

RADIUMTERAPIA INTERSTICIAL DEL EPITELIOMA DEL LABIO INFERIOR

por el
DR. JOSE GAY PRIETO (1)

El epiteloma del labio inferior constituye en nuestra clientela hospitalaria una localización de relativa frecuencia. Está influída, a nuestro juicio, por el tipo de profesión de nuestros pacientes (labradores y jornaleros), que les obliga a trabajar durante muchas horas bajo la acción de los rayos solares, así como a la sepsis oral constante en casi todos ellos y a la acción del tabaco y pequeños traumatismos que significa el despegamiento del papel del cigarrillo adherido a la mucosa del labio por la costumbre inveterada de dejarlo sujeto en él durante el trabajo. Sin querer analizar en este momento los factores etiológicos, los enunciados son, con toda probabilidad, los que juegan un papel más importante en su génesis y localización.

En el Estado de Nueva York, Levin encuentra 218,4 casos de cancer anuales por cada 100.000 habitantes, y de ellos el 6,8 por 100 son de localización labial. Goyanes y Die Más, en su estadística del Instituto Nacional del Cáncer de 1925, encuentran una frecuencia extrema de localización de los epitelomas alrededor de los orificios naturales de la cara, y de 393 de éstos, 147 tienen su asiento en los labios.

Con relación al resto de localización en otros territorios cutá-neomucosos, la frecuencia en el labio interior es del 19 por 100, cifra que coincide con la nuestra en estos últimos cinco años.

De todos es conocida la gravedad que implica un diagnóstico de este tipo, no sólo por la malignidad local y amplias destrucciones a que puede dar lugar en los casos avanzados, sino por la coincidencia temida que constituye su propagación a planos óseos próximos o grupos ganglionares satélites. Tengamos en cuenta que en nuestras observaciones, el 100 por 100 de los casos son epitelomas espino-celulares.

Aunque resulte paradójico, queremos iniciar nuestro trabajo con

(1) Colaboración de los Dres. M. Alvarez Cascos y G. Jaqueti del Pozo.

una afirmación nada gratuita. Para nosotros, con la técnica empleada de radiumpuntura, *el cáncer de labio como afección local carece en absoluto de gravedad*, habiendo conseguido la curación clínica inmediata en todos ellos con unos resultados estéticos muy estimables. Dicen Sharp, William y Pugh: "el cáncer de labio es una enfermedad mortal; sin embargo, fracasar en su tratamiento es una falta imperdonable".

Ahora bien, como en estos últimos meses hemos tenido algunas metástasis ganglionares en los enfermos tratados, ello nos ha movido a una revisión de la conducta terapéutica empleada, que es el motivo principal de esta comunicación.

Métodos de tratamiento del cáncer del labio inferior. Elección del mismo.—Todos los métodos de tratamiento pueden reducirse esquemáticamente a dos: *a)* quirúrgicos, y *b)* físicos. Renunciamos de antemano a entrar en consideraciones técnicas, indicaciones y resultados de los distintos métodos, puesto que nuestra intención es revisar solamente nuestra experiencia con la técnica de radiumpuntura intersticial.

Hemos llegado a ella después de observar numerosas recidivas locales con las estirpaciones quirúrgicas de las denominadas "en cuña" y "en bloque", así como después de electrocoagulaciones insuficientes. La radioterapia fué motivo de atención por nuestra parte, y la bondad de sus resultados, comprobada. Pero al ser realizada con una técnica fraccionada, los días de tratamiento se prolongan mucho, entorpeciéndonos el trabajo para atender a otros enfermos tributarios de la misma, y por otro lado, los pacientes ambulatorios faltan con frecuencia los días de tratamiento, dificultando la corrección del mismo. Las técnicas con bajo voltaje, la radioterapia profunda de contacto, las técnicas modernas del betatrón, todas ellas dan buenos resultados en manos expertas, y la inclinación hacia ellas constituye la preferencia particular, por afición casi siempre, del especialista que las propugna. No vamos, por lo tanto, a ponerlos en parangón con la radiumterapia, ya que ambos métodos son igualmente prácticos en sus indicaciones precisas.

Dentro de la radiumterapia teníamos tres caminos a seguir:

- a)* aplicaciones en superficie con aparatos moldeados.
- b)* la radiumterapia intersticial, y
- c)* la combinación de ambas técnicas.

