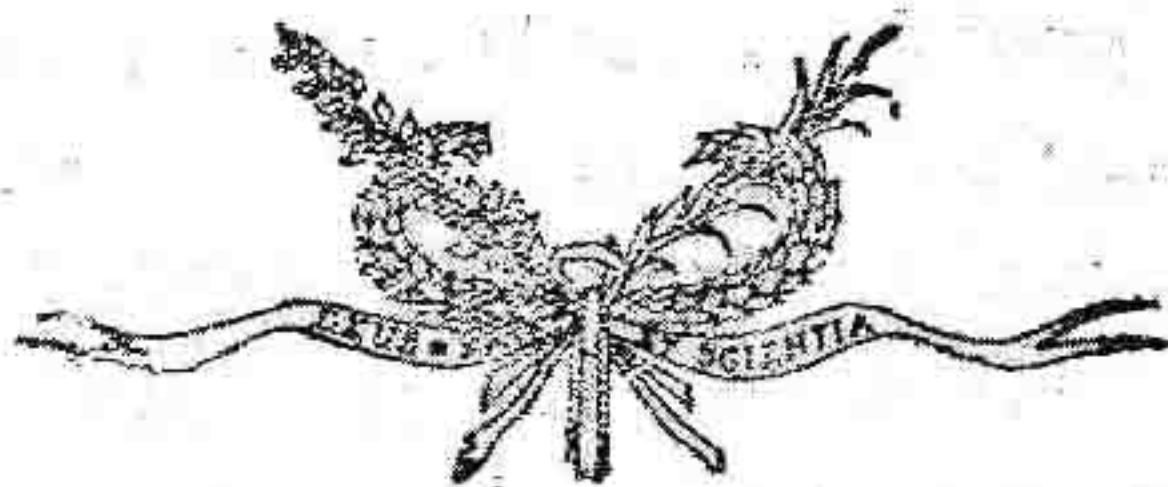


ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección; Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada D. D. S.

de la Asociación de Prensa Médica Española



M A D R I D

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 179 (11)

1958

EL CANCER DE LA LENGUA Y EL SUELO DE LA BOCA

Con este mismo título el Profesor Poch Viñals ha pronunciado una conferencia en la Real Academia de Medicina, atención que le ha merecido el tema ya que el tema, ya que el 2 por 100 de la totalidad de las muertes producidas por el cáncer son localizados en la lengua o en el suelo de la boca (Wabro, Bascock), no llegando, sin embargo, al 5 por ciento las supervivencias de más de cinco años si las adenopatías son evidentes.

El pronóstico del cáncer puede variar, sin embargo, con un diagnóstico precoz cuando no se han llegado a presentar adenopatía alguna (41 por 100 de curaciones, según Oreggia), y si se han presentado ya las adenopatías, no llega al 13 por 100. Se mantiene el concepto de curación a los cinco años, por cuanto que en los dos primeros las recidivas son muy frecuentes.

De acuerdo con los autores citados (Wabro, Babcock, 1958), para todos los casos de cáncer de lengua y del suelo de la boca la curación no excede nunca del 66 por 100, de esta manera: del 30 al 45 por 100 de los cánceres de la punta de la lengua; del 33 al 23 por 100 de la parte media, y del 18 al 6 por 100 en el localizado en la base. Para el cáncer del suelo de la boca, Robert y Thibaut (1958) sólo obtienen un 47 en las lesiones incipientes y un 9 por 100 en los más extendidos, para una estadística de 122 casos. En los más graves sólo se salvan el 14 ó 15 por 100 únicamente. Según Huet y sus colaboradores, cuando tratan el cáncer de suelo de la boca con cobaltoterapia (en una estadística de 44 por 100 de casos), calculan el 6 por 100 con una supervivencia de dos años.

Es, pues, evidente, que el cáncer de lengua y del suelo de la boca, pese a ofrecerse más accesible, no ofrece grandes probabilidades de supervivencia.

El cáncer localizado en estas regiones es, por lo general, un epiteloma espinocelular, según coinciden los distintos autores, el cual tiene tenden-

cia a producir metástasis muy frecuentemente, lo que no ocurre con las formas vasocelulares (Sitbon, Gignoux, Pietrantonio). Es éste, pues, un factor histopatológico que nos orienta en el sentido de estar ante un cáncer eminentemente linfógeno.

Poch Viñals expone el problema linfático considerando que los músculos del corazón y de la lengua poseen un sistema linfático «propriadamente dicho», debido a la complejidad e intensidad de su función, lo que debido al carácter espinocelular de las neoplasias le da una tendencia tan señalada hacia la recidiva, lo que ha sido ya afirmado por distintos autores (Kuttner, Most, Rouviere, 1932). En efecto, la red linfática, que ha sido ya estudiada por Ottaviani y su escuela, ha puesto en evidencia la riqueza linfática de la región posterior de la boca, muy superior a la de la región anterior y a la del suelo de la boca. Esto ofrece—repetimos—una posibilidad de metástasis, bilaterales, por disposición de la red linfática que se distribuye en T, para terminar en los colectores laterales que a ambos lados y descendiendo van a enlazarse con los de la región suprahioidea, circunstancia importantísima para la intervención quirúrgica en el vaciamiento ganglionar.

