

11236
62



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CARCINOMA DE LENGUA
EXPERIENCIA CLINICA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

OTORRINOLARINGOLOGIA

PRESENTA

DR. JUAN ROSAS PEÑA



IMSS

Puebla, Pue.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

T I T U L O

CARCINOMA DE LENGUA EXPERIENCIA CLINICA

1989 - 1990.

AUTOR: DR. JUAN ROSAS PEÑA.

ASESOR: DR. JORGE FEDERICO ALVAREZ BALBAS.



JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. PUEBLA.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DR. JOSE ANTONIO BERNAL COSME.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICO ESTA TESIS A MI ESPOSA,
A QUIEN RECONOZCO SU FORTALEZA
Y APOYO DURANTE ESTA ETAPA DE
MI VIDA, Y A MI HIJO JUAN CARLOS
AL QUE QUIERO COMO TAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CON TODO CARIÑO Y RESPETO
PARA MIS PAPAS.

IGNACIO ROSAS MONTAÑO.

MARGARITA PEÑA DE ROSAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CON TODO RESPETO PARA:

DR. MANUEL MARIO MATUTE RAFFRAY.

SRA. MA. GPE GONZALEZ DE MATUTE.

Y A MI TIO

LIC. CARLOS PEÑA RAZO.

MI AGRADECIMIENTO AL

DR. JORGE FEDERICO ALVAREZ BALBAS.

INDICE

	pag.
I.- INTRODUCCION	
Lengua	2
II.- GENERALIDADES	
a).- Embriología	4
b).- Consideraciones anatómicas	5
c).- Histología	9
III.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA	
a).- Definición	11
b).- Epidemiología	11
c).- Etiología	12
d).- Manifestaciones Clínicas	12
e).- Anatomía Patológica	14
f).- Diagnóstico	15
g).- Tratamiento	17
IV.- MATERIAL Y METODOS	20
V.- RESULTADOS	22
VI.- DISCUSION	32
VII.- CONCLUSIONES	36
VIII.- BIBLIOGRAFIA	38

INTRODUCCION

El carcinoma de lengua es un padecimiento poco frecuente observado en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde son atendidos pacientes de los estados de Puebla, Tlaxcala y Oaxaca.

La falta de estudios acerca del cáncer de lengua en esta unidad hospitalaria fué lo que motivó la realización de este trabajo, cuyo objetivo es conocer la frecuencia de este padecimiento en el lapso comprendido del 1 de Enero de 1989 al 31 de Agosto de 1990. Asi como revisar los métodos de diagnóstico empleado, la estirpe histológica, los esquemas de tratamiento y los resultados que se han obtenido de ello.

Con este trabajo pretendemos describir la patología tumoral, revisando conceptos generales de embriología, anatomía e histología. En los siguientes capítulos se comentarán aspectos epidemiológicos, características clínicas, anatomía patológica, el tratamiento y por último las complicaciones.

Para esta investigación realizamos un estudio retrospectivo de tipo descriptivo, longitudinal en un lapso de seis meses, con el análisis de resultados por medio de gráficas y cuadros estadísticos.

La interpretación, la discusión y por otro lado las conclusiones en forma particular se comentarán al final del trabajo.

Por último, con esta revisión de casos y los datos obtenidos en las publicaciones más recientes en la literatura mundial podremos darle validez científica a nuestra experiencia teniendo un concepto uniforme y así obtener una conclusión adecuada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GENERALIDADES

a).- EMBRIOLOGIA

Al final de la cuarta semana, se presenta una elevación en el piso de la faringe, en dirección al agujero ciego; esta elevación corresponde al tubérculo impar, es la primera indicación del desarrollo de la lengua. A cada lado del tubérculo aparecen dos protuberancias linguales laterales. Estas elevaciones son la proliferación del mesénquima en las porciones ventromediales del primer arco branquial.

Las protuberancias linguales laterales crecen en forma rápida se unen entre sí y se unen al tubérculo impar. La fusión de las protuberancias laterales forman los dos tercios anteriores de la lengua. El tercio posterior se forma a partir de dos elevaciones que aparecen caudalmente al agujero ciego a partir del tubérculo impar.

La fusión de las porciones anteriores y posterior es por una formación del surco terminal o la llamada V lingual.

El mesodermo de los arcos branquiales forma el tejido conectivo, los vasos linfáticos y sanguíneos de la lengua y algunas fibras musculares.

Las papilas circunvaladas y foliadas aparecen inicialmente



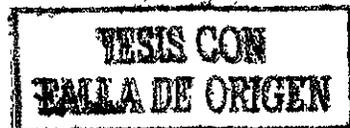
en íntima relación con las ramas terminales del nervio glossofaríngeo que induce su desarrollo. Las papilas fungiformes aparecen después, por inducción de la cuerda del timpano rama del nervio facial. Todas las papilas pronto adquieren botones gustativos. Las papilas filiformes se desarrollan durante el período fetal inicial y no tienen relación con nervios. Aproximadamente entre la 26 y 28 semanas de gestación se establecen las vías reflejas de los botones gustativos y los músculos faciales. (20)

b).- ANATOMIA

La lengua esta compuesta por músculos estriados y cubierta de mucosa. Nace de el piso de la boca, tiene una cara superior o dorso, una parte inferior, dos bordes laterales, una base y vértice. Hacia la porción posterior la mucosa se continúa con la mucosa de la cara anterior de la epiglótis formando un arco que forma las valéculas, localizadas entre el repliegue glosopiglótico lateral y medial. (4,5)

La lengua tiene una porción móvil que abarca los dos tercios anteriores y una porción fija que corresponde a la base de la lengua. Ver figura 1 A.

La mucosa que cubre la lengua es rosada y húmeda, por las múltiples papilas es rugosa al tacto. La mayoría de las papilas son filiformes, entre estas papilas hay otras más grandes: las



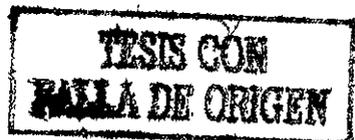
papilas fungiformes. Por delante del surco terminal estan las hileras de 8 a 12 papilas caliciformes que forman una V lingual. La mucosa de los dos tercios anteriores de la lengua esta unida al tejido subyacente, mientras que la mucosa del tercio posterior es suave y reluciente, teniendo elevaciones de tejido linfoide por debajo del epitelio que representa la amígdala lingual. En los bordes laterales de la lengua la mucosa es más delgada y no tiene papilas, pero puede haber pliegues verticales o papilas foliadas. La mucosa de la parte inferior es delgada y suave sin papilas y el tejido es menos firme.(4,5)

El frenillo es un repliegue de mucosa que une la parte inferior de la porción libre de lengua con el piso de la boca. (4)

Los bulbos gustativos se encuentran en el epitelio lingual y en menor extensión en el epitelio del paladar blando, faríngeo y epiglótis, la mayoría de los bulbos gustativos estan en la capa epitelial del surco que rodea las papilas caliciformes. (5)

La mayor parte de la lengua esta constituida por músculos estriados extrínsecos que se originan fuera de la lengua y los músculos intrínsecos que nacen y se insertan dentro de la lengua.

Dentro de los músculos extrínsecos se encuentra el músculo genioglosa que va desde la apófisis de la mandíbula hasta la



parte superior de la lengua donde algunas fibras se insertan en el hioides, por otra parte el músculo estiloso se inserta por arriba de la apófisis estiloides, este se dirige hacia abajo y adelante a la parte lateral de la lengua, mientras que el músculo hiogloso se inserta en el cuerpo y las astas menores y mayores del hioides dirigiéndose hacia arriba y por último el músculo palatogloso baja desde el velo del paladar para formar el pliegue palatogloso. Ver figura 1 B.