Como la diferencia en cuanto a resultados no es considerable de una a otra, la preferencia por el segundo método viene dada por las siguientes razones de orden práctico:

1.ª La radiumterapia intersticial es fácil de realizar técnicamente y exige un control no muy riguroso en los días que dura el tratamiento. Por el contrario, en las aplicaciones en superficie es preciso el modelado del aparato, la adaptación del mismo y un control constante de su fijeza y situación, si no queremos tener errores grandes en la aplicación de la dosis total a la masa del tumor.

2.ª Razones de orden económico también nos inclinan a nuestro proceder. No es preciso insistir que nuestros pacientes hospitalarios son económicamente débiles, y es indudable que la cantidad de radium-elemento (R. E.) que necesitamos para hacer una radiación intersticial es mucho menor que en las aplicaciones en superficie, siendo, por lo tanto, el desembolso a realizar también menor.

3.ª Para el mismo enfermo es incluso más cómoda la radiumterapia intersticial, pues si bien la aplicación de las agujas resulta en un primer tiempo algo dolorosa, en días sucesivos es más cómodo que el estar soportando el aparato, así como su desprendimiento y reposición en las horas de la comida.

4.ª La mayor parte de los enfermos que llegan a nuestra consulta lo hacen con un proceso ya infiltrante, en los que la aplicación de agujas en la masa tumoral está más indicada que los moldes para el tratamiento en superficie.

5.ª Este método nos permite una multiplicación de focos en el seno del tumor, con la ventaja de una gran uniformidad de radiación, así como la de obtener fuegos cruzados de una aguja a otra.

Técnica empleada.—Para llevar a cabo la radiumpuntura nos hemos valido de agujas tipo *standard* formadas por un cuerpo cilíndrico, provistas en sus extremidades de un ojal y una punta en trócar. La sal de radium está depositada en una célula en la parte central de este cuerpo cilíndrico.

Las paredes de la aguja, de un espesor total de 0,5 mm., son de platino iridiado al 10 por 100, aumentando la concentración del iridio al 25 por 100 en la punta, con el fin de ampliar su resistencia y dureza. El filtro, por lo tanto, es de 0,5 mm. de platino.

La longitud total de la aguja es de 27.7 mm., de los cuales 15 milímetros corresponden al foco radífero, y el resto, a la punta y ojal. El diámetro externo es de 1,5 mm.

La carga de radiumelemento es de 2 mgs. de sulfato de rádium. Excepcionalmente hemos utilizado agujas de las mismas dimensiones y características con 3 mgs. de Ra.

Estas agujas son previamente enhebradas con hilo de seda en longitud suficiente para estar sujetas con firmeza después de puestas. La esterilización es llevada a cabo por ebullición, o bien mantenidas en alcohol durante unas horas.

En condiciones de asepsia que exige una intervención quirúrgica, se realiza la implantación de las agujas en la masa tumoral. En líneas generales, queremos indicar que, aunque la intervención es relativamente dolorosa, preferimos hacerla sin anestesia local, pues al realizarla, la infiltración de los tejidos con el líquido anestésico desvirtúa en parte, la topografía del tumor.

El número de agujas a utilizar depende fundamentalmente de la extensión del tumor. Y así, nosotros colocamos tantas como sean necesarias para la irradiación de la totalidad de la masa tumoral, dejando una separación entre ellas de un cm. aproximadamente y procurando que la radiación alcance también a la misma extensión de los tejidos sanos de alrededor.

La orientación de las agujas estará supeditada a la forma y extensión del tumor. La mayor parte de las veces quedan implantadas en sentido horizontal con el labio, pero en otras guardan una posición vertical u oblicua en relación con él.

La dosis total para la esterilización del tumor es alcanzada manteniendo las agujas durante el número de horas que se considere suficiente. La anotación de la dosis es distinta para los diferentes autores y más aún para los distintos países. Así, mientras en nuestro continente se acostumbra a expresarla en milicurios destruidos (m. c. d.) o miligramos-hora (m. h.), los autores anglosajones acostumbran a darla en gammarradiación (r.). No creemos pertinente el entrar en detalles de cálculo para transformar unas anotaciones en otras, puesto que pueden encontrarse en cualquier manual de radiumterapia.

Por nuestra parte, hemos adoptado la anotación de la dosis en m. c. d.

