

112402



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

"CANCER DE LENGUA, REVISION DE 7 AÑOS EN
EL SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO, UNIDAD 111
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO".

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
SUBESPECIALIDAD DE
CIRUGIA ONCOLOGICA
P R E S E N T A :
DR. ENRIQUE MARTIN DEL CAMPO MENA

TUTOR. DR. ARTURO HERNANDEZ CUELLAR



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O. A.

M341359

2005

**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.

Hospital General de México
Unidad 111
Oncología



"Cáncer de Lengua , revisión de 7 años servicio de Cabeza y Cuello"

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Tesis para Obtener la especialidad de Oncología Quirúrgica

Presenta:
Dr. Enrique Martín del Campo
Residente de 3 año de la especialidad en Cirugía oncológica.

Dr. Eduardo Arana Rivera
Jefe de la Unidad de Oncología
Hospital General de México

Dr. Javier García Estrada
Jefe del servicio de Tumores de Cabeza y Cuello
Unidad 111
Oncología
Hospital General de México

Dr. Arturo Hernández Cuellar
Médico Adscrito al servicio de Cabeza y Cuello
Hospital General de México

Dr. Alfonso Torres Lobatón
Titular del curso de especialización Cirugía Oncológica
Médico Adscrito al servicio de Ginecología Oncológica
Unidad 111
Hospital General de México

Dr. Rogelio Martínez Macías
Jefe Servicio de Tumores Mixtos
Jefe departamento de Enseñanza
Unidad 111
Hospital General de México

PROYECTO DE TESIS

TITULO.

“Revisión y Análisis de 7 años del tratamiento de los tumores malignos de lengua en el servicio de Tumores de Cabeza y Cuello de la Unidad de Oncología del Hospital General de México.”

SERVICIO.

Oncología.

UNIDAD

Cabeza. Y Cuello.

TUTORES RESPONSABLES.

Dr. García Estrada Javier (Jefe de la unidad de Cabeza y cuello).

Dr. Arturo Hernández Cuellar

Dr. Enrique Martín del Campo (R7 Oncología Quirúrgica)

R.F.C.

MAMX691031PRE8

TELEFONO / E. MAIL / FAX.

emartindelcampo@yahoo.com.

JEFE SERVICIO.

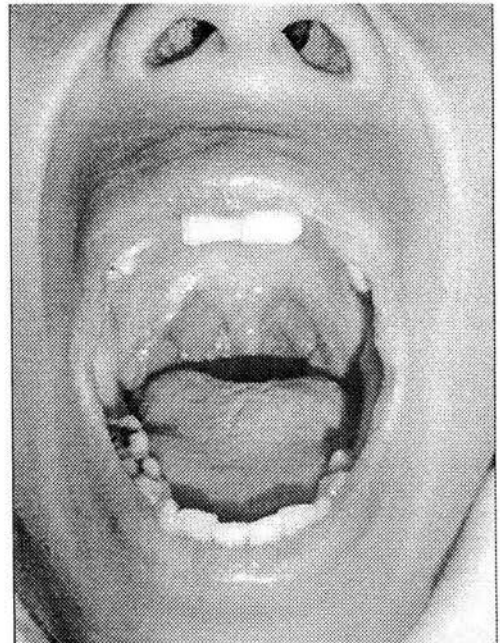
Dr. Eduardo Arana Rivera.

JEFE DE UNIDAD.

Dr. Javier García Estrada.

TUTOR DE TESIS

Dr. Arturo Hernández Cuellar



Índice.

<i>AGRADECIMIENTOS</i>	5
<i>RESUMEN ESTRUCTURADO</i>	6
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	7
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	8
<i>INTRODUCCIÓN</i>	10
<i>ESTADIFICACIÓN</i>	13
<i>HIPÓTESIS</i>	16
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	16
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	16
<i>DISEÑO METODOLÓGICO (TIPO DE ESTUDIO)</i>	16
<i>MATERIAL Y MÉTODOS</i>	17
<i>VARIABLES</i>	17
<i>PROCEDIMIENTO</i> <i>(Captación de la información y análisis estadístico)</i>	20
<i>ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</i>	21
<i>RESULTADOS (GRÁFICAS)</i>	21-36
<i>DISCUSIÓN</i>	37-38
<i>CONCLUSIONES</i>	37-38
<i>SOLICITUD DE PATOLOGÍA</i>	39
<i>IMÁGENES CLÍNICAS</i>	40
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	48

AGRADECIMIENTOS:

“La presente es el resultado del apoyo incondicional de las personas que se encuentran y que he encontrado en el camino. En especial a mi familia, a mis maestros, a mis amigos y a Amarantha con quien he descubierto la paz”

Enrique.

RESUMEN ESTRUCTURADO.

Se presenta la revisión retrospectiva de los expedientes clínicos vigentes del archivo clínico de la unidad 111 (Oncología) del Hospital General de México.

El carcinoma de Lengua representa menos del 5 % del total de las consultas que se presentan por año al servicio de Cabeza y Cuello, se trata de un conjunto de neoplasias que en su mayoría se incluyen en el Carcinoma de células escamosas, sin embargo en esta serie existe una proporción menor de casos de Carcinoma adenoide quístico, generalmente en etapas avanzadas y con resultado a mediano o corto plazo desfavorable.

La población estudiada, corresponde a un grupo heterogéneo de pacientes en total 34, independientemente de la localización original se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de Carcinoma de lengua, es decir se incluyeron tanto lesiones en la lengua móvil como lesiones de la base de la misma, incluso en 2 pacientes con diagnóstico inicial de otros subsidios y posteriormente en la evolución con aclaración del origen primario de la lesión .

El tiempo de estudio comprendió un periodo desde 1992 al 2004, de predominio masculino en 26 de estos casos, con antecedentes en casi un 95% de Tabaquismo y/o alcoholismo intenso.

El estadio en el momento de la presentación a consulta en su mayoría en estadios clínicos avanzados (III y IV) siendo un total de 26 casos y solo 8 de estos en estadio clínico I y II .

Se presentan diversas gráficas que ejemplifican las variables a estudiar y posteriormente se incluyen conclusiones acerca de este tipo de población, así como se hace énfasis en 3 formatos para la mejor captura de estas lesiones, solicitud de patología y reporte del mismo. Así como un programa de computo para el seguimiento independientemente de que en un futuro el expediente se encuentra vigente o no , para así poder realizar revisiones a posteriori de la evolución en el tratamiento y seguimiento de los pacientes , sin tener que acceder directamente a los expedientes clínicos.

Este formato, incluye los factores descritos en la ultima revisión de la AJCC (2002) , y presenta la ventaja además del estudio ordenado , los descriptores adicionales , la correlación clínico patológica (si es que el paciente recibe tratamiento quirúrgico) , descripción de las variables a estudiar así como resumen de la evolución del mismo , en seguimiento , recurrencia muerte , o desconocimiento de estas causas.

JUSTIFICACIÓN.

El estudio y revisión de casos de la unidad de Cabeza y Cuello del Hospital General de México, no ha sido publicada en años recientes, es por tal motivo que se decidió abarcar el tema en un inicio de cavidad oral y posteriormente de lengua siendo este el subsitio que se ve afectado con mayor frecuencia.

Sin embargo la búsqueda de casos presentados en este servicio finalmente incluyó además a los pacientes con neoplasia maligna del órgano en su totalidad, es decir de lengua móvil y de base de la lengua, aunque sabemos que el comportamiento biológico de dichas localizaciones es diferente, el presente trabajo presenta la revisión de todos estos casos, como órgano único ya que es práctico sobre todo para el médico en formación de subespecialidad hacer énfasis en este tópico.

Las neoplasias malignas de la lengua se dividieron lógicamente en dos grandes grupos:

1. Base de Lengua y
2. Lengua Móvil

Además se intentó crear un sistema de captura de datos en computo para facilitar la búsqueda de la información de dichos pacientes, en espera de que pueda servir como modelo para la organización futura del archivo clínico.

Durante la realización del presente estudio se advierten varias fallas en cuanto a la importancia relacionada y los factores de pronóstico en dichos pacientes, así como algunos defectos en la captura, tratamiento, seguimiento, así como las decisiones terapéuticas y sobre todo las solicitudes de los datos que se deben de incluir casi de manera obligada en este grupo de pacientes. Como por ejemplo la información mínima requerida para establecer un diagnóstico correcto, un reporte de patología e incluso los datos y o antecedente de importancia al momento del contacto de primera vez para poder estadificar a cada paciente.

Es por eso que decidimos incluir además un formato de Solicitud de Patología , así como una Hoja de Captura para las neoplasias de cavidad oral y orofaringe que faciliten posteriormente las decisiones relacionadas con el estudio y tratamiento de los paciente que acuden a esta unidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estudio integral de los pacientes con neoplasias de la cavidad oral en si es de difícil planeación, es frecuente para el medico que no se encuentra en contacto directo con este tipo de pacientes pueda cometer errores diagnósticos , así como retardo en el mismo y por ende , afectar de manera directa el pronostico para cada paciente .

A esto se le agrega de manera importante el nivel socioeconómico y cultural de los pacientes que asisten al la unidad de tumores de cabeza y cuello del Hospital General de México.

A la fecha existen pocos estudios dentro de la unidad de cabeza y cuello que se enfoquen directamente hacia esta patología, no existe una base de datos organizados y a ciencia cierta el resultado de las diferentes modalidades de tratamiento que se practican en estos pacientes están basadas en los reportes de otras instituciones así como lo publicado de manera internacional. Es un hecho que para poder ofrecer mejores resultados se tiene que conocer la población y las características individuales de la misma.

Sin embargo uno de los principales problemas que se enfrenta el investigador en el servicio de oncología, es la heterogeneidad en cuanto a las bases de datos, ya que un paciente con diagnostico de cáncer de lengua , puede ser incluido en los reportes de consulta y atención de los tres servicios principales en el tratamiento de esta patología , es decir , existe el mismo paciente en reportes de cirugía , quimioterapia y en el servicio de radioterapia .

Y no solo esto, muchas veces existen discrepancias incluso de etapificación dentro del expediente clínico en diferentes etapas de su tratamiento dentro de la unidad, por lo que al incluir las bases del manual de la etapificación en cáncer de la ultima edición del 2002, de la AJCC, se trata de integrar lo mas real posible la etapificación correcta, al tener los resultados de cirugía y de patología correspondientes.

Por lo que considero imperativo y más tratándose de un servicio de tercer nivel el procesar correctamente la información, así como el almacenamiento de los casos y el análisis estadístico básico de todos los casos.

El presente es un intento para la descripción de este tipo de población, así como la creación de un sistema de computo que facilite de manera objetiva y útil el estudio de estos pacientes en un inicio y porque no de todas las patologías en un futuro próximo.

Existen innumerable cantidad de tesis realizadas en todas las instituciones de especialidad y subespecialidad , principalmente descriptivas como lo es este caso , muchas de ellas guardadas en las bibliotecas de cada institución y quizás la gran mayoría nunca mas vueltas a leer .

Es por esto que el esfuerzo realizado en la presente intenta un concepto visual, práctico y útil, acerca del estudio de la población, diagnóstico, etapificación, decisiones terapéuticas, cirugías y tratamientos realizados así como el seguimiento de los mismos para poder concluir al final del mismo. Y así enfatizar los puntos críticos específicos en la población que atiende al Hospital General de México.

Por último se intenta formar una base de datos que persista independientemente del resultado del tratamiento, y que el expediente no pase a ser parte del archivo muerto o sea depurado después de cualquier tiempo, para su uso en un futuro próximo por actuales o nuevas generaciones.

INTRODUCCIÓN.

Las neoplasias de la cavidad oral son realmente poco frecuentes en nuestro país, están calculadas en total alrededor del 2% de la totalidad de los tumores malignos y hasta el 25-30% de las neoplasias de cabeza y cuello. En general se trata de carcinomas epidermoides o carcinoma de células escamosas en una cifra aproximada al 90% , aunque existen otras variedades histológicas , como el carcinoma Adenoideo Quistito , melanoma , linfoma y otros.

El registro histopatológico de neoplasias calcula alrededor del ¿? casos nuevos por año con una mortalidad cercana a los ¿=? casos para el año 2000.

