

COLEGIO ODONTOLÓGICO  
COLOMBIANO

Por Acceso .....

Reg. Top. M 168 1987 .....

Compra  Canje  Donación

Editorial .....

Solicitado por .....

Fecha .....

Precio .....

0184

~~W~~  
188  
1987

REEVALUACION DE LA EPIDEMIOLOGIA DEL  
CANCER LABIAL

RENE DE JESUS ACOSTA LOPEZ

Monografía presentada como requisito  
parcial para optar al título de ODON  
TOLOGO.

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA, D.E., NOVIEMBRE DE 1987

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

RECTOR	Dr. JORGE ARANGO TAMAYO
DECANO	Dra. MARISOL ARANGO DE LEON
VICEDECANO	Dr. JAIRO FORERO MORALES
SECRETARIO ACADEMICO	Dr. LUIS FELIPE FALLA
DIRECTOR DE MONOGRAFIA	Dra. HELIDA AVENDAÑO
DIRECTOR DE CLINICA	Dr. ROBERTO ARCINIEGAS

\*

CONCEPTO DE ACEPTACION

*Bueno.*

---

*Helida H. Avendaño Maz.*

HELIDA H. AVENDAÑO MAZ

## AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mis sin  
ros agradecimientos a to-  
das las personas que en  
una u otra forma colaboraa  
ron en la elaboración de  
la presente Monografía.

A mis padres, quienes con  
su esfuerzo y dedicación  
hicieron posible la culmi  
nación de mis estudios.

## TABLA DE CONTENIDO

Página

INTRODUCCION

CAPITULO 1

REEVALUACION DE LA EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER LABIAL

1.1	INTRODUCCION . . . . .	1
1.2	FACTORES DESCRIPTIVOS . . . . .	3
1.2.1	Cáncer Oral en los Estados Unidos . . . . .	3
1.2.1.1	Morbilidad . . . . .	3
1.2.1.2	Mortalidad . . . . .	7
1.2.2	Tendencias Nacionales del Cáncer de Labio. . . . .	9
1.2.2.1	Morbilidad . . . . .	10
1.2.2.2	Mortalidad . . . . .	14
1.2.2.3	Supervivencia . . . . .	14
1.2.3	Distribución Mundial de Cáncer de Labios . . . . .	16
1.3	FACTORES DE RIESGO . . . . .	19
1.3.1	Descripción . . . . .	19
1.3.2	Otros Factores de Riesgo . . . . .	22
1.4	ETIOLOGIA . . . . .	25
1.4.1	Luz Solar . . . . .	26

	Página
1.4.2 Hábitos de Fumar . . . . .	31
1.5 DIAGNOSTICO DIFERNECIA . . . . .	33
1.5.1 Carcinoma Fusocelular . . . . .	33
1.5.1.1. Características Clínicas . . . . .	33
1.5.1.2 Características Histiológicas . . . . .	34
1.5.2 Carcinoma Espinocelular . . . . .	34
1.5.2.1 Aspecto Histiológico . . . . .	34
1.5.2.2 Tratamiento . . . . .	35
1.6 TRATAMIENTO Y PRONOSTICO . . . . .	35
1.7 CONCLUSIONES	36