Casi todos los autores están de acuerdo en que la dosis total debe ser de 1 a 1,5 m. c. d. En nuestro juicio, creemos que debe huirse de prefijar la dosis total de una forma esquemática, siendo más prudente y científico el que la dosis total esté de acuerdo con las características clínicas del tumor, pero fundamentalmente con la extensión del mismo. Si revisamos las dosis administradas a nuestros pacientes, podemos darnos cuenta que la dosis total ha variado desde 0,63 m. c. d. como mínimo por centímetro cúbico de tumor a 3,78 m. c. d. como máximo. La primera cifra corresponde a un tumor de 20 c. c., y la segunda, a otro de 1,5 c. c. Lo cual quiere decir que cuanto más pequeño sea el tumor, mayor puede ser la dosis administrada con respeto para el lecho tumoral y tejidos sanos de alrededor. Constituye esto una ley físicobiológica igualmente aplicable en rádium que en radioterapia.

No obstante las consideraciones hechas, si fuésemos forzados a dar una dosis total que sirviese como guía, nos inclinaríamos a considerar la de 2 m. c. d. como la más aconsejable. No creemos con ello sobrepasar la dosis, y si alguien lo interpreta en este sentido, podemos asegurar que no ofrece riesgo de ningún género, ya que nuestros resultados estéticos y funcionales son perfectos. Es más, preferiríamos arriesgar un poco con dicha dosis a quedarnos cortos, con la consiguiente recidiva y radiumvacunación, que dificultaría extraordinariamente el tratamiento posterior.

La dosis total administrada la conseguimos habitualmente en siete días cuando empleamos agujas de 2 mgrs. de R. E., y en cinco días cuando son utilizadas las de 3 mgrs.

Selección de enfermos.—No todos los enfermos portadores de un epiteloma de labio inferior son tributarios de una radiumpuntura, ya que, según el grado de extensión e invasión, podrá efectuarse esta técnica o bien habrá que recurrir a la cirugía o a la combinación de ambas.

A este respecto se han propuesto numerosas clasificaciones de los distintos tipos de epitelomas de labio inferior, y que no vamos a reproducir aquí. La mayoría van encaminadas a servir de pauta para la orientación terapéutica. Existe, por ejemplo, una anatomoclínica de Lacassagne; pero nosotros optamos por otra muy parecida, aunque

más concreta para nuestras intenciones, de los autores americanos Sharp, William y Pugh, quienes establecen los grupos siguientes:

Grupo I: tumor de diámetro inferior a 2 cm. Grupo II: tumor mayor de 2 cm., pero limitado al labio exclusivamente. Grupo III: tumor localizado de tamaño variable, pero con metástasis ganglionares unilaterales operables; y Grupo IV: tumor primitivo con invasión de maxiliar, con o sin metástasis ganglionares.

Todos nuestros enfermos pueden incluirse en los grupos I y II, excepto dos enfermos que están dentro de las condiciones del grupo III. Creemos, por lo tanto, que solamente los enfermos del grupo IV deben excluirse de la radiumpuntura.

Resultados.—El número total de enfermos tratados desde 1946 hasta mediados de 1950 es de 27. En todos ellos conseguimos una curación clínica perfecta del tumor primitivo, que se mantiene durante el plazo de observación que llevamos. Inmediatamente después de la aplicación del rádiom, todos los enfermos presentaron una fuerte eracción de la masa tumoral y de las zonas mucosas y epidérmicas próximas: reacción pasajera, que en el transcurso de un mes y medio aproximadamente condujo a una buena cicatrización, tanto desde el punto de vista estético como funcional.

Estos resultados son los que nos han inducido a la afirmación de que el cáncer de labio, como *lesión local*, tratado correctamente, carece de gravedad.

Metástasis ganglionares.—Antes de entrar en consideraciones sobre los casos recogidos por nosotros de este tipo de complicación, creemos conveniente hacer un breve recuerdo anatómico de los ganglios tributarios del labio inferior para fijar mejor nuestra conducta terapéutica.

Ya en los tratados de Anatomía se insiste en que el interés del estudio de estos ganglios está determinado por la frecuencia con que son invadidos en los casos de epitelomas del labio inferior. Por lo tanto, es preciso conocer su situación exacta, tanto para su busca en el examen clínico como para su tratamiento.

En la reproducción de Testut y Jacob, puede bien distinguirse un grupo ganglionar central submaxilar, denominado suprahioideo o submentoniano, y dos grupos submaxilares, derecho e izquierdo. A los primeros van a parar los linfáticos de la parte cutánea central del

labio inferior, y a los segundos, los que vienen de la zona mucosa y los de la parte cutánea lateral del mismo labio. Será preciso tener en cuenta la posibilidad de entrecruzamientos de vasos linfáticos, de tal forma, que los que tienen su origen en la parte izquierda del labio vayan a desembocar a los ganglios submaxilares izquierdos, y viceversa.