Con una proporción que se acerca de 2 casos a uno (2:1) (1) de hombres a mujeres.

Geográficamente existen zonas en otras partes del mundo en especial la India con una frecuencia mucho mayor, en este país llega a constituir hasta el 35% de todas las neoplasias malignas en el hombre y cercano al 20% en las mujeres.

En el registro histopatológico de neoplasias de 1999, las neoplasias de la cavidad oral ocupan el lugar numero 24 . (2)

Generalmente se trata de lesiones que se encuentran a simple vista. Sin embargo los pacientes suelen presentarse al consultorio de especialidad de cabeza y cuello en etapas avanzadas de la enfermedad. (3) .

Una cifra cercana a la mitad de todos los pacientes de primera vez se presentan con adenopatías clínicamente positivas, lo que empeora el pronostico notablemente a largo plazo, clásicamente se describe que la presencia de ganglios positivos a malignidad en el CCE de cabeza y cuello empeora el pronostico en un 50% a 5 años en cuanto a sobrevida se refiere.

Los síntomas principales son por mucho la presencia de tumor, ulceración y dolor asociados , aunque existen otros pacientes que manifiestan de inicio otros como Disfagia o dolor auricular , estos secundarios al efecto de masa que causa la lesión dependiendo del sitio de origen y tamaño . (4)

El interrogatorio hace énfasis en el antecedente de tabaquismo y alcoholismo, así como el tiempo de evolución

La exploración física incluye el aspecto general del paciente su capacidad funcional descrita en la Escala de Karnofsky m y es pasiva en un inicio y en esta se trata de delimitar lo mas exactamente posible las características de la lesión , su localización , consistencia , forma , tamaño , y activa posteriormente al investigar si esta afecta la movilidad de la lengua o invade otros subsitios u estructuras anatómicas adyacentes , como el piso de la boca , la mandíbula , trigono retromolar , o la epiglotis . (5,6,7)

Y es obligada también la exploración manual dirigida dirigida de las cadenas ganglionares probablemente afectadas al momento del primer contacto, principalmente los niveles I , II y III . (8)

Aunque también existen autores que recomiendan el uso del Ultrasonido en la detección de metástasis ganglionares este estudio en especial no se utiliza en el servicio de Cabeza y Cuello del Hospital General de México. (9,10)

En los tumores de la base de la lengua el uso de la Nasolaringoscopia es de suma utilidad ya que los hallazgos en esta permiten delinear con exactitud el tamaño y en algunas ocasiones el origen probable de la lesión que se manifiesta o que se palpó en la exploración manual (11)

Los estudios complementarios en el estudio de las neoplasias de la lengua, incluyen la Tele de Tórax, la Ortopantomografía y en algunos casos especiales el Uso de Tomografía Axial Computada o Resonancia Magnética Nuclear, estos últimos dos estudios valoran la extensión a otros órganos, así como el seguimiento del tratamiento ya que pueden detectar la presencia de metástasis a distancia principalmente a pulmón o Hígado (12)

Al obtener las características anteriores y estatificar correctamente al paciente, se tomará la decisión terapéutica inicial, en cuanto al cáncer de lengua: Las lesiones no voluminosas pueden ser resecadas en su totalidad con un mínimo de secuelas posteriores. (14)

Especialmente si se trata de lesiones de la lengua oral, se dan márgenes libres de tumor y para esto se recomienda el uso Obligado del estudio transoperatorio por congelación y obtener así como mínimo recomendado tejido sano a 1 cm libre del tumor , las lesiones mas avanzadas de T2 a 4 se recomienda la escisión local amplia , la glosectomía parcial , hemiglosectomía o glosectomía total , obviamente dependiendo de los factores de pronóstico , de las condiciones del paciente y de la infraestructura de la unidad donde se valoró al paciente y por supuesto la preferencia personal del paciente ya que las cirugías en este órgano tienen como secuela alteración en la deglución y el habla principalmente.(15-18) Los tumores que invaden estructuras adyacentes, bilaterales, con extensión a la Vallecula o con involucro de los tejidos profundos del cuello se consideran irreseables y son candidatos de inicio a terapia multimodal .

La radioterapia en estadios clínicos tempranos I y II (T1 y T2) puede ser curativa , además de ser posible la preservación tanto de la funcionalidad del órgano y su anatomía , se han utilizado Radioterapia externa y mas recientemente braquiterapia , en el Hospital general no existe un estudio comparativo entre estos dos grupos ya que la decisión de cada tipo de tratamiento depende de la valoración inicial del servicio de Cabeza y Cuello así como de la preferencia del paciente y la disponibilidad de los equipos. El reporte del grupo del IMSS , prefiere en estadios tempranos la modalidad quirúrgica inicial y reservan a la RT para adyuvancia cuando los bordes de sección se encuentran amenos de 5mm , si existen mas de 3 ganglios afectados , existe infiltración extracapsular (Ruptura de la cápsula) , Tumores Grandes T4 , información incompleta o disecciones ganglionares aun siendo selectivas sean incompletas.

En etapas irreseables , recurrentes o fuera de tratamiento oncológico , la radioterapia tiene una función exclusivamente paliativa , en estos casos se valora la

capacidad de respuesta o el alivio de los síntomas y en casos extremadamente seleccionados la posibilidad de rescate quirúrgico.

La quimioterapia por otro lado como monoterapia generalmente no se realiza, solo se considera en estadios avanzados y fuera de intento curativo para paliar síntomas, sin embargo existen estudios (19) donde se valora su uso neoadyuvante en EC III y IV siendo la piedra angular el 5FU y el CDDP , este tipo de terapia permite disminuir el grueso tumoral y permite así la operabilidad y tratamiento quirúrgico posterior aunque la mejoría en la sobrevida no se ha puesto de manifiesto.

Así la terapia multimodal principalmente la Cirugía con Radioterapia , ayuda al control local de la lesión primaria , sin embargo la recurrencia local (incluyendo el cuello o a distancia) se puede llegar a poner de manifiesto hasta en el 30% de los casos , es así que las lesiones en estadios clínicos III y IV con Radio y Quimioterapia concomitante se incluye en la terapia inicial con respuestas de hasta un 30% completas y casi el 40% parciales , sin embargo la sobrevida no se altera y si aumenta considerablemente la morbilidad asociada a este tipo de terapia .(20)

Finalmente la rehabilitación de los pacientes sometidos a cualquier tratamiento para las neoplasias de la lengua, ya sea resección en cualquiera de sus modalidades y/o las complicaciones asociadas a la Radioterapia es indispensable y necesita la valoración integral de los equipos relacionados (Cirujanos, Radioterapeutas, Psicólogos, Protésistas y Foniatría) ya que la fonación , masticación y la misma deglución suelen verse afectadas . No es raro que el paciente se niegue al tratamiento mutilante de la lengua y las reacciones de ansiedad pueden ser tan agudas como intento de suicidio incluso durante la hospitalización, ya que estos pacientes suelen salir con traqueotomía de la sala de operaciones ya que el edema de la lengua puede ser tan importante que imposibilite la adecuada ventilación.

El seguimiento de estos pacientes debe de ser estrecho y se recomienda la vigilancia con exploración física minuciosa y de alta sospecha a la recidiva cuando existe sintomatología agregada o recurrente como tumor o dolor , así como la falla a la cicatrización , aparición de fistulas orocutáneas , o hemorragia de una supuesta lesión “fibrosa” , cualquier hallazgos considerado anormal es mejor biopsiarlo antes de que se convierta en evidente o que el paciente se presente dos meses después a su revisión . En general el comportamiento biológico de las recurrencias son mas agresivas ya que implícitamente esta involucrándose una resistencia al tratamiento inicial. (21)

Estos pacientes tienen menos posibilidad de curación a corto mediano y largo plazo y menos posibilidades terapéuticas, es aquí donde da lugar la cirugía de rescate que suele ser más radical como la resección compleja involucrando mandíbula, y la corrección del defecto con injertos o colgajos pediculados o libres microtransportados. Sin mencionar la posibilidad de complicación mayor ante el tamaño de la cirugía, las condiciones generales del paciente y el costo que esto puede acarrear tanto a la institución como a la familia del paciente.

ESTADIFICACIÓN .

La estadificación de las neoplasias malignas de la lengua y cavidad oral, se llevará a cabo mediante el sistema del TNM de la AJCC de 2002. (22)

Que incluye las siguientes características.

Tumores de Cabeza y Cuello

Lengua oral y Base de lengua

Diagnostico Clínico:

Histopatológica:

Lateralidad :

Bilateral:

Derecho:

Izquierdo:

Tamaño del Tumor:

Definiciones:

Tumor Primario

Tx Tumor primario no puede estudiarse

T0 Sin evidencia de Tumor

Tis Carcinoma in situ

T1 Tumor de 2 cm. o menos en su dimensión mayor

T2 Tumor >2cm pero < de 4cm en dimensión mayor

T3 Tumor >4

T4 (Labio) Invasión de hueso cortical, músculos extrínsecos de la lengua, seno maxilar, piel de mentón o nariz.

T4a (cavidad oral) invasión a hueso cortical, músculos extrínsecos de la lengua, seno maxilar, piel

T4b Espacio masticador, placa pterigoidea , base de cráneo o envuelve arteria carótida

Ganglios Linfáticos Regionales

Nx Linfáticos regionales no se pueden estudiar.

N0 Sin metástasis a ganglios linfáticos

N1 Metástasis en un ganglio único ipsilateral de 3cm. o menor en su dimensión mayor

N2 Metástasis en ganglio único ipsilateral , mayor de 3cm y menor a 6cm en dimensión mayor ; o bilateral o contralateral , ninguno mayor a 6 cm.

N2a Metástasis en ganglio único Ipsilateral mayor a 3 cm pero menor a 6 cm.

N2b Metástasis en ganglios múltiples ipsilaterales , ninguno mayor a 6 cm.

N2c Metástasis en ganglios bilaterales, contralaterales ninguno mayor a 6 cm.

N3 Metástasis en Ganglio mayor a 6 cm. en dimensión mayor.

Metástasis a distancia

Mx Metástasis a distancia no se pueden determinar

M0 Sin metástasis a distancia

M1 Con metástasis a distancia

Biopsia realizada: Si

No

Sitio:

Estadificación:

0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-T3	N1	M0
IVa	T4a	N0-N1	M0
	T1-T4a	N2	M0
IVb	Cualquier T	N3	M0
	T4b	Cualquier N	M0
IVc	Cualquier T	Cualquier N	M1

Grado Histológico

Gx : No puede determinarse

G1: Bien diferenciado

G2: Moderadamente diferenciado

G3: Pobremente diferenciado

Tumor residual

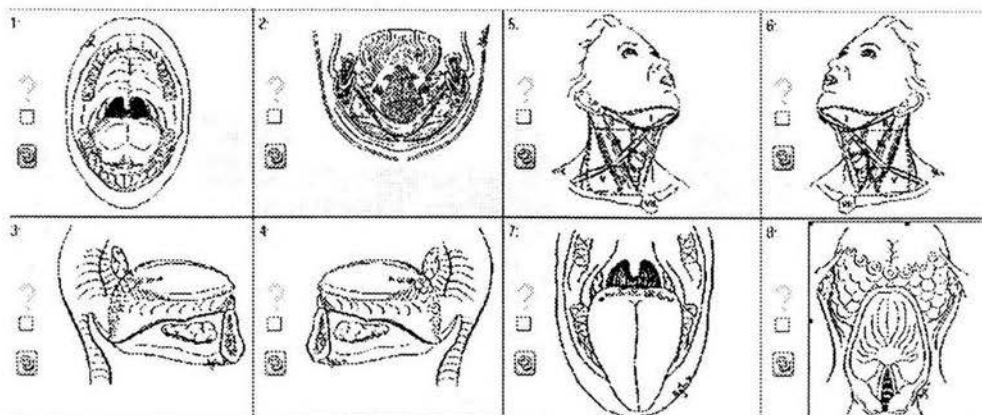
Rx : Tumor residual no puede determinarse

R0: Sin tumor residual

R1: Tumor microscópico residual

R2: Tumor macroscópico residual

Además se anexa en el formato de captura la ilustración siguiente con el intento de ejemplificar lo mas fielmente posible el estado de la lesión al momento del contacto de primera vez en la unidad.



