

Original

Carcinoma oral en Baleares: Estudio clínico-terapéutico en una muestra de 74 pacientes*

G. Forteza González,
Antonio Coll

Introducción

El Carcinoma Escamoso o Epidermoide de la cavidad oral es una entidad clínica relativamente infrecuente pero con elevada mortalidad e implicaciones sociales, estéticas y funcionales evidentes. Representa alrededor del 5% de todos los tumores malignos diagnosticados en países occidentales. En nuestro país la profesión médica no ha manifestado excesiva inquietud por esta entidad hasta el momento presente. No obstante, la adopción de medidas tales como la supresión o reducción del consumo de tabaco y alcohol, el mantenimiento de una óptima higiene bucodentaria y una cuidada nutrición debería conducir a la desaparición casi total del Cáncer Oral.

En estas condiciones hemos creído oportuno revisar el material clínico producto de los primeros diez años de actividad de la Sección de Cirugía Maxilofacial del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca. El carácter insular de nuestra Comunidad y la centralización de la atención de tercer nivel en nuestro hospital proporcionan un atractivo adicional a los resultados de esta revisión.

Finalmente, la observación crítica de los efectos del tratamiento —predominantemente quirúrgico— de estos tumores permitirá la comparación con otras series y obtener, en cualquier caso, un mejor conocimiento de los mismos.

Material y método

Se revisaron 177 casos de carcinoma epidermoide de la cavidad oral atendidos en nuestro centro en el período 1978-87, es decir, diez años. De ellos, 74 cumplieron los criterios de documentación clínica — historia, histología, tratamiento y evolución— precisos para su inclusión en la serie. El resto, es decir, 103 pacientes no cumplieron dichos criterios, por las razones que se exponen a continuación:

1.º Historias ausentes del archivo central del hospital.

2.º Datos ausentes:

— achacables al clínico: edad, hábitos tóxicos, tiempo de evolución, clasificación clínica, tipo de tratamiento y secuencia.

— achacables al clínico y/o al enfermo: ausencia del seguimiento mínimo exigible.

— achacables a las organizaciones sanitarias de ámbito local y regional: errores de archivo de documentación clínica, ausencia de un Registro Regional de Tumores durante el período observado.

Así pues, el grupo de pacientes a estudio representa el 42% de la población total observada, correspondiendo a una muestra aleatoria de 74 pacientes. Los datos obtenidos fueron transferidos a los formularios diseñados por el Dr. Martorell en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital La Paz de Madrid y procesados convenientemente sobre microordenador mediante D-Base 3 Plus.

Se investigaron tres grupos principales de datos:

1.º Datos previos a la consulta: edad, grupo étnico, fecha de la 1.ª visita, sexo y tiempo de evolución previa. Factores de riesgo: consumo de tabaco y alcohol. Presencia de sepsis oral. Tratamientos previos.

2.º Datos clínicos de la lesión: para la localización se utilizó la siguiente clasificación anatómica:

- Labio superior
- Labio inferior
- Lengua anterior (a la V lingual)
- Base de lengua
- Suelo bucal
- Encía maxilar o mandibular

* Premio Don Juan Femenia Perelló 1988.

- Paladar óseo
- Complejo velo palatino-pilar anterior-trígono retromolar
- Mejilla y comisura (mucosa bucal o yugal)

Para la clasificación clínica de las lesiones utilizamos el sistema TNM y la clasificación por estadios del AJC (American Joint Committee) de 1978 revisada (tabla n.º 1).

3.º Histología: desde el punto de vista histológico se revisaron los diagnósticos biópsicos iniciales y los definitivos en aquellos casos en los que el tratamiento fue quirúrgico. Los tipos histológicos investigados fueron los siguientes:

- Carcinoma in situ
- Carcinoma epidermoide bien diferenciado
- Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado
- Carcinoma epidermoide indiferenciado
- Carcinoma transicional
- Carcinoma verrugoso
- Carcinoma ameloblástico

En los casos operados se revisó el grado de afectación histológica ganglionar regional, cuando se realizó disección cervical electiva o terapéutica.

4.º Datos acerca del tratamiento: se clasificaron según tres grupos principales: cirugía, radioterapia y quimioterapia, solas o en combinación.

a) Cirugía;

- local (conservadora o radical)
- regional (disección cervical suprahioides, radical o funcional homolateral, contra o bilateral).
- combinada.

b) Radioterapia;

- telecobaltoterapia local
- telecobaltoterapia regional
- intersticial
- combinadas

Se reseñaron las dosis-volumen totales y sobre cadenas ganglionares.

c) Quimioterapia, tipo, número de ciclos y tolerancia.

4.º Evolución clínica: se realizó el seguimiento a 5 años constatando la presencia o ausencia de recidiva, metástasis regional y a distancia. Asimismo, se constató, en los casos correspondientes, la fecha del

fallecimiento y su causa. En caso de recidiva se incluyó el tratamiento de la misma y su resultado.

Metodología estadística

Los datos obtenidos fueron analizados en dos fases sucesivas:

a) Estadística descriptiva: distribución global, porcentual, media aritmética, intervalos de confianza al 95%, curvas de frecuencia acumulada, curvas de supervivencia actuarial Kaplan-Meier.

b) Analítica: test de independencia de las medias —Student—, tests de significación-Fisher y χ^2 . Test de Log-Rank para comparación de curvas de supervivencia.¹ Todos estos datos fueron agrupados en dos apartados principales:

TABLA I
CLASIFICACION CLINICA TNM. AMERICAN JOINT COMMITTEE, REVISION 1978

T _{is} :	carcinoma in situ
T ₀ :	ausencia de primario
T ₁ :	0-2 cm. diámetro máximo
T ₂ :	2-4 cm. diámetro máximo
T ₃ :	más de 4 cm.
T ₄ :	invasión de músculo, hueso o tejido glandular
N ₀ :	ningún ganglio
N ₁ :	adenopatía homolateral, menor de 3 cm.
N ₂ :	adenopatía homolateral, 3-6 cm. A) única B) múltiples
N ₃ :	adenopatías mayores de 6 cm. A) homolaterales B) bilaterales C) contralaterales
M ₀ :	ausencia de metástasis a distancia
M ₁ :	presencia de metástasis a distancia

	N ₀	N ₁	N ₂	N ₃	M ₁
T ₁	I	II	III	IV	
T ₂	II				
T ₃					
T ₄					

a) Muestra global. Dada la escasa significación de la muestra en algunos apartados anatómicos se analizó la muestra total en conjunto, en aquellos aspectos en los que la Literatura mundial al respecto acredita significación. En la mayoría de dichos apartados se realizó el análisis una vez excluido el factor de confusión Labio Inferior que, como es sobradamente conocido, presenta características marcadamente distintas del resto de localizaciones anatómicas.

b) Grupos anatómicos. Una disparidad similar a la arriba mencionada, comprobada en nuestra serie, permite distinguir los diversos apartados anatómicos en función de sus características clínicas y pronósticas.

Resultados

I. Incidencia

En el período 1978-87 se atendieron 177 casos de Carcinoma epidermoide de la cavidad oral en la Sección de Cirugía Maxilofacial del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca. Por las razones expuestas en la introducción consideramos tal cifra como indicativa de los casos de la Comunidad de Baleares en el período citado. Globalmente, la tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes ajustada según la edad es de 3.29-5.66 para los varones y 0.98 para las mujeres. En las figuras 1, 2 y 3 se expone dicha evolución global y en función del sexo.

Por las razones expuestas en el apartado anterior, 74 casos fueron incluidos finalmente como muestra a estudio.

II. Origen

39 pacientes —52,7%— fueron clasificados como autóctonos, atendiendo al lugar de nacimiento y los apellidos. El resto, es decir, 35 —47,3%— fueron originarios de otros puntos del Estado (fig. n.º 4).

III. Sexo

61 pacientes —82%— correspondieron al sexo masculino, y 13 —18%—, al femenino, con una proporción igual a 4.6:1 (fig.

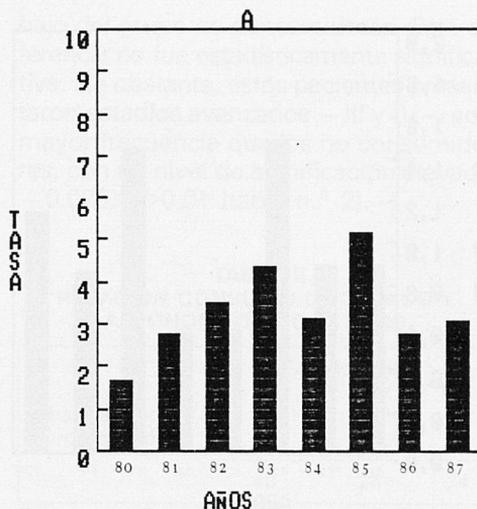


Figura 1
Carcinoma Oral en Baleares. Tasa de incidencia global por 100.000 habitantes ajustada según la edad. Evolución en el período 1980-87.

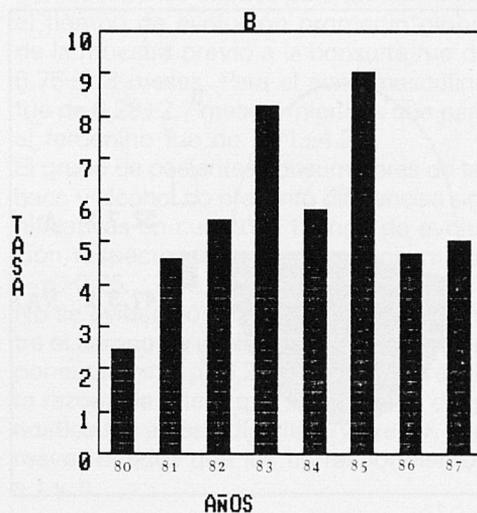


Figura 2
Carcinoma Oral en Baleares. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes ajustada según la edad. Varones. Evolución en el período 1980-87.

n.º 5). Según el grupo étnico, la relación varón: hembra fue de 2.9:1 entre los autóctonos y de 7.75:1 entre los inmigrantes. El nivel de significación del test de χ^2 para la distribución por sexos en los dos

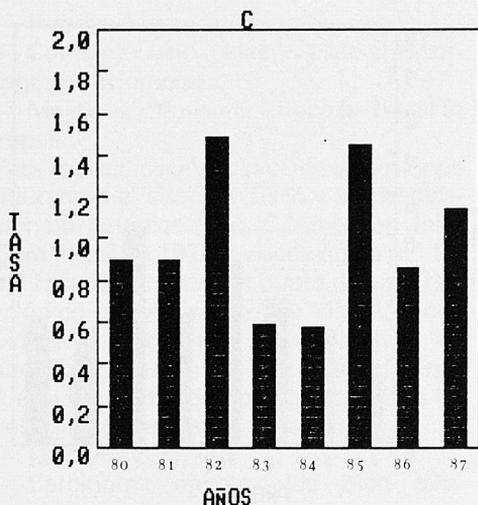


Figura 3
Carcinoma Oral en Baleares. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes ajustada según la edad. Mujeres. Evolución en el período 1980-87.

