

## ❖ CÁNCER DE LABIO

### ➤ INTRODUCCIÓN

El labio es una estructura de transición entre la piel y la mucosa oral. Se lo divide en 3 subsitios: labio superior, inferior y comisuras. Incluye superficie cutánea y mucosa seca o bermellón. El labio cutáneo se incluye en el capítulo de cáncer de piel no melanoma. En este capítulo se describe el carcinoma escamoso de labio mucosa seca o bermellón.

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. 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.

### ➤ EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de labio tiene una mayor incidencia en el sexo masculino. La edad promedio es 60 años. El labio inferior es la localización más frecuente, seguida por el labio superior (7%) y las comisuras (4%).

El antecedente de lesiones pre neoplásicas está presente en el 20% de los casos: queilitis actínicas, leucoplasias, etc.

El 95% de los carcinomas de labio son escamosos, debido a su asociación con la exposición solar. Más del 85% son bien diferenciados.

El factor epidemiológico excluyente es la exposición solar, el tabaco y alcohol, a diferencia de la cavidad oral, son factores de menor relevancia.

### ➤ FACTORES PRONOSTICOS

Factores de mal pronóstico:

- Tumor: tamaño, profundidad de invasión, invasión perineural (*ver capítulo carcinoma espinocelular cutáneo*)
- Factores histológicos: poco diferenciado
- Tumores recidivados
- Invasión ósea (T4 en la AJCC 8)
- Compromiso ganglionar: Los ganglios cervicales son el sitio más frecuente de metástasis, con una tasa entre un 8-10%. El número, tamaño y la presencia de Extensión Extra Nodal (EEN) tiene una profunda influencia en el pronóstico (AJCC 8: *ver capítulo carcinoma espinocelular cutáneo*).
- La sobrevida a 5 años es del 83%.

## ➤ ESTADIFICACIÓN

En la nueva estadificación AJCC8, los tumores del bermellón vuelven a clasificarse de junto a los tumores de cavidad oral (ver capítulo siguiente). Las razones de este cambio se basan fundamentalmente en los patrones de diseminación de este tumor.

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 (Rx panorámica, TC o RMN) para descartar infiltración ósea o del nervio dentario inferior.

## ➤ TRATAMIENTO

De acuerdo a la experiencia internacional, la cirugía convencional y la radioterapia ofrecen resultados comparables en el tratamiento del cáncer de labio.

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.

### • 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 preferentemente en pacientes mayores de 60 años.

### • 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 mediante cirugía convencional tiene una tasa de recidiva local del 8.1% y 10% con Radioterapia.

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 pre neoplásicas 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.

- **Tratamiento del componente ganglionar**

La localización más frecuente de metástasis ganglionares es en nivel I, en algunos casos pueden presentarse metástasis contralaterales en tumores del labio inferior. En lesiones ubicadas en la línea media 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 (con factores de riesgo presentes, podría emplearse el ganglio centinela). No hay estudios prospectivos y randomizados que estudien el empleo del GC 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**

En el caso de márgenes insuficientes u otros factores histológicos de mal pronóstico, evaluar adyuvancia post-operatoria (*Ver introducción*).

RT adyuvante:

- Invasión perineural y/o vasculo-linfática
- >1 Ganglio +

QT-RT adyuvante:

- Margen positivo imposible de re-resección
- EEN

*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 periodo.

Se recomienda instruir al paciente en el examen físico cervical, para identificar adenopatías.