Así como los descriptores adicionales que se incluyen en el Manual para la Estadificación de la AJCC 2002

Para la identificación de casos especiales de clasificaciones de TNM o pTNM, se usan el sufijo "m" y los prefijos "y", "r" y "a". Aunque no afecten la estadificación, indican casos que necesitan análisis separado.

- Sufijo m** indica la presencia de tumores primarios múltiples en un solo sitio y se registra entre paréntesis pT(m)N/M.
- Prefijo y** indica aquellos casos en los cuales la clasificación es realizada durante o después de la terapia multimodal inicial. La categoría cTNM o pTNM es identificada por un prefijo "y". La ycTNM o ypTNM categoriza la extensión del tumor presente al momento de esa examinación. La categorización "y" no es un estimado del tumor antes de la terapia multimodal.
- Prefijo r** indica un tumor recurrente cuando se estadifica después de un intervalo libre de enfermedad, y es identificado por el prefijo "r": rTNM.
- Prefijo a** designa la estadificación determinada en la autopsia: aTNM.

HIPÓTESIS

Siendo una revisión de casos retrospectivo la hipótesis del trabajo se limita a la observación de la evolución en el tiempo de los pacientes con cáncer de lengua

OBJETIVO GENERAL.

Revisión sistemática de una serie de pacientes que se presentaron a la unidad de Cabeza y cuello del Hospital General de México , haciendo énfasis en la evolución de los mismos así como de un sistema de captura de datos que facilite la investigación en un futuro próximo .

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Revisión estructurada de los pacientes con diagnóstico confirmado neoplasia maligna de lengua , así como la integración de estos datos a un sistema de captura diseñado para facilitar su estudio.

DISEÑO METODOLÓGICO (TIPO DE ESTUDIO).

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de la población que acude con neoplasia de lengua ya sea en su base o en su porción móvil de los expedientes clínicos vigentes de la unidad 111 , Tumores de Cabeza y Cuello Hospital General de México.

MATERIAL Y METODOS.

Expedientes Clínicos vigentes de los años (1992 - 2004) con diagnóstico histológicamente confirmado de neoplasia maligna de la lengua (carcinoma de celulas escamosas , adenoideo quistito u otros) de la unidad de Cabeza y Cuello del Hospital General de México sin un seguimiento mínimo al inicio de su tratamiento (fecha de primera vez), es decir se incluyen todos los pacientes con esta patología , los criterios de exclusión unicamente son :

1. Expedientes no Vigentes y Neoplasia no confirmada de lengua.

VARIABLES.

Dentro de la revisión se estudiaron las siguientes variables,

1. Sexo , (Masculino o Femenino)
2. Edad (en años)
3. Estadío clínico , (Tamaño del tumor , descripción de los ganglios involucrados , y metástasis a distancia) , (TNM)
4. Diagnostico Histopatológico (Epidermoide , adenoideo quistito u otros)
5. Grado histopatológico , (Gx,G1,G2,G3)
6. Correlación clínico patológica , (TNM Clínico y Patológico)
7. Resecabilidad (Rx,R0,R1 o R2),
8. Si existen o no descriptores adicionales (m,y,r,a) ,
9. Factores o Indicadores de pronóstico , (Edad , Grado Histológico , Resecabilidad , Estadío Clínico , Respuesta a tratamiento previo a cirugía , y residencia habitual del paciente (Foráneo o local)
10. Karnofsky inicial ,
11. Tabaquismo (Negativo o Positivo , en años y cantidad)
12. Alcoholismo , (Negativo o Positivo , en frecuencia y cantidad)
13. Síntoma principal (Dolor , Tumor , Ulcera u Otros)
14. Decisión terapéutica inicial (Qx , QTRT o solo RT)
15. Estancia intrahospitalaria (En días)
16. Cirugía empleada , (Resección local amplia , glosectomía parcial, hemiglosectomía , glosectomía total , y su combinación con Disección de cuello)
17. Hallazgos Quirúrgicos (Descripción de los mismos)
18. Complicaciones (Hemorragia , Infección , Fistula , Necrosis , Reintervención u Otra.)
19. Adyuvancia (RT , QT , RTQT)
20. Recurrencia (Negativa o en cso de ser positivo en meses)
21. Muerte (Si o No , meses)
22. Seguimiento en meses .

Las siguientes ilustraciones ejemplifican las pantallas de captura de datos en cuanto a las variables estudiadas:


Datos Generales del Paciente :

The image shows a screenshot of a software window titled "Datos del Paciente" (Patient Data). The window has a standard Windows-style title bar with "Datos del Paciente" and a close button. The main area contains a list of labels on the left and corresponding empty text input fields on the right. The labels are: Apellidos, Nombre(s), Sexo, Edad, Fotografía, NumExped/Inco, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono, and Celular. Below the input fields, there are two buttons: "OK" and "Cancelar" (Cancel). At the bottom of the window, there is a status bar that reads "Registros: [14] < 1 > [11] de 1".

Lengua

Tumor Residual (R) Descriptores Adicionales Indicadores de Pronóstico y Evolución Ilustración Variables de Estudio

Datos Generales Tumor Primario (T) Ganglios Linfáticos Regionales (N) Metástasis a Distancia (M) Estadificación Grado Histológico (G)

 Nombre del Paciente:

Edad:

Sexo:

Expediente Oncológico:

EC: No clasificado

Fecha: 21/09/2004

Tipo de Especimen:

Tamaño del Tumor:

Tipo Histopatológico:

Localización

	Boca	Lengua Móvil
Bilateral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Izquierdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Médico de base:

Capturado por:

Registro: [14] de 1

Datos Generales Tumor Primario (T) Ganglios Linfáticos Regionales (N) Metástasis a Distancia (M) Estadificación Grado Histológico (G)

Tumor Residual (R) Descriptores Adicionales Indicadores de Pronóstico y Evolución Ilustración Datos

Ocupación:

Kernofsky: 6 %

Tabaquismo:

No

Sí

Alcoholismo:

No

Sí

Síntomas:

Reporte histopatológico:

Junta terapéutica:

Estancia inhospitalaria: días

Cirugía realizada:

Diseción de cuello:

Complicación:

Metástasis quirúrgicas:

Avanzada:

Recurrencia:

No

Sí

No se sabe

Seguimiento: meses

Muerta:

No

Sí

No se sabe

Todos estos espacios son llenados individualmente para posteriormente acceder a las graficas de la población estudiada y obtener los resultados en grafica.



PROCEDIMIENTO

(captación de la información y análisis estadístico)

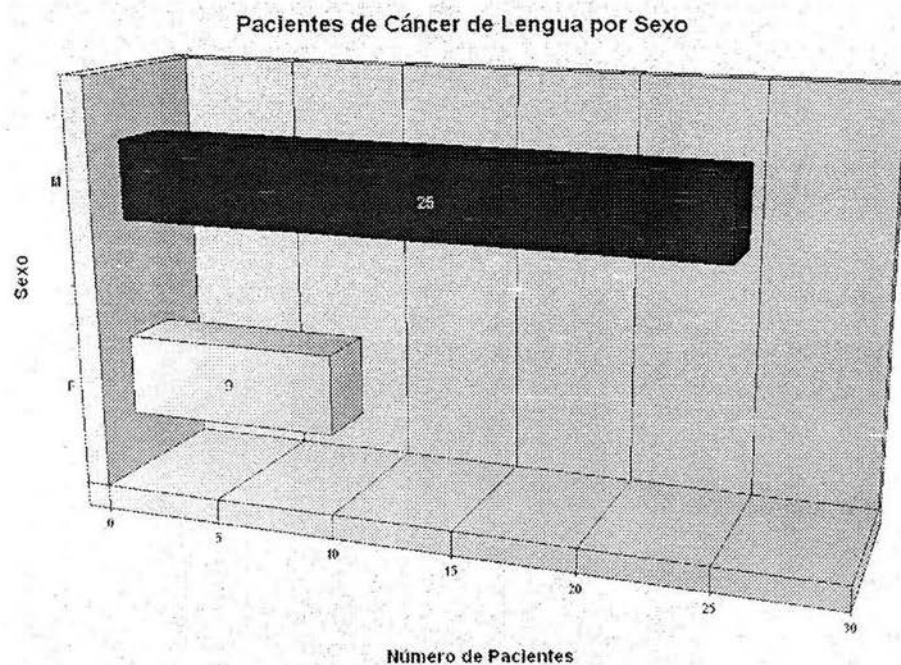
La captación de la información es compleja en el Hospital General de México, ya que no existe un formato estructurado de búsqueda de las diferentes neoplasias o diagnósticos en el archivo, es decir la recolección de datos corresponde a una búsqueda anfractuosa que incluyó incluso el apoyo de varias personas.

Primero porque los expedientes que no hayan acudido a consulta mínimo en 1998 por última vez son depurados y eso disminuyó considerablemente el tamaño de la muestra, ya que se contaba con los números de expedientes recolectados en una tesis de un médico pasante en odontología que en lesiones de cavidad oral desde 1993-1998, recolectó cerca de 60 pacientes, sin embargo solo los pacientes de este último año fueron incluidos en el trabajo ya que los demás desafortunadamente se depuraron.

Se recabaron datos de las libretas de Cirugía , es decir los pacientes que son sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico en sala de Operaciones de Planta alta del HGM , y las libretas de Radioterapia que incluyen en serie los pacientes captados para cualquier tratamiento de RT desde el año 2000 , así como los reportes de patología que se están actualizando hasta el mes de Agosto del presente en un sistema de reciente inicio de captación en un sistema de cómputo individual para el Servicio de Patología .

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

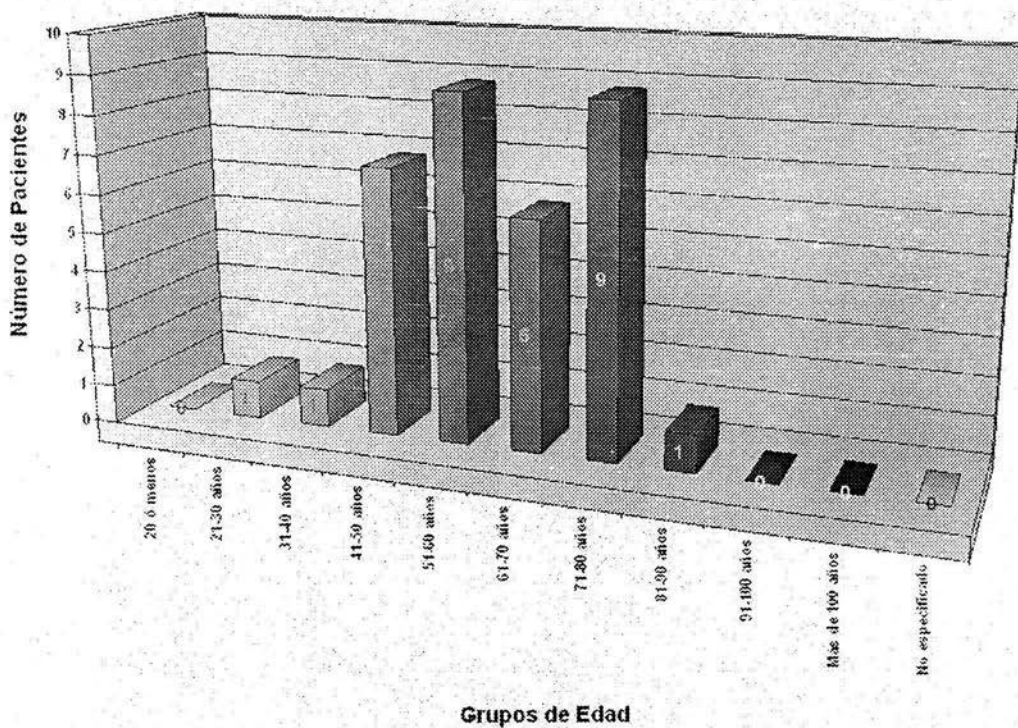
El análisis de los resultados obtenidos por el sistema de computo creado arrojó los siguientes datos, 25 de los pacientes de la población fueron del sexo masculino y 9 del sexo femenino, lo que corresponde al: 74 y 26% respectivamente.