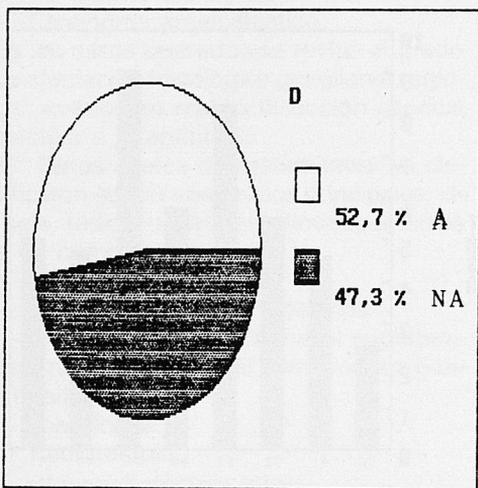


Figura 4
Distribución por grupos étnicos. A = autóctonos; NA = inmigrantes.

grupos étnicos fue de $p > 0.10$. La mayor proporción de varones en el grupo de pacientes inmigrantes no fue estadísticamente significativa.

IV. Edad

Por décadas, la mayor frecuencia — 63.4% — correspondió a la sexta y sépti-

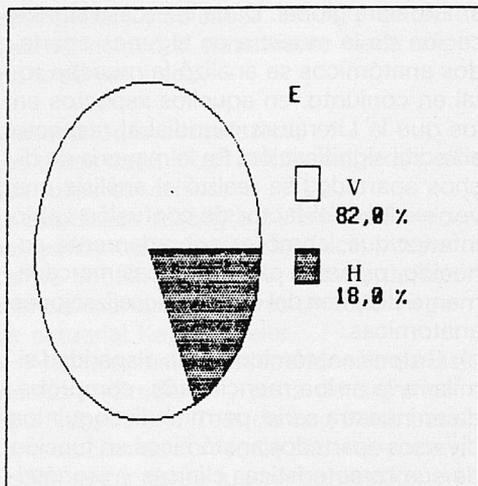


Figura 5
Distribución por sexo. V = varones; H = mujeres.

ma (fig. n.º 6), con una media global de 59.65 ± 4.05 años. La edad mínima correspondió a 36 años y la máxima a 81. En los pacientes varones la media fue de 59.05 y en las mujeres de 62.21.

La prueba de igualdad de las medias no contradujo la hipótesis nula, es decir, no hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad de presentación en función del sexo. Para los pacientes autócto-

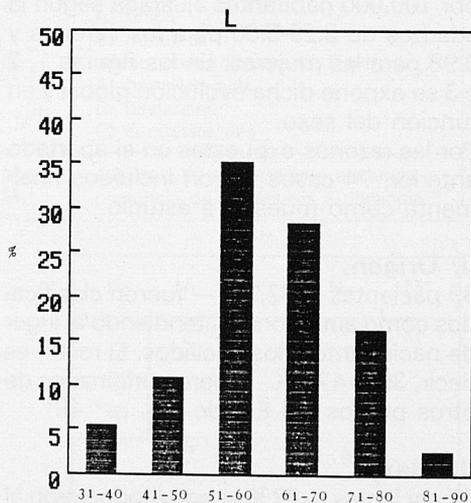


Figura 6
Carcinoma Oral. Frecuencia acumulada por décadas.

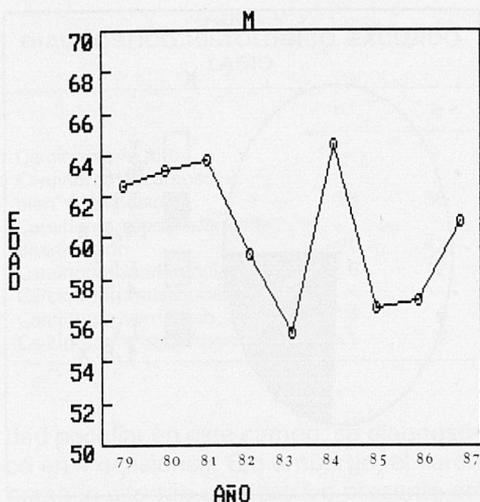


Figura 7
Edad media. Evolución en el período 1979-87.

nos la media fue de 62.00 años y para los inmigrantes de 56.86. Esta diferencia tampoco resultó estadísticamente significativa. La evolución de la edad media en el transcurso de los años no arroja variaciones dignas de mención (fig. n.º 7).

V. Factores de riesgo

Tabaco, alcohol e higiene dental deficitaria, juntos o por separado, se consideran los principales factores de riesgo en los países occidentales. En nuestro medio abundan los tres, siendo difícil aislar uno de otro. Es habitual la asociación de los dos primeros, mientras que el tercero —la presencia de una dentición en mal estado— no se reseña por lo habitual de su presentación.

Así pues, en la muestra estudiada los pacientes consumidores de tabaco lo fueron también del alcohol y resultó imposible la investigación retrospectiva del estado de salud dental.

44 pacientes —60.9%— eran consumidores habituales de tabaco y alcohol, con una fuerte asociación entre dicho consumo y el sexo masculino —97,7%—; $p < 0.001$.

El grupo homogéneo de consumidores de tabaco y alcohol presentó una media de edad de 57.66 años, 4.71 puntos por de-

bajo del grupo no consumidores. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa. No obstante, estos pacientes presentaron estadios avanzados —III y IV— con mayor frecuencia que los no consumidores, con un nivel de significación elevado — $0.025 > p > 0.01$ (tabla n.º 2).

TABLA II
RELACION CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL-ESTADIO CLINICO

	Estadio clínico		
	I/II	III/IV	
Tabaco-alcohol	23	21	44
No consumidores	25	5	30
	48	26	74

VI. Tiempo de evolución

Suprimidos los pacientes afectos de carcinoma labial como factor de confusión, por las razones expuestas anteriormente, el tiempo de evolución promedio global de la muestra previo a la consulta fue de 6.75 ± 2.3 meses. Para el sexo masculino fue de 6.28 ± 2.7 meses, mientras que para el femenino fue de 8.71 ± 4.37 .

El grupo de pacientes consumidores de tabaco y alcohol no presentó diferencias significativas en cuanto al tiempo de evolución respecto del grupo no consumidor — $p > 0.25$.

No se evidenció relación significativa entre el tiempo de evolución y la distribución por estadios — $p > 0.25$ —, de lo que resulta razonable inferir que los tumores diagnosticados en estadios III y IV crecen con mayor rapidez que los correspondientes a I y II.

VII. Distribución por estadios

La distribución según el estadio clínico fue la siguiente: 26 (35%) estadio I; 22 (29.7%) estadio II; 11 (14.8%) estadio III, y 15 (20.5%) estadio IV. Es decir, el 64.7% presentaba estadios iniciales, independientemente de la localización (fig. n.º 8).

Revisada la relación I + II/III + IV a lo largo del período 1978-87, por trienios, quinquenios y la frecuencia por estadios aislados, no se evidenció variación significativa en

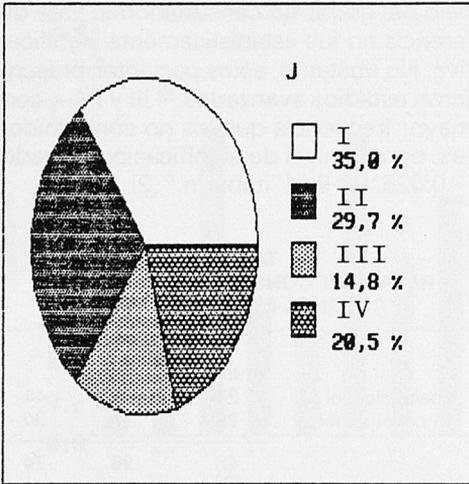


Figura 8
Distribución global por estadios.

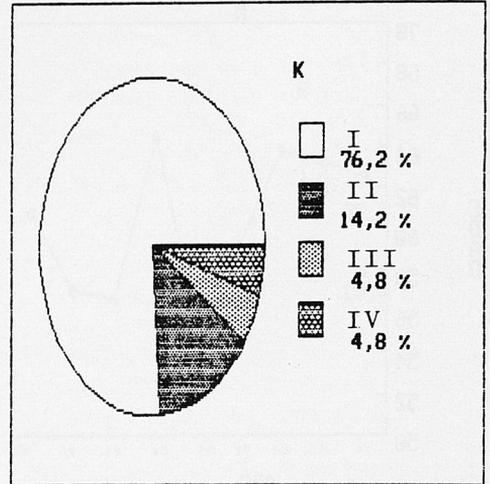


Figura 9
Labio inferior. Distribución por estadios.

cuanto a diagnóstico precoz a lo largo del decenio estudiado.

Corregido el factor Labio, que presenta una característica predominancia de estadios iniciales —90.4%—, la relación I + II/III + IV del resto de la muestra presenta un valor menor para los varones —0.78— que para las mujeres —11—, con un nivel de significación estadístico elevado —0.025 > p > 0.01—, es decir, los varones presentan una proporción mayor de estadios avanzados.

No existe diferencia significativa entre el grupo autóctono y el inmigrante en cuanto a la distribución por estadios —p > 0.25—.

VIII. Tratamientos previos a la consulta

De los 74 pacientes de la muestra 12, es decir, el 16.2% recibieron tratamiento previo a la consulta (tabla n.º 3). De ellos, la

TABLA III
TRATAMIENTOS PREVIOS A LA CONSULTA

Cirugía local	7
Radioterapia externa	2
Radioterapia intersticial	1
Radioterapia por otra lesión	1
Combinado	1
	12

mayoría correspondió al labio inferior —7 casos—. El resto correspondió a lengua anterior, base, mejilla-comisura y paladar blando con un caso cada uno.

