No.	%
Grado I	34	53,9
Grado II	13	20,7
Grado III	2	3,2
No señalado	14	22,2
Total	63	100,0

ca. Ambos métodos terapéuticos tienen sus defensores y logran curar esta variedad de cáncer.⁷

Nosotros empleamos ambos métodos, pero preferentemente la exéresis quirúrgica más o menos extensa, acompañada de queiloplastia cuando la exéresis es amplia, y la linfadenectomía cervical cuando encontramos nodulos palpables en el examen clínico.²

En el cuadro IX observamos que se sometieron a terapéutica 62 casos, de los cuales el 83,8% recibieron tratamiento quirúrgico, y el 16,2% fueron irradiados»

CUADRO IX
TRATAMIENTOS REALIZADOS EN EL CANCER LABIAL

Etapa	No. casos	Cirugía	Radioterapia
I	37	34	3
II	17*	12	4
III	8	6	2
IV	1	—	1
Total	63	52 (83,8%)	10 (16,2%)

* Un paciente rehusó tratamiento.

En general, la conducta que seguimos al realizar el tratamiento quirúrgico es la siguiente:

	Lateral	Central
1. Tumores que ocupan menos de la cuarta parte del labio.	Exéresis en V.	Exéresis en V.
2. Tumores que ocupan más de la cuarta parte del labio.	Exéresis en V. Plastia tipo Estlander.	Exéresis en V. Plastia tipo Bernard.

Preferimos el tratamiento quirúrgico por estas razones:

- a) La mayoría de las lesiones son muy diferenciadas.
- b) Permite conocer la extensión histológica de la neoplasia y la amplitud de la exéresis.
- c) Permite extirpar y reconstruir en un solo tiempo.
- d) Menor tiempo de tratamiento.
- e) Posibilidad de tratar el tumor y la metástasis en el mismo acto, en base a que la linfadenectomía cervical es el mejor método para el tratamiento de las metástasis regionales.

La amplitud de la exéresis resultó progresivamente mayor en relación con la

extensión del tumor. En el cuadro X existe un predominio de extirpaciones locales simples en etapa I. En el 81,6% de los cánceres labiales diagnosticados en esta etapa, se practicó la exéresis en V o en cuña del área tumoral, con un margen de seguridad en tejido sano y afrontamiento primario de los bordes. Esta técnica se realizó también en el 31,2% de la etapa II.

Se llevó a cabo la exéresis y queiloplastia en las etapas II y III, fundamentalmente, en un 43,7% y 25% respectivamente, y en 10,8% de cánceres en etapa I.

Se practicaron 8 linfadenectomías cervicales, que correspondieron a 6 pacientes en etapa III (75%), y a dos pacientes en etapa II (12,5%). En estos últimos

CUADRO X

TECNICA DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS EN 62 CASOS DE CANCER LABIAL

Técnica	ETAPAS CLINICAS									
	I		II		III		IV		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Exéresis	30	81,6	5	31,2	—	—	—	—	35	56,4
Exéresis y queiloplastia	4	10,8	5	31,2	—	—	—	—	9	14,5
Exéresis y linfadenectomía	—	—	—	—	4	50	—	—	4	6,4
Exéresis, queiloplastia y linfadenectomía	—	—	2	12,5	2	25	—	—	4	6,4
Radioterapia externa	2	5,4	1	6,2	2	25	1	100	6	9,6
Radioterapia interst.	1	2,7	3	18,7	—	—	—	—	4	6,4
TOTAL	37	100,5	16	99,8	8	100	1	100	62	98,7

casos se consideró oportuno realizar la linfadenectomía profiláctica en continuidad con la exéresis del tumor primario, mediante un proceder quirúrgico amplio (como fueron las exéresis con queiloplastia, practicadas en esos casos) .⁴

El tratamiento con radiaciones lo utilizamos con fines paliativos en lesiones avanzadas (T4, N3), y con fines curativos en los siguientes casos:

- a) Los que rehúsan la exéresis quirúrgica.
- b) Pacientes con boca pequeña o mentón prominente, en los cuales la queiloplastia resulta muy difícil de lograr.
- c) Lesiones muy superficiales (T1).
- d) Contraindicación quirúrgica absoluta.

No indicamos la radioterapia cuando existe leucoplasia o queratosis asociada, si ha habido irradiación próxima a la lesión, o si existe lesión ósea o invasión de los ganglios regionales.¹³

Se utilizó la radioterapia en 10 pacientes. En uno de ellos se realizó la extirpación después de la irradiación, y constituyó el único caso en que hubo combinación de métodos terapéuticos. Se empleó radioterapia externa en 6 casos (60%) y en 4, radioterapia intersticial. Esta última fue utilizada siempre con fines curativos y, en tres casos, la radioterapia externa se utilizó también con este fin (etapas I y It).