La frecuencia de metástasis ganglionares es variable, según los diferentes autores. Taylor y Nathanson valoran en un 6 por 100 las metástasis que se presentan en los epitelomas del grado I, llegando al 30 por 100 y al 52 por 100 en los de grado II y III.

Broders encuentra en los grados I y II el 11 por 100, y en los III y IV, el 66 por 100 de metástasis.

En la estadística de Richard, citada por Ewing, en los epitelomas de 1 a 1,5 cm. se presentaron en 3 enfermos de 224 hospitalizados; en los de 1,5 a 3 cm. aparecieron en el 13 por 100, y en los de más de 3 cm., en el 10 por 100 (?).

De 108 enfermos de epiteloma de labio inferior tratados por Martín sin participación linfática en el momento de la intervención, solamente 4 tuvieron posteriormente metástasis ganglionares.

Sharp, Williams y Pugh practican biopsia ganglionar en todos los enfermos de epiteloma de labio inferior, en los que encuentran adenopatías palpables antes del tratamiento, y solamente en 9 enfermos de los 208 que constituyen la base de su trabajo hallan metástasis histológicas. Después del tratamiento de la lesión primitiva, se presentaron metástasis en otros 9 enfermos, lo que constituye el 4,3 por 100 de frecuencia.

Noguer Moré, entre 39 enfermos de epiteloma de labio inferior, encuentra 6 con adenopatías previas al tratamiento y 8 en los ya tratados.

En el Instituto del Rádium, de París, y en el período de 1926 a 1929, Lacassagne, entre 116 enfermos, encuentra clínicamente 21 con adenopatías cancerosas evidentes y 42 con ganglios dudosos.

Ackerman y Regato, en 194 enfermos sin tratamiento previo de su epiteloma del labio inferior, sólo 7 (4 por 100) presentaban metástasis a su ingreso en el hospital, y de los 187 sin ellas, el 6 por 100 las desarrollaron después del tratamiento.

En líneas generales, podemos decir que la frecuencia de esta complicación está en relación con el tamaño, duración y grado histoló-

gico de malignidad de la lesión primitiva. Los grupos ganglionares invadidos son los del mismo lado en los que asienta la lesión y únicamente en los epitelomas que ocupan la zona media del labio suelen ocurrir metástasis cruzadas. Los ganglios afectados son los submaxilares y suprahioideos; es decir, el primer filtro que encuentra a su paso la invasión, y solamente cuando éstos se afecten puede pasar a los ganglios cervicales. La invasión primitiva de estos últimos, así como la generalización de las metástasis, es excepcional.

En nuestra casuística, solamente figuran 2 observaciones en que se le sometió a radiumpuntura con metástasis ganglionares previas (observaciones núms. 13 y 16), las dos de localización en región submaxilar izquierda. Una vez efectuada la aplicación de agujas, fueron enviados al cirujano para practicarles una *toilette* quirúrgica de los mismos. El resultado fué satisfactorio y carecemos de noticias sobre nuevas complicaciones.

Nuestro optimismo en cuanto a resultados se ha visto turbado estos últimos meses al venir a control alguno de los enfermos tratados anteriormente y que en la exploración clínica cuidadosa de las regiones ganglionares satélites no pudimos encontrar nada sospechoso. Han sido éstos los correspondientes a las observaciones números 18 y 23.

El primero de ellos volvió a control a los diez meses del tratamiento. La lesión primitiva de labio quedó perfectamente curada, pero el enfermo nos manifiesta que desde hacía tres o cuatro meses notaba que le aparecían unos nódulos, sin dolor, debajo del mentón, los cuales habían ido aumentando de volumen hasta llegar al tamaño actual. Podemos apreciar a la exploración una gran adenopatía suprahioidea visible por inspección y del tamaño aproximado de un huevo de paloma. Tiene una dureza leñosa y se encuentra adherida al maxilar inferior. Fué remitido a un servicio quirúrgico, en el que se le practicó la extirpación de la misma. La biopsia de la pieza demostró un epiteloma espinocelular de gran malignidad. El enfermo falleció a los cuatro días de intervenido, por insuficiencia cardíaca.