Si hablamos de los músculos intrínsecos, el músculo longitudinal superior se extiende por debajo del dorso lingual, mientras que el músculo longitudinal inferior esta entre el geniogloso y el hiogloso abajo de la superficie de la lengua, el tercer músculo es el transverso que esta cubierto por el músculo longitudinal superior y la mayoría de sus fibras se entrecruzan con fascículos de los músculos extrínsecos. Con la acción combinada de estos músculos se puede modificar la forma de la lengua. (4,5)

El drenaje linfático de la lengua es importante en el comportamiento clínico del carcinoma de lengua. Ver figura 1 D.

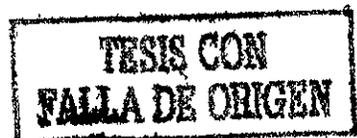
Se origina en la porción submucosa en forma de plexo linfático submucoso, se continua sobre el rafe medio y drena principalmente hacia los bordes y base de la lengua; los bordes de la lengua tienen su drenaje por tres vías: la porción anterior

atravieza el músculo milohioideo y terminan en los ganglios submentonianos, los ganglios de la porción media siguen el trayecto superficial o profundo hasta la glándula sublingual llegando después a los ganglios submaxilares.

En la parte posterior los linfáticos atraviezan el espesor de la musculatura de la base lingual para pasar a través de la pared faríngea lateral y terminan en los ganglios cervicales profundos de la cadena yugular superior y media.

La inervación de la lengua depende del nervio hipogloso; para su función motora inerva todos los músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua con excepción del músculo palatogloso; el cual es inervado por el espinal accesorio a través del plexo faríngeo. La sensibilidad de los dos tercios anteriores es a través del nervio lingual del trigémino y la porción posterior por las ramas dorso linguales del nervio glossofaríngeo; por último la rama cuerda del tímpano del nervio facial da inervación sensorial en los dos tercios anteriores y el tercio posterior dado por el glossofaríngeo. Ver figura 1 C.

El riego sanguíneo de la mayor parte de la lengua es por la arteria lingual, rama de la arteria facial; el drenaje venoso es por la vena lingual, que desemboca en la vena facial y de ahí a la yugular interna. (4,5)



c).- HISTOLOGÍA

La lengua esta compuesta de músculo estriado; las fibras que lo forman estan en tres planos: longitudinales, verticales y horizontales.

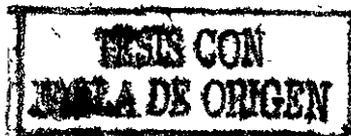
Entre los haces musculares esta el tejido fibroelástico que contiene vasos sanguíneos, nervios y zonas de tejido adiposo; en algunas partes tiene glándulas salivales.

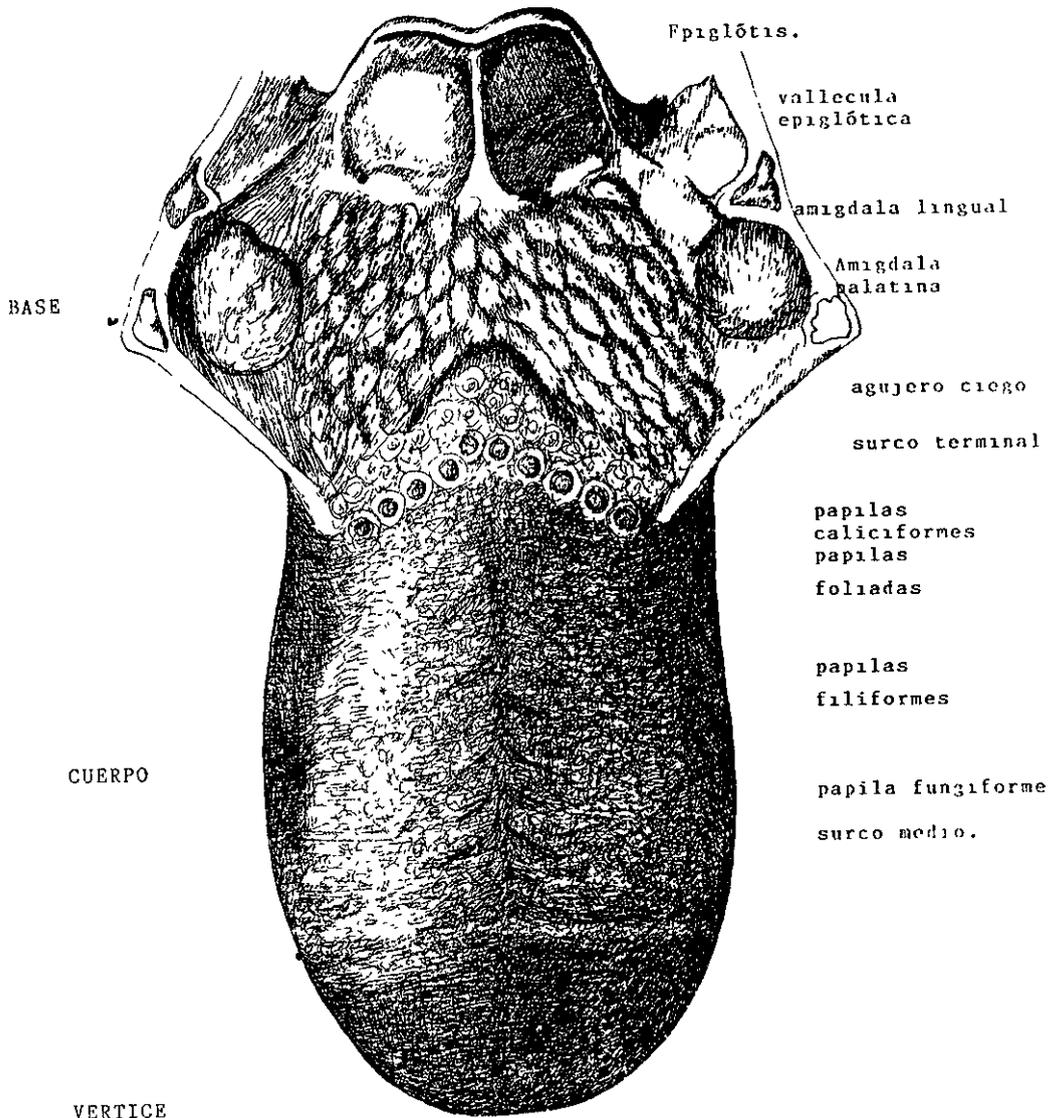
La mucosa que cubre la superficie de la lengua se divide en dos partes: la que cubre los dos tercios anteriores de la lengua y el tercio posterior. La primera se caracteriza por ser humeda y sonrosado, como esta provista de múltiples papilas, es aspera al tacto para que produzca fricción con los alimentos, la segunda es suave y reluciente, pero presenta una superficie nodular de tejido linfático o folículos linfáticos. El límite de estas dos partes es una línea en forma de V transversalmente en la lengua.

Las papilas son epitelio especializado que sobresale a la mucosa de la lengua; son de tres tipos: filiformes, fungiformes y caliciformes. Las papilas filiformes compuestas de epitelio y lamina propia, son muy numerosas, se distribuyen en hileras siguiendo la línea en forma de V que separa el dorso de la base de la lengua, mientras que las papilas fungiformes se encuentran en la punta de la lengua, tambien formadas por epitelio no quera

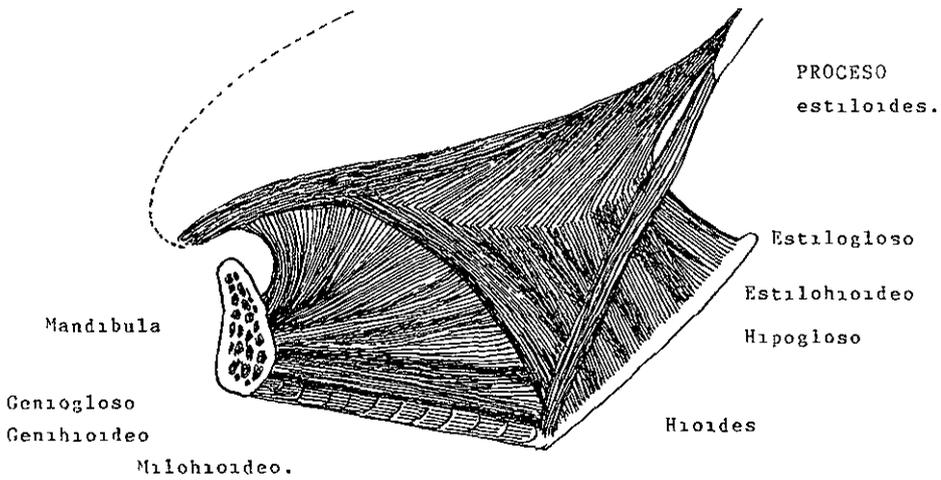
tinizante, lámina propia y muy cerca de ellos los vasos capilares, por ello su color rojo y por último las papilas caliciformes aproximadamente son siete a doce distribuidas a lo largo de la línea en forma de V, cada papila tiene epitelio estratificado no queratinizado y lámina propia.