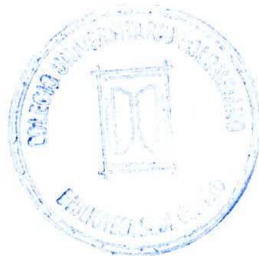
## TABLA DE CUADROS

	Página
1. PROMEDIO ANUAL AJUSTADO POR EDAD (1970 STANDAR PARA INCIDENCIA DE CANCER ORAL POR 100.000 EN POBLACION, 1973-1977 . . . . .	4
2. PROMEDIO ANUAL EN RATAS DE CANCER DE LABIO POR 100.000 EN AREAS GEOGRAFICAS Y PERIODOS DE TIEMPO PARA TODAS LAS RAZAS . . . . .	8
3. TENDENCIA EN RATAS DE INCIDENCIA ANUAL (1950 STANDAR PARA AMBOS SEXOS Y RAZAS EN U.S.A. . .	12
4. TENDENCIA EN RATAS DE INCIDENCIA ANUAL EN U.S.A. PARA HOMBRES Y MUJERES . . . . .	13
5. INCIDENCIA MUNDIAL DEL CANCER DE LABIO, HOMBRES (AJUSTES DE ENDAD EN POBLACION MUNDIAL. . . . .	15
5. TENDENCIAS RATAS DE SUPERVIVENCIA PARA PACIENTES CON CANCER ORAL . . . . .	18

## INTRODUCCION

El presente trabajo fué ejecutado para plantear las revisiones realizadas en los últimos años sobre los datos de incidencia en morbilidad y mortalidad obtenidos antiguamente. Además se tendrá en cuenta los factores de riesgo, los predisponentes y etiológicos de la enfermedad.

Se espera dilucidar en este trabajo los datos acerca de los tratamientos y pronóstico de ellos.



# 1. REVALUACION DE LA EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER LABIAL

## 1.1 INTRODUCCION

El carcinoma del labio ha sido ampliamente considerado, es causado asociadamente con una exposición prolongada a radiación actínica. Recientemente, algunos investigadores se han propuesto dilucidar los factores alrededor de los cuales ocurre este estudio. Una revisión sobre la literatura epidemiológica del cáncer del labio con una revisión de los resultados existentes entre los factores descriptivo y de riesgo, asociados con la enfermedad son planteados así:

1. La característica primaria en pacientes con cáncer de labio ha sido revisada a lo largo de una distribución geográfica de la enfermedad.

2. La literatura citada en apoyo y no apoyo de la ocurrencia etiológica ha sido planteada con énfasis en el tipo de estudio de- y usado por cada investigador.

Finalmente, una síntesis de la literatura existente es discutida, con sugerencias acerca de las necesidades en la investigación.

Las complicaciones estadísticas del cáncer de labio, nacional e internacionalmente son basadas en los datos de la O.M.S., y la I.C.D. (Clasificación Internacional de Enfermedades), todos los tumores del borde del bermellón y mucosa labial son agrupados en 140 clasificaciones de neoplasias.

Aunque este artículo se refiere al carcinoma del labio, nos referimos a los cambios malignos definidos por la O.M.S., la distribución de los casos revisados de cáncer de labio se inclinó a carcinoma de células escamosas del borde de bermellón inferior. Estos estudios epidemiológicos de cáncer de labio, son esencialmente un análisis que involucra algunos casos de dicho carcinoma.

Recientemente, una revisión del I.C.D. redefinió el cáncer de labio incluyendo neoplasias malignas del borde de bermellón superior e inferior. La revisión es nueva, aunque, la ocurrencia estadística es publicada basada en ocho (8) reevaluaciones.

## 1.2 FACTORES DESCRIPTIVOS

### 1.2.1 Cáncer Oral en los Estados Unidos.-

#### 1.2.1.1 Morbilidad.

La más reciente rata de incidencia recogida en el Instituto Nacional del Cáncer entre los años de 1974 a 1977 son referidos al S.E.E.R. (Programa de Vigilancia Epidemiológica y de Resultados Finales). El proyecto incluía 11 diversos grupos geográficos de población basados en los registros de la U.S.A., incluyendo Coneticut, Puerto Rico, De troit, Iowa, Atlanta, New Orleans, New México, Utha, Seattle, San Francisco, Oakland y Hawai, los participantes representaban más de un 10 % de la población de los U.S.A. y son ubicados respecto a la edad.

En suma, la experiencia de cáncer es reportada al programa S.E.E.R. con ratas similares a las encontradas en otros lugares.

Sobre el ajuste de edad, el promedio anual de incidencia de cáncer de labio en los Estados Unidos para todas las razas y ambos sexos, en el período de 1973 a 1977 fué de 1.9/100.000.