Los colectores ganglionares de la porción móvil se dirigen hacia el espacio submaxilar del suelo de la boca, atravesando el periostio del maxilar inferior (Polya, 1957).

Por otro lado, las neoplasias de la lengua necesitan, sufriendo ésta, el movimiento de deglución al empujar el bolo alimenticio contra el paladar óseo, lo que favorece extraordinariamente la producción de microembolias y con ello la posibilidad de recidivas, con localizaciones en la amígdala palatina procedentes del epiteloma del suelo de la boca, o de la base de la lengua. Ello explica la dificultad de conseguir la esterilización de una neoplasia maligna en el suelo de la boca. La posibilidad de este mecanismo de la microembolia se puede producir en el mismo acto de la práctica de la biopsia. Esto plantea un nuevo problema. En efecto, para evitar esta posibilidad de diseminación se ha pensado en utilizar una dosis radioterápica esterilizante local de forma de poder hacer negativa la biopsia.

El diagnóstico de una neoplasia de lengua o de suelo de la boca no es cosa fácil si nos guiamos por la seguridad de que, habiendo sido antes vistos por el médico, el odontólogo o el otorrino, no se les hizo el diagnóstico. Localizados en la parte anterior de la lengua o en la parte anterior del suelo de la boca son accesibles a la inspección y su diagnóstico es más fácil. La sintomatología dolorosa no siempre llama poderosamente la atención del enfermo. El aspecto ulcerado a la sensación de acorchamiento puede hacernoslo sospechar. Si se trata de la lengua ha de advertirse la posibilidad de constante irritación de algún raigón. Cuando la localización es la región posterior, el diagnóstico es más difícil, la radiografía puede mostrarnos en algunas circunstancias el grado de las infiltraciones, sobre todo si la técnica radiográfica es adecuada.

El tratamiento del cáncer de lengua o del suelo de la boca está siem-

pre expuesto a controversia. Wabro y Babcock (1931, 1952) han tratado más de cien casos, obteniendo curaciones que oscilan del 8 al 20 por 100 supervivencia de cinco años y en proporción con la preconocida del diagnóstico; sin embargo, con la acción quirúrgica las curaciones son mucho más definitivas, sobre todo si se trata de la porción anterior de la lengua (75 por 100), deduciendo que las localizadas en la parte posterior son de pronóstico más grave.

Según Robert y Thibaut, en aquellos casos en los que el empleo de 16 a 18 milicurios son capaces de destruir el tumor, puede estar indicada la radiumterapia, pero no siendo así ha de decidirse por el tratamiento quirúrgico.

Para destruir un c. c. de tumor son precisos de 1 a 1,6 milicurios, destruidos aproximadamente en veinticuatro horas, lo que representan unos 10 mg. de radio. Si lo calculamos en roentgens, tendremos que a un centímetro de distancia un haz puntiforme, de un miligramo de radium, filtrado con 0,5 mm. de platino, equivalente a 8,4 r. a la hora (Robert y Thibault). Por otro lado, sabemos que las agujas de dos centímetros contienen 2 mg., y las de cuatro mg., 4., lo que nos permite calcular el número de agujas necesarias para el tratamiento de la lesión primitiva. Es decir, que si el volumen de una neoplasia alcanza 20 c. c., estaremos en el límite de las posibilidades del tratamiento radiumterápico.

No obstante, es muy difícil pretender la homogeneidad en la irradiación para evitar existan zonas de sobredosis, por lo que para evitarlo Regaud ha decidido la aplicación de las agujas perpendicular y paralelamente a la superficie lingual, como hacen Parker y Tatterson; técnica aplicada por Poch Viñals y Arenal. Todo ello nos obliga a conocer con precisión el grado de la infiltración enoplasia.

La radioterapia tiene asimismo planteados los mismos problemas que la ra..., ya que para alcanzar los tejidos afectados han de ser atravesados los sanos.

Así, Huet y Jammet utilizan la dosis de 6.800 r aplicadas en cuatro o seis semanas, y según el voltaje empleado así será su efectividad. La piel soporta esta dosis solamente en campos muy limitados e interponiendo unas seis semanas de una a otra aplicación, prudencia que es necesario tomar con respecto a los tejidos sanos que rodean la neoplasia. No se ha de olvidar tampoco que el hueso absorbe más radiación que las partes blandas, de donde, según la vía de penetración, hemos de calcular que las 6.800 r llegan solamente al foco neoplásico algo más de la mitad, por lo que es necesario elevar la dosis, lo que no siempre puede hacerse, por los riesgos a que habría de someterse al enferme. En los casos de neoplasias linguales o del suelo de la boca este problema ha sido resuelto con las aplicaciones endobucuales (Chaoult, Greineder), si bien actualmente con la cobaltoterapia ha hecho posible uniformizar la densidad de la radiación a través de los tejidos.

