

CANCER DE LABIO

INTRODUCCION

El labio es una estructura de transición entre la piel y la mucosa oral. Incluye la superficie cutánea y la mucosa seca o bermellón. Los tumores que asientan en el labio cutáneo se consideran en el capítulo de cáncer de piel no melanoma. En este capítulo se describe el carcinoma escamoso de labio mucosa seca (bermellón), dividiendo al mismo en tres subsitios: labio superior, labio inferior y comisuras labiales.

La conducta biológica del cáncer de labio (capacidad de invasión local y diseminación linfática) es intermedia entre el cáncer de piel y el de la mucosa oral. A su vez, es considerado un sitio de alto riesgo para los carcinomas de piel no melanoma (junto con el pabellón auricular, región temporal y mejilla). Estos sitios anatómicos están asociados a una mayor tasa de recidiva local y metástasis ganglionares.

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de labio tiene una mayor incidencia en el sexo masculino. La edad promedio de presentación es 60 años. El labio inferior es la localización más frecuente (90%), seguida por el labio superior (7%) y las comisuras (3%).

El carcinoma escamoso representa el 95% de todas las histologías malignas en esta topografía. Más del 85% son bien diferenciados.

El factor epidemiológico excluyente es la exposición solar. El tabaco y el alcohol, a diferencia del carcinoma escamoso de la cavidad oral, son factores de menor relevancia. Existe antecedente de lesiones

preneoplásicas en un 20% de los casos (queilitis actínica y leucoplasia principalmente)

FACTORES PRONOSTICOS

La sobrevida a 5 años para todos los estadíos es del 83%.

Factores de mal pronóstico:

- Tumor: tamaño e invasión ósea.
- Histología agresiva: poco diferenciado / indiferenciado, profundidad de invasión, invasión perineural, invasión linfática, variantes agresivas, crecimiento rápido.
- Desarrollo a partir de procesos crónicos inflamatorios o degenerativos
- Tumores recidivados.
- Huésped inmunosuprimido (transplantados)
- Compromiso ganglionar: es el factor pronóstico negativo de mayor importancia. La tasa de afección en estadios tempranos varía entre un 8-10%. El número, tamaño y la presencia de extensión extranodal (EEN), tiene una profunda influencia en el pronóstico.

ESTADIFICACIÓN

En la estadificación AJCC 8va edición, los tumores del bermellón vuelven a estadificarse junto a los tumores de la cavidad oral. Las razón de este cambio radica fundamentalmente en que comparten los patrones de diseminación.

La mayoría de los tumores de labio se presentan en estadios iniciales y no requieren exámenes complementarios. Sin embargo, algunos tumores avanzados, requieren estudios por imágenes (radiografía panorámica de

maxilares, TC o RMN) para descartar infiltración ósea, del nervio dentario inferior y caracterizar estructuras ganglionares sospechosas. (Tabla 1)

TRATAMIENTO

De acuerdo a la experiencia internacional, la cirugía y la radioterapia ofrecen resultados comparables.

En el Instituto “Ángel H. Roffo” se considera a la cirugía como primera opción. La radioterapia se recomienda solo en casos seleccionados: contraindicaciones formales para la cirugía (coagulopatías, cardiopatías, etc.), o pacientes que rechacen el tratamiento quirúrgico. La braquiterapia intersticial de alta tasa de dosis es la modalidad de radioterapia de elección para estos casos. (**Tablas 2 y 3**)

Ventajas de la cirugía

- 1) Estudio histológico de los márgenes.
- 2) Menor tiempo de tratamiento y rehabilitación.
- 3) Evita las complicaciones y secuelas de la radioterapia (osteorradionecrosis, fibrosis, retracción y atrofia muscular). Éstas en general se presentan en forma tardía (10 o más años luego del tratamiento), razón por la cual es preferible emplearla en pacientes mayores de 60 años.
- 4) Relación costo/beneficio superior.

Cirugía del primario

En la cirugía convencional el margen de resección sugerido varía entre 0,5 a 1 cm de acuerdo a las características del tumor primario. Serán posibles de resecciones más amplias las lesiones con bordes imprecisos, infiltrantes, con histología agresiva o recidivadas.

En todos los casos es imprescindible el control histológico intraoperatorio de los márgenes. La resección quirúrgica, al igual que la radioterapia, presenta una tasa de recidiva local entre 8,1% y 10%.

La cirugía micrográfica de Mohs (*ver carcinoma espinocelular cutáneo*) ha demostrado las menores tasas de recidiva local (2,3%).

Opciones Reconstructivas

Se debe considerar la correcta restauración de la funcionalidad (continencia y habla), tamaño de la apertura bucal y el resultado estético.

Las lesiones de pequeño tamaño son reconstruidas con cierres primarios o avances mucosos. En defectos de mayor tamaño se deben utilizar colgajos locales cutáneos o del labio opuesto. En defectos masivos puede ser útil el empleo de colgajos microquirúrgicos.

En el carcinoma in situ y lesiones preneoplásicas extensas: resección del bermellón y avance mucoso. Una alternativa válida es el tratamiento con láser de CO₂.

En defectos que involucren hasta el 30% del labio: resección en cuña, reconstrucción con cierre directo.

En defectos que involucren entre el 30% y 50% del labio: reconstrucción con colgajos locales: Abbe Estlander, Karapandzik o Burow Webster (uni o bilateral).

En defectos que involucren entre el 80 y 100% del labio inferior: es preferible combinar Karapandzik mas Abbe Estlander (que restauran la funcionalidad) o eventualmente el empleo de colgajos microquirúrgicos.

En defectos mayores del labio superior: existen más opciones con colgajos locales tales como colgajos en isla bilaterales mas Abbe Estlander. En labio superior es excepcional la necesidad de necesitar un microquirúrgico.

En caso de que la resección involucre la mandíbula: reemplazo óseo con colgajo microquirúrgico de peroné.

Tratamiento del componente ganglionar

Los niveles ganglionares cervicales mas afectados son el nivel I, seguido de los niveles II y III. En algunos casos pueden presentarse metástasis contralaterales, sobre todo en caso de tumores del labio inferior. En lesiones ubicadas en la línea media o que sobrepasan este límite, considerar linfadenectomía bilateral.

En caso de adenopatías sospechosas, se empleará la punción citológica con aguja fina para descartar adenopatías inflamatorias antes de indicar una disección cervical.

N0: salvo excepciones, no se emplean los vaciamientos electivos. En nuestro Instituto no empleamos la técnica de ganglio centinela (TGC) en cáncer de labio, pero en otros centros se utiliza cuando existen factores de riesgo. No hay estudios prospectivos y randomizados que estudien el empleo de la TGC vs control. En pacientes añosos con tumores con factores de alto riesgo es factible considerar la RT electiva en primario y cuello.

N1-3 resecable: se emplea el vaciamiento supraomohioideo. En caso de que existan ganglios positivos en niveles inferiores, se completará la disección cervical.

ADYUVANCIA

Ver en Introducción “adyuvancia post-operatoria”.

SEGUIMIENTO

Cerca del 80% de las metástasis ganglionares se producen dentro de los primeros dos años de seguimiento. Por esta razón, se aconseja evaluar al paciente mediante examen físico (eventualmente ecografía) cada 1-2 meses durante este período.