IX. Anatomía patológica

71 pacientes cumplieron los requisitos establecidos referentes al diagnóstico histológico. La distribución según el tipo se reseña en la tabla n.º 4. Vemos que el más frecuente fue el carcinoma epidermoide bien diferenciado —46.5%—, seguido del moderadamente diferenciado —36.6%—. Si excluimos el labio inferior (tabla n.º 5), el más frecuente fue el c. moderadamente diferenciado, seguido del c. bien diferenciado. Es decir, se invierte el orden de frecuencia. El carcinoma verrugoso, enti-

TABLA IV
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO. MUESTRA TOTAL

	N.º	%
Carcinoma in situ	1	1.4
Carcinoma escamoso bien diferenciado	33	46.5
Carcinoma escamoso moderadamente diferenciado	26	36.6
Carcinoma indiferenciado	6	8.4
Carcinoma transicional	—	—
Carcinoma ameloblástico	1	2.0

TABLA V
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO, EXCLUIDO
LABIO

	n.º	%
Carcinoma in situ	—	—
Carcinoma escamoso bien diferenciado	18	36
Carcinoma moderadamente diferenciado	21	42
Carcinoma indiferenciado	6	12
Carcinoma transicional	—	—
Carcinoma verrugoso	4	8
Carcinoma ameloblástico	1	2

dad peculiar en este campo, se diagnosticó en 4 ocasiones. Sin embargo, el carcinoma in situ tan sólo estuvo presente en un caso, correspondiente a labio inferior. El carcinoma ameloblástico, entidad incluida dentro de los tumores odontógenos malignos, aun con notable desacuerdo en cuanto a su origen real, se halló en una ocasión.

La distribución por estadios según el diagnóstico anatomopatológico se expone en la tabla n.º 6. Agrupando los casos correspondientes a moderada y pobremente diferenciados observamos que existe una fuerte asociación entre el grado de diferenciación tumoral y la distribución por estadios. A menor grado de diferenciación se asocian estadios evolutivos más avanzados, con un elevado nivel de significación estadístico $-0.005 > p > 0.001$ —. Excluyendo el labio (tabla n.º 7) obtenemos una distribución similar $-0.025 > p > 0.01$ —. Todo ello, en correlación con lo descrito en el apartado VI nos inclina a pensar que los tumores poco diferenciados histológicamente crecen con mayor rapidez que los diferenciados.

TABLA VI
RELACION ESTADIO CLINICO-GRADO DE
DIFERENCIACION HISTOLOGICA (0.005 >
P > 0.001)

	Bien difer.	Moder. + indifer.	
I/II	28	14	42
III/IV	5	18	23
	33	32	65

TABLA VII
RELACION ESTADIO CLINICO-GRADO DE
DIFERENCIACION HISTOLOGICA, EXCLUIDO
LABIO (0.025 > P > 0.010)

	Bien difer.	Moder. + indifer.	
I/II	15	10	25
III/IV	4	17	21
	19	27	46

De los 49 pacientes tratados con cirugía, se determinó en 29 de ellos la fiabilidad del diagnóstico histológico en biopsia de margen tumoral preoperatoria y su nivel de significación en relación con el resultado definitivo, en cuanto al grado de diferenciación tisular (tabla n.º 8). El resultado evidencia una fuerte relación entre los diagnósticos pre y postoperatorio, con elevado nivel de significación $-0.01 > p > 0.005$ —.

TABLA VIII
PRECISION DEL DIAGNOSTICO
ANATOMOPATOLOGICO EN BIOPSIA
PREOPERATORIA. CORRELACION CON EL
DIAGNOSTICO DEFINITIVO (0.010 > P > 0.005)

	Diagnóstico definitivo		
	Bien. difer.	Moder. + indifer.	
Biopsia preoperatoria Bien difer.	15	3	18
Mo-der. + indifer.	3	8	11
	18	11	29

La fiabilidad del diagnóstico histológico previo en la muestra fue elevada, con sólo 4 falsos negativos y ningún falso positivo, de un total de 71 casos revisados, con un error igual a 0.05.

Se estudió el valor de la exploración clínica para la detección de metástasis ganglionares en relación con el resultado de la investigación histológica en dichos pacientes, cuando fueron sometidos a cirugía cervical complementaria. Se revisaron un total de 17 pacientes sometidos a cirugía ganglionar cervical (tabla n.º 9). 10 pacientes se clasificaron como N₀, de los cua-

TABLA IX
CORRELACION EXPLORACION CERVICAL
PREOPERATORIA-HALLAZGOS
POSTOPERATORIOS (DISECCION CERVICAL)
(0.25 > P > 0.10)

N	pN		
	N ₀	N ₊	
N ₀	9	1	10
N ₊	3	4	7
	12	5	17

les uno presentó metástasis ganglionar demostrada. Siete pacientes presentaron afectación cervical clínica — N₁, 2, 3— de los cuales 3 fueron negativos al examen histológico postoperatorio. Así pues, el nivel de significación del test estadístico fue bajo — $p > 0.05$ —, indicando una tendencia a la distribución aleatoria. No parece existir correlación entre la exploración clínica cervical y la presencia o no de metástasis cervicales histológicamente demostrables.

No se evidenció relación significativa entre el grupo étnico y el grado de diferenciación tumoral — $p > 0.25$ —, ni entre el consumo de tabaco y alcohol y el grado de diferenciación — $p > 0.25$ —.

X. Localización

En la tabla n.º 10 se expone la clasificación anatómica por orden de frecuencia global Y en función del sexo.

entre los varones la localización más frecuente fue el labio, seguido de la base de la lengua y del suelo. Entre las mujeres el más frecuente fue el de la lengua anterior seguido del de base.

No se evidenció relación entre el origen

étnico y la localización de los tumores — $p > 0.25$ —. En cuanto a los consumidores de tabaco y alcohol, presentaron una predilección marcada por determinadas localizaciones: labio, base de lengua, suelo y encía mandibular. Contrariamente, los no consumidores mostraron mayor frecuencia de lesiones en lengua anterior y mejilla-comisura — $0.025 > p > 0.01$ —.

XI. Neoplasias asociadas

En ningún caso se evidenció la presencia de un segundo tumor en cabeza y cuello. Sí se registró un caso de carcinoma labial bien diferenciado asociado a Enfermedad de Hodgkin, que falleció a causa del carcinoma, en fase de remisión del proceso linfoproliferativo.

XII. Supervivencia

La probabilidad de supervivencia global acumulada a 5 años fue de 0.50 ± 0.14 . El análisis estratificado de los datos de supervivencia global evidenció un comportamiento marcadamente distinto en el caso del labio inferior, cuya probabilidad de supervivencia acumulada a 5 años fue de 0.87 ± 0.02 , mientras que en el resto de la muestra fue de 0.38 ± 0.16 (fig. n.º 10). El test de log-rank para comparación de supervivencia evidenció una disparidad notable en favor de la localización labio inferior, con un nivel de significación elevado — $p < 0.005$ —. Ello corrobora los datos de otras series en cuanto a la benignidad del carcinoma labial. Por todo ello revisamos los datos de supervivencia de la muestra excluyendo el labio.

a) Sexo. La p.s.a. (probabilidad de supervivencia acumulada) a 5 años para los va-

TABLA X
CLASIFICACION POR ORDEN DE FRECUENCIA

	Global	Varones	Mujeres
Labio	28.3	32.8	7.7
Base de lengua	17.5	18	15.4
Suelo bucal	14.8	16.3	7.7
Lengua anterior	13.5	4.9	53.8
Mejilla-comisuras	9.4	9.8	7.7
Encía maxilar	2.7	1.6	7.7
Encía mandibular	9.4	11.5	—
Paladar blando	2.7	3.2	—

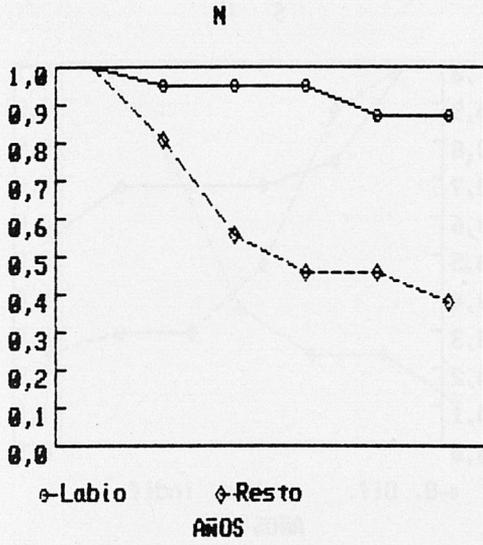


Figura 10
Labio inferior. Supervivencia actuarial respecto al resto de la muestra. $0.005 > p > 0.001$.

rones fue de 0.43 ± 0.2 , mientras que para las mujeres fue de 0.56 ± 0.4 (Fig. n.º 11). No se halló diferencia significativa entre ambas curvas de supervivencia — $p > 0.25$.
b) Factores de riesgo. Para los consumidores de tabaco y alcohol la p.s.a. a 5 años

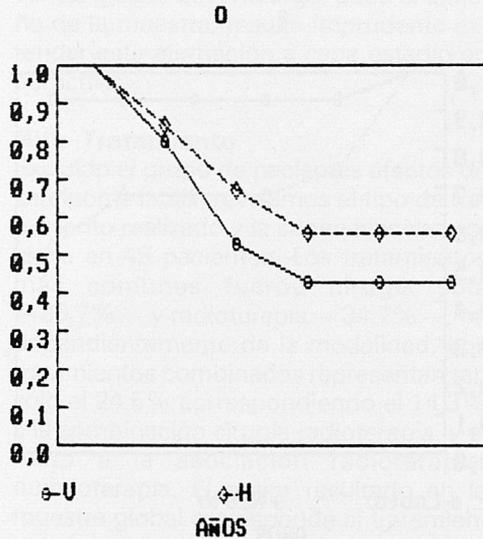


Figura 11
Supervivencia actuarial según sexo (excluido labio). V = varones; H = mujeres.