EDAD

La mayoría de los casos se presentaron de los 40 a los 80 años (90%), solo 3 casos correspondieron con un caso por grupo etario de 20 a 30 de 31 a 40 y mayores de 80 años.

Pacientes de Cáncer de Lengua por Grupos de Edad

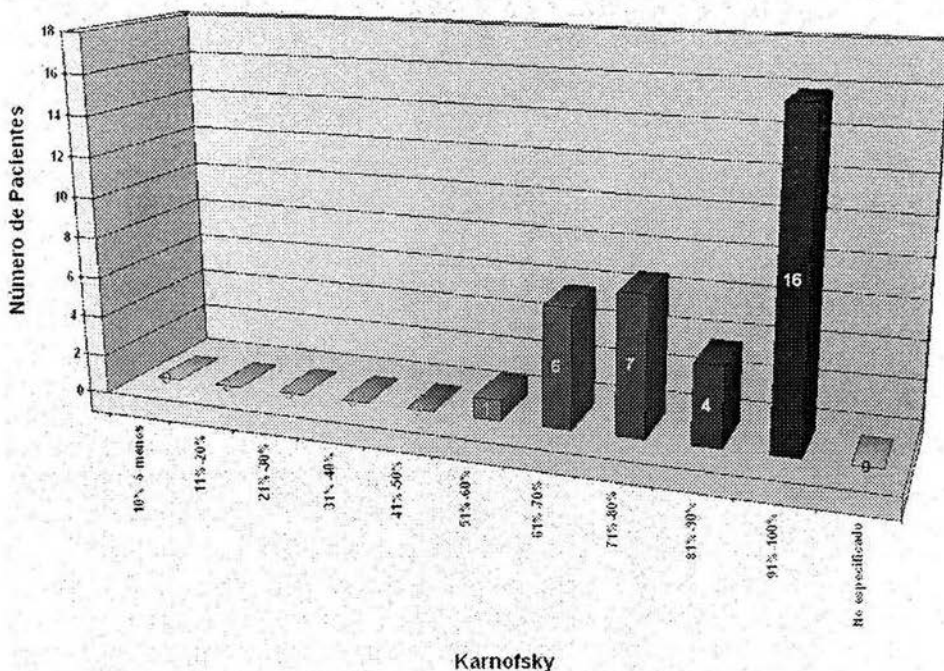


En cuanto a los antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, los tumores del tipo del Carcinoma Adenoideo Quístico, fueron negativos, sin embargo 11 de los pacientes con Carcinoma epidermoide no contaban en la Historia clínica con este antecedente.

Es decir el 61% de los pacientes con Carcinoma Epidermoide, confirmaron el antecedente de tabaquismo. En cuanto al Alcoholismo, también los 3 caso de Carcinoma adenoideo quístico negaban este antecedente , 20 caso lo confirmaron es decir el 58% de los casos, si estos dos factores se analizan independientemente ya se alcoholismo o tabaquismo, entonces el 82% de los pacientes contaban con alguno de estos factores

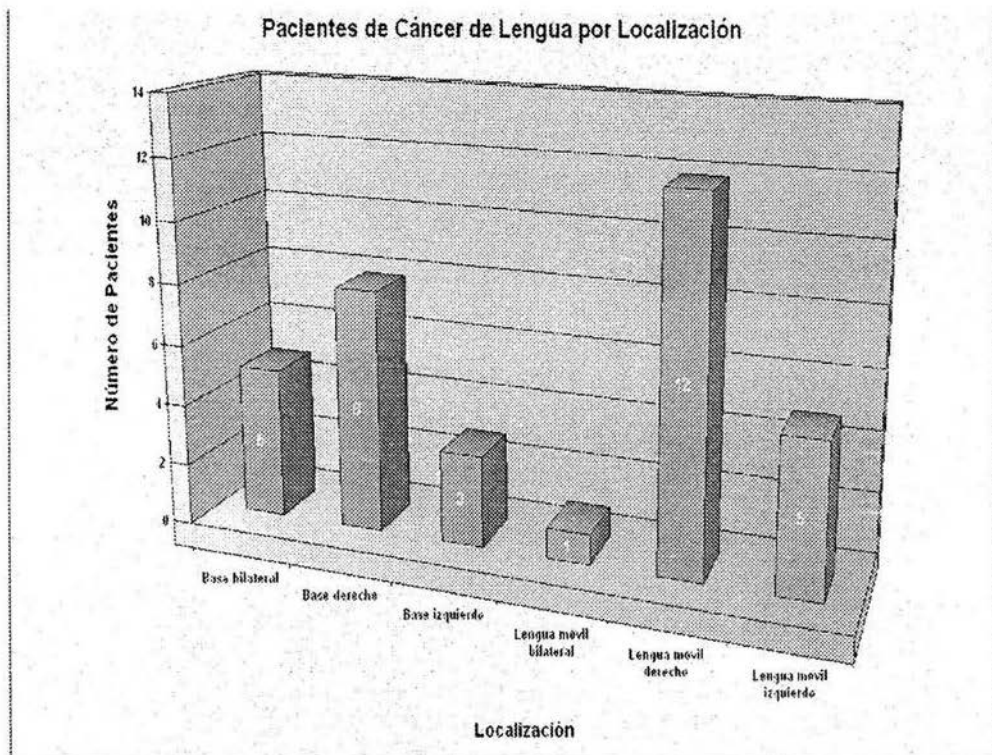
Con un Karnofsky al momento del contacto de primera vez que se reportó de la siguiente manera : 16 pacientes con un 100% , 4 del 80 al 90% , 7 del 70 al 80% y 6 casos del 61 al 70 % solo un caso menor de 60%

Pacientes de Cáncer de Lengua por Karnofsky



LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

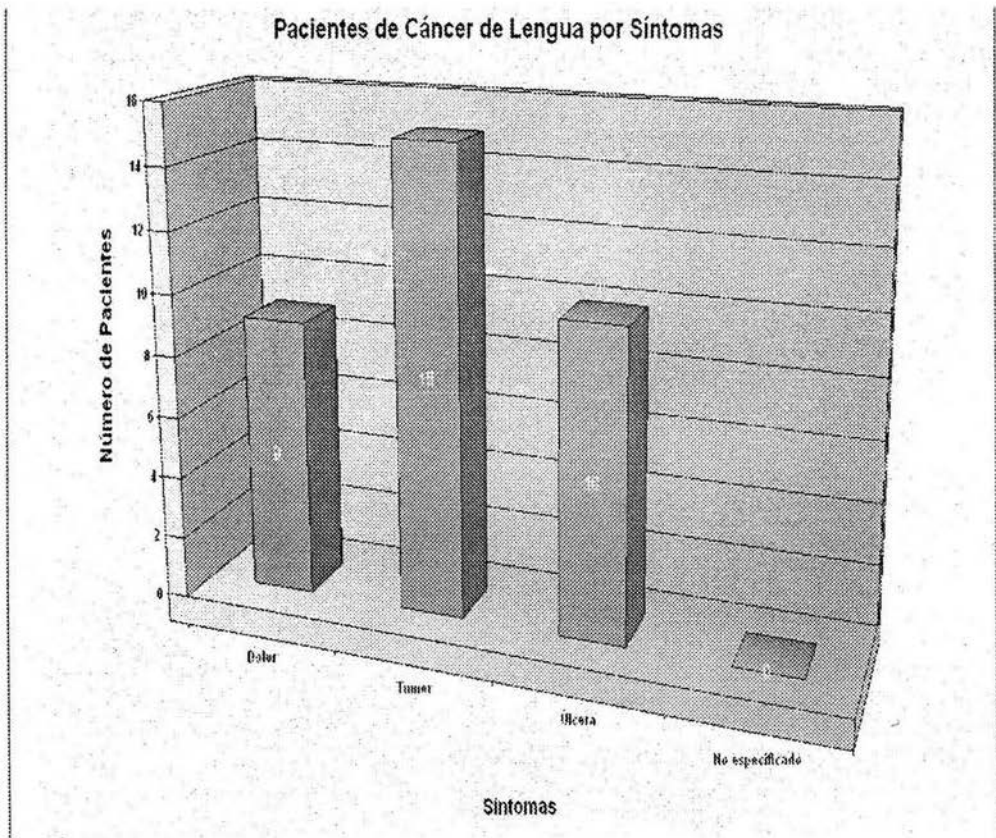
En cuanto a la localización de la lesión , 18 casos correspondieron a lesiones en la lengua móvil de predominio derecho y solo una lesión bilateral , las lesiones de la base de la lengua fueron 15 en total , con 5 de manera bilateral , 8 derechas y solo 3 del lado izquierdo , no existe una explicación para que el predominio de ambas localizaciones ea del lado derecho.



SINTOMATOLOGIA.

Los síntomas predominantes fueron:

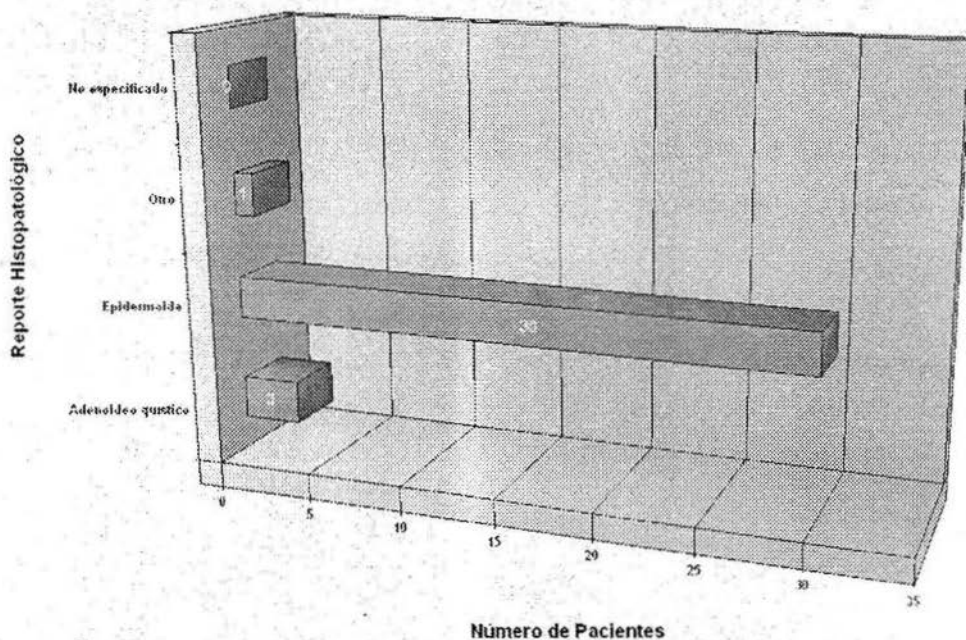
1. Los relacionados con el tamaño del Tumor como lesión palpable,
2. sensación de cuerpo extraño,
3. crecimiento progresivo de la lesión o los relacionados con la compresión a estructuras como disfagia, odinofagia o dolor de oído especialmente estos últimos en los tumores de la base de la lengua.