Las papilas tienen terminaciones para el tacto, las caliciformes contienen corpúsculos gustativos donde hay terminaciones nerviosas que al ser estimuladas causan la sensación del gusto. (22)





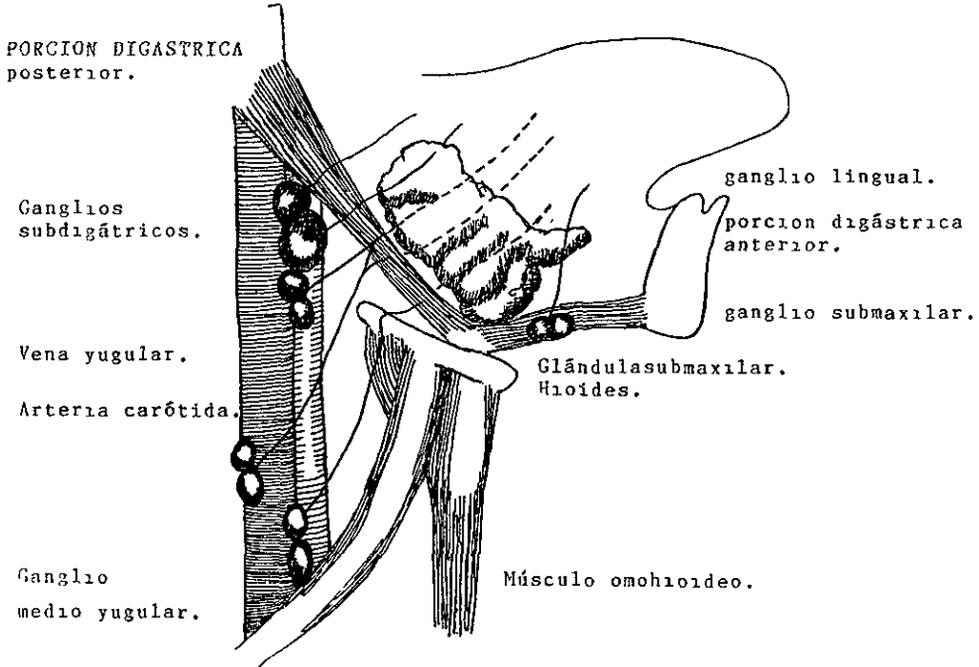
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MUSCULATURA DE LA LENGUA Y SUELO DE LA CAVIDAD ORAL.

FIGURA 1 B.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Linfáticos y diagrama anatómico de la lengua.

FIGURA 1 D.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA

a).- DEFINICION

El termino carcinoma (del griego Karkinos, cáncer) es una neoplasia maligna de tipo epitelio escamoso estratificado, con anaplasia de grado variable que se caracteriza por pleomorfismo celular y nuclear, metacromasia nuclear y aumento de número de mitosis, algunas de las cuales pueden ser anormales.

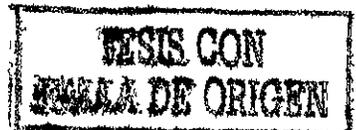
SINONIMOS

Carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide, carcinoma de células espinosas, epiteloma, acantoma).

b).- EPIDEMIOLOGIA

Más del 90% de todos los padecimientos malignos que se producen en la lengua y bucofaríngeo son carcinomas de células escamosas, pero también ocurren otros tipos de neoplasias malignas que se originan de otros tipos celulares; entre ellos se incluyen los tumores de glándulas salivales, sarcomas de elementos mesenquimatosos y con menor frecuencia el melanoma mucoso primario.

El cáncer de lengua constituye el 30% de los carcinomas de



la cavidad bucal; de estos, el 97% corresponde a carcinoma de células escamosas. En la mayoría de los casos afecta al sexo masculino, y es más frecuente en pacientes mayores de sesenta años. (1,2,3,6,7,9,10,11,21)

Casi todos los tumores suele localizarse en la porción móvil de la lengua; su incidencia en las superficies laterales e inferiores es la más frecuente; rara vez afecta el dorso, sobre la línea media y el resto en la porción posterior o base de la lengua.

c).- ETIOLOGIA

La mayoría de los carcinomas de células escamosas que se originan de la lengua esta relacionado con dos co-carcinógenos: el alcohol y el tabaco. En ausencia del uso excesivo de estas dos sustancias, el desarrollo del carcinoma es poco común. Entre otros factores que predisponen se encuentran el mal estado de nutrición, estados de inmunodeficiencia, radiación ionizante previa, mala higiene bucal, y en el pasado la sífilis. (3,9,10,11,20)

d).- CARACTERISTICAS CLINICAS

Los síntomas, hallazgos clínicos y comportamiento clínico

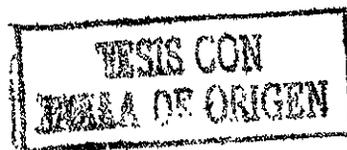
del tumor varían considerablemente de acuerdo a la localización de la neoplasia.

El síntoma que con mayor frecuencia refiere el paciente es el de dolor o la irritación lingual, especialmente al comer o beber. Cuando más se desarrolla la lesión y se ulcera; el dolor se acentúa progresivamente e incluso se irradia hacia el conducto auditivo externo. Ver fig. (2a) Cuando la tumoración infiltra profundamente los músculos de la lengua ocasiona alteración en la fonación y deglución, por tal razón el paciente presenta pérdida de peso marcada; cuando las lesiones son muy avanzadas y grandes hay sensación de cuerpo extraño y a su vez halitosis.