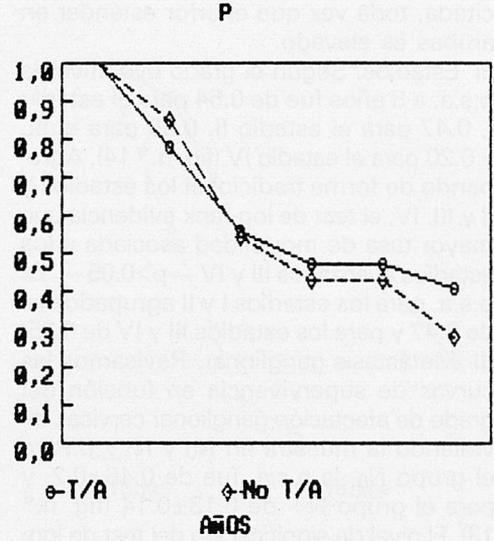


Figura 12
Supervivencia actuarial. Factores de riesgo tabaco-alcohol. TA = consumidores. No TA = no consumidores. $p > 0.25$.

fue de 0.41 ± 0.2 , y para los no consumidores, de 0.28 ± 0.26 (fig. n.º 12). El análisis comparado de ambas curvas de supervivencia no evidencia diferencias significativas — $p > 0.25$ —, por lo que debemos considerar poco valorable la discrepancia

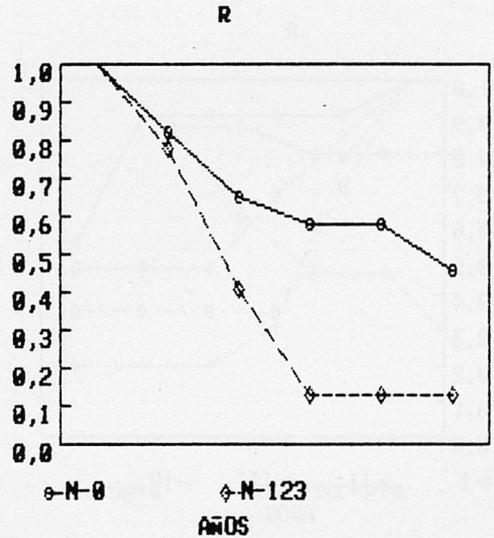


Figura 13
Supervivencia actuarial según afectación ganglionar cervical. $0.25 > p > 0.10$.

citada, toda vez que el error estándar en ambas es elevado.

c) Estadíos. Según el grado evolutivo, la p.s.a. a 5 años fue de 0.54 para el estadio I, 0.47 para el estadio II, 0.35 para el III, y 0.20 para el estadio IV (fig. n.º 14). Agrupando de forma tradicional los estadíos I, II y III, IV, el test de log-rank evidencia una mayor tasa de mortalidad asociada a los estadíos avanzados III y IV — $p > 0.05$ —. La p.s.a. para los estadíos I y II agrupados es de 0.47 y para los estadíos III y IV de 0.25.

d) Metástasis ganglionar. Revisamos las curvas de supervivencia en función del grado de afectación ganglionar cervical, dividiendo la muestra en N_0 y $N_{1,2,3}$. Para el grupo N_0 , la p.s.a. fue de 0.46 ± 0.2 , y para el grupo N_+ de 0.13 ± 0.14 (fig. n.º 13). El nivel de significación del test de log-rank es bajo, pese a lo cual existe una notable disociación de ambas curvas de supervivencia.

e) Diagnóstico anatomopatológico. Los pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide bien diferenciado poseen una p.s.a. de 0.54 ± 0.32 , mientras que la de los afectados de grado moderados o indiferenciados fue de 0.24 ± 0.16 . No se evidenció diferencia significativa (figura n.º 15).

El carcinoma bien diferenciado de labio in-

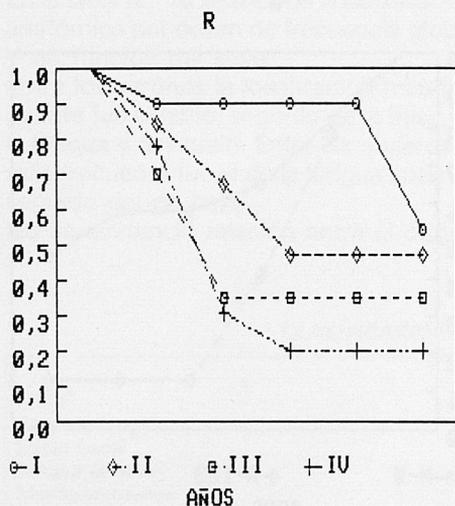


Figura 14
Supervivencia actuarial por estadíos, excluido labio.
 $p < 0.05$.

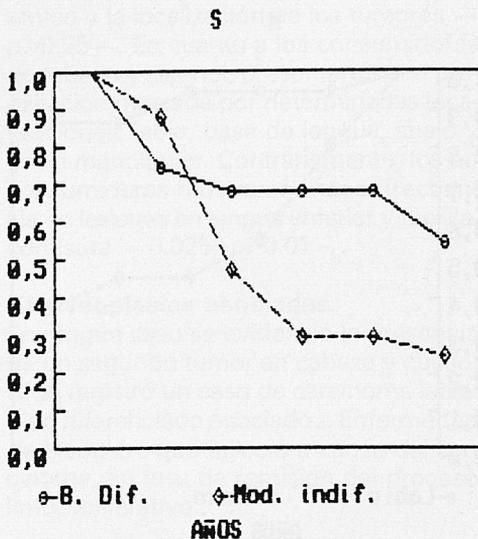


Figura 15
Supervivencia actuarial según grado de diferenciación celular, excluido labio. B. Dif. = bien diferenciado; Mod. Indif = moderadamente diferenciado e indiferenciado. $0.25 > p > 0.10$.

ferior presentó la p.s.a., más alta de toda la muestra — 0.93 ± 0.16 — (fig. n.º 16).

f) Recidivas. Excluyendo el labio inferior, la p.s.a. a 5 años para los pacientes que presentaron recidiva, independientemente del momento de aparición fue de

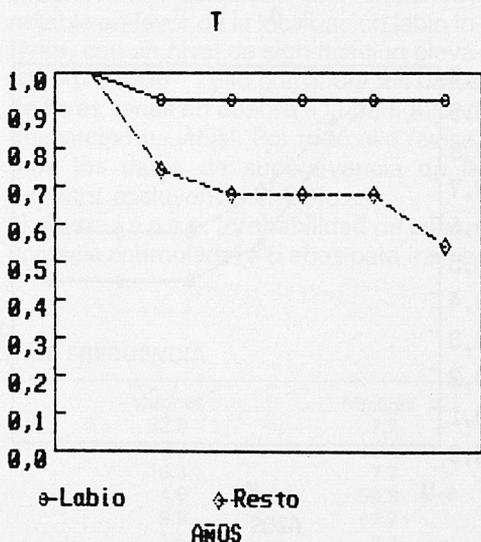


Figura 16
Supervivencia actuarial para las formas histológicamente diferenciadas según localización. $0.10 > p > 0.05$.

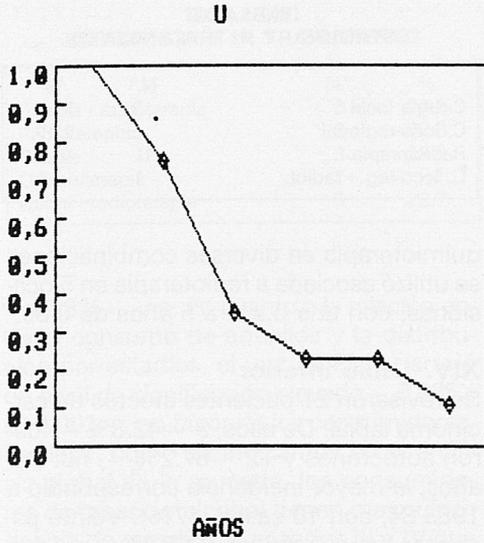


Figura 17
Recidivas. Supervivencia actuarial global.

0.11±0.10. Estratificando los resultados, las recidivas tratadas con intención curativa presentaron una p.s.a. de 0,21±0.18, y las no tratadas o sólo paliativamente, 0,00 (fig. n.º 18). Deducimos pues que, con independencia del estadio, el tratamiento de las recidivas mejora la supervivencia global. Sin embargo, dado el tamaño de la muestra, resulta imprudente extender esta afirmación a cada estadio en particular.

XIII. Tratamiento

Excluido el grupo de pacientes afectos de carcinoma labial, revisamos el tipo de tratamiento realizado y la supervivencia asociada en 49 pacientes. Los tratamientos más comunes fueron cirugía sola —36.7%— y radioterapia —34.7%—, independientemente de la modalidad. Los tratamientos combinados representan tan sólo el 24.5% correspondiendo el 14.3% a la combinación cirugía-radioterapia, y el resto a la asociación radioterapia-quimioterapia. El mejor resultado en la muestra global corresponde al tratamiento quirúrgico sólo, independientemente de la modalidad, con una p.s.a. a 5 años de 0,76, seguido de la radioterapia, con 0.26.

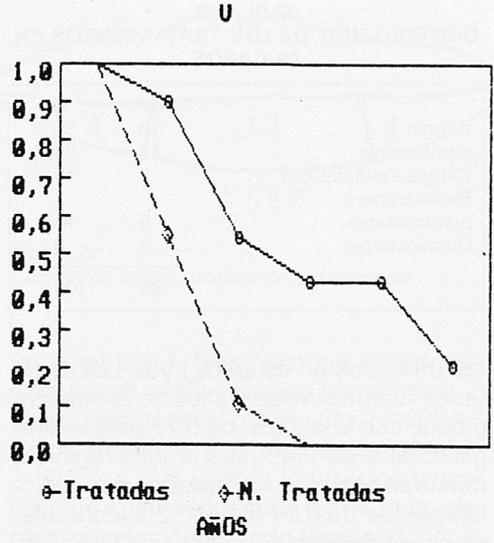


Figura 18
Comparación recidivas tratadas-no tratadas (excluido labio). 0.05> p>0.025.

El test de log-rank apoya esta suposición con un nivel de significación elevado — 0.05> p>0.025 (fig. n.º 19).

La quimioterapia aislada se utilizó tan sólo en dos casos, por lo que resulta imposible concluir acerca de su efectividad. En la tabla n.º 12 se detallan los tratamien-

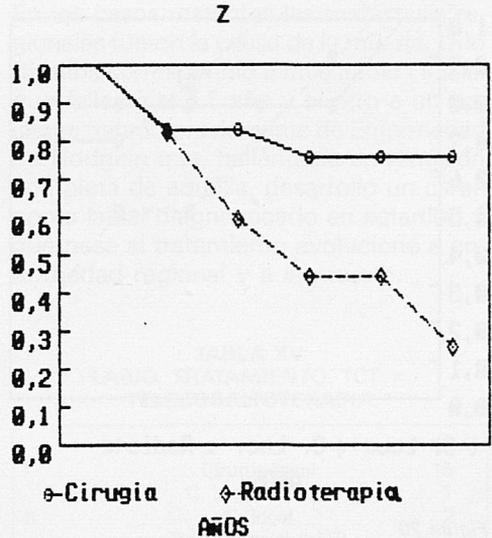


Figura 19
Tratamiento. Supervivencia actuarial (excluido labio). 0.05> p>0.025.

TABLA XI
DISTRIBUCION DE LOS TRATAMIENTOS EN
49 CASOS

	N.º	%
Cirugía	18	36.7
Radioterapia	17	34.7
Cirugía + radioterapia	7	14.3
Radioterapia + quimioterapia	5	10.2
Quimioterapia	2	4.1
	49	100

tos utilizados en estadíos I y II. Los resultados fueron similares a los de la muestra global, con una p.s.a. de 0.77 para la cirugía local y de 0.68 para la loco-regional, mientras que para los tratados con radioterapia fue de 0.24 (fig. n.º 20). Esta diferencia, en función del volumen de la muestra no es significativa — $p > 0.05$ —, aunque ilustra una tendencia a la disparidad. Tan sólo en un caso se asociaron ambos tratamientos.