El tipo Histopatológico mas Frecuente fue:

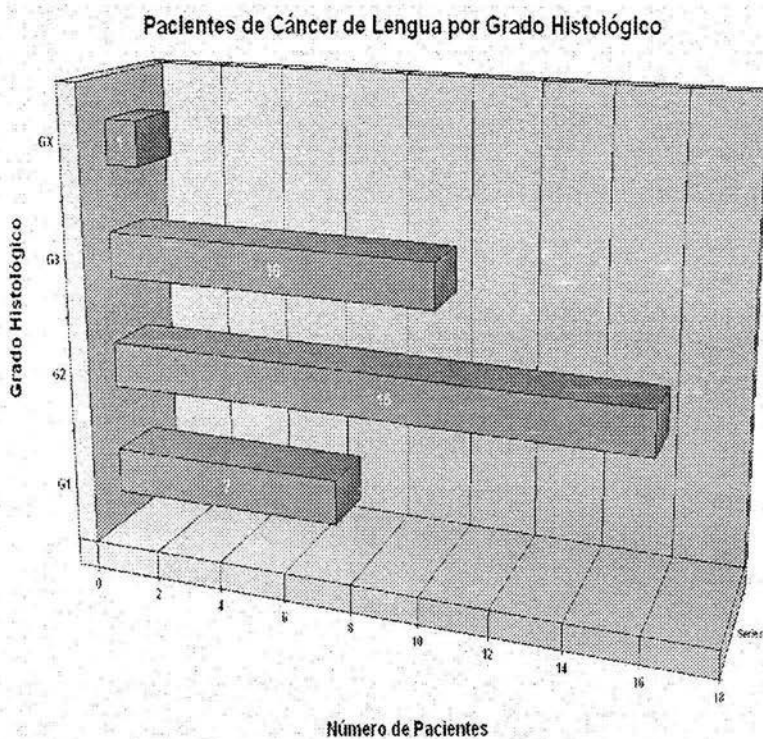
1. Carcinoma de células escamosas en 30 de los casos y 1 caso reportado como carcinoma Verrucoso De la base de la lengua así como
2. 3 casos de Carcinoma Adenoideo Quístico :

Pacientes de Cáncer de Lengua por Reporte Histopatológico



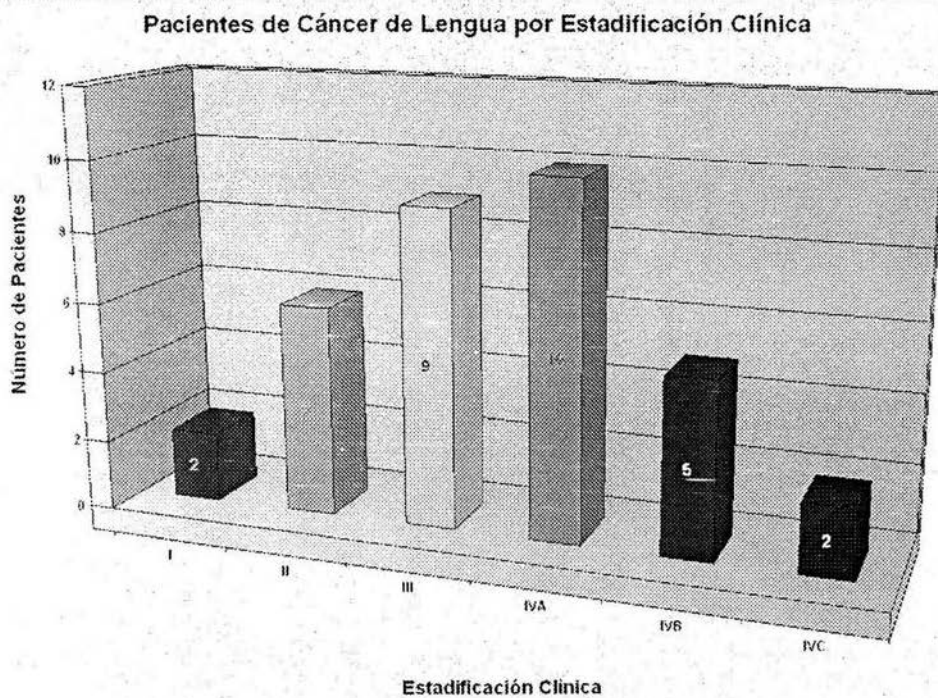
GRADO DE DIFERENCIACION.

Solamente en un solo caso no se pudo Identificar el grado de Diferenciación (Gx) , siendo el Moderadamente diferenciado (G2) el mas frecuente en 16 casos (47%) , Bien diferenciado en 7 casos (20%) y 10 casos fueron Pobremente diferenciados (G3) (29%)



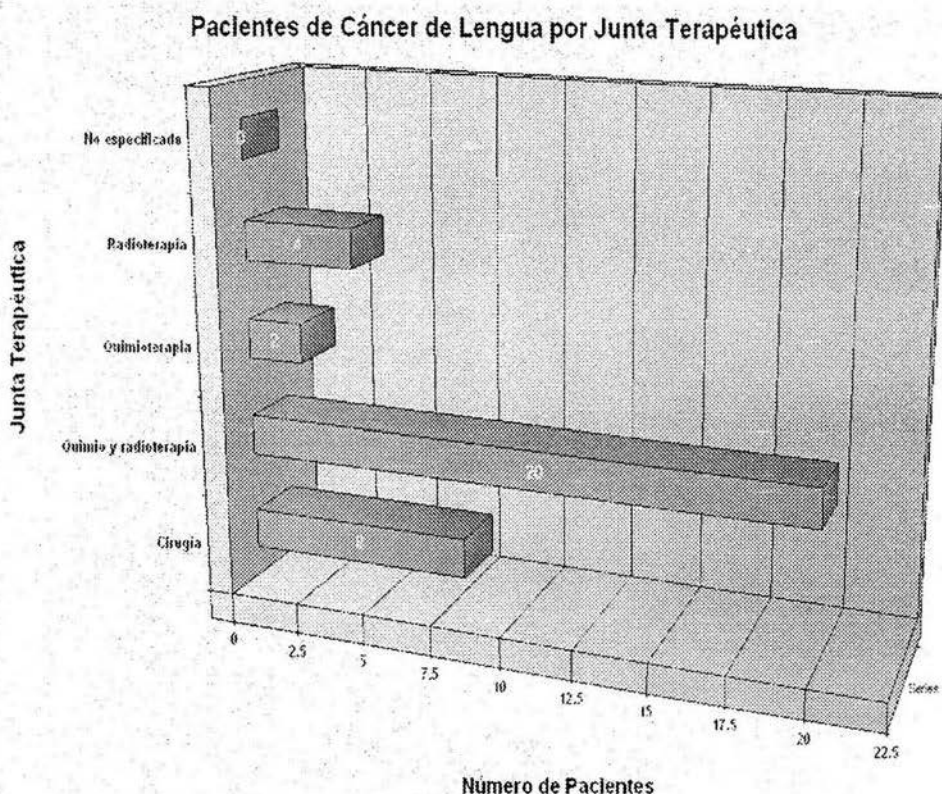
ESTADIFICACIÓN CLÍNICA

La Estadificación Clínica al momento de la presentación en el Hospital General de México , corresponde en su mayoría a Estadíos Clínicos avanzados , solo 8 pacientes se presentaron en estdios clinicos I y II , 9 en ECIII y el resto (17) en Estadio Clínico IV (IVa 10, IVb 5 y IVc 2)



TRATAMIENTO INICIAL.

En la Junta Terapéutica al completar el expediente se decidió como tratamiento inicial :



1. Tratamiento quirúrgico de inicio en 8 pacientes ,
2. Quimio y Radioterapia de Manera concomitante a base de 5FU y Cisplatino de 1000 a 2000 mg y 100 a 200 mg respectivamente y 45-50 Gy en 25 Fracciones y en algunos casos dependiendo de la respuesta y de las condiciones del paciente un incremento de 10 a 15 Gy
3. Quimioterapia como monoterapia únicamente en pacientes en Estadio Terminal como terapia paliativa y

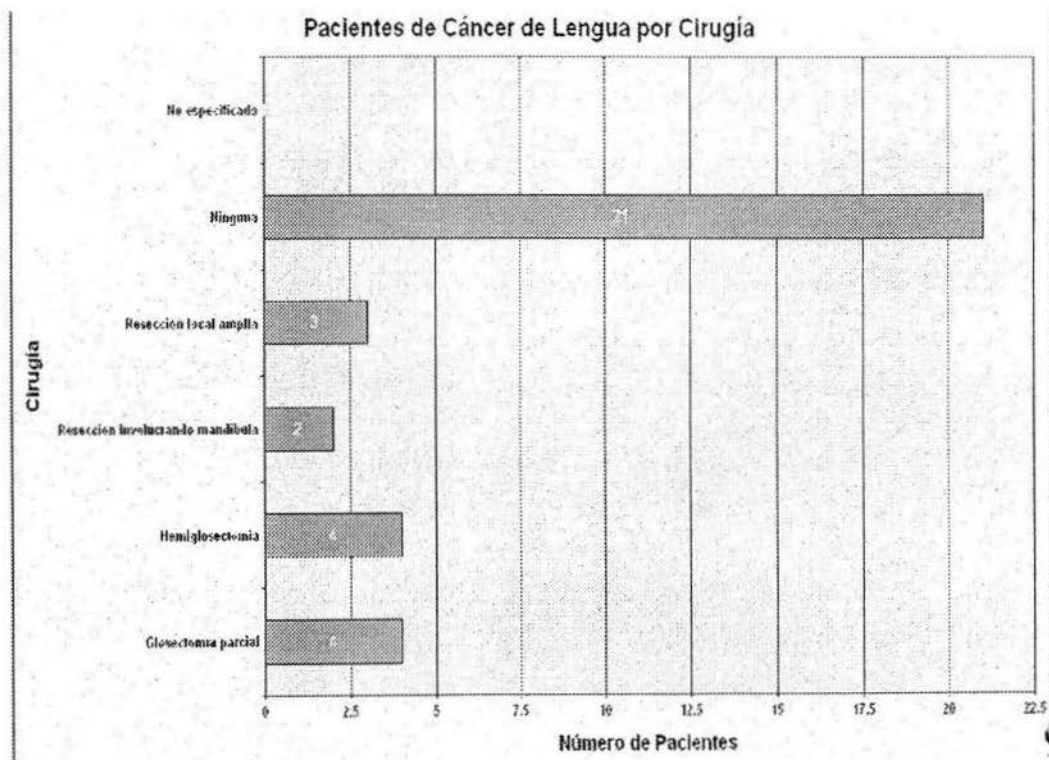
4. Radioterapia Inicial en estadios clínicos tempranos en solo 3 de los casos

En 5 pacientes mas se decidió cirugía posterior al tratamiento inicial , hemiglosectomias (2) , glosectomía parcial (1) y Cirugías de Comando en 2 pacientes

TIPO DE CIRUGIAS REALIZADAS .

Trece pacientes fueron sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica mayor en sala de operaciones, siendo estas:

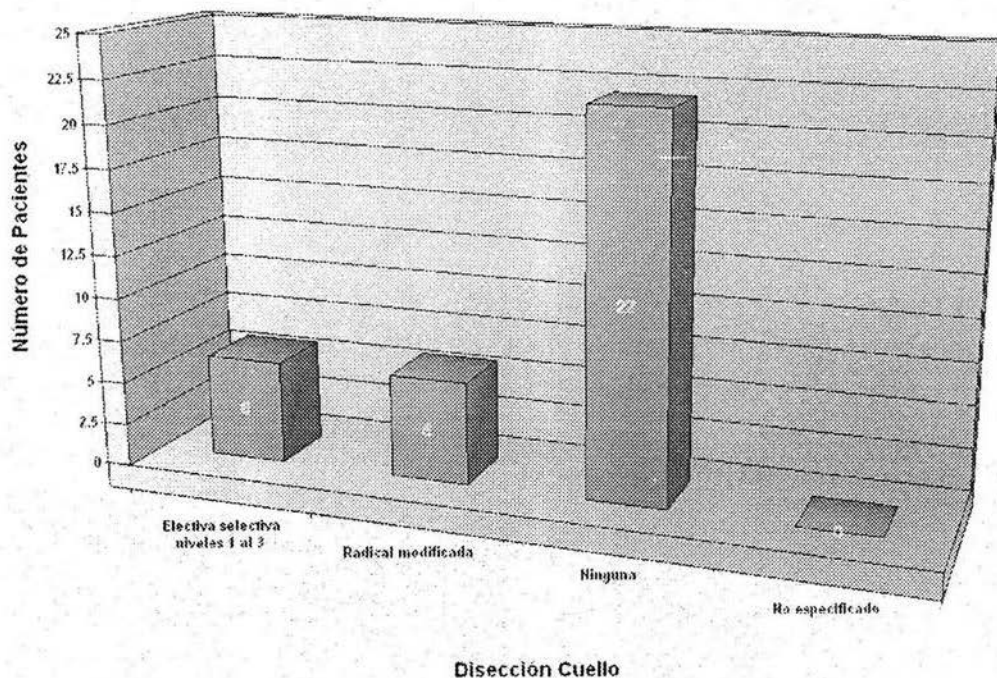
1. Resección local amplia (3) ,
2. Resección Involucrando Mandíbula (2) ,
3. Hemiglosectomía (4) y
4. Glosectomía parcial (4) ,



DISECCIONES DE CUELLO

Se realizaron 12 Disecciones de Cuello, 6 Radicales Modificadas y 6 Supraomohiideas, solo un paciente de stos se realizó disección de cuello únicamente sin tratamiento quirúrgico al primario ya que este se encontraba controlado con RT previa, el número de ganglios resecaos vario desde 3 hasta 14 Ganglios con un promedio de las diseccione Radicales de 11 y las supraomohiideas de 5 ganglios

Pacientes de Cáncer de Lengua por Disección Cuello



Únicamente 6 pacientes recibieron adyuvancia postoperatoria, ya sea por indicación a los hallazgos de la cirugía o el reporte histopatológico:

1. Bordes Positivos o menores de 5 Mm.
2. Ganglios cervicales positivos
3. Tamaño Tumoral mayor a 3 cm
4. Ruptura de la cápsula

O por recurrencia a nivel sistémico principalmente a pulmón en 2 de los casos con intención únicamente paliativa.