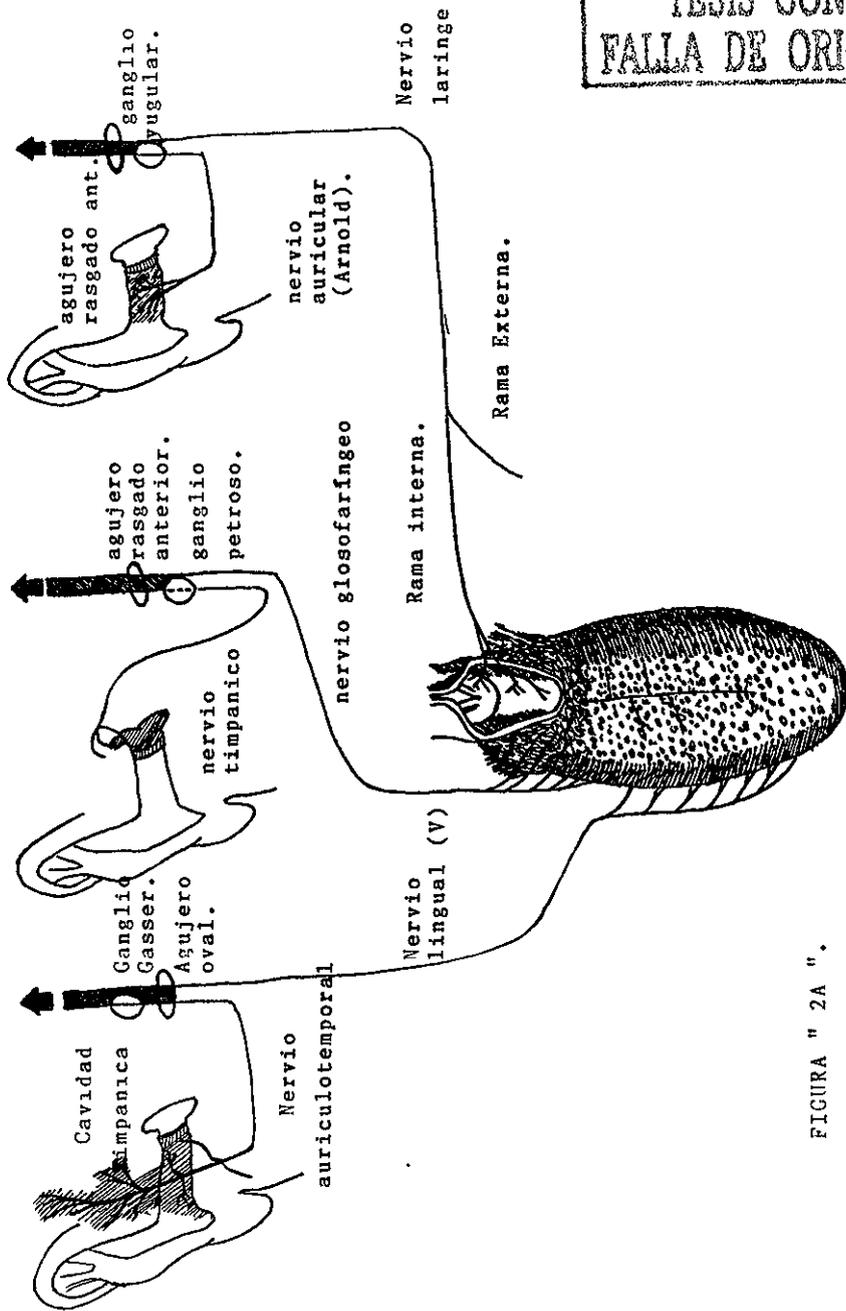
A la exploración física encontramos que se trata de una masa, a menudo indolora y con frecuencia descubierta por el propio paciente, sin embargo a la inspección vemos que se trata de una zona de induración con engrosamiento, rugosidad o leucoplasia, pudiendo tener zona de ulceración o descamación artificial.

La extensión de la enfermedad se determina fácilmente con el examen visual y palpación. Las lesiones de la porción posterior o fija pueden crecer dentro del grosor de la musculatura de la base de la lengua, siendo sólo detectables por la palpación. (1,3, 9,10,11,21)

La mayoría de los carcinomas de células escamosas de la



Vías del dolor referido al oído.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

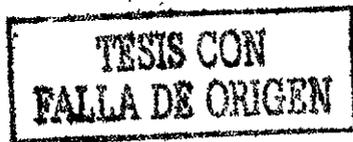
FIGURA " 2A " .

lengua se encuentran en las superficies laterales e inferior de la lengua, es muy raro que las lesiones aparezcan en el dorso, y cuando sucede se presentan en la línea media posterior. La mayoría de los tumores del borde lateral están en los tercios medio y anterior. Los carcinomas de la lengua pueden permanecer asintomáticos hasta que su tamaño es muy grande. Los tumores del tercio anterior por lo general se diagnostican en forma temprana. Cuando esto no sucede, las lesiones pueden invadir el piso de la boca y la base de la lengua, produciendo ulceraciones y fijación a estructuras adyacentes. (3,9,10,11,21)

Aproximadamente en un 35% los pacientes con cáncer de la porción móvil presentan ganglios clínicamente positivos en la primera exploración de ellos el 5% son bilaterales; en tanto que los pacientes con cáncer de la base lingual en un 75% tiene ganglios cervicales positivos en la primera consulta, el 30% son bilaterales. (11,14,21)

e).- ANATOMIA PATOLOGICA

Más del 95% de las neoplasias malignas de la lengua corresponden a carcinoma de células escamosas (epidermoide), son muy raros los carcinomas epidermoides verrucosos y los tumores de las glándulas salivales menores y aún más el melanoma mucoso. El



mioblastoma de células granulosas es un tumor benigno de origen poco conocido que se presenta en el dorso de la lengua e histológicamente puede confundirse con carcinoma, porque se asocia con hiperplasia pseudo epiteliomatosa.

El carcinoma epidermoide de la base de la lengua tiende a infiltrar tempranamente. Las lesiones de la vallecula se extiende a través de la mucosa lingual hacia la superficie de la epiglótis y lateralmente hacia el pliegue faringoepiglótico y luego hacia la pared faríngea lateral y la pared anterior del seno piriforme. La extensión del tumor se detiene por algún tiempo por el ligamento hioepiglótico pero como es una estructura delgada se rompe y el carcinoma penetra al espacio preepiglótico. Las lesiones que empiezan en la base lateral de la lengua pueden invadir el surco glosamigdalino. La penetración profunda invade el cuello porque no existe una barrera muscular efectiva; el músculo milohioideo termina a nivel del ángulo de la mandíbula y no tiene relación para detener la invasión hacia la laringe. (1,2,3,6,8,9,10,11,14,21)

f).- DIAGNOSTICO

Dentro de la valoración inicial del paciente, es importante la realización de la historia clínica, haciendo hincapie, sobre



todo en la duración y las características del desarrollo y factores predisponentes.

Las estructuras superficiales de la cavidad bucal y la lengua son accesibles a la exploración mediante inspección y palpación, pero cuando a simple vista revela una anomalía de la mucosa lingual esta indicado efectuar una biopsia en el consultorio para valoración histopatológica; cuando es difícil valorar directamente otras regiones como la base de la lengua es recomendable el uso de espejos laríngeos y endoscopia de fibra óptica flexible.

Dentro de los estudios de gabinete se encuentra la tomografía axial computarizada, mediante la cual es posible valorar la extensión de la infiltración tumoral submucosa y la extensión hacia áreas contiguas; con el empleo de medio de contraste se demuestra detalles vasculares importantes, así como las relaciones del tumor lingual con las arterias linguales y diferenciar los ganglios linfáticos cervicales mas afectados por enfermedad metastásica, de las estructuras vasculares normales. (11,17)

La resonancia Magnética es un método de obtención de imágenes diagnósticas no ionizantes con un enorme potencial donde es posible localizar la neoplasia y además permite diferenciar con gran certeza el tejido tumoral de los tejidos blandos

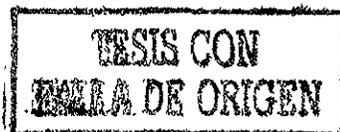
adyacentes, siendo mejor la estadificación de la lesión. Es conveniente siempre contar con la Radiografía de torax ya que las metástasis más frecuentes son a pulmon. (11)

g).- TRATAMIENTO

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA

Es importante tomar en cuenta varios factores para seleccionar la modalidad del tratamiento; estos incluyen aspectos generales como las condiciones del paciente, edad, sexo, estado nutricional e inmunológico, pero los aspectos más importantes son los relacionados con el tumor mismo: su localización primaria, tamaño, la estirpe histológico y la presencia o ausencia de metástasis regionales o a distancia. El American Joint Committee on Cancer ha empleado los criterios para establecer un sistema T N M de clasificación del cáncer por etapa (ver fig. 3 A). Este sistema sigue siendo el lenguaje común de clasificación y de información de las etapas del cancer lingual y es posible que sea un indicador pronóstico.