En los resultados obtenidos en el tratamiento de esta serie se detallan, por separado, los que recibieron tratamiento

quirúrgico y radiante en los cuadros XI y XII y, en conjunto, en el cuadro XIII.

No es posible establecer comparaciones entre los resultados obtenidos con ambos métodos, ni es ésta la finalidad del trabajo.

En el grupo de 52 casos operados, aparecen 28 vivos al cierre de la investigación, en enero de 1971, excluyendo 8 casos que abandonaron el seguimiento después de 3 años, 19 casos

vivos por más de 3 años, 17 casos con menos de 3 años, y 1 fallecido.

Entre los cánceres labiales que fueron irradiados, existe un número elevado de pacientes perdidos (6/10); dos están vivos actualmente (excluyendo un caso perdido en el cuarto año del seguimiento) y tres han vivido más de 3 años después del tratamiento.

CUADRO XI
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER LABIAL

SOBREVIVENCIA POSTRATAMIENTO HASTA ENERO 1971								
Etapa	No. casos	0-11 m.	1 año- 23 m.	2 años- 35 m.	+ 3 años	Perdidos	Vivos Act.	Fallec.
I	34	6	5	4	10	9	20*	—
II	12	—	1	—	7	2	6**	1
III	6	—	—	1	1	4	2	—
TOTAL	52	6	6	5	18	15	28	1

* No se incluyen 5 casos que estaban vivos y libres de tumor a los 4 años; pero perdidos actualmente.

** No se incluyen 3 casos que estaban vivos y libres de tumor a los 4 años; pero perdidos actualmente.

CUADRO XII
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO RADIATIVO DEL CANCER LABIAL

SOBREVIVENCIA POSTRATAMIENTO HASTA ENERO 1971								
Etapa	No. casos	0-11 m.	1 año- 23 m.	2 años- 35 m.	+ 3 años	Perdidos	Vivos Act.	Fallec.
I	3	—	—	—	1	2	—*	—
II	4	—	—	—	2	2	2	—
III	2	—	—	—	—	2	—	—
IV	1	—	—	—	—	—	—	1
TOTAL	10	—	—	—	3	6	2	1

* No se incluye un caso que se perdió en el 4º año de seguimiento.

CUADRO XIII										
SOBREVIVENCIA GENERAL DE LOS 63 CASOS DE CANCER LABIAL										
Etapa	No. casos	PERDIDOS AL SEGUIMIENTO		Total	ACTUALMENTE EN SEGUIMIENTO O CON MAS DE 3 AÑOS					
		No.	%		Vivos — 3 años	%	Vivos + de 3 años	%	Fallecidos	%
I	37	11	29,1	26	15	57,6	11	42,3	0	—
II	17	5	29,4	12	1	8,3	10	83,3	1*	8,3
III	8	6	75,0	2	1	50,0	1	50,0	—	—
IV	1	—	—	1	—	—	—	—	1**	100
Total	63	22	34,9	41	17	41,4	22	53,6	2	4,8

* A los 14 meses del tratamiento (metástasis cervical inoperable).
 ** A los 4 meses del tratamiento (metástasis múltiples).

El análisis frío de estos datos, en lo que a sobrevivencia a los 3 años se refiere, nos da un 37% de sobrevivencia en el grupo operado y un 33% en el irradiado, lo cual reafirma nuestro criterio de que ambos métodos pueden resultar útiles y que los casos deben seleccionarse, operarse los que responderán con este método, e irradiarse aquellos que pueden constituir un fracaso para la cirugía.

El seguimiento postoperatorio de un cáncer es parte importante del conjunto de medidas encaminadas al control de esta enfermedad, en base a la reducción de las cifras de mortalidad.¹²

El número elevado de pacientes que dejaron de acudir al seguimiento y que no fueron localizados, no nos permite evaluar correctamente los resultados de la terapéutica; no obstante, con los datos que aportamos, trataremos de tener una idea, lo más cercana posible de la realidad, de los resultados obtenidos.

De los 52 casos tratados quirúrgicamente, 28 están vivos y en seguimiento; esto corresponde a 20 de 34 casos en etapa I, 6 de

12 en etapa II, y 2 de 6 en etapa III. De los 15 pacientes que faltaron al seguimiento, 9 casos corresponden a la etapa I; 2 a la etapa II, y 4 a la etapa III. Hubo un fallecido entre los 12 casos intervenidos quirúrgicamente, en la etapa II.

El número de pacientes tratados con radiaciones ionizantes es muy bajo; y de los 10 casos, solamente tres fueron seguidos regularmente: dos en la etapa II, se hallan vivos, y hubo un fallecido en la etapa IV.

Los resultados del seguimiento de los pacientes y la sobrevivencia de los casos, aparecen detallados en el cuadro XII agrupados por etapas clínicas.