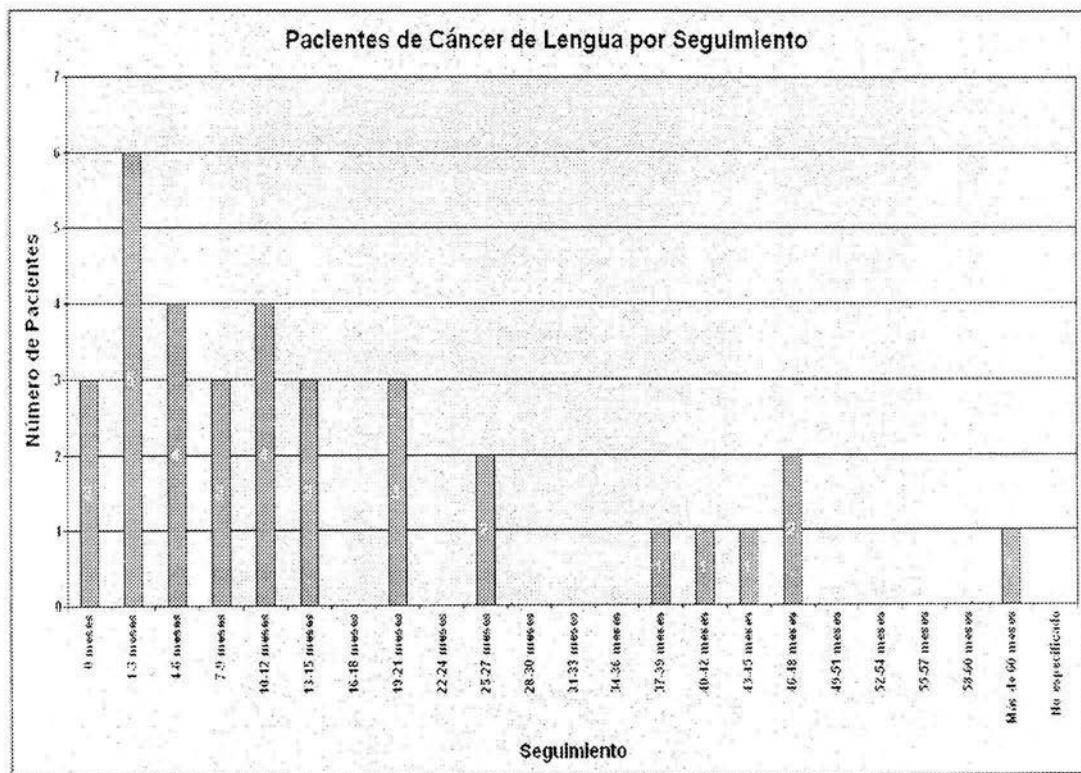
Los reportes Histopatológicos descritos en donde se mencionara la presencia o ausencia de positividad en los bordes quirúrgicos (R0 R1 respectivamente) fueron reportados en 10 pacientes, solo un caso se reportó con positividad, motivo que ameritó adyuvancia.

Es curioso mencionar que la profundidad de invasión, factor que se conoce como de pronóstico importante en estas neoplasias, solo fue reportado en un solo caso y en este paciente abarcó 0.7cm

La correlación clínico patológica de los ganglios linfáticos, determinada con la impresión diagnóstica inicial comparada con el resultado histopatológico en los pacientes que fueron sometidos a cirugía (11 casos) resultó ser igual en 4 casos y dispar en 7 de ellos, es decir, la impresión diagnóstica inicial es errónea en el 63% de los casos. Así la correlación clínico patológica en cuanto al Tumor fue la misma en 6 casos y desigual en 5 de ellos (con una certeza diagnóstica del 54%)

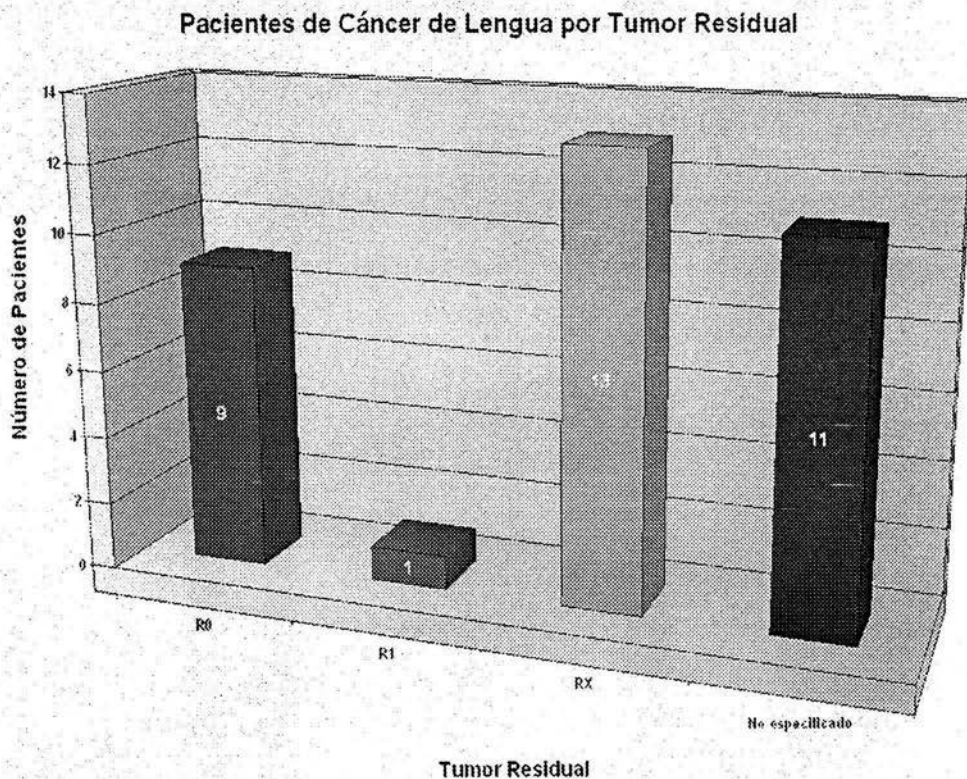
La estancia intrahospitalaria fue desde 2 hasta 28 días con un promedio en total de los pacientes operados de 8 días, únicamente se reportaron 8 complicaciones durante el internamiento, Necrosis del colgajo, Fístula oro cutánea y hemorragia con 1 unidad cada una y 5 pacientes mas con otro tipo de complicaciones como: Derrame pleural, y complicaciones relacionadas con la traqueotomía o con la colocación de la sonda de gastrostomía.

El seguimiento en General es deficiente , ya que unicamente se reportan 25 pacientes con un seguimiento mínimo de 3 meses , mas de 1 año 11 pacientes y mas de 2 años solo 8 pacientes por lo que es muy difícil poder realizar conclusiones objetivas . El seguimiento es complejo , ya que mas de la mitad de los patients que acuden al servicio son foraneos ,esto esta asociado a estadios clinicos avanzados que no pueden ser tratados en otras unidades de especializad regionales o son pacientes de escasos recursos , con nivel socioeconomico bajo y escolaridad baja de igual manera , lo que complica aún mas la secuencia y la adherencia al tratamiento.



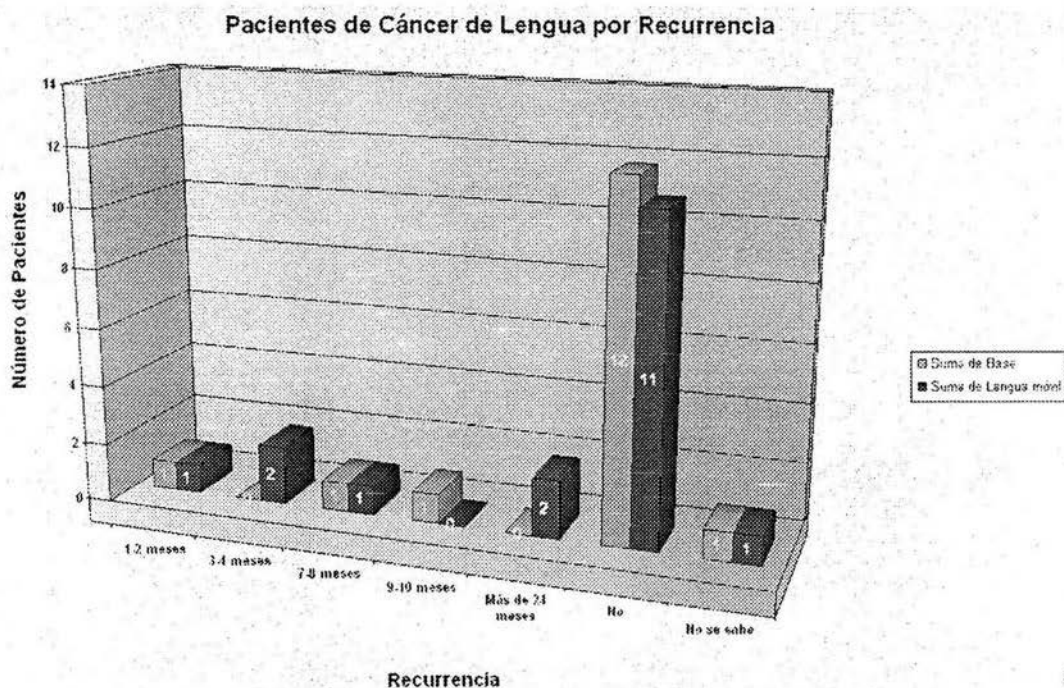
TUMOR RESIDUAL

De los paciente operados , la reseccabilidad completa se obtuvo en 9 pacientes y los bordes positivos fueron reportados en solo un caso , y en la mayoría como es obvio la reseccabilidad no se especifica o no se reporta porque o han sido tratados con RTQT o son pacientes que no regresan a la consulta .



RECURRENCIA.

En cuanto a la recurrencia, sin preferencia por sitio lengua móvil o base a se presentó en el seguimiento clínico de 9 pacientes , la gran mayoría antes del año y solo 2 casos mas de 2 años después , los factores que se relacionaron con la recurrencia , fueron el Estadio clínico avanzado (EC IV) , Pobre Diferenciación , pobre respuesta a tratamiento multimodal con RT QT y Resecciones con bordes positivos en el Resultado Histopatológico Definitivo .