Para el tratamiento del cáncer de lengua se utilizan dos procedimientos: cirugía y radoterapia; la opción entre cada uno de ellos depende de varios aspectos: las ventajas con el tratamiento quirúrgico es que podemos establecer bien los límites



Clasificación T N M para la clasificación por etapas

del tumor

Clasificación según el tamaño del tumor

- T0 No evidencia de tumor primario.
- T_{is} Carcinoma in situ.
- T1 Tumores de hasta 2 cm en su diámetro mayor.
- T2 Tumores mayores de 2 cm pero menores de 4 cm de diámetro.
- T3 Tumores mayores de 4 cm de diámetro.
- T4 Tumores mayores de 4 cm con invasión profunda fuera de la región.

Ganglios Cervicales (N)

- N0 Si ganglios clínicamente positivos.
- N1 Ganglios homolateral único de 3 cm de diámetro o menos.
- N2a Ganglios homolateral único de 3 a 6 cm.
- N2b Ganglios homolaterales múltiples, sin que ninguno sea mayor de 6 cm de diámetro.
- N3a Ganglio(s) homolateral(es), uno mayor de 6 cm.
- N3b Ganglios bilaterales clínicamente positivos.
- N3c Únicamente ganglio(s) bilateral(es).

Metástasis Distantes (M)

- Mx no valoradas.
- M0 Sin metástasis a distancia conocidas.
- M1 Presencia de metástasis a distancia.

Agrupamiento por etapas

Etapa I T1 No Mo.

Etapa II T2 No Mo.

Etapa III T3 No Mo.

T1 o T2 o T3 N1 Mo.

Etapa IV T4 No o N1 Mo.

Cualquier T1 N2 o N3 Mo / T1 N1 M1.

(3,9,10,11,20)

Esquema 3 A.

libres del tumor, pero tiene el inconveniente de causar alteración del habla y dificultad a la deglución. Por otra parte la Radioterapia es un método no invasivo que preserva las características normales de la lengua, además actúa como coadyuvante en la paliación de tumores grandes y difíciles de reseca, pero tiene la desventaja de no precisar los bordes libres de tumor, por otra parte ocasiona radiomucositis y xerostomia.

Cuando las lesiones se encuentran en estadio T1 y T2 el tratamiento quirúrgico y la radioterapia tienen índices de curación similares.

Los tumores en etapa T3 y T4 que muestran una superficie de afectación extensa, pero poca infiltración, tienen un mejor pronóstico y pueden curarse sólo con radioterapia; si las lesiones infiltran en profundidad mas de 2 cm tienen mejor índice de curación combinando la cirugía y radioterapia.

La radioterapia en tumores en estadio T4 actúa como paliativo, disminuyendo el sangrado, dolor y la disfagia. Sin embargo cuando hay metástasis a ganglios cervicales la radioterapia es el mejor tratamiento, reseca la cirugía de rescate en el cuello para las recidivas. (9,10,11,14,16,18,21)

MATERIAL Y METODOS

En este trabajo se realizó un estudio retrospectivo, basando en la revisión de expedientes clínicos del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Radioterapia del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el período comprendido del 1 Enero 1989 al 31 de Agosto de 1990.

Se incluyeron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de carcinoma de lengua por estudio histopatológico y fueron excluidos del estudio los expedientes que no se encontraron en el Archivo clínico del Hospital.

Una vez que contamos con los expedientes, procedimos a recopilar la información correspondiente a los siguientes datos:

- Sexo.
- Edad.
- Ocupación.
- Antecedentes de tabaquismo y alcoholismo.
- Pruebas de laboratorio.
- Diagnóstico histopatológico.
- Tratamiento.
- Evolución.
- Complicaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El método de estudio para este trabajo fué observacional, con captación de información retrospectiva, con seguimiento longitudinal de tipo descriptivo en un lapso de seis meses.

Los resultados se vaciaron en gráficas y cuadros estadísticos e histogramas. Posteriormente se procedió a su análisis e interpretación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S

INCIDENCIA DEL CARCINOMA DE LENGUA

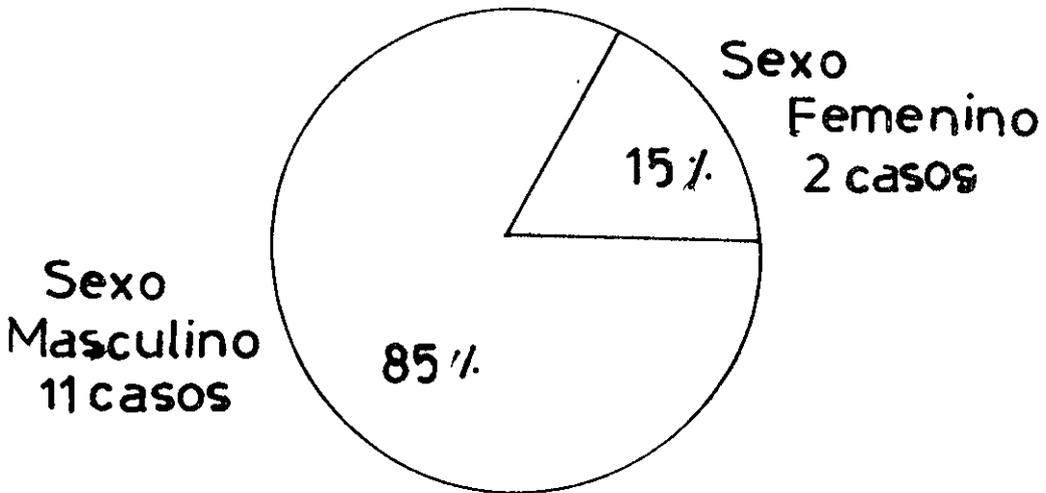
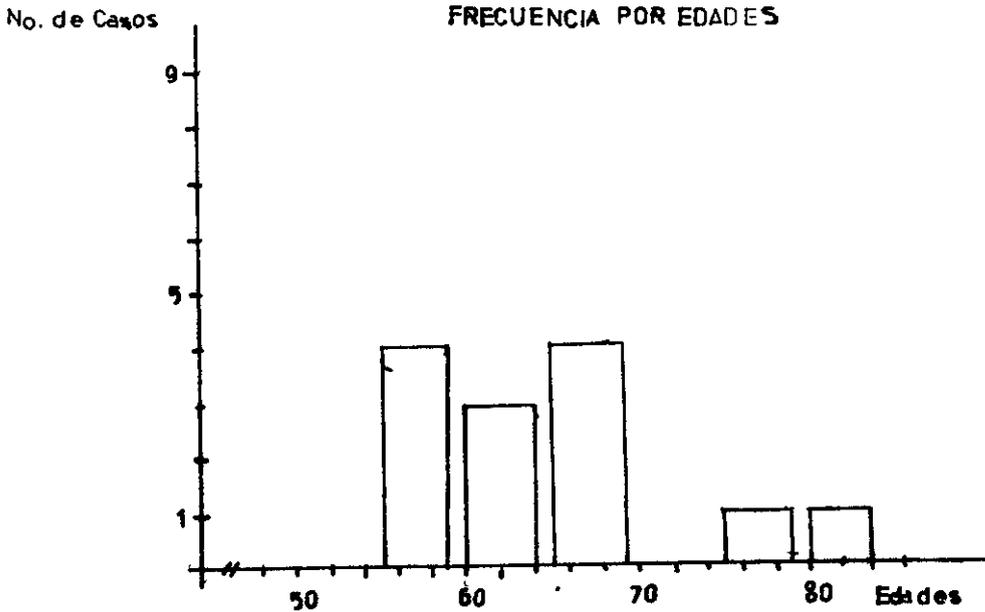


FIGURA 4 A.

Carcinoma de Lengua



GRUPOS DE EDAD	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
A. - menores de 55 años	0	0 %
B. - 55 - 59 años	4	27 %
C. - 60 - 64 años	3	24 %
D. - 65 - 69 años	4	27 %
E. - 70 - 74 años	0	0 %
F. - 75 - 79 años	1	11 %
G. - 80 - 84 años	1	11 %
TOTAL	13	100 %

FIGURA 5 A.