En total, hubo un 34,9% de pacientes que abandonaron el seguimiento postratamiento, antes de los tres años.

En este cuadro agrupamos a los pacientes que están bajo el control del seguimiento, y a aquellos que dejaron de acudir al mismo en el cuarto año o después. Esto hace un total de 41 pacientes, de los cuales hay un 53,6% de sobrevi-

vencía a los 3 años, un 41,4% con menos de 3 años, y una mortalidad de 4,8%.

La sobrevivencia a los 3 años constituye un buen índice para medir la efectividad del tratamiento del carcinoma labial, ya que después del tercer año la posibilidad de recidiva o metástasis disminuye notablemente. Tomando en consideración la etapa clínica, observamos que en la etapa I hay una sobrevivencia de 42,3%; en la etapa II, es de 83,3%; y en la etapa III, de 50,0%. Esta última cifra carece de valor, debido al gran número de casos perdidos en este grupo (75%).

Aunque el número pequeño de casos y el más pequeño aún, de pacientes con seguimiento, no permite establecer conclusiones con relación al resultado de la terapéutica, existen algunas observaciones que se desprenden del análisis del último cuadro. Todos los pacientes de la etapa I en seguimiento están vivos, y 11 de los 12 pacientes en seguimiento en etapa II, también lo están. El único fallecido de esta última etapa fue a causa de una metástasis cervical fija y enorme, inoperable, y que no respondió a la irradiación. Esta metástasis se descubrió tardíamente, porque el paciente falló al seguimiento. El otro fallecido del grupo era portador de un cáncer muy extendido.

CONCLUSIONES

1. El cáncer labial no es una neoplasia frecuente en nuestro medio (1%), sin embargo, la posibilidad de diagnosticarlo precozmente y curarlo con el tratamiento adecuado lo convierte en una patología de gran importancia para médicos y estomatólogos.
2. Los hombres resultan afectados con mayor frecuencia que las mujeres (relación 9:1) y, en la misma proporción, la raza blanca es afectada más frecuentemente.
3. La enfermedad aparece, lo mismo, en habitantes del campo que en los de la ciudad.
4. Existe un incremento gradual de esta patología desde los 40 años y alcanza el máximo de incidencia entre 71 y 80 años.
5. El cáncer labial afecta preferentemente el labio inferior de sujetos con profesiones al aire libre y expuestos al sol, y a los fumadores. Se observa con frecuencia la concurrencia de estos factores predisponentes.
6. El diagnóstico de esta localización de cáncer puede establecerse precozmente en la mayoría de los casos (86% de etapas I y II en esta serie).
7. Predominan los carcinomas diferenciados, grado I y II de Broders.
8. Se utilizó selectivamente el tratamiento quirúrgico, cuya radicalidad varió de acuerdo con la extensión tumoral. La radioterapia se empleó en casos seleccionados. Creemos que ésta debe ser la conducta a seguir en esta localización, que puede curarse con ambos métodos.
9. Hubo un número elevado de pacientes que dejaron de acudir al seguimiento, lo que nos obliga a revisar nuestros mecanismos de control de los casos tratados, con vistas a garantizar el seguimiento postoperatorio.
10. Se obtuvo un 53,6% de sobrevivencia a los 3 años, entre los casos tratados con seguimiento, y de un 55,2% tomando en consideración las etapas I y II. Estas cifras, aunque no definitivas por el número de casos perdidos al seguimiento, las consideramos bajas para esta localización de cáncer y creemos se debe hacer todo lo posible por mejorarlas.

SUMMARY

Carrera Ruiz, O. *A review of 63 labial cancer cases*. Rev. Cub. Med. 13 6, 1974.

It is stated that labial cancer is an uncommon neoplasia in our environment (1%) and that it occurs more frequently in men than in women (a 9:1 ratio), as well as in the white race, both in countryside and urban inhabitants. The incidence of this pathology increases from 40 years of age and reaches its peak between 71 and 80 years. This cancer type involves more frequently the lower lip of subjects with professions in the open air and exposed to the sun, as well as that of smokers. Surgical treatment and radiotherapy are indicated as the conduct to be followed with these patients, according to each case, for attaining their cure. Results obtained are analyzed and it is concluded that the possibility of diagnosing this pathology makes it important both for physicians and stomatologists.

RESUME

Carrera Ruiz, O. *Revisión de 63 cas de cáncer labial*. Rev. Cub. Med. 13 : 6, 1974.

On établit que le cancer labial est une néoplasie peu commune dans notre milieu (1%), se présentant plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes (rapport 9:1), ainsi que dans la race blanche, tant chez les habitants de la campagne que chez ceux de la ville. Cette pathologie augmente à partir des 40 ans, et elle atteint la plus grande incidence entre 71 et 80 a s. Ce type de cancer atteint le plus souvent la lèvre inférieure des sujets qui travaillent au grand air, s'exposant au soleil, ainsi que la lèvre de ceux qui fument. On signale que la conduite à suivre doit être le traitement chirurgical et la radiothérapie. On analyse les résultats obtenus, et on conclut que la possibilité de diagnostiquer précocement le cancer fait que cette pathologie soit importante, tant pour les médecins que pour les stomatologistes.

