

Capítulo 34

Neoplasias de labio

Francisco Soler Presas
Alfonso Borja Morant
José Luis Cebrián Carretero
María José Morán

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	479
2. CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LABIO	479
2.1. Epidemiología	479
2.2. Factores etiológicos	480
2.3. Lesiones precursoras	480
2.4. Evaluación	480
2.5. Procedimientos complementarios	481
2.6. Estadios.....	482
2.7. Tratamiento	482
2.8. Factores pronósticos	483
2.9. Reconstrucción	484
2.10. Seguimiento	484
3. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	484
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	485

1. INTRODUCCIÓN

1. Cuando se habla de tumores de labio se consideran casi exclusivamente las lesiones malignas, por su frecuencia e importancia pronóstica y terapéutica.

No obstante, con respecto a las neoplasias benignas, se debe conocer que:

1.1. La gran mayoría son tumores submucosos bien definidos (neoplasias mesenquimales: rabdomioma, neurofibroma, lipoma, etc.) de difícil diagnóstico diferencial desde el punto de vista clínico respecto a lesiones no neoplásicas (mucocele, fibromas, etc.).

1.2. Como norma general, un tumor submucoso de aspecto benigno NO es neoplasia en el labio inferior, SI lo es en el labio superior.

1.3. No existen implicaciones pronósticas ni terapéuticas y, en consecuencia, su tratamiento es análogo al de las lesiones no neoplásicas: enucleación simple. Excepciones a la norma:

Tumores benignos de gl salivar menor: Adenoma pleomorfo, Adenoma canalicular. De la totalidad de las neoplasias del labio superior, un 36% son adenomas pleomorfos y un 22%, canaliculares. Los adenomas canaliculares, además, son múltiples hasta en un 25% de los casos. En ambos casos, se requiere resección con margen.

2. Las neoplasias malignas del labio constituyen hasta el 2% de la totalidad de las neoplasias malignas, del 10-30% de neoplasias malignas de cabeza y cuello y hasta el 30% de las neoplasias de la cavidad oral.

A pesar de la facilidad en el diagnóstico, y la posibilidad de tratamiento satisfactorio, la tasa de mortalidad se eleva hasta el 15%. La histología más frecuente es el Carcinoma epidermoide y, con mucha menor frecuencia: Carcinoma verrucoso, melanoma y carcinoma basocelular. Cualquiera de los tejidos submucosos pueden generar neoplasias malignas y se señalan en esta guía con carácter anecdótico: Tumores de gl. Salivar menor, histiocitoma fibroso maligno, leiomiocarcinoma, linfoma, angio y rabdomiosarcoma (por orden de frecuencia).

2. CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LABIO

2.1. Epidemiología

El cambio en la adicción a ciertos hábitos tóxicos (tabaco), así como la detección precoz han condicionado un descenso en la incidencia del cáncer de labio, hasta 2 casos/100.000 habitantes. La edad de aparición oscila entre los 50-70 años, siendo mucho más frecuente en varones (Sexo masculino/femenino: 20/1, excepto en labio superior: 5/1).

Es 10 veces más frecuentes entre caucásicos frente a otras razas. Rarísimo en la raza africana.

La localización más frecuente: labio inferior, en el 90% de los casos. El 1% se localiza en la comisura, y el 9% en el labio superior.

2.2. Factores etiológicos

- Exposición a la radiación solar.
- Cuadros sindrómicos congénitos: Xeroderma pigmentoso, lupus discoide, esclerodermia, disqueratosis congénita, epidermolisis bullosa distrófica
- Infecciones crónicas: queilitis glandular, sífilis, papilomavirus (epidermodisplasia verruciforme), herpes.
- Inmunosupresión: trasplante renal.
- Traumatismo de repetición.
- Exposición a agentes químicos (betel, ingesta de arsénico, hidrocarburos poli cíclicos).

