

## Tratamiento del cáncer del párpado y del labio

RUHERI PEREZ TAMAYO\*

**E**L CÁNCER del párpado es una lesión relativamente común. Sesenta por ciento de todos los tumores primarios de los tejidos de la órbita y sus anexos son cánceres del párpado<sup>6</sup>, cinco por ciento de todas las neoplasias de la piel se presentan en los párpados<sup>3</sup>.

La importancia del cáncer del párpado se entiende mejor cuando se considera que *a*) el cáncer de la piel es la neoplasia más frecuente, *b*) pone en peligro la integridad funcional de un órgano de los sentidos indispensables y *c*) es susceptible de ser controlado en un alto por ciento.

La edad promedio del enfermo con cáncer del párpado es 60 años<sup>3</sup> y los hombres son dos veces más frecuentemente afectados que las mujeres<sup>4, 1</sup>.

### PATOLOGÍA

El cáncer del párpado suele ocurrir, por orden de frecuencia, en el párpado inferior (45%), el canto interno (35%), el canto externo (12%), y el párpado superior (8%)<sup>3, 4, 5</sup>. En la clínica, el cáncer del párpado afecta doce veces más frecuentemente el párpado inferior que el superior. La inmensa mayoría de las lesiones son basocelulares (80%); los tumores espinocelulares son poco frecuentes (15%) y solo ocasionalmente se reportan otras variedades histopatológicas (melanomas, tumores mixtos y adenocarcinomas).

### EVOLUCIÓN CLÍNICA

El cáncer del párpado es de crecimiento lento y rara vez da metástasis regionales. Esto se debe a que solo las lesiones espinocelulares, poco frecuentes, dan metástasis, y cuando lo hacen es solo en un 10-16% de estos casos.

Los ganglios preauriculares y parotídeos son tributarios de los tres cuartos externos del párpado superior y el cuarto externo del párpado inferior; los ganglios faciales submaxilares son tributarios de los tres cuartos internos del párpado inferior, el canto interno y el cuarto interno del párpado superior.

Las lesiones suelen clasificarse clínicamente en cuatro grupos: I) tumores pequeños del borde libre, II) lesiones destructivas del párpado e infiltrantes; III) lesiones que invaden la órbita y IV) lesiones con metástasis regionales, invasoras de senos paranasales o de esqueleto orbitario.

Los grupos clínicos II y IV son poco frecuentes. Más del 94% de los enfermos acuden a consulta con lesiones tempranas (I y II), afortunadamente. Sin embargo, muchos de ellos presenta epífora desde la primera consulta, lo cual se debe a la frecuencia de A) la inversión, eversión o destrucción del párpado por la lesión y B) a la obstrucción tumoral del conducto lácrimonasal.

### TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer del párpado puede ser quirúrgico o radioterapéutico. Ambos métodos ofrecen ciertas ventajas y en ocasiones tienen indicaciones precisas. Los grupos clínicos tempranos (I y II) pueden ser resueltos por cualquiera de los dos métodos; quizá la Roentgenterapia —en igualdad de condiciones y habilidad profesional— ofrece mejores resultados estéticos y funcionales. Los por cientos de control con ambos métodos, publicados recientemente, son idénticos. La opinión médica llegó a favorecer la elección de medios quirúrgicos, por el recuerdo de los efectos adversos que originalmente causó, el “uso inexperto e indiscriminado” de las radiaciones. (Cataratas, retracción y atrofia cutánea). Actualmente, estas complicaciones son evitables gracias al empleo de una Roentgenterapia menos primitiva y más racional (protracción y fraccionamiento); las implantaciones de radio han sido casi totalmente abandonadas; las dosis cáusticas antiguas deben ser reemplazadas por otras más pequeñas, que aprovechan la susceptibilidad neoplásica selectiva y protegen el lecho celular normal. La Roentgenterapia bien aplicada puede aventajar al método quirúrgico en un buen número de tumores del canto interno, logrando la permeación del conducto nasolacrimal, conducto que de otro modo tendría que ser extirpado; la roentgenterapia puede también aventajar a la cirugía, cuando la extirpación mínima de tejidos clínicamente invadidos,

compromete la integridad estético-funcional del párpado si es radical ó deja, peligrosamente, poco margen de seguridad si la cirugía es conservadora. Dicho de otro modo, la roentgenterapia puede ser más radical en lesiones extensas comprometiendo en menor grado integridad estética funcional. La cirugía pudiera estar indicada en lesiones superficialmente extensas pero destructivas pues el mejor resultado estético funcional radio-terapéutico tendría que ser seguido de una operación plástico-reparadora. Así mismo, a algunos casos muy avanzados, con invasión esquelética u orbitaria, deben intentar ser controlados por medios quirúrgicos. Estos son difíciles de controlar por cualquier método. En ocasiones es necesario exenterar la órbita y cubrir amplias pérdidas de substancia.