MORTALIDAD

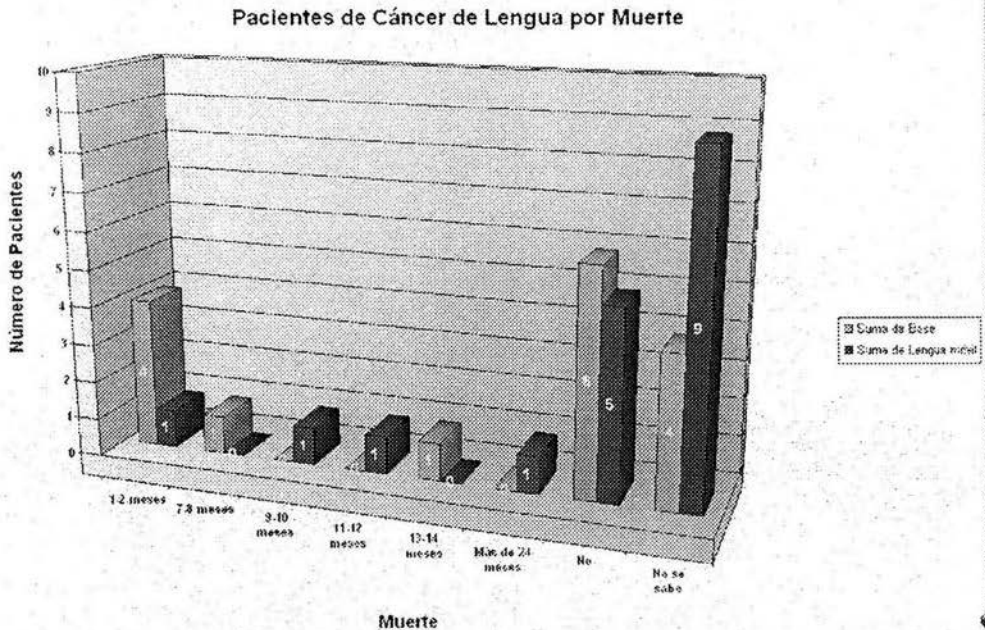
La mortalidad de los pacientes con neoplasia de la lengua se encontró estar directamente relacionada con dos factores principales,

- Diagnostico Histopatológico , siendo los Carcinomas Adenoideo Quísticos de pronostico adverso a corto plazo , ya que la progresión de estos tumores y principalmente en la base de la lengua es rápida con metástasis a distancia , así como en Grado de Diferenciación G3 y
- El estadio Clínico avanzado, sin embargo de los 34 pacientes en 13 de ellos no se conoce el estado actual ya que son pacientes que no regresan a la consulta por diversos motivos.
- A la fecha 11 de los pacientes en total se encuentran vivos en la actualidad, de estos 5 se encuentran en estadios tempranos EC II , con respuesta favorable al tratamiento inicial y adyuvancia , así como 6 pacientes que inicialmente fueron sometidos a tratamiento multimodal con QTRT y con buena respuesta al tratamiento .
- Los pacientes de Base de lengua presentaron una mortalidad a corto pazo menor a 2 meses en 4 casos en cmparaciòn con los de lengua mòvil y la proporción en meses posteriores es semejante , incluso la sobrevivirad a mas de 2 años .

MORTALIDAD

La mortalidad de los pacientes con neoplasia de la lengua se encontró estar directamente relacionada con dos factores principales,

- Diagnostico Histopatológico , siendo los Carcinomas Adenoideo Quísticos de pronostico adverso a corto plazo , ya que la progresión de estos tumores y principalmente en la base de la lengua es rápida con metástasis a distancia , así como en Grado de Diferenciación G3 y
- El estadio Clínico avanzado, sin embargo de los 34 pacientes en 13 de ellos no se conoce el estado actual ya que son pacientes que no regresan a la consulta por diversos motivos.
- A la fecha 11 de los pacientes en total se encuentran vivos en la actualidad, de estos 5 se encuentran en estadios tempranos EC II , con respuesta favorable al tratamiento inicial y adyuvancia , así como 6 pacientes que inicialmente fueron sometidos a tratamiento multimodal con QTRT y con buena respuesta al tratamiento .
- Los pacientes de Base de lengua presentaron una mortalidad a corto pazo menor a 2 meses en 4 casos en cmparación con los de lengua móvil y la proporción en meses posteriores es semejante , incluso la sobrevivad a mas de 2 años .



CONCLUSIONES.

Las neoplasias malignas de la lengua, constituyen un grupo heterogéneo de pacientes que se presentan al servicio de cabeza y cuello en el Hospital General de México

Con una relación de hombre de Hombre a Mujer de 2.8 a 1, con un promedio de edad de 61 años y un rango de los 21 hasta los 89 años de edad, en general son pacientes provenientes de medio socioeconómico bajo y en un 29% de origen rural lo que complica tanto el Estadio clínico de presentación con la adherencia al tratamiento así como el seguimiento .

Con reporte histopatológico de Carcinoma de Células escamosas y (90%) y Carcinoma Adenoideo Quístico en un (10%). En cuanto al EC: la mayoría fueron avanzados 26 pacientes en EC III y IV y solo 8 en I y II. Debido a esto la decisión terapéutica inicial corresponde a terapia multimodal con Quimioterapia y Radioterapia concomitante, principalmente con 5FU y Cisplatino y con dosis de RT de 45-60 Gy, dependiendo de la respuesta al tratamiento. La toxicidad relacionada a estas modalidades aunque no se reportan en el estudio, se presentaron siendo la mucositis la mas importante .

Así, los pacientes en Estadios clínicos tempranos principalmente se realiza algún procedimiento quirúrgico, (a menos que exista contraindicación para el mismo por la el estado funcional o preferencias del paciente) mas disección selectiva supraomohiidea , de estos 3 pacientes se encuentran a la fecha libres de actividad tumoral con seguimiento mínimo de 12 meses .

Los pacientes que no respondieron o que recurrieron fueron rescatados con cirugía mas compleja como Comando y Glosectomias (Parciales o Hemiglosectomias) , solo 2 pacientes con glosectomías están vivos a la fecha , los pacientes con cirugía que involucra otras estructuras , cursaron con complicaciones importantes e incluso a corto plazo con progresión y defunción. ^

Los factores de pronóstico adverso que se encontraron en esta revisión concuerdan con los descritos en la literatura, como lo son

- Estadios clínicos avanzados III y IV ,
- Grado de diferenciación pobre ,
- Positividad en márgenes de resección ,
- Bilateralidad y
- Karnofsky menor del 80% al momento de la consulta de primera vez
- Cabría agregar la pobre respuesta al tratamiento y la histopatología del tipo de Carcinoma Adenoideo Quístico y si el paciente es foráneo (no vive en zona metropolitana) o no.

Aunque la estadificación del cáncer de lengua es clínica , la relación clínico patológica se acerca al 50% es decir aun con la experiencia desarrollada al tener contacto frecuente con este tipo de pacientes , la mitad de los reportes histopatológicos , principalmente en cuanto al tamaño del tumor , lo que infiere que probablemente sea útil utilizar algún método objetivo como el Ultrasonido para la valoración de los ganglios y el uso de una Regla o incluso de Resonancia Magnética para la mejor definición del tejido Blando .

En consecuencia se enfatiza la importancia de algunos datos clínicos importante al momento de la consulta de primera vez, solicitud y reporte de Patología, que son

1. Karnofsky del paciente
2. Especificaciones en cuanto a Tabaquismo y Alcoholismo , (tiempo , frecuencia y cantidad)
3. Tamaño del tumor
4. Ganglios resecaos y de ser posible identificar el nivel de los grupos principales disecados.
5. Márgenes de Resección y Distancia de los mismos y
6. Profundidad de la lesión

Por último se anexa a esta revisión un programa digital que permite valorar a los pacientes en forma ordenada y facilita así el estudio y correcciones según la evolución, anexando reportes de histopatología , dosis de tratamientos , ilustraciones de la descripción del tumor y los ganglios , tipos de cirugía y el resto de variables estudiadas . Que permitirá en un futuro la captura y modificaciones al mismo para mejorar el estudio y tratamiento de los pacientes con neoplasia .

Falta página

N° 40

IMÁGENES CLÍNICAS .



Figura 1 .

La revisión de la cavidad oral es activa e incluye la observación a simple vista así como la afectación en el movimientos específicamente de la lengua y la palpación de cada uno de los subsitios , de utilidad importante es el uso del abate lenguas que permite visualizar directamente las partes sanas y o afectadas.

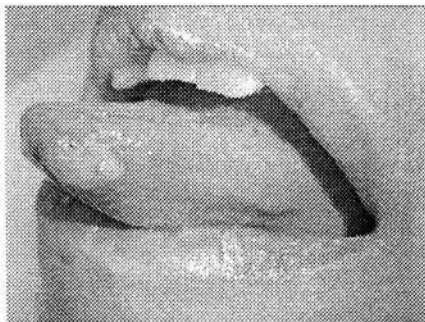


Figura 2 .

Lesión en la punta de la Lengua. Leucoplaquia que obliga a realizar biopsia y descartar Histopatología

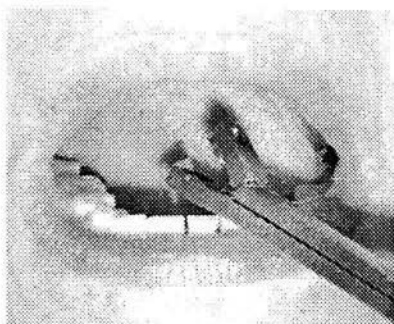


Figura 3.
Biopsia por sacabocado de Lengua.

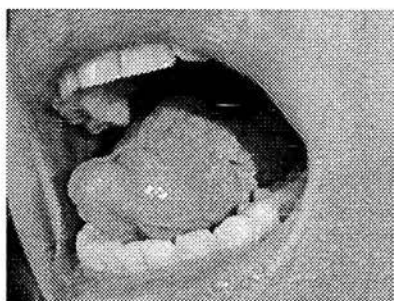


Figura 4.
Lesión en Borde Lateral Izquierdo de la Lengua Clasiicado como un T3 , mayor a 4 cm .

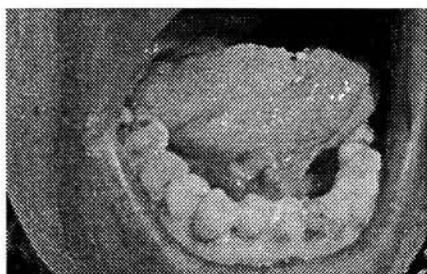


Figura 5. Tumor del bode lateral dercho de la lengua con respuesta casi completa al tratamiento con Quicio y Radioterapia -

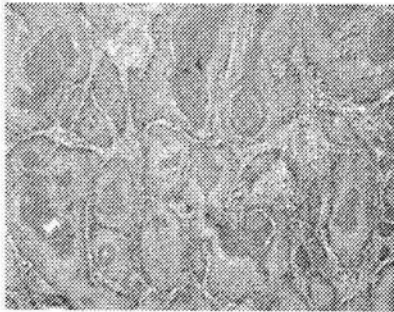


Figura 6.
Microfotografía que ejemplifica , Carcinoma epidermoide Bien Diferenciado de lengua , donde se puede apreciar la formación de queratina.

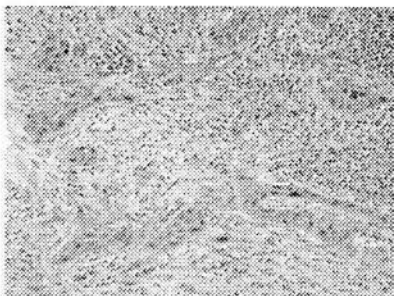


Figura 7.
Microfotografía que demuestra Carcinoma Epidermoide pobremente difernciado , notese la ausencia de queratina a comparación de Fig2.

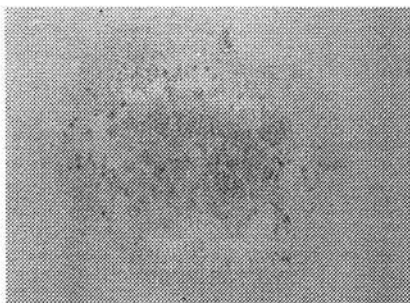


Figura 8. Estudio Citologico de una Biopsia Por aspiración de Aguja Fina de Un ganglio sospechoso de ser metastásico , confirmando este diagnòstico . Se observan cèlulas epiteliales malignas en conglomerado .