En los estadíos avanzados III y IV los tratamientos más comunes fueron cirugía asociada a radioterapia y radioterapia aislada —tabla n.º 13. La p.s.a. a 5 años fue baja para ambos —0.33 (fig. n.º 21). La

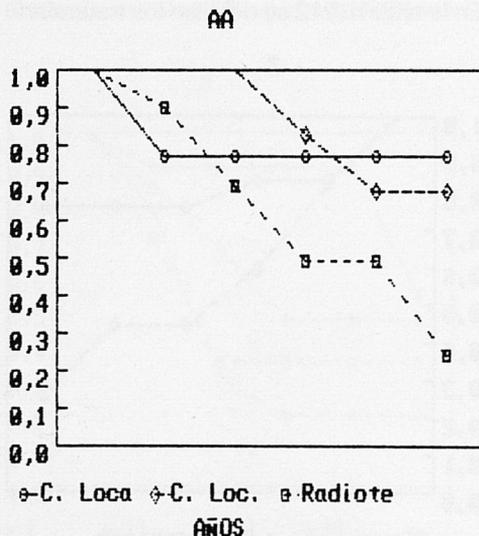


Figura 20
Estadíos I y II. Supervivencia actuarial según tratamiento. C. Local = cirugía local; C. Loc = cirugía loco-regional; Radiote = radioterapia. $0.10 > p > 0.05$.

TABLA XII
ESTADIOS I Y II. TRATAMIENTO

	N.º	%
Cirugía local	9	33.3
C. loco-regional	6	22.2
Radioterapia	11	40.7
C. loco-reg. + radiot.	1	3.8

quimioterapia en diversas combinaciones se utilizó asociada a radioterapia en 5 ocasiones, con una p.s.a. a 5 años de 0.00.

XIV. Labio inferior

Se revisaron 21 pacientes afectos de carcinoma labial. De ellos, 9 —42.8%— fueron autóctonos y 12 —57.2%—, no. Por años, la mayor incidencia correspondió a 1983-84, con 10 casos (47%). Veinte pacientes fueron varones —95.2%— y 1 fue mujer —4.8%—, lo que manifiesta el predominio del sexo masculino en esta localización.

La edad media de presentación fue de 64.19 ± 4.3 años. Para los autóctonos ésta correspondió a 65.44 y para los inmigrantes 63.25, sin diferencias significativas. Doce pacientes —57.2%— fueron consumidores de tabaco y alcohol y el resto, 9

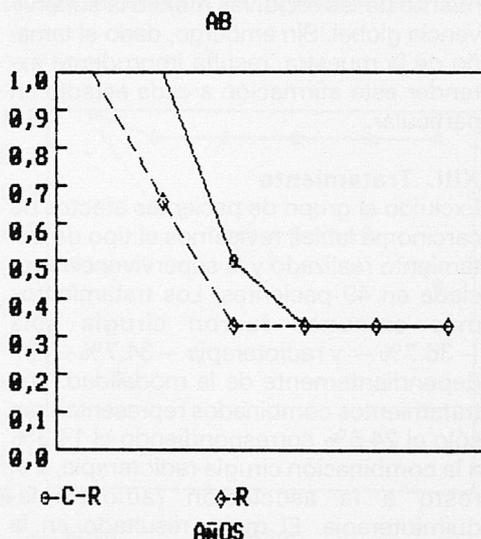


Figura 21
Estadíos III y IV. Supervivencia actuarial según tratamiento. C-R = Cirugía + radioterapia; R = radioterapia.

TABLA XIII
ESTADIOS III Y IV. TRATAMIENTO

	N.º	%
Cirugía + radioterapia	6	27.3
Radioterapia	6	27.3
Cirugía	3	13.6
Quimioterapia	2	9.1
Quimi + radioterapia	5	22.7

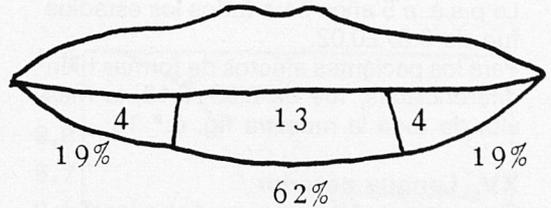


Figura 22
Carcinoma labial. Localización y frecuencia.

—42.8%—, no. En cuanto a la relación entre el consumo de aquellos y la distribución por estadíos, el test de Fisher arrojó un nivel de significación elevado —0.025> p>0.001—, en favor de los consumidores. Es decir, como ya indicamos en el análisis global de la muestra, los consumidores de tabaco y alcohol tienen mayor incidencia de estadíos avanzados III y IV que el resto de pacientes.

En cuanto al tratamiento previo, 7 pacientes —33%— fueron tratados en otros centros. La causa de remisión al hospital fue recidiva local o un tratamiento insuficiente. La distribución por estadíos muestra predominio de estadío I 16 casos, 76.2% (fig. n.º 9).

Excluidos los pacientes tratados previamente, el tiempo de evolución promedio fue de 7.07±2.6 meses. Desde el punto de vista étnico, los pacientes autóctonos presentaron una media de 3.25±3.9 meses y los inmigrantes de 9.25±3.9 meses, sin diferencia estadísticamente significativa.

Quince pacientes presentaron formas histológicas bien diferenciadas —71.4%—, 5 moderadamente diferenciadas —23,8%—, un caso carcinoma in situ y ninguno indiferenciado. No se evidenció relación significativa entre el grado de diferenciación histológica y la distribución por estadíos o el consumo de tabaco y alcohol.

TABLA XIV
LABIO INFERIOR. DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

	N.º	%
Carcinoma in situ	1	4.8
C. bien difer.	15	71.4
C. mod. difer.	5	23.8
C. indifer.	—	—

En la tabla n.º 14 se expone la distribución según el diagnóstico histológico.

Como vemos en el gráfico (fig. n.º 22), 13 casos afectaron al tercio medio del labio —62%—, y el resto a los tercios laterales, con igual frecuencia. No se pudo demostrar relación entre la localización y el consumo de tabaco y alcohol.

El 85% de los casos fue tratado mediante cirugía local, seguida de reconstrucción plástica simple. Un caso recibió radioterapia intersticial y tan sólo dos cirugía o telecobaltoterapia regional. El tipo de tratamiento según el estadío se detalla en la tabla n.º 15.

Cinco pacientes —23.8%— sufrieron recidivas. Tres fueron locales y respondieron bien al tratamiento mediante extirpación local.

En los casos restantes las metástasis regionales fueron la causa de la muerte. Uno de ellos correspondió a un estadío I inicial que falleció al 4.º año y el otro a un paciente tratado previamente de Enfermedad de Hodgkin que, hallándose en remisión completa de aquélla, desarrolló un carcinoma labial diagnosticado en estadío I y que pese al tratamiento evolucionó a enfermedad regional y a la muerte.

TABLA XV
LABIO. TRATAMIENTO. TCT = TELECOBALTOTERAPIA

		N.º
I	Cirugía local	15
	C. local + TCT	1
II	C. local	2
	R. intersticial (Ir ¹³²)	1
III	C. local	1
IV	C. loco-regional	1

La p.s.a. a 5 años para todos los estadios fue de 0.87 ± 0.02 .

Para los pacientes afectos de formas bien diferenciadas, fue de 0.93 ± 0.16 , la más alta de toda la muestra fig. n.º 16.

XV. Lengua anterior

Se revisaron 10 casos en dicha localización. Siete fueron autóctonos y 3 no. La misma proporción se obtuvo respecto al sexo, con una clara predominancia del sexo femenino. La media de edad global fue de 58.1 ± 6.7 , sin diferencias significativas en cuanto a sexo y origen. El tiempo de evolución promedio fue de 6.1 ± 3.06 meses. La distribución por estadios se detalla en la fig. n.º 23.

Tan sólo un caso había sido tratado previamente, mediante cirugía local.

El diagnóstico más frecuente fue bien diferenciado —6 casos—, seguido de mo-

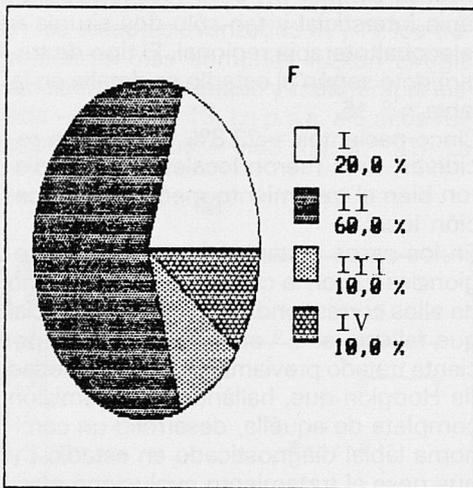


Figura 23
Lengua anterior. Distribución por estadios.

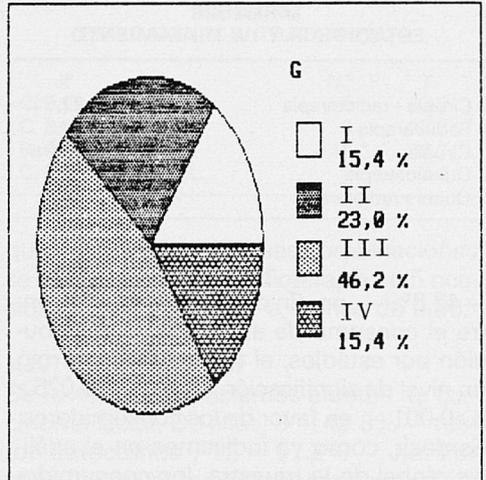


Figura 24
Base de lengua. Distribución por estadios.

deradamente diferenciado —2 casos—, e indiferenciado —1 caso—. En un caso no se reseñó el grado de diferenciación. Todos los tumores afectaron el borde lateral, con predominio del lado izquierdo sobre el derecho —7 y 3 casos respectivamente—.

El tratamiento realizado según los estadios y las recidivas se detallan en la tabla n.º 16. Dado lo reducido de la muestra resulta imposible extraer conclusiones, aunque cabe señalar que la cirugía local aislada posee la mayor proporción de fracasos. Los tres casos que presentaron recidivas fallecieron. Independientemente del estadio y del tratamiento, la tasa de supervivencia a 5 años fue de 0.63 ± 0.21 (fig. n.º 25).

XVI. Base de la lengua

El número en casos en dicha localización fue de 13. De ellos, 8 —61.54%— fueron

TABLA XVI
LENGUA ANTERIOR. TRATAMIENTO Y RECIDIVAS

	N.º	%	
I	C. local	1	—
	R. intersticial (Ir ¹³²)	1	—
II	C. local	3	2
	TCT	2	1
III/IV	C. loco-regional	1	—
	C. loco-regional + TCT	1	—
	TCT local + TCT regional	1	—

inmigrantes. Afectó predominantemente al sexo masculino — 11 casos, 84.6% — y la edad media global fue de 56.4 ± 5.6 . Once casos — 84.6% — eran consumidores de tabaco y alcohol, de los que el 90% fueron varones.