### RESULTADOS

Los tumores basocelulares no tratados previamente pueden ser controlados por más de tres años en un 96% (grupos clínicos I y II); los tratados previamente, en un 59%. Los tumores avanzados (grupos III y IV) son difíciles de controlar. Solo el 33 por ciento de ellos se salvan.

### COMPLICACIONES

Quizá el capítulo más importante por considerar sea éste, pues obteniéndose igual número de curaciones con ambos métodos de tratamiento, no solo es deseable sino mandatorio utilizar aquel método que produzca menor número de complicaciones y el mejor resultado estético. Las complicaciones probables son:

- a) Cicatriz indescable (retracción).
- b) Defecto antiestético y disfuncional.
- c) Inversión del párpado.
- d) Estenosis del conducto lacrimal (6.5%)<sup>6</sup>.
- e) Conjuntivitis (5/100—5% no por irradiación)<sup>7</sup>.
- f) Catarata: (0%<sup>7</sup> a 23.5%).
- g) Necrosis (3/100<sup>7</sup> = postirradiación; mecánicas. Sanaron espontáneamente).

c) y d) causan epífora. Wildermuth y Evans encontraron 10 casos en 100 tratados.

De éstos, cuatro tenían epífora antes del tratamiento y cinco más estaban en la región del conducto lácrimo-nasal. En el décimo caso los dos tercios laterales del párpado inferior estaban invadidos.

d) H. Renfer<sup>5</sup> produjo  $5/25=20\%$  de estenosis u obstrucción del conducto lácrimal pero todos sus casos eran del canto interno y fueron tratados con dosis cáusticas únicas. Schulz, sin embargo, solo tuvo esta complicación en  $11/168=6.5\%$ <sup>6</sup>.

f) Los casos tratados con Radium ( $2/16 = 12.5\%$ <sup>4</sup>; [Milner  $3/13=23\%$ ) y los casos tratados previamente ( $4/17 = 23.5\%$ <sup>4</sup>) pueden dar la formación de cataratas de un 12 a  $23.5\%$  pero esta cifra puede hacerse descender hasta el  $0\%$ <sup>7</sup>.

#### COMPLICACIONES INEVITABLES

- a) Conjuntivitis que precede 3-5 días a la epitelitis<sup>3</sup>.
- b) Depilación del párpado expuesto (aparece a los 10-20 días de iniciado el tratamiento).
- c) Cataratas sobre ojos infiltrados (aparecen de tres a doce años después del tratamiento).

#### RECOMENDACIONES

1. Usar como tratamiento de elección Roentgenterapia superficial lenta. Tec. 110 Kv — 15 Ma — 0.25 milímetros de Cobre. 150 — 200r c/24 horas a dosis de 4 a 5000r.

2. Proteger el globo ocular con una barrera de plomo de 1 mm. el cual absorbe 97% de la radiación. Bastan 550r (150 kv., 3 mm. de Al), 600r (200 kv) y 1000 gama r para producir una catarata<sup>3</sup>.

3. Promover y vigilar la curación normal de la reacción provocada.

4. Evitar tratamientos por medio de radium ya que no existe grueso práctico de material absorbente que pueda proteger el globo ocular. Dos milímetros de plomo dejan pasar 88% de la dosis daña<sup>3</sup>.

#### CANCER DEL LABIO

##### EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer del labio no es una lesión excepcional, sino una neoplasia relativamente común. Es el cáncer más frecuente de la cavidad (del 25

al 30%)<sup>18, 21</sup> y según algunos autores constituyen del 2 hasta el 11% de las admisiones por cáncer (1.17% para Gruickshank<sup>20</sup>, 5% para Gladstone<sup>18</sup> y 11.3% para Burkell<sup>12</sup>). La edad más frecuentemente afectada es 67 años<sup>8, 21, 18</sup> y la enfermedad es doce veces más común en el hombre que en la mujer<sup>17, 22</sup>. En el Radiumhemmet se encontró una asociación curiosa del cáncer del labio y el síndrome de Plummer Vinson. Este síndrome es relativamente frecuente en la mujer y a ello se debe que el cáncer del labio, en sus series, se presente por encima del 50% en el sexo femenino.