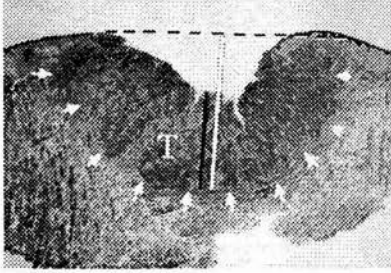


Figura 9. Fotografía que demuestra la profundidad de la invasión de una lesión epidermoide de Lengua (T) y su correlación con la base de la úlcera y el nivel original de la mucosa lingual (Línea Negra y blanca respectivamente) (5)

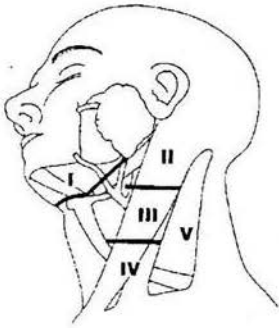
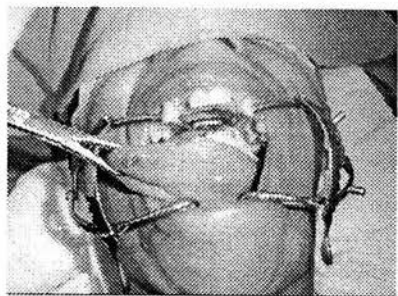
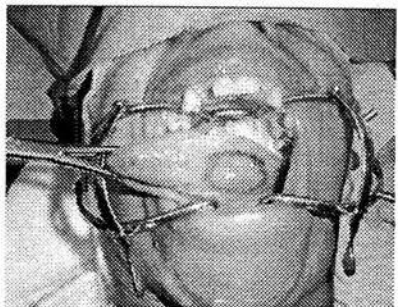


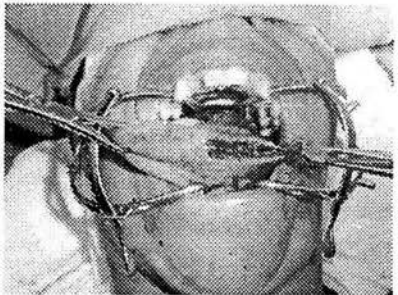
Figura 10. Niveles Ganglionares , frecuentemente utilizados en las neoplasias de Cabeza y Cuello (6)



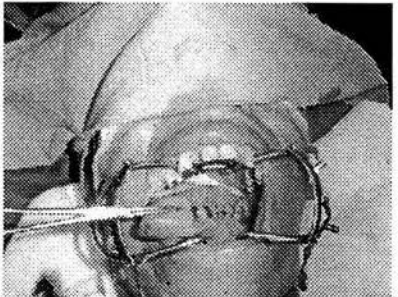
a.



b.



c.



d.

**Figura 11. (a,b.c.d)
Glossectomía Parcial de una lesión del borde lateral de la lengua del lado izquierdo.**

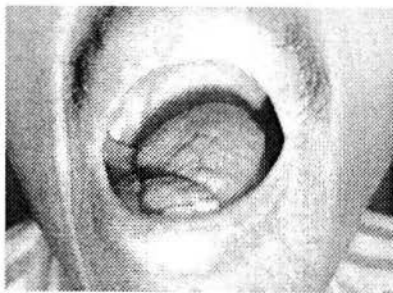


Figura 12.
Resultado Posterior a la resección de Glosectomia Parcial

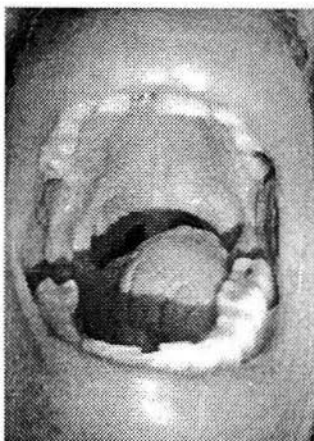


Figura 13.
Resultado posterior a Hemiglosectomia Derecha



Figura 14. Radiomucositis Severa que obligó internamiento de una paciente con Carcinoma de la Base de la Lengua

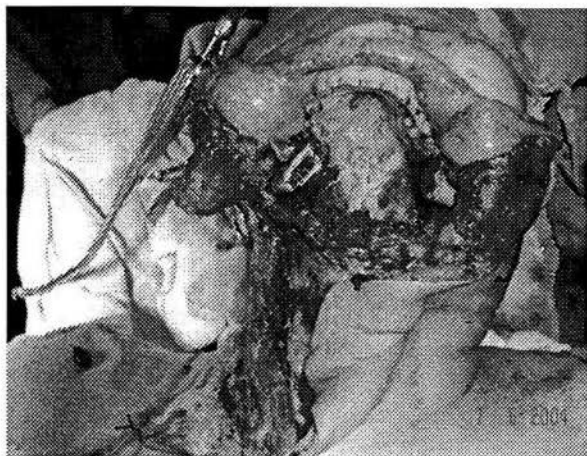


Figura 15 . Resección compleja de lesión en Cavidad Oral con involucro de mandíbula , piso de boca y casi la totalidad de la lengua . y Disección de Cuello .

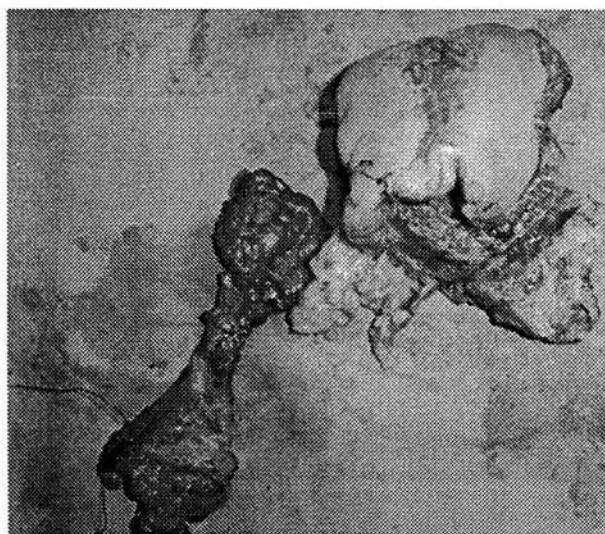


Figura 16.
Espécimen de la resección del paciente anterior.

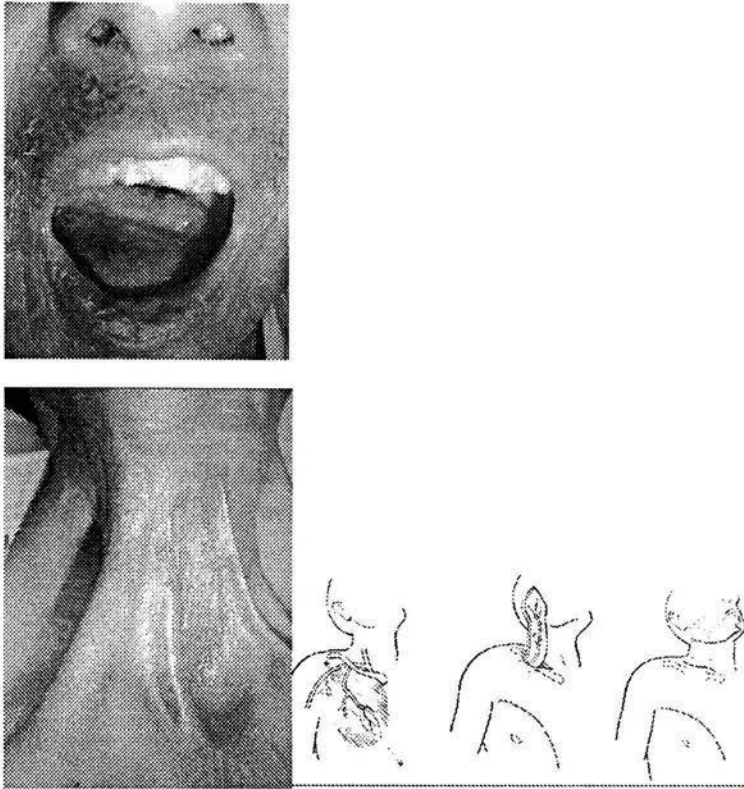


Figura 17.
Resultado de la epitelizaci3n y cosmetico en cuello del colgajo Pectoral en un paciente Operado de Cirug3a de Comando. Esquema demostrativo de la secuencia en la realizaci3n de un colgajo de pectoral mayor

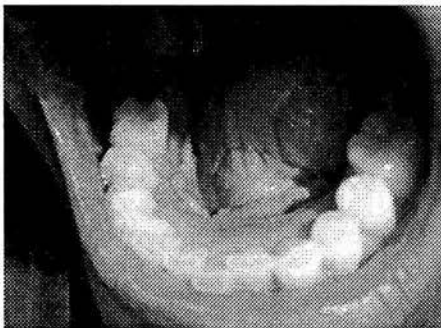


Figura 18 . Exposici3n de la rama Horizontal de la Mand3bula en su cara lingual , a3os despu3s al tratamiento en un paciente sometido a Hemiglosectom3a derecha y RT Adyuvante.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cancer Facts and Figures 1999 , American Cancer Society , USA p.4
2. Rodríguez Cuevas S. et al . Registro Histopatológico de Neoplasias en Mexico , Población derecho Habiente del IMSS 1993-96 , Ciencia y Cultura Latinoamericana , México D.F.1999
3. Labastida AS “Cáncer de Cavidad Oral” . Cancerología 1983 pp 19 - 25
4. Silverman S . Oral Leukoplakia and Malignant Transformation . Cancer of The Oral Cavity. Mosby 1999 . pp 53
5. Spiro RH , “Predictive Value of Tumour Thickness in Squamous Cell Carcinoma confined to The Tongue and Floor of The Mouth”, AM J Surg 1986 , 152:345-50
6. Shah HP , “The impact of pattern of neck metastasis in modification of neck dissection” Am Surg Onco , 1994:521-32
7. Byers RM , “rationale for elective Modified Neck Dissection”. Head and Neck Surg , 1988;10:160-167
8. Shah HP “Patterns of cervical Lymph Node Metastases from Squamous Carcinoma of the Upper Aero digestive Tract”, Am SURG , 1990;160:405-9
9. Fontanesi J “Concomitant Cisplatin and Hyperfractionated external Beam irradiation for advanced malignancies of the Head and Neck” Am Surg 1991;162:393-6
10. Rodríguez Cuevas S. Tumores de Cabexza y Cuello 2003 . Cap 2 . pp 35-45
11. Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, et al.: Otolaryngology - Head and Neck Surgery. Saint Louis, Mo: Mosby-Year Book, Inc., 1998.
12. Harrison LB, Sessions RB, Hong WK, eds.: Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven, 1999.
13. Wang CC, ed.: Radiation Therapy for Head and Neck Neoplasms. 3rd ed. New York: Wiley-Liss, 1997.
14. Jones KR, Lodge-Rigal RD, Reddick RL, et al.: Prognostic factors in the recurrence of stage I and II squamous cell cancer of the oral cavity. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 118 (5): 483-5, 1992.
15. Po Wing Yuen A, Lam KY, Lam LK, et al.: Prognostic factors of clinically stage I and II oral tongue carcinoma-A comparative study of stage, thickness, shape, growth pattern, invasive front malignancy grading, Martinez-Gimeno score, and pathologic features. Head Neck 24 (6): 513-20, 2002.
16. Merlano M, Benasso M, Corvò R, et al.: Five-year update of a randomized trial of alternating radiotherapy and chemotherapy compared with radiotherapy alone in treatment of unresectable squamous cell carcinoma of the head and neck. J Natl Cancer Inst 88 (9): 583-9, 1996.

17. Pignon JP, Bourhis J, Domenge C, et al.: Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. MACH-NC Collaborative Group. Meta-Analysis of Chemotherapy on Head and Neck Cancer. *Lancet* 355 (9208): 949-55, 2000.
18. Taylor SG 4th, Murthy AK, Vannetzel JM, et al.: Randomized comparison of neoadjuvant cisplatin and fluorouracil infusion followed by radiation versus concomitant treatment in advanced head and neck cancer. *J Clin Oncol* 12 (2): 385-95, 1994.
19. Al-Kourainy K, Kish J, Ensley J, et al.: Achievement of superior survival for histologically negative versus histologically positive clinically complete responders to cisplatin combination in patients with locally advanced head and neck cancer. *Cancer* 59 (2): 233-8, 1987.
20. Adjuvant chemotherapy for advanced head and neck squamous carcinoma. Final report of the Head and Neck Contracts Program. *Cancer* 60 (3): 301-11, 1987.
21. Pernot M, Malissard L, Aletti P, et al.: Iridium-192 brachytherapy in the management of 147 T2N0 oral tongue carcinomas treated with irradiation alone: comparison of two treatment techniques. *Radiother Oncol* 23 (4): 223-8, 1992.
22. AJCC Cáncer Staging Manual , Sixth Edition March 2002 . pp 23-43