CARCINOMA DE LENGUA

Factores Predisponentes

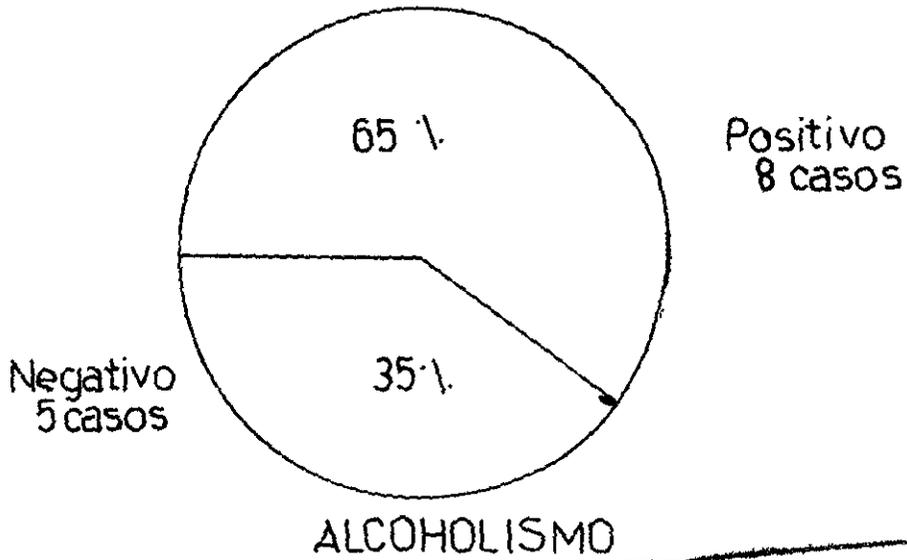
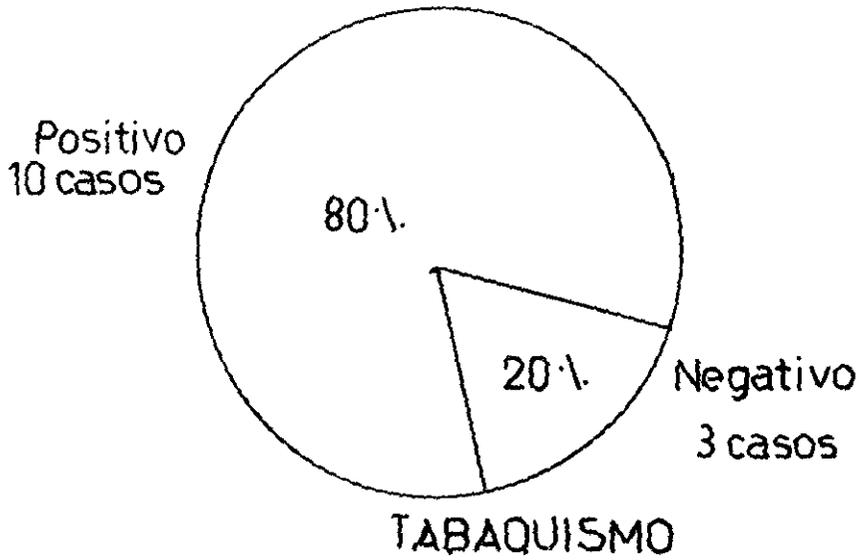
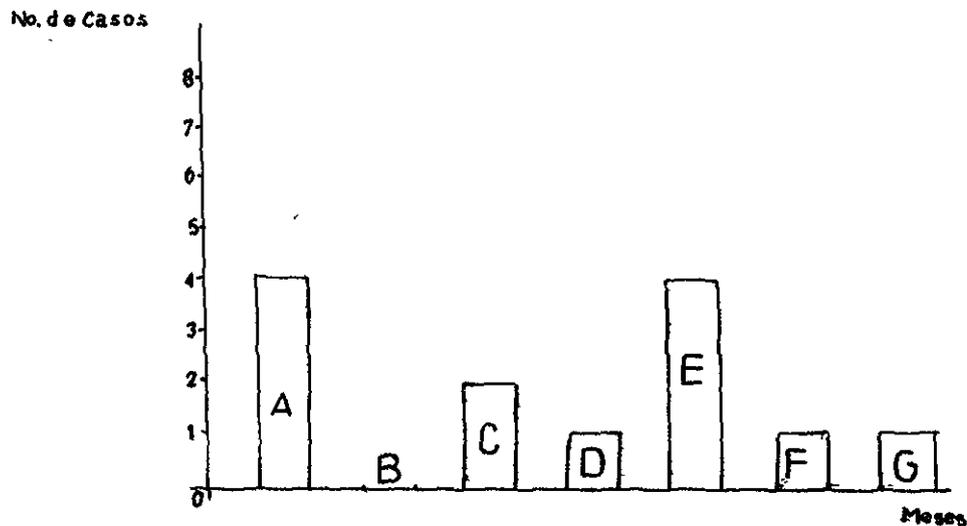


FIGURA 6 A.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Carcinoma de Lengua

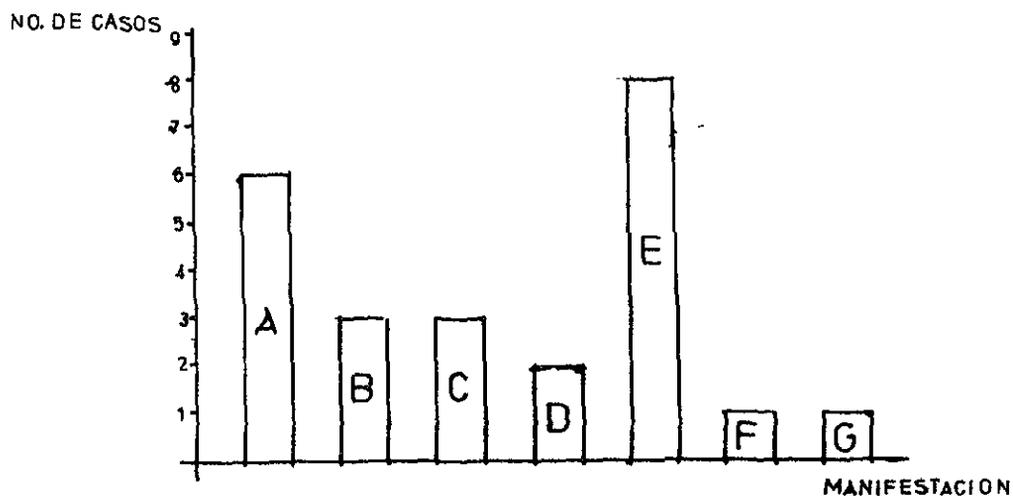
TIEMPO DE EVOLUCION



TIEMPO DE EVOLUCION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
A.- Ignora	4	27 %
B.- Un mes	0	0 %
C.- Tres meses	2	13 %
D.- Cinco meses	1	11 %
E.- Seis meses	4	27 %
F.- Siete meses	1	11 %
G.- 5 a 7 años	1	11 %
TOTAL	13	100 %

FIGURA 6 B.