El tiempo de evolución promedio fue bajo, 3.7 ± 2.2 meses, en comparación con otras localizaciones. No obstante, el predominio de estadios avanzados, como veremos a continuación, y la escasa sintomatología inicial de estas lesiones nos hace pensar en un tiempo de evolución real más prolongado. Por estadios, el más frecuente fue el III, con seis pacientes — 46.2% —, seguido del II — 3 casos, 23% — y del I y IV, con dos pacientes cada uno — 15.4% — (fig. n.º 24).

Tan sólo un paciente fue tratado previamente, mediante telecobaltoterapia, sin especificarse dosis ni tamaño del campo. Once pacientes — 84.6% — presentaron grados moderados o pobres de diferenciación, mientras que 2 — 15.4% — presentaron formas bien diferenciadas. A su vez, los primeros presentaron predominio de estadios avanzados III y IV — 7 casos —. En cuanto a la lateralidad, 7 afectaron al lado izquierdo y 6 al derecho.

El tipo de tratamiento según el estadio y las recidivas se detallan en la tabla n.º 17. Como se puede apreciar, la disparidad en cuanto a criterios terapéuticos impide extraer conclusiones al respecto.

TABLA XVII
BASE DE LENGUA. TRATAMIENTO Y RECIDIVAS

	N.º		Recidivas
I	RI+TCL+TCR	1	1
	RI+TCL	1	1
II	CL+CR	1	1
	TCL+CL+CR	1	1
	RI+TCR	1	—
III	CL+CR+TCL+TCR	1	—
	RI+TCL+TCR+BLE	1	1
	TCL+TCR+CPT+5FU	2	1
	RI+TCL	1	1
	TCL+CPT+5FU	1	1
IV	CL+CR+TCL+TCR	1	1
	TCL+TCR+CR+CTP+5FU	1	—

CL = cirugía local; CR = cirugía regional; TCL = telecobaltoterapia local; CR = cirugía regional; TCL = telecobaltoterapia local; TCR = telecobaltoterapia regional; RI = radioterapia intersticial; BLE = bleomicina; CPT = cisplatino; 5FU = 5-fluorouracilo.

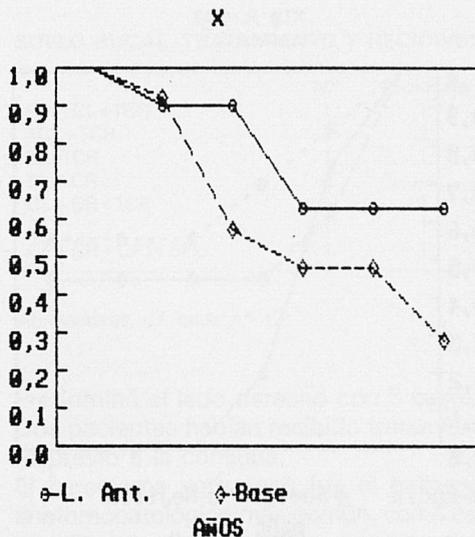


Figura 25

Lengua. Supervivencia actuarial. L. Ant = lengua anterior; Base = base de lengua.

Independientemente del estadio y del tipo de tratamiento, la p.s.a. a 5 años fue de 0.28 ± 0.10 (fig. n.º 25).

XVII. Encía

Nueve casos se presentaron en dicha localización, 2 de ellos en encía maxilar y el resto, 7, en encía mandibular. Ocho casos — 89% — correspondieron a pacientes varones y uno a una mujer. La edad media global fue de 66.4 ± 5.1 años. Seis pacien-

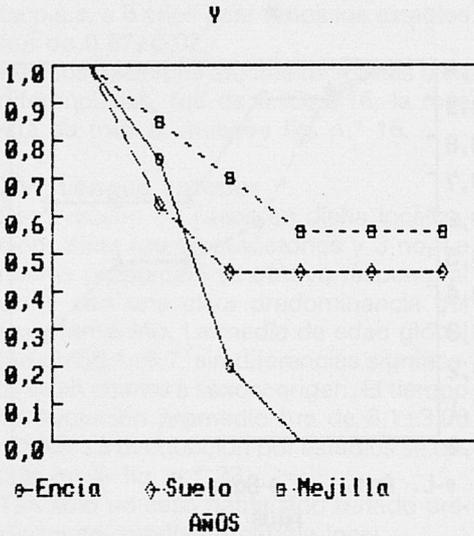


Figura 26
Otras localizaciones. Supervivencia actuarial.

tes eran consumidores de alcohol y de tabaco. El tiempo de evolución fue de 3.5 ± 2.5 meses, y teniendo en cuenta que el 66.7% se diagnosticaron en estadios III y IV, debemos pensar que el tiempo de evolución real fue mayor. La explicación residiría por un lado en un nivel deficiente de autocontrol por el paciente, y por otro lado en una atención incorrecta por parte del profesional de nivel primario: habitualmente, las lesiones mucosas localizadas en la encía se relacionan exclusivamente con patología dentaria, siendo tratadas durante tiempo prolongado como tales.

TABLA XVIII
ENCIA. TRATAMIENTO Y RECIDIVAS

	N.º	Recidivas
Maxilar		
TCL	1	1
TCL+TCR+CPT+MTX+BLE	1	1
Mandíbula		
CL+CR	3	1
CL+TCL+TCR	1	1
TCL+CPT+5FU	1	1
TCL+TCR	1	—
CPT+5FU	1	1

MTX = metotrexate; resto abreviaturas, c.f. tabla n.º 17.

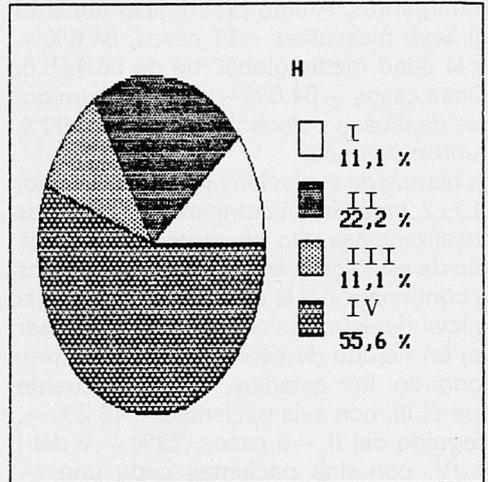


Figura 27
Encía. Distribución por estadios.

En la figura n.º 27 se detalla la distribución por estadios.

Por lados, 4 afectaron al derecho, 4 al izquierdo y uno a la línea media alveolar superior. Ninguno de los casos fue tratado previamente. La distribución según la histología fue la siguiente: bien diferenciado, 4 casos; moderadamente diferenciado, 4 casos; indiferenciado, 1 caso. No se demostró relación entre el tipo histológico y el estadio clínico. En la tabla n.º 18 se exponen los diversos tratamientos. La supervivencia global a 5 años fue de 0.00.

XVIII. Suelo bucal

De los 11 casos en esta localización, 5 correspondieron a pacientes autóctonos y el resto a inmigrantes. Predominó el sexo masculino, con 9 casos —82%— y 2 el femenino. La edad promedio fue de 53.09 ± 8.4 años. Ocho pacientes —73%— eran consumidores de tabaco y alcohol, todos ellos varones. La comparación de las medias de los fumadores y bebedores — 42.6 ± 14.3 — con la de los no consumidores — 66.6 ± 7.2 — arrojó una diferencia estadísticamente significativa, manifestando una tendencia a la aparición precoz de estas lesiones en pacientes adictos a dichos hábitos.

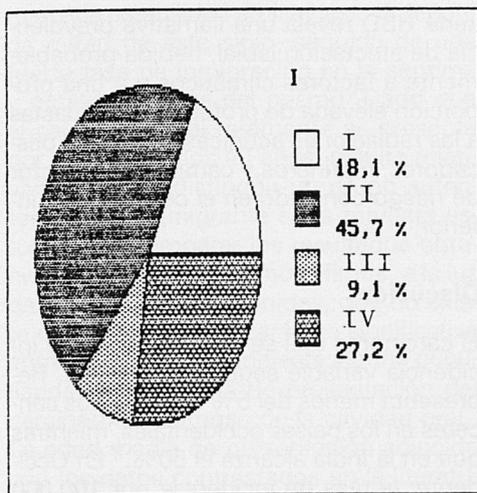


Figura 28
Suelo bucal. Distribución por estadios.

El tiempo de evolución promedio fue el más corto de toda la muestra, 2 ± 0.53 meses. Por estadios, los más frecuentes fueron I y II, con un 63.6% (fig. n.º 28). La localización más frecuente fue la central con 5 casos, seguida de la laterales, con 3 casos cada lado.

Ninguno de los enfermos había sido tratado anteriormente. En cuanto al diagnóstico histológico, el más frecuente fue el bien diferenciado —7 casos—, seguido del intermedio —3 casos—, y del indiferenciado —1 caso—. No se evidenció relación entre el grado de diferenciación y el consumo de tabaco, el alcohol o el estadio clínico. En la tabla n.º 19 se muestran las diversas modalidades terapéuticas. La p.s.a. a 5 años, independientemente del estadio y del tipo de tratamiento, fue de 0.45 ± 0.4 (fig. n.º 26).

XIX. Mejilla y comisura

Esta localización presentó la menor incidencia en la muestra, con 7 casos. De ellos 5 eran autóctonos y 2 no. La edad promedio fue la más elevada, 68.8 ± 9 años. Tan sólo dos de los siete casos eran consumidores de tabaco y alcohol. El tiempo de evolución fue de 4.6 ± 2.9 meses. Por estadios, 5 casos se clasificaron como I y II. Los otros dos correspondieron al III y IV.

TABLA XIX
SUELO BUCAL. TRATAMIENTO Y RECIDIVAS

	N.º	Recidivas
RI+TCL+TCR	1	1
TCL+TCR	2	2
RI+TCR	1	1
CL+CR	4	—
CL+CR+TCR	1	1
CL	1	1
CL+CR+CPT+5FU	1	1

Abreviaturas, c.f. tabla n.º 17.

Predominó el lado derecho con 5 casos. Dos pacientes habían recibido tratamiento previo a la consulta.

El carcinoma verrugoso fue el hallazgo anatomopatológico más común, con 4 casos. El resto, 3 casos, correspondió a formas moderadamente diferenciadas. Tratamiento y recidivas se exponen en la tabla n.º 20.