2.3. Lesiones precursoras

- Queilitis actínica: biológicamente se considera un carcinoma in situ (Eritroplasia de Queyrat). Hasta un 20% pueden evolucionar a carcinoma infiltrante. Se asocia a queratosis actínica,
- Leucoeritroplasias,
- Papilomatosis oral florida.

Las lesiones anteriormente señaladas deben tratarse (bermellectomía) y vigilarse de cerca.

2.4. Evaluación

Exploración clínica

- Aspecto: lesión hiperqueratósica y ulcerada localizada en un labio con queilitis actínica. En lesión avanzada: lesión exofítica, verrucosa o ulcerada con induración en la base.
- Metástasis: Se evidencian Metástasis linfáticas cervicales en el momento del diagnóstico en el 8-10% de los casos (hasta en un 20% de las lesiones en comisura). Tras recidiva local, la tasa de metástasis se puede elevar hasta el 30% de los casos. El 80-90% de las metástasis se localizan en región submentoniana y submaxilar, siendo esta la única región afectada en el 75% de los casos que se presentan con metástasis. Las Metástasis localizadas en la región yugular (área II): solo se evidencian en el 15% de los pacientes que presentan metástasis. La afectación bilateral solo se da en el 10% de los casos.

En caso de afectación de labio superior y comisura, valorar la posibilidad de metástasis parotídea. Factores que condicionan las metástasis:

- Localización: labio superior y comisura: de un 15 hasta un 30% de los casos.
- Tamaño: Superior a 2 cm: 15 a 35% de los casos.
Menor a 2 cm: 4 a 7% de los casos
- Grado de diferenciación: Alto grado (sólo un 5% son de alto grado): 20-30%,
Bajo grado: 5%

La diseminación hemática se evidencia en menos del 1% de los casos: Pulmón, hígado.

2.5. Procedimientos complementarios

- Biopsia Incisional. Es concluyente
- Pruebas de imagen (TC): Ante la sospecha clínica de metástasis cervical o invasión ósea.

Con la información recogida se procede a la estadificación TNM: Análogo al aplicado para otras lesiones intraorales.

T. Tamaño de la lesión

T0. No evidencia de tumor primario

Tis. Carcinoma in situ

T1. Neoplasia inferior a 2 cm de diámetro

T2. Neoplasia de tamaño entre 2 y 4 cm de diámetro

T3. Neoplasia superior a los 4 cm de diámetro

T4. Afectación de estructuras adyacentes por contigüidad: hueso, piel cervical .

N. Metástasis cervical

N0. No evidencia de metástasis

N1. Metástasis única unilateral menor de 3 cm de diámetro

N2 a. Metástasis única unilateral entre 3 y 6 cm de diámetro

b. Múltiples metástasis ipsilaterales menores de 6 cm de diámetro

c.- Metástasis múltiples bilaterales o contralaterales, ninguna mayor de 6 cm de diámetro

N3. Metástasis ganglionar mayor de 6 cm de diámetro

M. Metástasis a distancia

M0. No evidencia de metástasis

M1. Metástasis a distancia

2.6. Estadios

Estadio 1. T1 N0 M0

Estadio 2. T2 N0 M0

Estadio 3. T3

 cualquier T1, T2 + N1, M0

Estadio 4. T4

 cualquier T1, T2, T3 + N2 ó N3

 cualquier T o N + M1

2.7. Tratamiento

El tratamiento de elección está condicionado por la localización, estadificación, edad y condiciones generales del paciente

En lesiones menores a 2 cm de tamaño se consideran igual de eficaces la cirugía a la radioterapia. En lesiones de mayor tamaño, la cirugía es de elección con o sin radioterapia complementaria

Tratamiento quirúrgico: resección con margen

- Márgenes: 0,3 a 0,5 cm en lesiones menores de 1 cm. En neoplasias de mayor tamaño: 1 cm de margen
- Vaciamiento cervical
 - Vaciamiento cervical terapéutico, funcional o radical según el tamaño y número de las metástasis: análogo a carcinomas epidermoides de cavidad oral
 - Vaciamiento cervical electivo: lesión mayor de 3-4 cm, de alto grado, recurrentes o localizado en la comisura.