Manifestaciones Clínicas del Carcinoma de Lengua

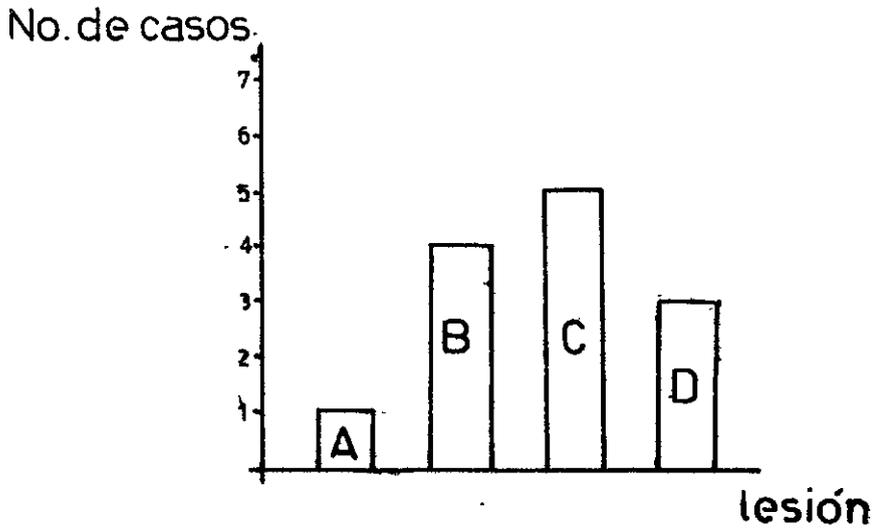


MANIFESTACION CLINICA	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
A.- Dolor	6	50.5 %
B.- Disfagia	3	24 %
C.- Sensación de cuerpo extraño	3	24 %
D.- Dificultad para la masticación	2	12 %
E.- Pérdida de peso	8	60 %
F.- Halitosis	1	11 %
G.- Odinofagia	1	11 %

FIGURA 7 A.

CARCINOMA DE LENGUA

Localización de la Lesión

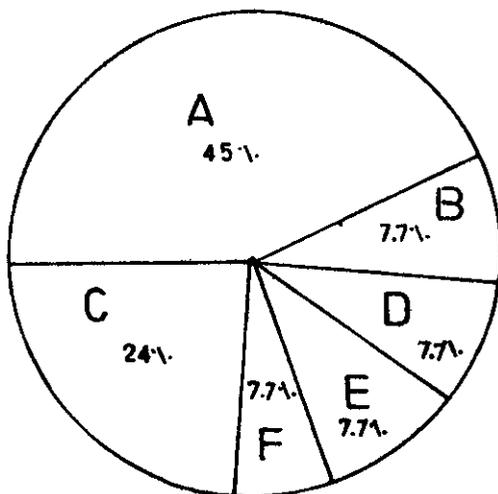


LOCALIZACION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
A.- Dorso de la lengua	1	11 %
B.- Base de lengua	4	27 %
C.- Tercio lateral anterior izq.	5	38 %
D.- Tercio lateral anterior der.	3	24 %
TOTAL	13	100 %

FIGURA 7 B.

CARCINOMA DE LENGUA

SUB TIPOS HISTOLOGICOS

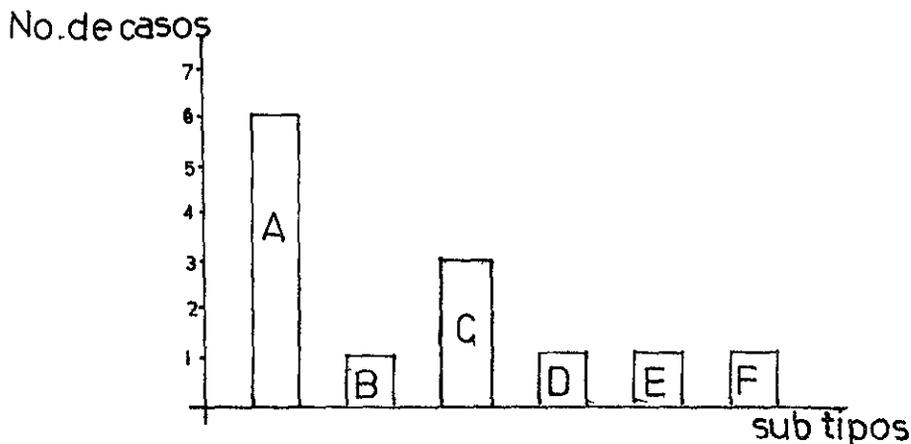


- A.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO
- B.- CARCINOMA INTRAEPITELIAL
- C.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO INVASOR
- D.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE ANAPLÁSICO
- E.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR QUERATINIZANTE
- F.- CARCINOMA EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO

FIGURA 7 C.

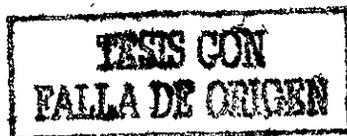
HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS

Sub Tipos Histologicos



SUB TIPO HISTOLOGICO	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
A.- Ca. Epidermoide bien diferenciado.	6	45.0 %
B.- Carcinoma Intraepitelial.	1	7.7 %
C.- Ca. Epidermoide bien diferenciado	3	24.2 %
D.- Carcinoma Epidermoide Anaplasico.	1	7.7 %
E.- Carcinoma Epidermoide Invasor Queratinizado.	1	7.7 %
F.- Carcinoma Epidermoide moderadamente diferenciado.	1	7.7 %

FIGURA 8 A.



CARCINOMA DE LENGUA

HALLAZGOS A LA EXPLORACION FISICA

HALLAZGOS	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
1.- Tumorción sésil	1	11 %
2.- Bordes necróticos	2	13 %
3.- Ulceración	2	13 %
4.- Exofítica	3	24 %
5.- Bordes elevados	2	13 %
6.- Induración	1	11 %
7.- Leucoplaquia	2	13 %

1.- Infiltración a la base de lengua.	6	50 %
2.- Infiltración al piso de boca.	3	24 %
3.- Infiltración retromolar.	2	13 %
4.- Infiltración a encia.	2	13 %

FIGURA 8 B.

DISCUSION

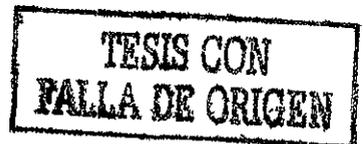
CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA

La serie de pacientes aquí estudiados, representan la experiencia del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Puebla del Instituto Mexicano del Seguro Social en un lapso comprendido del 1 de Enero de 1989 al 31 de Agosto de 1990 en relación con el Cáncer de Lengua.

Se revisaron un total de trece expedientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de lengua de los cuales el sexo masculino predominó en un 80% a diferencia del sexo femenino en un solo 20%, lo cual coincide ampliamente con lo reportado por la literatura mundial, donde se hace hincapie que el hombre es más susceptible por sus hábitos higiénicos y dietéticos así como los factores de riesgo a los que está expuesto por su condición de ser hombre. (2) Ver gráfica 4 A.

En cuanto a la edad se vió que la sexta y séptima década de la vida fué más frecuente. Realmente no se tiene un dato preciso con respecto a la edad para el desarrollo de esta enfermedad.

Para el desarrollo del carcinoma de lengua existen factores que predisponen la mayor incidencia a la enfermedad de ellos hay dos sustancias que actúan como co-carcinógenos; en el 80% el

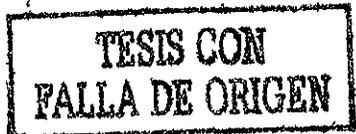


Labaquismo estuvo presente, mientras que el etilismo en un 65%. Es ampliamente conocido que el antecedente de estos factores actúan como irritantes a la mucosa ocasionando cambios histológicos significativos, lo cual son susceptibles para aumentar el riesgo de esta enfermedad.

Se ha visto que a partir de hace 20 años el riesgo en el sexo femenino se ha incrementado esto es por la integración de la mujer a la vida social, cotidiana y el incremento del uso de tabaco y alcohol. (8,10,11,15,21) Ver gráfica (6 A).

Es de hacer notar que estos antecedentes fueron negativos en los pacientes del sexo femenino.

Si hablamos de las manifestaciones clínicas en la mayoría tuvieron pérdida de peso; esto no es una causa directa del padecimiento sino por afectación local de la lengua; lo cual ocasiona la falta de ingesta por el dolor que ocasiona al desarrollar la masticación y la deglución; el dolor o ardor lingual es secundario por la irritación y ulceración local, la sensación de cuerpo extraño es muy evidente sobretodo en las lesiones que se localizan en la base de la lengua, por consiguiente disfagia a sólidos y cuando la tumoración es muy grande ocasiona a líquidos. Cuando hay adoncia parcial y caries en estado avanzado de la enfermedad hay halitosis también secundario por los deficientes hábitos higiénicos de los



pacientes. Ver gráfica 7 A.