PESIOME

Каўпера Пыч О. *üеpecMOTp 63 cлйнаеВ iyáooro paica*. Rev. Cub. Med. 13: 6, 1974.
OTMe'gaeTCfl, hto ryónofi pan HBJineTCK pepKIOiá Heonjia3Heñ b Hameii cпene (1%) h B03HHKaeT ^ame cpeпü MyOTHH, ^eM y sceHinaH (cooTaoineHHe 9:1). Taice OTMenaetCfl Oojiee BacoKaa ero ^actOTa cpe;mi Jiiiopeii öejioa pacii, Kan KpecTMHCKopo TaK ii roponckoro npoHcxosmeH3H. ^iactOTa stoiu naTO- jTOriin'Bo3X>actaet c 40 JieT h jiocpaeT MaKCHMyMa *wexpy* 71 jii rojxa- m. 3Ta pa3H0Bijim0CTB paHa jioKann3yeTCH name Ha Hmmeft rye jdoi, pa- OOTaKmiix Ha otkpptom B03jijyxe ii noji. B03jieücTBieM cocuma, a Taiae epeira: KypffiuHX. B Ka^ecTBe ne-geHHH pekOMeHijyetch xiipyprirqecKoe BMemaTe-JIBCTBO H pajCHOTSpanHH, B 3aBKCHMOCTM OT K£UKfiOpo HHflHBZJiyajlBHOpO CJiy-*naa*. üpoBojtitiTCH aHajini3 nojiyHe.HHHX pe3yjiBTaTOB h 3aKjIKHaetch, *vio* bo- 3MOXHOCTL nocTaHOBKñ paHHero пиярH03a npmiaeT öojiBmoe cHa^eHae 3tos naTOJiormi, kбk juih cT0t.iaT0Ji0r0B TaK 11 jjih BpaHeK.

BIBLIOGRAFIA

1. —Ambrose, E. J., F. J. Roe. The biology of cancer, pp. 1: 32. D. Van Nostrand Co. Ltd. 1966.
2. —Bennett, J. E. et al. Operative treatment of cancer of the lip. *Am Surgeon* 2H: 537-544, 1962.
3. —Cahn, L. R., D. P. Slaughter. Oral cancer (A monograph for the dentist) pp. 5, 9, ACS, 1962.
4. —Carreras Ruiz, O. La linfadenectomía cervical en el tratamiento del cáncer. *Rev. Cub. Cir.* 4: 371-381, 1965.
5. —Carreras Ruiz, O. Oncología (patología bucal) pp. 16:19. Publicación de la Universidad de Oriente, 1970.
6. —Carreras Ruiz, O. Detección preclínica del cáncer. Publicación de la Universidad de Oriente, 1969.
7. —Del Regato J. A., L. V. Ackerman. Cáncer: diagnóstico, tratamiento y pronóstico, pp. 207, 237, Edit. UTEHA, 1951.
8. —Detección precoz del cáncer. *Org Mund Salud (Serv Inf Teen)* No. 422, 1969.

9. —*Dolí, R.* Cáncer and ageing: the epidemiological evidence. *Boil UICC* 8: 2, August, 1970.
10. —*Knox, J. M., R. G. Freeman.* Dejection and diagnosis of skin cancer. *CA* 15: 216-225, 1965.
11. —*Kremen, A. I., S. W. Arhelger.* Early cancer of the oral cavity. *Postgrad Med.*
12. —Lucha contra el cáncer. *Org Mund Salud (Serv Inf Tecn)* No. 251, 1963.
13. —*Murphy, W. T.* Radiation therapy, pp. 129: W. B. Saunders Co. 1962.
14. —*Pardo Castelló, V.* Dermatología y sifilología. pp. 1226: 1229, 7ma. Ed. Cultural S. A. 1953.
15. —Profilaxis del Cáncer. *Org Muad Salud (Serv Inf Tecn)* No. 276, 1964.
16. —*Robbins, S. L.* Tratado de patología, pp. 696 : 740 Ed. Interamericana S.A. 3ra. Ed., 1968.
17. —*Tiecke, R. IT.* Oral pathology, pp. 328: 341-, McGraw-Hill Book Co., 1965.
18. —*Thoma, K. H.* Patología bucal, pp. 1440: 1584, UTEHA, 1959.
19. —*Urbach, F.* Patología geográfica del cáncer cutáneo. *Boil UICC*, 2: 3, 1964.
20. —*WiUis, R. A.* Pathology of tumors. But terworths, London, 1953.