Sin embargo, en el cáncer de boca, con el predominio de las formas infiltrativas, las adenopatías han de tratarse quirúrgicamente, pues su

vaciamiento sistemático está fuera de toda duda. Este vaciamiento puede hacerse en dos tiempos, como aconsejan Robert y Thibault, reservándose el primero a la resección de la lesión primitiva y el segundo al de las adenopatías.

Tratándose de la lengua y del extremo libre, la resección cuneiforme (Livingston, Libber), es fácil, reconstruyendo luego por planos. Si el cáncer está localizado marginalmente, el acto quirúrgico es más difícil, y para ello se aconseja la extracción de la lengua de la cavidad oral seccionando el frenillo y ligando las venas linguales, se hace una incisión de la mucosa lingual en la cara inferior de la lengua hasta el repliegue palatogloso, se seccionan los dos genioglosos y podemos conseguir la extracción de la lengua con amplia visión del campo operatorio. Huet añade a esto las inclinaciones de la sección media del labio inferior, con objeto de aumentar más aún la visibilidad.

Hay autores que aconsejan la resección de la laringe por poco que se dirija la neoplasia hacia atrás en el espacio preepiglótico (Alonso, Pich Viñals, 1958).

La resección definitiva o temporal del maxilar se sigue con distintas técnicas. Vallas reseca el ángulo del maxilar y la apófisis ascendente, Fauré lo hace del ángulo y la rama vertical en su totalidad, pensando que no se comprometen así los movimientos de masticación del enfermo. Otros autores son más circunscritos. Poch Viñals prefiere seccionar el maxilar en la región paramediana para luego llevarse la neoplasia con el mentón o dejar una lámina delgada de la cortical externa, que garantiza mejores resultados estéticos.

El trozo de rama horizontal o ascendente que queda junto a la neoplasia, si tiene el periostio invadido, es preferible resecarlo, y si queda una amplia zona desperiostizada, aunque no esté invadido el hueso, es también aconsejable resecarlo, ya que en ocasiones da lugar a recidivas.

Poch Viñals dice a este respecto que soportan mal los huesos desnudos los efectos de la saliva y gérmenes de la boca; además, las suturas metálicas de sujeción son puntos de entrada de periostitis. Se produce una línea de eliminación posterior y es preferible volver a intervenir y extirpar el trozo de hueso desvitalizado para aparecer rápidamente la cicatrización.

La técnica quirúrgica que siga Poch Viñals procede al vaciamiento previo del lado afecto. Liga la arteria lingual o la carótida externa y con una sierra de Gigli secciona el maxilar por la línea paramediana. El despegamiento en el suelo de la boca de la mucosa alveolar lo hace con una incisión alveolar que se prolonga hacia la rama ascendente del maxilar, según la extensión de la implantación tumoral. Reseca después la posición del suelo y de lengua correspondiente al tumor para terminar reconstruyendo por planos, previa la amigdalectomía si la considera necesaria.

Las dificultades surgen cuando se trata de rellenar la pérdida

de substancia que la resección representa para el suelo de la boca y la zona alveoloyugal. La mucosa de la mejilla permite un amplio desplazamiento, pero produce una retracción del espacio bucal que resuelve con las maniobras propuestas por Dargent y Gignous. Para ello despega la piel del músculo cutáneo y la aponeurosis superficial y preparar un colgajo que sutura por una parte a la mucosa yugal y por la otra a la región lateral de la lengua o a la mucosa que quede del suelo de la boca.

Si algunos autores practican la intervención en un solo tiempo para la lesión primitiva y las adenopatías es este un problema que depende de las posibilidades físicas del enfermo, sobre todo si estas adenopatías son muy bajas. De cualquier forma la resección es una intervención quirúrgica seria.

RESUMEN

Podemos convenir que en el cáncer de lengua y suelo de la boca se presenta una mayoría de tipo espinocelular. La riqueza de linfáticos de la región favorecen las metástasis. La opinión de Sibeleanu sobre de que si las lesiones cuanto más anteriores inferior coeficiente de metástasis dan, es cierto para Poch Viñals.

El problema del pronóstico del cáncer del suelo de la boca, puesto en evidencia en las estadísticas y tantos por cientos reseñados, está supeditado al diagnóstico precoz.

El volumen de la neoplasia es fundamental en cuanto se refiere al tratamiento radium o radioterápico. La radiografía nos indicará el tamaño de la lesión, y con ello, la posibilidad de recurrir a la acción quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico ofrece una gran variedad de técnicas, sin embargo la vía endobucal es de elección en las lesiones anteriores y medias.

Se hace necesario de todas formas el vaciamiento de las adenopatías, que podrían luego dar lugar a recidivas. En tal sentido la resección del maxilar inferior es bien tolerada. Si a ello añadimos como complemento el tratamiento radium o radioterápico, habremos hecho por nuestros enfermos cuanto nos es dable.

Pero antes de terminar es interesante señalar la responsabilidad que cabe al odontólogo, al serle posible dar el aviso oportuno al enfermo, de manera que se haga posible un diagnóstico precoz. Sin olvidar tampoco que, en las personas predispuestas con mayor razón, habremos de evitar los rozamientos anormales y continuos de las restauraciones o de los mismos dientes o raíces que puedan irritar y ulcerar la lengua.