En el Cuadro Nº 1, la incidencia de cáncer de labio por raza y se

CUADRO Nº 1

PROMEDIO ANUAL AJUSTADO POR EDAD (1970 STANDARD) PARA INCIDENCIA DE CANCER  
 ORAL POR 100.000 EN POBLACION, 1973 - 77

SITIO DE CANCER	HOMBRES			MUJERES		
	TODOS	BLANCOS	NEGRAS	TODOS	BLANCOS	NEGROS
Cavidad Oral y Faringe	17.4	16.8	19.3	6.2	6.0	7.0
Labio	3.9	3.9	0.3	0.3	0.3	0.1
Lengua	3.0	2.9	3.9	1.2	1.2	1.3
Glandula Salivar Mayor	1.1	1.1	1.0	0.8	0.8	0.8
Piso de la Boca	2.0	1.9	2.8	0.7	0.7	0.8
Encia y resto de la boca	2.4	2.3	3.3	1.4	1.3	1.8
Nasofaringe	0.9	0.7	0.8	0.3	0.3	0.4
Amigdalas	1.6	1.5	2.7	0.7	0.7	1.0
Orofaringe	0.5	0.5	0.8	0.1	0.1	0.0
Hipofaringe	1.7	1.6	2.8	0.4	0.4	0.6
Faringe y resto de la cavidad oral	0.5	0.5	0.9	0.2	0.2	0.2

FUENTE: Young y colaboradores. 1983

no es mostrada en relación con todas las neoplasias de toda la cavidad oral.

Las lesiones blancas tienen como sitio común de la cavidad oral el labio, con una incidencia del 3.9/100.000, en contraste la enfermedad relativamente rara son las lesiones negras y en mujeres de ambas razas con un promedio de incidencia por debajo del 0.3/100.000

Del mismo modo, algunos tumores epiteliales mostraron un incremento progresivo con la edad, teniendo la mayor incidencia en grupos de mayores de 80 años, como se muestra en la Figura N° 1.

El cáncer de labio es una enfermedad primaria de las lesiones mayores. Por ejemplo, las características específicas de dicha lesión ocurren sobre la edad de 80 años, y aunque la rata de estas lesiones para las edades de 84 años es de 31.3%, la rata para mujeres es de 3.6%.

Del mismo modo otros sitios dentro de la cavidad oral varía el índice de las enfermedades, cambiando geográficamente dentro de los grupos en los Estados Unidos. Una comparación entre la rata de in

cidencia para cada una de las 11 áreas del Programa S.E.E.R. se muestran en el Cuadro N<sup>o</sup> 2. Utha tuvo la más alta incidencia anual de cáncer de labio (12.4/100.000), el cual es 6 veces más alto que la incidencia en el resto del oeste de los Estados Unidos. En mujeres Utha ha obtenido la incidencia anual más alta con una rata del 1.3/100.000, pero las fluctaciones geográficas no son tan dramáticas. Interesantemente, las áreas con elevados índices de cáncer de labio exhiben una morbilidad concomitante de otros sitios de cáncer oral.

Por ejemplo, Utha ha excedido las ratas de cáncer de labio pero los otros sitios dentro de la cavidad oral y faringe son bajos con respectos a los datos nacionales.

#### 1.2.1.2 Mortalidad.

Generalmente el cáncer de labio no es una enfermedad letal; en los reportes del S.E.E.R. sobre las ratas de mortalidad de este cáncer en los Estados Unidos, es muy poca, con aumento promedio anual del 0.1/100.000 para 1973 a 1977.