La p.s.a. a 5 años para esta localización fue de 0.56 ± 0.37 (fig. n.º 26). Es preciso señalar que en los cuatro casos de carcinoma verrugoso, la supervivencia fue del 100%. Así pues, los tres pacientes fallecidos correspondieron a carcinomas escamosos moderadamente diferenciados.

TABLA XX
MEJILLA-COMISURA. TRATAMIENTO Y RECIDIVA

	N.º	Recidivas
CL	3	—
CL+TCL+TCR	1	1
CL+CR	1	1
TCL	2	1

Abreviaturas, c.f. tabla n.º 17.

Comparación «La Paz 1985» «Son Dureta 1988»

En 1985 se realizó en el Hospital «La Paz» de Madrid una revisión similar a la presente.² Sin embargo, adolece de ciertos defectos metodológicos que impiden una comparación exhaustiva con la realizada

aquí. Dos son los principales: el primero, el ámbito de la población, correspondiente a todo el Estado (ya que es centro de referencia nacional), y el segundo, la falta de rigor estadístico. Pese a todo, resulta atractivo comparar algunos resultados, dado el mayor volumen de la muestra del Hospital «La Paz»: 299 casos.

En la revisión HLP (Hospital «La Paz») se observó una mayor incidencia de consumidores de tabaco y alcohol —69.7%— que en HSD (Hospital «Son Dureta») —60.9%—. La sepsis oral o un bajo nivel de higiene buco-dental —no reseñado en esta serie— se evidenció en el 62.5% (casi la misma frecuencia que la del consumo de tabaco y alcohol).

La relación entre sexos correspondientes a HLP fue de 7:1 y de 4.6:1 en HSD. Por décadas, la sexta fue la más común en ambas series, con una media de 59.0 para HLP y de 59.65 para HSD.

La distribución por estadios fue marcadamente diferente, con una elevada incidencia de estadios III y IV en HLP —56.8%— con respecto a HSD —35.3%—, con un elevado nivel de significación estadístico — $p < 0.001$ —. Asimismo, el estudio de HLP evidenció una elevado índice de formas histológicas pobremente diferenciadas.

Todo ello revela en conjunto un deficiente nivel sanitario de la población origen de la muestra, procedente, en muchos casos, de regiones deprimidas.

En la tabla n.º 21 se puede observar las frecuencias según localización de cada serie. Agrupando base de lengua y lengua anterior se obtiene un predominio de las mismas en ambas series. No obstante, la

serie HSD revela una llamativa prevalencia de afectación labial, debida probablemente a factores climáticos y a una proporción elevada de profesiones expuestas a las radiaciones actínicas (albañiles, pescadores, marineros y campesinos), factor de riesgo conocido en el cáncer labial inferior.

Discusión

El carcinoma oral se presenta con una incidencia variable según la geografía. Representa menos del 5% de todos los cánceres en los países occidentales, mientras que en la India alcanza el 50%.³ En Occidente, la tasa de incidencia por 100.000 habitantes ajustada a la edad, incluyendo los tumores de glándulas salivales y los mesenquimales orales, que suponen menos del 10%, oscila entre 21.3 en El Paso, Tejas (EEUU) para la población no hispana y 6.1 en Oxford (Gran Bretaña) para los varones.

Para las mujeres, la máxima tasa publicada se obtuvo entre la población hispana de El Paso (EE.UU.) con un 6.2 y la mínima en Oxford (Gran Bretaña), con un 1.8 por 100.000 habitantes. Como hemos podido apreciar, los resultados globales en nuestra serie corresponden a 5.66 para los varones y a 0.98 para las mujeres. No se ha demostrado tendencia al aumento en el período 1980-87 por lo que podemos afirmar que la incidencia de cáncer oral en nuestro medio es relativamente baja y estable, afectando predominantemente a los varones en una proporción de 6.4:1. Ello contrasta claramente con los datos correspondientes a países más desarrollados que muestran un aumento de la incidencia en el sexo femenino, debido a la adquisición de hábitos tóxicos tradicionalmente exclusivos del sexo masculino, tales como el consumo de tabaco y alcohol. Por ello, podemos prever una mayor participación de la mujer en nuestro medio en los próximos decenios, una vez que las nuevas generaciones alcancen la edad media de la vida.

Por razones de insularidad, nuestra Comunidad Autónoma se caracteriza por una

TABLA XXI
LOCALIZACION SEGUN SERIES

	Son Dureta	La Paz
Labio	28.3	14.7
Lengua anterior	13.5	26.8
Base de lengua	17.5	
Encía	12.1	18.7
Suelo-bucal	14.8	19.1
Mejilla-comisura	9.4	4.6
Otros	4.4	16.1

marcada estabilidad étnica hasta la segunda mitad de este siglo, seguida de una fuerte tasa de inmigración en la séptima y octava décadas del mismo. Dado que el carcinoma oral raramente se presenta por debajo de los 40 años, resulta relativamente fácil distinguir un grupo autóctono y otro inmigrante en la muestra estudiada, y comparar los resultados obtenidos en ambos. Podemos afirmar, a la luz de los resultados obtenidos, que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos que manifieste alguna peculiaridad en la forma de presentación del carcinoma escamoso de la cavidad oral. La edad media de presentación coincide con los datos contrastados en la literatura,^{3, 4, 5, 6, 7} correspondiendo la mayoría de los casos a la 6.^a y 7.^a décadas, con un máximo entre los 55 y los 60 años. Tan sólo en Israel se obtuvo una mayor incidencia de afectación tardía, con un 43.5% de pacientes mayores de 71 años.⁸ En algunos países, en cambio, se ha detectado una tendencia a la afectación en edades más tempranas y así Kolls y Hoffman evidenciaron una afectación creciente de pacientes en la 4.^a y 5.^a décadas de la vida a partir de 1970.⁵ En nuestra serie, como ya comentamos, no obtuvimos variaciones dignas de mención en la evolución de la edad media a lo largo del período estudiado (gráfica n.º 8).

Diversos factores han sido implicados tradicionalmente en la aparición y desarrollo del cáncer oral (tabla n.º 22). En nuestra revisión hemos considerado solamente dos, tabaco y alcohol, que inciden mayoritariamente en nuestra población. El grado de exposición a las radiciones actínicas no fue incluido en nuestro estudio,

pese a que su influencia en la aparición del carcinoma labial es conocida, aunque puesta en duda por algunos autores.⁹

Sin embargo, la influencia del tabaco y del alcohol y su efecto sinérgico han sido ampliamente demostrados en la literatura.^{10, 11, 12} Como ya hemos comentado, el consumo de tabaco y alcohol, por razones de hábito y determinantes sociales es simultáneo en la mayoría de los países occidentales, por lo que el consumidor de tabaco lo es de alcohol y viceversa. Tan sólo en algunos países del sudeste asiático, especialmente la India, el tabaco ha sido aislado como factor individual de riesgo en series amplias.^{8, 10, 12} En la nuestra, al igual que en la del Hospital «La Paz»,² más del 60% de los pacientes eran consumidores. Dicho grupo, al igual que en otras series consultadas, se caracteriza por una edad media significativamente menor —57.6 años— que la de los no consumidores que, en la serie de Hodge¹³ correspondiente a 33 pacientes no fumadores, es mayor de 70 años en el 48% de los casos. Aunque la diferencia antes citada para nuestra serie no fue estadísticamente significativa, la coincidencia con otros estudios previos nos inclina a pensar que el consumo de tabaco y alcohol induce una aparición precoz del cáncer oral, que es especialmente evidente en el carcinoma de suelo bucal. Otro aspecto característico en este grupo es la mayor frecuencia de estadíos clínicos avanzados, significativa estadísticamente (tabla n.º 2).

Así pues, en nuestro medio, el consumo de tabaco y alcohol induce una aparición precoz y un mayor número de casos avanzados de cáncer oral. La actual prevalencia de los varones —97.7%—, en el gru-

TABLA XXII
FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES PREDISONENTES EN EL CANCER ORAL

Infecciones bucodentales	Epidermólisis bullosa
Tabaco	Lupus eritematoso discoide
Alcohol	Fibrosis submucosa
Sífilis	Melanosis oral
Herpes simple	Exposición solar prolongada
Liquen plano erosivo	Radiaciones ionizantes
Candidiasis	Trabajadores del metal
Síndrome de Plummer-Vinson	

po de fumadores determina, asimismo, una predilección por determinadas localizaciones en las mujeres. Concretamente el carcinoma de lengua anterior es más frecuente entre mujeres —no fumadoras—, como se evidencia en nuestra serie y otras publicadas.^{11, 13} No obstante, la progresiva incorporación de la mujer en estas dos últimas décadas a hábitos característicos del varón, va a deparar un cambio significativo en cuanto a la distribución antes citadas. Bross y Coombs¹⁴ estimaron en 1976 que las mujeres en edades comprendidas entre los 40 y 60 años, consumidoras de 20-40 cigarrillos y una onza de alcohol diarios tienen riesgo relativo de cáncer oral 18 veces superior a las no consumidoras.

El tiempo de evolución hasta la primera consulta es variable según la localización de la lesión y oscila entre menos de un mes para el suelo bucal y más de nueve meses para el labio inferior (tabla n.º 23).

TABLA XXIII
TIEMPO DE EVOLUCION PROMEDIO SEGUN LOCALIZACION

Suelo bucal	2.0±0.5
Encia	3.5±2.5
Base de lengua	3.7±2.2
Mejilla-comisura	4.6±2.9
Lengua anterior	6.1±3.0
Labio	7.1±2.6

Uno de los rasgos más llamativos del análisis es la similar distribución de los tiempos de evolución independientemente del estadio clínico — $p > 0.25$ —. De ello se deduce que el diagnóstico del carcinoma oral en estadios avanzados no depende tanto de la tardanza del paciente en acudir al profesional sanitario como de la *capacidad intrínseca de crecimiento* de cada tumor. En 1982, Johns¹⁵ demostró una fuerte asociación entre la capacidad de clonación de células tumorales —procedentes de carcinomas escamosos de cabeza y cuello— en cultivos de agar, el estadio clínico del tumor y el pronóstico del mismo. Tumores con clonogenicidad superior a

0.005% presentan una mayor proporción de estadios avanzados y una tasa de mortalidad más elevada que aquellos cuya clonogenicidad es inferior a dicho límite. Ello concuerda con los datos obtenidos en nuestra serie respecto al tiempo de evolución del carcinoma oral y apunta la posibilidad de predecir su comportamiento desde el momento del diagnóstico. Otras investigaciones similares realizadas en el campo de los marcadores tumorales permitirán un mayor conocimiento del comportamiento clínico de estos tumores.¹⁶

La distribución por estadios evidencia una situación más favorable en nuestra serie —35.3% de estadios III y IV— que en el Hospital «La Paz» —56.8%—, con un nivel de significación $p < 0.001$. Sin embargo, la relación entre estadios iniciales y avanzados no ha variado significativamente a lo largo del período revisado. Así pues, queda mucho por hacer en la educación de los profesionales sanitarios —médicos y odontólogos—, así como de la población para conseguir un aumento en el número de tumores diagnosticados en «estadio útil»,¹⁷ es decir, inicial. El diagnóstico histológico revela una casi inexistencia de lesiones en fase de carcinoma in situ —1.4%— acorde con los resultados de Amagasa,¹⁹ que en un período de 15 años halló tan sólo 12 casos, con un tiempo de evolución promedio de más de 7 meses en el 60% de casos. Por ello, nuestra experiencia, y a la luz de los conocimientos actuales sobre la biología tumoral creemos que el carcinoma in situ es más bien una forma peculiar de carcinoma escamoso que, en muchos de los casos, un estadio evolutivo inicial del mismo. Por ello, estamos de acuerdo con S. Forteza¹⁷ en que el estadio «útil» sobre el que debemos enfocar nuestra atención es el I —T₁—, siendo el T₀ un hallazgo infrecuente.