Al realizar la exploración física, en la mayoría encontramos una lesión exofítica de tamaño variable, con ulceración y zonas de necrosis, muy rara vez leucoplasia, la porción móvil de la lengua fué la mas afectada independientemente del lado; en sólo cuatro casos la tumoración la observamos en la base de la lengua, auxiliados por un espejo laríngeo y a la palpación con gran zona de induración. Ver figura 8 B.

Sólo en un caso el dorso de la lengua fué el afectado, todos estos datos coinciden con lo reportado por Lederman (12). Ver gráfica (7b).

También pudimos confirmar mediante estudios por imagen la infiltración a estructuras adyacentes por ejemplo hacia el piso de la boca, trigono retromolar e incluso hacia las encías del lado de la lesión; éstos datos similares a lo reportado en la literatura. (12,13)

En muy raros casos pudimos confirmar y palpar nodulaciones en el cuello, casi siempre fueron en la cadena ganglionar submaxilar y yugular superior, esto por el drenaje natural que tiene la lengua ampliamente explicado en notas anteriores. Sólo dos pacientes tenían metástasis pulmonares al momento de su ingreso y un sólo paciente con metástasis hepáticas; esto



corroborado por tele de tórax y gamagrama hepático. Las metástasis se presentaron en estado muy avanzados de la enfermedad además de las condiciones precarias del paciente, aunada con grandes deficiencias nutricionales.

A todos los pacientes se les realizó biopsia incisional o excisional de pendiendo del tamaño y localización del tumor; todos ellos tuvieron carcinoma epidermoide con diferentes sub tipos histológicos los cuales se presentan en la gráfica (7 C). Esto corresponde a lo expuesto en la Literatura Universal. (1,2,3,6,7,8,9,10,11,21)

El tratamiento de estos pacientes se estableció dependiendo del estadio clínico y del comportamiento biológico de la tumoración. En once pacientes se estableció el manejo con Radioterapia a dosis de 6000 radds con muy buena respuesta, ya que persisten sin actividad tumoral.

A tres de ellos fué pobre la respuesta por el estado avanzado de la enfermedad y por las metástasis los cuales fallecieron en el lapso señalado de esta investigación. En un sólo paciente se intento realizar glosectomía parcial pero esta no fué posible, porque al momento de la inducción de la anestesia presentó paro cardiorespiratorio reversible por lo que se decidió solamente tratamiento a base de radioterapia.



CONCLUSIONES

- 1.- El carcinoma de lengua predomina en el sexo masculino en relación al femenino en proporción 5 a 1.
- 2.- La mayor incidencia se encuentra en los grupos de edad entre los 55 a 59 años y 65 a 69 años de edad.
- 3.- No existe predisposición heredofamiliar para esta enfermedad.
- 4.- El tabaquismo y alcoholismo son factores predisponentes para el desarrollo del cáncer de lengua.
- 5.- A pesar de que todos los pacientes estudiados provienen de medio socioeconómico medio bajo considero que este no es un factor predisponente.
- 6.- El síntoma más constante sufrido en los examinados es la pérdida de peso.
- 7.- La forma más frecuente de presentación de la enfermedad son aparentes a la exploración física.
- 8.- El sitio más frecuente de presentación es la lengua móvil.
- 9.- Las metástasis loco regionales resultan poco frecuentes
- 10.- La presencia de metástasis a distancia disminuye la



- sobrevida del paciente.
- 11.- Los tumores infiltrantes suelen ser más dañinos que los exofíticos.
 - 12.- La neoplasia mas frecuente de la lengua es el Carcinoma Epidermoide.
 - 13.- La biopsia incisional es un método de diagnóstico confiable.
 - 14.- La radioterapia es buena en el tratamiento del carcinoma de lengua.
 - 15.- No se puede valorar la sobrevida del paciente en tumores malignos de lengua, pues el tiempo de seguimiento que se hizo de la enfermedad es menor a los cinco años.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Waldron Ch. Tumores orales epitelales. Capítulo 19. Salvat editores, S.A. 1983: 911-915.
- 2.- Raspail G. y Cois. Cáncer de la boca y orofarínge. Capítulo 4. Salvat editores, pag. 41-50.
- 3.- Devita Vincent T. JR, Hellman Samuel, Cáncer/Principios y práctica oncológica. Capítulo 13. Editorial Salvat edición 1984 pág. 308-320.
- 4.- Netter Frank H. Sistema digestivo conducto superior Tomo III/1. Editorial Salvat 1983, pág. 10-11, 25-27.
- 5.- Lockhart R.D, Hamilton G.F. Anatomía Humana. Editorial Interamericana, quinta reimpresión 1979, pág. 494-496.
- 6.- Efron M. Z; Johnson J: Advance carcinoma of the tongue. Arch Otolarygol 1981; vol 107: pag 694-697.
- 7.- Smaufat A; Rammohan T; Gordon B: Incidence of squamous cell carcinoma of the head and neck. The journal of laryngology and otology 1986; vol 100: 315-327.

- 8.- Barrs D.M; De Santo L.W; O'Fallon W. M: Squamous Cell Carcinoma of tonsil and tongue base region. Arch Otolaryngol 1979; vol 105: pag. 479-485.
- 9.- Tibor R; Lenis A; Skinner O.D; Carcinoma de la cavidad bucal y de la bucofaringe: Clinicas quirurgicas de norteamerica; 1986; pag. 679-691.
- 10.- Batakis J.G: Pathology of tumors of the oral cavity. Chapter 22-23 comprehensive Managment of head and neck tumors; W. B. Saunders Company, 1987: 460-515.
- 11.- Bertold R: Carcinoma de la cavidad bucal: Clinicas Otorrinolaringologicas de Norteamerica; vol 3; 1985: pag. 81-86.
- 12.- Lederman M: Cancer of the oral cavity: Observations on classification and natural history: J Radiation Oncology Biol Phys. Nov 1986: 6: 11: 1559-1565.
- 13.- Lederman M: Cancer of the oropharynx: Classification and natural history. Int J Radiation Oncology Biol Phys; August 1982: 8: 1379-1391.



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- 14.- Calais G; Reynaud A: Squamous cell carcinoma of the base of the tongue: results of treatment in 115 cases. The British Journal of Radiology: 1989: 62: 849-853.
- 15.- Nathanson A; Agren K; Bioklund A; Andreason L: Evaluation of some prognostic factors in small squamous cell carcinoma of the mobile tongue: a multicenter study in Sweden. Head Neck; 1989: 11: 5: 387-392.
- 16.- Tiwari R.M; Greven A.J; Snow G.B: Total glossectomy: Reconstruction and rehabilitation. The Journal of Laryngology and Otology, October 1989: 103: 917- 921.
- 17.- Muraki A.S; Mancuso A.A; Harnsberger H: CT of the oropharynx, tongue base, and floor of the mouth: Normal anatomy and range of variation, and applications in staging carcinomas: Radiology, September 1989: 148: 725-731.
- 18.- Keyselingk J.R; Breach N; Stafford N: Recent experience with reconstructive surgery following mayor glossectomy: Arch. Otolaryngol Head Neck Surg. 1989: 115: 331-338.
- 19.- Matthew J; Nagorsky; Sessions D: Laser resection for early oral cavity cancer results and complications. ANN Otol Rhinol Laryngol: 96: 1987: 556-560.



- 20.- Moore Faith L: Embriología Clínica: Capítulo 10, segunda edición Editorial Interamericana 1979: pag. 171-174.
- 21.- Sharck Bruce R: Carcinoma de la lengua y bucofaringe. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica: vol 1: 1986 Interamericana pág. 85-98.
- 22.- Ham Arthur W; Tratado de Histología, sexta edición Editorial Interamericana pág. 652-653.