La baja fatalidad es una reflexión excelente del pronóstico favorable del cáncer de labio, el cual ha relatado en 5 años una supervi

CUADRO N° 2

PROMEDIO ANUAL EN RATAS DE CANCER DE LABIO 100.000 EN AREAS GEOGRAFICAS  
Y PERIODOS DE TIEMPO PARA TODAS LAS RAZAS

AREAS GEOGRAFICAS	PERIODO DE TIEMPO	INCIDENCIA	
		HOMBRES	MUJERES
Areas Geográficas	1973-77	3.9	0.3
Connecticut	1973-77	2.2	0.3
Detroit	1973-77	1.8	0.2
Iowa	1973-77	5.9	0.1
Atlanta	1974-77	2.1	0.4
New Orleans	1974-77	2.9	0.1
New México	1973-77	6.0	0.7
Utha	1973-77	12.4	1.3
Seattle-Paget Sound	1974-77	3.9	0.4
San Francisco Oakland	1973-77	4.1	0.4
Hawai	1973-77	1.5	0.2
Puerto Rico	1973-77	1.5	0.4

FUENTE: Young y colaboradores. 1981.

vencia del 87%. Del mismo modo las ratas de mortalidad son vistas primariamente con respecto a la edad, con altas ratas para todas las razas y para ambos sexos sobre los 80 años, porque los datos son igualmente bajos.

Las diferencias para engendrar, raza y localización geográfica dificultan la recolección de los datos y así mismo a discernir el problema.

La mortalidad para hombres fué 0.2/100.000, mientras que para mujeres fué de 0.0/100.000, y para blancos 0.1/100.000 mientras que para negros 0.0/100.000. Para las 10 áreas geográficas del Programa S.E.E.R., únicamente hombres blancos fueron los que mostraron variabilidad; Hawai con 0.4/100.000 y New Orleans con 0.3/100.000.

#### 1.2.2 Tendencias Nacionales del Cáncer de Labio.-

Los impuestos para la tendencia de la enfermedad secular es un provechoso peaje que frecuentemente es empleado para ayudar al desarrollo de las hipótesis etiológicas.

Los caminos en la incidencia y mortalidad de la enfermedad dentro de los grupos geográficos de población fueron interpretados cautelosamente. Los cambios observados pueden ser debido a variacio-

nes en la definición de la enfermedad, capacidad diagnóstica, supervivencia de pacientes y mortalidad, efectos de cohorte, y algunos otros. La dificultad asociada con el análisis de la tendencia del cáncer ha sido revisada en detalle por otra parte del estudio. No obstante, el análisis de los cambios puede a menudo pasar por alto factores importantes.

#### 1.2.2.1 Morbilidad.

Los datos de morbilidad en la nación fueron tomados recientemente de estudios esporádicos a través de varios períodos en áreas seleccionadas del país.

Antes de iniciar el Programa S.E.E.R., el Instituto Nacional de Cáncer había completado 3 estudios nacionales sobre el cáncer, el primero entre 1937 y 1939; el segundo entre 1947 y 1948 y el tercero entre 1969 y 1971.

En 1978 Devesa y Silverman compararon los datos de estos tres estudios nacionales y analizaron las tendencias. Los datos originales son usados para recopilar información de 7 áreas comunes incluidas en cada uno de los estudios. Los cambios en la nomenclatura de los sitios de cáncer fueron tomadas en consideración para mejorar la

comparación en los estudios. En suma, la incidencia en la morbilidad del cáncer fué proporcionalmente estimada por los datos originales de prevalencia y los recogidos en el primer Estudio Nacional de Cáncer 1937-1939.

Las ratas para todos los tres estudios fueron standarizadas en 1950 para la población en Estados Unidos.

Los Cuadros Nº 3 y 4 presentan comparaciones en las tendencias de las 7 áreas comunes planteadas por Devesa y Silverman, aunque en el tercer Estudio Nacional de Cáncer y el primer S.E.E.R. sólo se encontraron 4 áreas comunes, así que los datos deben ser interpretados con más cuidado.

Entre 1937 y 1939 y entre 1969 y 1971 la incidencia del carcinoma de cavidad oral y faringe disminuyó del 15.1 al 10.1/100.000; esta disminución fué debida más que todo al descenso del cáncer de labio entre el segundo y tercer estudio. (Cuadro Nº 3).