El grado de diferenciación histológica parece asociarse con el pronóstico del tumor en esta serie. Cuanto más indiferenciado, más avanzado es el estadio en el momento del diagnóstico y peor tasa de supervivencia asociada (fig. n.º 14).

Uno de los datos más chocantes del es-

tudio lo constituye la baja frecuencia de cuellos histológicamente positivos —5 de 17 (29.4%)—, cuando, según Southwick y Fletcher,⁶ hasta un 50% de las disecciones ganglionares en carcinoma escamoso de la lengua y suelo bucal son positivas al estudio anatomopatológico. Si a ello añadimos que tan sólo 4 de 7 casos N⁺ a la palpación resultan con metástasis al estudio histológico, debemos poner en duda la fiabilidad del diagnóstico biopsico de las piezas de disección cervical y creemos razonable ampliar la indicación de las disecciones cervicales funcionales modificadas como único medio de prevenir ulteriores virajes de N₀ a N_{1, 2, 3}, lo que ensombrece notablemente el pronóstico. La aparición de un segundo tumor meta o sincrónico regional es un fenómeno conocido entre los pacientes afectos de carcinoma de cabeza y cuello, y ha sido descrito hasta en el 29% de los casos por Bloom.²⁰ En nuestra serie no se evidenció ningún caso.

Entre todas las localizaciones, el carcinoma originado en el labio inferior tiene la mejor p.s.a. a 5 años, 0.87. Le siguen lengua anterior —0.63—, mejilla y comisura —0.56—, suelo —0.45—, y base de lengua —0.28—. Asimismo, el carcinoma de encía tiene el peor pronóstico, con un 0.00 de supervivencia.

Como se ha publicado previamente,⁶ los estadios avanzados, en particular con afectación cervical, se evidencian como factores de mal pronóstico. La localización, en especial en encía y base de lengua, debe considerarse también, como factor de mal pronóstico, dado el elevado porcentaje de estadios avanzados —61.6 y 66.7%, respectivamente— y su baja p.s.a.

Al igual que en la serie de La Paz,^{2, 22} el tratamiento quirúrgico aislado ofrece la mejor p.s.a. en los estadios I y II globalmente, aún excluyendo el labio, e igual a 0.68, mientras que la radioterapia sola, en sus diversas combinaciones, presentan una p.s.a. de 0.24. Sin embargo, en estadios avanzados, ni la asociación cirugía-radioterapia ni la radioterapia sola consiguen resultados superiores al 0.33.

Otro de los aspectos llamativos del tratamiento del carcinoma oral en nuestro centro es la gran variedad de combinaciones terapéuticas utilizadas para el mismo estadio evolutivo (tablas n^o 16, 21).

Ello pone de manifiesto la ausencia de un protocolo riguroso, adaptado a las características del centro, lo que ha permitido la utilización de pautas terapéuticas periclitadas en algunos casos. Asimismo, la ausencia de un comité de tumores «funcional» favorece la perpetuación de esta situación y el desaprovechamiento de algunos recursos curativos.

Conclusiones

- 1.º La tasa de incidencia del Cáncer Oral en Baleares, según nuestros datos, es baja y estable en comparación con el resto de la geografía mundial.
- 2.º Una proporción muy elevada de casos —58.2%— no han podido ser investigados a consecuencia de graves negligencias en la recogida y almacenamiento de datos clínicos en nuestro hospital, seguimiento de enfermos y la inexistencia de un Registro Regional de Tumores que coordine dicha información.
- 3.º Los pacientes autóctonos afectos de carcinoma oral no presentan ninguna peculiaridad significativa digna de mención.
- 4.º Los pacientes pertenecen mayoritariamente al sexo masculino.
- 5.º La edad de presentación corresponde a la sexta y séptima décadas de la vida, aunque el carcinoma de suelo bucal puede afectar a sujetos más jóvenes.
- 6.º El consumo de tabaco y alcohol, las formas pobremente diferenciadas y las localizaciones en encía y base de lengua asocian un elevado número de estadios avanzados.
- 7.º La proporción de cuellos histológicamente positivos es baja —29%— en comparación con otras series. Creemos que la razón de ello reside en un defecto de técnica quirúrgica o de rastreo anatomopatológico de las piezas de disección.
- 8.º Exceptuando el labio, base de la len-

gua, suelo bucal y lengua anterior son las localizaciones más frecuentes.

9.º El carcinoma labial es una lesión de buen pronóstico, con una p.s.a. de 0.93 en algunos casos.

10.º Las formas pobremente diferenciadas, los estadios avanzados y especialmente la afectación cervical, son factores de mal pronóstico.

11.º Pese a todo, las recidivas tratadas con intención curativa tienen un pronóstico relativamente mejor que las no tratadas o tratadas paliativamente.

12.º Las lesiones en estadio inicial I y II son curables por medio del tratamiento quirúrgico, especialmente tras la incorporación de técnicas menos mutilantes, tales como la disección cervical funcional modificada, y técnicas reconstructivas recientes. En los estadios avanzados, las combinaciones terapéuticas agresivas no proporcionan mejoría significativa de la supervivencia.

13.º Es preciso crear un Registro Regional de Tumores. Asimismo, resulta imprescindible, a estas alturas, insistir en la necesidad de crear y mantener comités hospitalarios de tumores «funcionantes», capaces de sistematizar los tratamientos y analizar sus resultados.

14.º La educación sanitaria de la población y de los profesionales conducirá a una disminución en la incidencia del Cáncer Oral en nuestra Comunidad a través de la supresión de los factores de riesgo y aumentará la frecuencia de casos diagnosticado en «ESTADIO UTIL».

Bibliografía

1. Matthews DE, Farewell VT. Estadística médica. Ed. Salvat. Barcelona 1988.
2. Forteza G, Burgueño M, Zamora P, Martorell V, Colmenero B, González Barón M, Pérez Gastón I. Cáncer de la cavidad oral: nuestra experiencia. Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Oncología. Madrid, Octubre de 1985.
3. Lucas RB. Pathology of Tumours of the Oral Tissues. Ed. Churchill Livingstone. Londres 1984, pp. 124-37.
4. Waterhouse J, Muir C, Correa P. Cancer incidence in Five Continents. Lyon. International Agency of Research in Cancer. Vol. III: 462-96, 1976.

5. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Oral Pathology. Ed. Saunders. Philadelphia 1983, pp. 112-31.
6. Million RR, Cassisi, Wittes RE. Cáncer de cabeza y cuello. En: De Vita: Práctica de Oncología. Ed. Salvat. Barcelona 1984, pp. 281-370.
7. Bloom ND, Spiro RH. Carcinoma of the cheek mucosa. Am. J. Surg. 140: 556-9, 1980.
8. Gazit D, Ulmansky M, Fisham S, Bab I, Sela J. A study of a sample of oral cancer in Israel. Oral Surg. 57: 118-21, 1984.
9. Szpak CA, Stone MJ, Frenkel EP. Some observations concerning the demographic and geographic incidence of carcinoma of the lip and oral cavity. Cancer 40: 343-8, 1977.
10. Mahboubi E. The epidemiology of oral cavity, pharyngeal and esophageal cancer outside of North America and Western Europe. Cancer 40: 1979-86, 1977.
11. Brugere J, Guereil P, Leclerc A, Rodríguez J. Differential effects of tobacco and alcohol in cancer of the larynx, pharynx and mouth. Cancer 59: 391-5, 1986.
12. Gupta PC, Pindborg JJ, Bhousle RB, Murti PR, Mehta FS, Aghi MB, Daftary DK, Shah HT, Sinor PN. Intervention study for primary prevention of oral cancer among 36,000 Indian tobacco users. The Lancet, May 31, 1235-9, 1986.
13. Hodge KM, Flynn MB, Drury T. Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract in nonusers of tobacco. Cancer 55: 1232-5, 1985.
14. Bross IJD, Coombs J. Heavy drinking, smoking linked with oral cancer. JAMA 236: 435, 1976.
15. Johns ME. The clonal assay of head and neck tumor cells: results and clinical correlations. The Laryngoscope, Add. 1983.
16. Vinzenk K. Diagnosis of head and neck carcinomas by means of immunological tumor markers. J. Cranio. Max. Fac. Surg. 15: 270-7, 1987.
17. Forteza S. Posibilidades y resultados a conseguir en el diagnóstico precoz del cáncer de la cavidad oral. Mesa redonda. Diagnóstico precoz del cáncer de la cavidad bucal. II Congreso Hispano-Lusitano de Estomatología. Santiago de Compostela, Junio de 1983.
18. Scully C, Malanos D, Levers BGH, Porter SR, Prime Ss. Sources and patterns of referrals of oral cancer: role of general practitioners. Brit. Med. J. 293: 599-602, 1986.
19. Amagasa T, Yokoo E, Sato K y cols. A study of the clinical characteristics and treatment of oral carcinoma in situ. Oral Surg. 60: 50-55, 1985.
20. Iltad ST, Bigelow ME, Rmensnyder JP. Clinical behavior and results of current therapeutic modalities for squamous cell carcinoma of the bucal mucosa. Surg. Gyn. Obst. 160: 25408, 1985.
21. Forteza G, Martorell V, Burgueño M, Sierra I, Pérez Gastón I, Colmenero B. Cáncer de la cavidad oral; revisión de 299 casos. I Sesión Interhospitalaria de Cirugía Maxilofacial. Hospital «La Paz». Madrid, Octubre 1985.
22. Burgueño M, Forteza G, Martorell V, Colmenero B. Cáncer del suelo bucal. Rev. Act. Estomatol. Esp. Agosto 1987.
23. Mashberg A, Meyers H. Anatomical site and size of 222 early asymptomatic oral squamous cell carcinomas. Cancer 37: 2149-57, 1976.