Factores:

- Se realizan vaciamentos terapéuticos diferidos hasta en 35–40% de los pacientes con lesiones entre 3-4 cm.
- La recurrencia local se asocia a metástasis cervical hasta en el 25% de los casos.

- La lesión en la comisura se asocia a metástasis linfáticas hasta en el 20% de los casos en el momento del diagnóstico

Tipo:

Vaciamiento cervical funcional supraomohioideo. Si se localiza en labio superior o comisura, incluir la parótida en el procedimiento. Si el tumor se localiza en la línea media, realizar vaciamiento bilateral

Indicaciones de radioterapia complementaria.

Lesiones de gran tamaño (T3 o mayor), recidiva, invasión perineural o alto grado, metástasis cervical (ídem cavidad oral: 2 ó más adenopatías cervicales, invasión extracapsular).

Tratamiento según estadios:

- Estadio I: Resección local.
- Estadio II: Resección local.
- Estadio III: Resección local + Vaciamiento cervical (terapéutico o electivo) +/- radioterapia, según resultados en análisis histológico.
- Estadio IV: Resección local + vaciamiento cervical + radioterapia.

Si *recidiva locorregional*: resección + vaciamiento + radioterapia.

2.8. Factores pronósticos

1. Tamaño de la lesión:

lesión menor de 2 cm: 90% de supervivencia a 5 años.

lesión grande: 30 a 70% de supervivencia los 5 años. Afectación mandibular: menos del 30% de supervivencia a los 5 años.

2. Localización de la lesión:

Labio inferior: 70-90% de supervivencia a los 5 años

Labio superior: 40-60% de supervivencia a los 5 años

Comisura: 40-50% de supervivencia a los 5 años.

3. Presencia de metástasis cervicales

Supervivencia tras metástasis cervical: 30 al 70%.

4. Edad: más joven, peor.

5. Parámetros histológicos: alto grado, invasión perineural.

La causa más frecuente de fracaso terapéutico es recurrencia local: Tasa de recurrencia: 5-20% de los casos, condicionada por tamaño, localización, grado de diferenciación. Requiere tratamiento agresivo, con cirugía y vaciamiento cervical electivo en caso de haber sido sometido con anterioridad al procedimiento: Éxito hasta en el 75% de los casos, con porcentaje menor en el caso de recidiva simultánea local y cervical. La Tasa de recurrencia cervical tras metástasis previa: 30% para el N1, frente al 70-100% para el N3.

2.9. Reconstrucción

Diferencias existentes entre labio superior e inferior : el labio superior presenta 3 áreas estéticas y funcionales bien diferenciadas, definidas por la presencia del filtrum, frente al labio inferior, que solo presenta una. En contraste con el labio inferior, la pérdida de sustancia significativa en cualquiera de las áreas anteriormente reseñadas del labio superior implica una distorsión importante de la estética y función del labio remanente. Los colgajos empleados están condicionados por la localización y el tamaño del defecto. Los más empleados por nuestra parte:

- Defectos de pequeño tamaño localizado en en labio inferior y tercios laterales del labio superior: cuña simple y cierre directo
- Defectos de longitud análoga a medio labio:
 - Labio inferior: escalera de Johansen simétrica o asimétrica
 - Labio superior: Colgajo de webster o Abbe, Abbe-eslander
- Defectos subtotales de labio: colgajo de Karapanzic + comisuroplastia diferida.
- Defectos totales de labio: colgajo libre vascularizado fasciocutaneo radial con incorporación del tendón del palmar menor.

Existen multitud de .colgajos para un defecto dado, pero en nuestra opinión estos son los que mejor resultado estético y funcional consiguen

2.10. Seguimiento

Mensual durante los 3 primeros años, trimestral durante 2 años y semestral el ultimo año hasta el alta.

3. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

El tumor de labio es un acontecimiento patológico frecuente que afecta a individuos de alrededor de 50-60 años que han sufrido importante exposición solar o han sido importantes fumadores. Es más frecuente en el labio inferior. Se trata de un tumor curable sobre todo si se detecta en fases precoces de la enfermedad. En estos casos es raro que se extienda a distancia (ganglios cervicales). El tratamiento es quirúrgico, y consiste en la extirpación y reconstruc-

ción mediante desplazamiento de tejidos adyacentes que permitan mantener la función de la cavidad oral. En casos más complejos, si el tumor se ha extendido puede ser necesario tratar los ganglios del cuello e incluso administrar radioterapia y rara vez quimioterapia. Como se ha comentado es muy importante la detección precoz de la enfermedad, así que se debe consultar al médico siempre que exista una lesión ulcerada (herida), elevada y dura o costrosa en el labio.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bacher SR, Krause CJ. Carcinoma of the lip. *Laryngoscope* 1980;90:19-27.
- Bedekovic V, Dzepina D, Ivkic M, Tropic R, Petric V, Kekic B. Squamous cell carcinoma of the lip in long-standing oral lichen planus: case report, surgical approach. *J Otolaryngol* 2003 Oct;32(5):345-8.
- Boddie AW Jr, Fischer EP, Byers RM. Squamous carcinoma of the lower lip in patients under 40 years of age. *South Med J* 1977;70(6):711-2.
- Bucur A, Stefanescu L. Management of patients with squamous cell carcinoma of the lower lip and NO-neck. *J Craniomaxillofac Surg* 2004 Feb;32(1):16-8.
- Coppit GL, Lin DT, Burkey BB. Current concepts in lip reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004 Aug;12(4):281-7.
- Cruse CW, Radocha RF. Squamous cell carcinoma of the lip. *Plast Reconstr Surg* 1987;80(6):787-91.
- de Visscher JG, Gooris PJ, Vermey A, Roodenburg JL. Surgical margins for resection of squamous cell carcinoma of the lower lip. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002 Apr;31(2):154-7.
- Dinehart SM, Pollack SV. Metastases from squamous cell carcinoma of the skin and lip. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:241-48.
- Dupin C, Metzinger S, Rizzuto R. Lip reconstruction after ablation for skin malignancies. *Clin Plast Surg* 2004 Jan;31(1):69-85.
- Fries R. Advantage of a basic concept in lip reconstruction after tumor resection. *J Maxillofac Surg* 1973;1:13-18.
- Heller KS, Shah JP. Carcinoma of the lip. *Am J Surg* 1979;138(4):600-3.
- Lanzós E, Pérez L, Murillo MT. Cáncer de labio. Experiencia del Hospital 12 de Octubre. *Oncología* 1990;13:65
- Luna-Ortiz K, Guemes-Meza A, Villavicencio-Valencia V, Mosqueda-Taylor A. Lip cancer experience in Mexico. An 11-year retrospective study. *Oral Oncol* 2004 Nov;40(10):992-9.
- Nicolau SG, Baelus L. Chronic actinic cheilitis and cancer of the lower lip. *Br J Dermatol* 1964;76:278-89.
- Palme CE, Gullane PJ, Gilbert RW. Current treatment options in squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am* 2004 Jan;13(1):47-70.
- Petrovich Z, Kuisk H, Tobochnik N, Hittle RE, y cols. Carcinoma of the lip. *Arch Otolaryngol* 1979;105(4):187-91.
- Salgarelli AC, Sartorelli F, Cangiano A, Collini M. Treatment of lower lip cancer: an experience of 48 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005 Jan;34(1):27-32.
- Wilson R, Jackson J, Rassekh C. A study of squamous cell carcinoma of the lip at West Virginia University Hospitals from 1980-2000; *W V Med J* 2005 Sep-Oct;101(5):217-9.