Entre 1969 y 1972 el tercer N.C.S. y el S.E.E.R de 1973 a 1977, mostraron pequeños cambios en las ratas, cerrando el examen los cambios por sexo y raza, los cuales mostraron que el cáncer disminuye

CUADRO N° 3

TENDENCIA EN RATAS DE INCIDENCIA ANUAL (1950 STANDAR) PARA AMBOS  
SEXOS Y RAZAS EN U.S.A.

SITIO	SIETE AREAS COMUNES			TODAS LAS 10 AREAS	
	1er. NCS 1937-39	2º NCS 1947-48	3er. NCS 1969-71	TNCS 1969-71	SEER 1973-77
Cavidad Bucal y Faringe	15.1	14.0	10.1	10.0	10.8
Labio		4.0	1.2	1.7	1.7

FUENTE: Estudios del NCS y del SEER

CUADRO N° 4

TENDENCIA EN RATAS DE INCIDENCIA ANUAL EN U.S.A. PARA HOMBRES Y MUJERES

SITIO	SIETE AREAS COMUNES						TODAS LAS 10 AREAS			
	1937 - 1939		1947 - 1948		1969 - 1971		1969 - 1971		1973 - 1977	
	W	NW	W	NW	W	NW	W	B	W	B
Hombres										
Cavidad Oral y Faringe	25.4	6.4	22.4	9.4	16.0	13.0	17.2	13.4	15.9	20.7
Labio			7.8	0.7	2.6	0.3	4.1	0.3	3.4	0.5
Mujeres										
Cavidad Oral y Faringe	6.9	5.3	7.6	5.9	5.3	4.9	5.6	5.2	5.8	5.9
Labio			1.2		0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	

FUENTE: Estudios del NCS y del SEER.

al igual que las lesiones blancas en el labio, para las lesiones negras en mujeres de todas las razas, las ratas de incidencia son bajas al igual que la tendencia a fluctuar entre los estudios.

#### 1.2.2.2 Mortalidad.

Varios investigadores han reportado tendencias de mortalidad en cáncer oral en los Estados Unidos. El análisis de McKay y Colegas en 1982, es el más reciente. Su estudio utilizó los datos estadísticos anuales del centro de salud de los certificados de defunción. Así como las ratas de morbilidad mostraban que el cáncer de labio tenía una tendencia a disminuir, la mortalidad también muestra esta tendencia pasando del 0.78 al 0.20/100.000; las lesiones blancas siguen estables para este período. Las ratas para lesiones negras y en mujeres de todas las razas fueron bajas y estaban estables.

#### 1.2.2.3 Supervivencia

La tendencia en la experiencia de supervivencia de pacientes blancos con cáncer de labio es comparada con la tendencia en otros sitios de la cavidad oral. (Cuadro N° 5).

Entre 1960 y 1963 y 1970 y 1973 la rata de supervivencia para los sitios de la cavidad oral mejoraron ligeramente. El cáncer de la-

CUADRO Nº 5

INCIDENCIA MUNDIAL DE CANCER DE LABIO, HOMBRES (AJUSTE DE EDAD EN POBLACION MUNDIAL)

AREA GEOGRAFICA	RATA x 100.000	AREA GEOGRAFICA	RATA x 100.000
Asia		Europa	
Senegal, Dakar	0.4	Finlandia	5.3
Shanghai	0.4	W. Germany (Saarland)	1.3
India (Bombai)	0.3	Hungría	8.3
Israel	4.6	Noruega	3.7
Japón (Osaka)	0.1	Polonia (Cracow)	3.5
		Rumania	11.9
Américas		Suiza	2.8
Brasil	5.1	España	5.9
Canadá	5.8	Suecia	1.7
Newfounland	22.8	Reino Unido	2.1
Colombia (Cali)	0.9	Yugoeslavia	4.5
Cuba	2.3		
U.S.A. (Conneticut)	1.6	Australia	
(Puerto Rico)	1.2	Nuevo Sur de Gales	5.0
		Australia del Sur	10.1

FUENTE: Water House. 1982

bio continuó su descenso y la supervivencia mejoró en 5 años con más de 80% en ambos, en general las mujeres han mejorado más la rata de supervivencia respecto a los hombres, ésto puede ser debido al mayor cuidado de ellas y permiten el diagnóstico a tiempo. Otros factores como son raza del paciente, religión, status matrimonial, ocupación o residencia no han sido estudiados significativamente como alterantes de la supervivencia.