### PATOLOGÍA

Las lesiones del labio inferior son veinte veces más frecuentes que las del labio superior<sup>17</sup>. Solo del 5 al 7.7% de los cánceres del labio se presentan en el labio superior<sup>13, 20, 23</sup> y casi el 100% de los cánceres del labio son espinocelulares. Excepcionalmente se reportan otras variedades histopatológicas (tumores mixtos de glándulas salivales, melanomas, y sarcomas). La mayoría de los tumores espinocelulares son bien diferenciados. Más del 90% de las lesiones pertenecen al grado I de Broders<sup>12, 18</sup>; las neoplasias poco diferenciadas son casi excepcionales (dos por ciento<sup>18</sup>). Debido a esta circunstancia afortunada, las metástasis son poco frecuentes (16.9<sup>24</sup> 20%).<sup>25</sup>

El arreglo anatómico de las vías linfáticas de los labios explica la localización de las metástasis. El labio inferior tiene dos troncos laterales que drenan hacia los ganglios faciales submaxilares y un tronco medio que lo hace en los ganglios mentonianos<sup>21</sup>. Troncos colectores entran por el agujero mentoniano en un 22% de los casos, lo cual explica la invasión del maxilar<sup>13</sup>. El labio superior tiene cinco troncos linfáticos los cuales terminan en los ganglios pre y retro-vasculares del grupo de la arteria facial en la región submaxilar, y en los ganglios submentonianos. La piel del labio inferior tiene una rica red linfática que se cruza en la línea media y termina en los ganglios submentonianos<sup>21</sup>.

Los casos de cáncer del labio tienen metástasis submaxilares con ganglios cervicales positivos en solo un doce por ciento y excepcionalmente se han demostrado metástasis generalizadas en los casos de muerte por cáncer del labio (quince por ciento).

Las metástasis están íntimamente relacionadas con el grado de diferenciación de las células neoplásicas. Según Cross<sup>26</sup>, se encontraron me-

tástasis en 6.7% de los casos grado I de Broders, 23% en los grados II y 35% en los casos grado III. También el tamaño de la lesión influye en la frecuencia de metástasis. Lesiones menores de un centímetro dieron metástasis en un ocho por ciento de los casos, pero lesiones mayores de tres centímetros lo hicieron en 25% de los mismos<sup>8</sup>.

### EVOLUCIÓN CLÍNICA

El enfermo con cáncer del labio acude a consulta después de muchos meses de iniciado su padecimiento, por que el crecimiento de estas lesiones es lento. Suele iniciarse como una llaga o escara rebelde; como un engrosamiento localizado o un tumor proliferante. Las neoplasias del labio son indoloras; si son desatendidas los enfermos sobreviven de 43 meses (tres y medio años) cuando el cáncer es del labio inferior. El promedio de sobrevivencia de los enfermos con cáncer del labio superior sin tratamiento es más breve; apenas alcanza la cifra de 21 meses (un año nueve meses)<sup>8, 18</sup>. La misma edad promedio de estos enfermos hace que la mortalidad estadística arroje una sobrevivencia normal de setenta y seis por ciento a los cinco años en los Estados Unidos. La cifra debe ser menor en nuestro país. Este dato explica por qué no pueden alcanzarse cifras de curación en el cien por ciento de los casos.

La clasificación clínica del cáncer del labio que utilizamos es la que se emplea en el "Holt Radium Institute" de Inglaterra. Se consideran lesiones pertenecientes al grupo clínico I, las menores de tres centímetros (noventa por ciento de las lesiones); el grupo clínico II, se refiere a lesiones mayores de tres centímetros, pero sin metástasis (siete por ciento); el grupo III comprende lesiones con metástasis y el grupo IV abarca lesiones incurables<sup>12</sup>.

### TRATAMIENTO

Tanto la cirugía como la Roentgenterapia pueden controlar un alto porcentaje de los cánceres del labio. El porcentaje depende de que la lesión ocupe el labio superior o el inferior; del sitio y tamaño de la lesión; de que el enfermo presente metástasis inicialmente o las desarrolle después; de que las metástasis sean o no bilaterales y de que el enfermo haya sido tratado anteriormente.