El otro enfermo (observación núm. 23) acude a la clínica a los dos meses para control. El epiteloma de labio está perfectamente curado, pero en el ángulo submaxilar izquierdo pueden apreciarse tres adenopatías unidas entre sí por un proceso de pariaadenitis. Son du-

ras, adheridas y no dolorosas. Es enviado a un servicio quirúrgico, donde se le practica una *toilette* ganglionar de dicha región. En la pieza operatoria que nos remitieron se hizo estudio histológico, resultando tratarse de un epiteloma espinocelular. El curso postoperatorio fué normal y hasta la fecha se encuentra bien.

Como puede verse, de los 27 enfermos tratados hemos tenido 2 (6,1 por 100) con metástasis claras y evidentes antes de iniciar el tratamiento y otros 2 (6,1 por 100) en los que aparecen unos meses después de aquél. Por lo tanto, nuestra frecuencia es bastante análoga, en líneas generales, con las de otros autores. Solamente en un enfermo (observación núm. 15) apreciamos en región carotídea izquierda un pequeño ganglio que no despertaba sospechas de ser metástasis del tumor primitivo. Se le dejó en observación y continúa en la actualidad en las mismas condiciones.

Sin que sea, por lo tanto, alarmante el número de complicaciones ganglionares que hemos tenido, el hecho de que en estos últimos meses hayamos observado los 2 enfermos a que aludimos, nos ha movido a meditar un poco sobre nuestra conducta futura en estos enfermos. De todos es conocida la falta de cuidado que tienen nuestros enfermos hospitalarios para acudir sistemáticamente a control en las fechas convenidas y a plazos fijos. Sus ocupaciones, la imposibilidad económica para trasladarse desde su punto de residencia a la capital, el hecho de ver curada su lesión primitiva y la falta de dolor, son todos factores que contribuyen para que olviden la necesidad de ser vistos nuevamente.

Por estos motivos, nos hemos decidido, de ahora en adelante, a practicar en todos los enfermos de epiteloma de labio inferior una *toilette* quirúrgica preventiva de los ganglios suprahioides y submaxilares, aunque no presenten signos sospechosos.

No se nos escapa que nuestra actitud, un tanto severa, pueda parecer excesiva a algunos y ser sometida a crítica, diciéndonos que la frecuencia de la complicación es baja para tomar medidas tan rigurosas; pero tenemos la certeza, cuando menos en el medio en que trabajamos, de realizar una buena obra de profilaxis entre nuestros pacientes.

Ackerman y Regato se muestran partidarios de una observación armada, basados en que el número de metástasis es pequeño, y que en caso de presentarse, las posibilidades de supervivencia con trata-

miento radical adecuado son muchas. Sin embargo, en los casos de tumores de crecimiento rápido, en aquellos de textura histológica indiferenciada, cuando el tumor invade comisura labial o cuando ha sido tratado antes de una forma insuficiente, consideran ellos justificado realizar una disección cervical profiláctica.

Sharp y colaboradores opinan que es inconsecuente someter a todos los enfermos de este tipo a una *toilette* ganglionar sistemática, ya que el porcentaje de metástasis es bajo y, en caso de producirse, los resultados de un tratamiento son análogos.

Muy distinta a la opinión de los autores americanos mencionados es la de Tailhefer y Courtial, del Instituto del Rádium de la Universidad de París. Consideran ellos que en ausencia clínica de adenopatía, debe practicarse el vaciamiento quirúrgico submaxilar, y solamente creen posible la abstención en las formas costrosas muy superficiales. Otto Schürch confirma igualmente esta opinión.

Nuestra conducta de *toilette* ganglionar preventiva en los enfermos de epiteloma de labio inferior, en ausencia de ganglios palpables, está basada en las siguientes razones:

- 1.ª La operación es sencilla y carece prácticamente de mortalidad actuando en una zona tan limitada.
- 2.ª Aunque los enfermos no presenten ganglios metastásicos en el momento de la radiumpuntura, hay que tener en cuenta que la invasión puede estar en marcha y el desarrollo de la adenopatía no es siempre lento y progresivo, sino que puede hacerlo (nuestros casos lo demuestran) de una forma rápida hacia un estadio no operable.
- 3.ª Ello nos proporciona una tranquilidad íntima, dada la inseguridad de control por los motivos expuestos.

Este criterio rígido será mantenido en nuestros Servicios hospitalarios; no obstante, en aquellos enfermos cuidadosos en los que nos sea posible un control de garantía, existe la posibilidad de observar una conducta más tolerante, para llegar a la intervención ante el primer signo de alarma.

(“R. Acadm., Medcna.”, II, 1952.)