### 1.2.3 Distribución Mundial de Cáncer de Labio.-

La variación ocurrida en morbilidad y mortalidad de cáncer de labio entre los diferentes países, subcultura dentro de los países, áreas geográficas, ocupaciones, razas y sexo son variaciones que pueden ser debido al cambiante status internacional de enfermedades, limitando las comparaciones entre los datos del I.C.D. y los que utilizan el esquema del nuevo oriente. Estos datos son tomados de diferentes áreas geográficas y examinados, la variación en los esquemas de clasificación tienden a limitar las comparaciones en períodos similares.

Discrepancias observadas entre poblaciones pueden ser divididas, por grupos de edad. Aunque el cáncer oral incluye el labio, éste es generalmente observado como una enfermedad individual. La enfermedad

tiene una edad específica de riesgo de acuerdo a la distribución geográfica, por ejemplo en Israel dicha edad es de 75 años y sobre ella mientras que en Newfoundland hay una marcada incidencia en los grupos de jóvenes, es valiosa la comparación de la estadísticas de cáncer en el mundo, usualmente cada nación tiene su rata y son standarizadas para la población mundial.

Las variaciones en el mundo de la incidencia en la mortalidad del cáncer de labio puede dividirse por la diferencia en la recolección de los datos entre los países. No todos los países han registrado ni reportado casos a la agencia central, en cambio la información puede venir de los hospitales cancerológicos y de los departamentos de patología o de los certificados de defunción. En suma, las características de los pacientes con cáncer varían según la cultura y status socioeconómico, edad, sexo y raza. Estas diferencias de comportamiento influyen en la probabilidad de detectar la enfermedad y diagnosticarla adecuadamente, para su subsecuente tratamiento y pronóstico. No obstante en el mundo las variaciones de cáncer oral pueden ser sugeridas para elaborar hipótesis etiológicas.

Las ratas de incidencia del cáncercer de labio y otras lesiones en diversos países son mostradas en el Cuadro Nº 6, tomadas de los re-

CUADRO Nº 6

TENDENCIA EN RATAS DE SUPERVIVENCIA PARA PACIENTES CON CANCER ORAL

	RATA DE SUPERVIVENCIA EN % ANOS			
	HOMBRES BLANCOS		MUJERES BLANCAS	
	1960 - 1963	1970-1973	1960 - 1963	1970- 1973
Labio	84	87	88	Casos Observados
Lengua	23	32	44	46
Glandulas Salibares	55	53	82	85
Boca	42	40	50	51
Faringe	21	27	35	31

FUENTE: Instituto Nacional de Salud. 1980

portes de la Water House en 1982. El cáncer de labio ha tenido una variación geográfica, desde un bajo en Bulawayo en Japón de 0.1/100.000 hasta un alto en Newfoundland de 22.8/100.000. Usualmente el cáncer de labio es una lesión que afecta a las mujeres en todo el mundo, pero la magnitud de la lesión varía entre ellas. Raza y variación étnica en la ocurrencia de la incidencia del cáncer de labio en el mundo es mostrada en el siguiente ejemplo:

Nueva Zelanda las lesiones en la población No Maori experimentaba altas ratas 1.7/100.000 de cáncer de labio y son comparadas con la población de Maori que es de 0.2/100.000, similares diferencias étnicas son altamente evidentes en Israel donde las lesiones de nacidos allí fué alta 3.5/100.000, mientras que las lesiones de inmigrantes de Europa y América fué de 2.9/100.000, o los de Africa y Asia que fué de 0.8/100.000.