Aún cuando existen indicaciones precisas para la elección de un mé-

todo de tratamiento, puede decirse que la radioterapia encuentra una justificación ventajosa en todos los casos, excepto en aquellos que se citan a continuación:

- a) Las grandes lesiones destructivas que fueron tratadas insuficientemente con una radioterapia cáustica.
- b) Los casos avanzados en los que la invasión masiva del maxilar inferior es obvia.
- c) Los grandes tumores infiltrantes con metástasis iniciales.

El resultado cosmético-funcional obtenido en todas las otras lesiones es sorprendente. El labio ofrece características anatómicas propicias en extremo para la utilización de la Roentgenterapia. Cuando la lesión se haya confinado al labio, debe protegerse la cavidad oral, lo cual se logra con relativa facilidad. Sin embargo, dicha protección es indeseable cuando hay invasión tumoral del maxilar inferior. La invasión del maxilar inferior obliga a la extracción de las piezas dentarias comprometidas en el campo de irradiación, previamente al tratamiento.

Los resultados del tratamiento se resumen a continuación. Gladstone publicó los resultados obtenidos por nueve autores en series comparativas, obteniendo un control absoluto a los cinco años, de sesenta y siete por ciento y determinado de 82 por ciento. Vease la tabla correspondiente<sup>18</sup>. Estos valores incluyen casos consecutivos irrespectivamente de tamaño, metástasis, etc. Representan un valor promedio global.

#### SERIES COMPARATIVAS

	Nº	3 a.absl.	3 a.determ.	5ª absl.	5ª. determ.
Schreiner y Christy	636	—	—	61	78
Del Regato	116	75	83	—	—
Sharp	208	—	—	75	94
Wookey	1128	—	—	58	85
Ebenius	749	76	82	67	79
Barkell	534	—	—	79	89
H. Martin	375	—	—	58	70
Ward and Hendrick	259	74	—	70	—
Gladstone and Kerr	519	74	85	65	82

En la estadística cancerológica se consideran casos "determinados" aquellos que excluyen enfermos sin revisión clínica o los muertos de enfermedades intercurrentes antes de los cinco años; se consideran casos "indeterminados" los que incluyen todos los enfermos, sin exceptuar casos perdidos o muertos de enfermedades intercurrentes antes de los cinco años; los porcentos de sobrevida "relativos" (a este porcentaje también se le conoce con el nombre de "neto"), hacen mención al porcentaje de curaciones en casos "(determinados"; los porcentos de sobrevida "absolutos" se refieren al porcentaje de curación que se obtiene al considerar grupos que incluyen casos "determinados" e "indeterminados".

En situaciones más específicas se obtienen:

a) Según el tamaño de la lesión

Cinco años de sobrevida (casos determinados)<sup>16</sup>

menos de 1 cm.	74	95%
de 1 cm. a 2 cm.	60	80%
de 2 cm. a 3 cm.	27	59%
más de 3 cm.	17	41%

b) Según el grado de diferenciación (Broders)<sup>16</sup>

Tres años de sobrevida (casos determinados)

I	93.4
II	81.4
III	45.4
IV	38.2

c) Según el labio afectado.

Cinco años de sobrevida.

Labio inferior	94%	(casos determinados) <sup>30</sup>
Labio superior	50%	(casos indeterminados?) <sup>29</sup>
Labio superior con metástasis	30%	(casos indeterminados?) <sup>28</sup>

d) Según la ausencia o presencia de metástasis.

Sin metástasis	80%	(3 años de sobrevida. Valores absolutos) <sup>8</sup>
Con metástasis	53%	(5 años de sobrevida. Valores absolutos) <sup>25</sup>
Con metástasis bilat.	20%	(5 años de sobrevida. Valores absolutos) <sup>23</sup>

- e) Con o sin tratamiento previo.  
 Cinco años sobrevida. Casos determinados)<sup>18</sup>  
 Sin tratamiento previo 91%  
 Con tratamiento previo 70%

## REFERENCIAS

1. Stetson, Ch. G. and Schulz, M. D.: *Ca. of the Eyelid. Analysis of 301 cases and Review of the Literature.* New England J. Med. Nov. 10, 1949. Vol. 24 : 725-732.
2. Baclesse, F., Dolifus, M., Enmuyer, A. and Reverdy, J.: *Radiotherapy of Epitheliomas of the Eyelids.* J. de Radiol. et d'électrol. 1946. 27: 515-526.
3. Hunt, H. B.: *Ca. of the Eyelid treated by Radiation; with consideration of irradiation cataract.* Am. J. Roentgenol. 1947. 57: 160-180.
4. Regato, J. A. del: *Roentgen therapy of Ca. of the Skin of the Eyelids.* Radiology, 1949. 52: 564-573.
5. Renfer, H.: *The treatment of skin tumors of the inner canthus with regard to the function of the lacrimal ducts.* Strahlentherapie 1956, 99: 345-353 (Tomada de Radiology, 1957; 68: 143).
6. Shulz, M. D., Stetson, Ch. G.: *Radiation therapy of Malignant Lesions about the Eye.* Radiology. 1953, 61: 786-793.
7. Wildermuth, O. and Evans, J. C.: *The special problem of cancer of the eyelid.* Cancer, 1956, 9: 837-841.
8. Regato, J. A. del: *Roentgen therapy of Ca of the lower Lip.* Radiology, 1948. 51: 499-508.
9. Charteris, A. A.: *Ca. of the lip and its treatment by radium.* Brit. M. J. 1946, 719-721. (Tomada de Radiology, 48; 434).
10. Howes, W. E., Rosenstein, J.: *Cancer of the lower lip.* Am. J. Roentgenol. 1948, 60: 763-775.
11. Windmann, B. P.: *Cancer of the lip.* Am. J. Roentgenol. 1950, 63:13-25.
12. Burkell, C. C.: *Cancer of the Lip.* Canad. M. A. J. 1950, 62: 28-33.
13. Ward, G. E. y Hendrich, J. W.: *Results of treatment of Ca. of the lip.* Surgery, 1950, 27: 321-342.
14. Andrews, J. R. y Coppedge, F. O.: *Dose time relationship for the cure of squamous Cell. Ca.* Am. J. Roentgenol. 1951, 65: 934-939
15. García, C. E.: *Cáncer de los labios, Habana, Cuba.* 1948. Seoane, Fernández y Cía.
16. Ward, G. E.: *Variations in therapeutic approach to intraoral cancer.* Proceedings of the Second National Cancer Conference. 1952. Panel meetings. American Cancer Society, Inc. 416-418.
17. Ingram, J. T.: *Malignant tumours of the skin.* Cancer. Raven, R. W. 1948, IV: 356.
18. Gladstone, W. S., Kerr, H. D.: *Epidermoid Ca of the Lower lip. Results of Radiation therapy of the local lesion.* Am. J. Roentgenol, Rad. Therapy & Nuclear Med. 1958, 79: 101.

19. Berger, I. R. y Brown, P. F.: *Results of treatment of carcinoma of Lower lip.* Am. J. Roentgesol. 1957, 78: 780-789.
20. Cruickshank, A. H. *Malignant tumours of the lips, tongue, mounth and jaws.* Cancer. Raven, R. W. 1958: 78: 780-789.
21. Regato, J. A. del y Ackerman, L. V.: *Ca. of the Lower lip.* Cancer, segunda edición, 1954, 228-254.
22. Schreiner, B. F. and Christy, C. J.: *Results of Irradiation treatment of cancer of the lip.* Analysis of 636 cases. From. 1926-1936. Radiology, 1952. 39: 293-297.
23. Taylor, G. W., and Nathanson, I. T.: *Lymph Node Metastases,* New York 1942, Oxford University Press.
24. Lampe, .: *Comunicación Personal,* 1957.
25. Modin, J.: *Neck Disscctions in Cancer of the Lower lip.* Surgery 28 404-412, 1950.
26. Cross, J. E., Guralnick, E., and Daland, E. M.: *Carcinoma of the Lip, a Review of 553 cases Records of Carcinoma of the Lip at the Pondeville Hospital,* Surg., Gynec. & Obst. 1948. 85: 1953-162.
27. Fij, F. A.: *Epithelioma of the Lower Lip.* Surg. Gynec. & Obst. 1934, 58: 810-819
28. Martin, C L.: *Treatment of Cervical lymph node metastases with irradiation alone.* Radiology, 1950. 55: 62-67.
29. Eckert, C. T. and Petry, J. L.: *Carcinoma of the lip.* S. Clin. North America, 1944, 24: 1064-1076.
30. Sharp, G. S.: *Treatment of Cancer of the eyelids.* F.A.M.A. 1938, III, 1617-1622.
31. Woolley, H., Ash, C., Welsh, W. and Mustard, R. A.: *Treatment of oral cancer by combination of radiotherapy and surgery,* Ann. Surg. 1951. 134, 529.
32. Ebenius, B.: *Cancer of lip.* Acta radiológica. Suplemento 48, 1943, 1-232.