### 1.3 FACTORES DE RIESGO

#### 1.3.1 Descripción.-

Una hipótesis acerca de la asociación entre el cáncer de labio y las pautas de los factores de riesgo pueden ser comparables con los factores descriptivos enunciados previamente.

Brevemente se describe la información desde datos internacionales y nacionales hasta la enfermedad primaria de lesiones blancas en hombres. En suma, estos datos muestran que la **enfermedad** no está distribuída uniformemente a través del mundo, con ratas extremadamente altas como en Newfoundland, similarmente **dentro** de los Estados Unidos Utha ha sido el que presenta la rata de incidencia más alta contrastando con Detroit y Atlanta que tienen los promedios nacionales más bajos. La tendencia nacional en la frecuencia de la enfermedad ha mostrado una sustancial disminución sobre las pasadas décadas.

La radiación **actínica** y fumadores de tabaco **son** factores de riesgo que han sido considerados ampliamente y casualmente se relata que el cáncer de labio ha sido el responsable de las fluctuaciones geográficas de la enfermedad. Más recientemente, varios investigadores han reportado datos, los cuales son inconsistentes acerca de la hipótesis de la radiación **actínica** y fumadores de tabaco como causas de la enfermedad.

Dichos estudios no muestran razones de peso para **sustentar** esta hipótesis. Una relación causal entre exposición variable y la enfermedad es difícil, lo mejor por ahora es imponer los recursos humanos; consideraciones éticas evitan experimentación con sujetos hu-

manos y los estudios epidemiológicos son una alternativa necesaria. La evaluación y observación de los estudios son necesariamente riesgosos y determinan una relación causal.

Varios tipos de estudio designados con comunes en la literatura del cáncer de labio, ninguno de los cuales ha demostrado claramente la relación causal. El primero y más usado de los estudios involucra una serie de pacientes con cáncer de labio, un hospital o fuente similar, llamado comúnmente como serie de casos. Este tipo de estudio es útil con tal de que la información clínica contenga: descripción histológica del tumor y diagnóstico presuntivo.

Aunque una comparación de grupo no es usada, este tipo de estudio no puede ser utilizado para relacionar evaluación y etiología. En lugar de este estudio puede ser usada una mejor fuente que sugiera hipótesis. Infortunadamente el estudio de casos ha sido erróneo y repetidamente usado como prueba de relación causal entre cáncer y varias exposiciones variables.

Una menor frecuencia en el uso del más frecuentemente designado de los estudios es la evaluación etiológica del cáncer de labio con caso control y caso comparación para el estudio. Este tiene algu

nas variaciones pero básicamente igual en propósitos expuestos de los factores de riesgo y son acertados para ambos grupos, el del grupo de personas por la enfermedad y los del grupo comparable o de control.

El primer estudio epidemiológico puede ayudar a evaluar una relación causal, es un estudio de cohorte. En este diseño hay un grupo de personas comparables y son inicialmente categorizadas con respecto al status de exposición y no exposición y son seguidos en una predeterminada longitud de tiempo para reconocer los nuevos casos de enfermedad. Este tipo de diseño asegura que las variables expuestas antes de la enfermedad se mantengan durante el estudio.

Para conocimiento, este tipo de diseño no ha sido empleado para asegurar la etiología del cáncer de labio. Una revisión de los factores de riesgo asociados con el cáncer de labio son seguidos, las notas del tipo de estudio usado son incluidas, y la relativa habilidad de cada estudio sobre la etiología de la enfermedad es determinada.

### 1.3.2 Otros Factores de Riesgo.-

La relación del cáncer con otros factores de riesgo posibles, tales como la pobre dentición, virus del herpes simplex ha sido considerau

da, pero con resultados inconsistentes. Por ejemplo, una historia de sífilis o serología positiva asociada con un riesgo elevado del cáncer labial en un estudio de control de casos conducido por Wynder y Colegas, puesto que Keler fué incapaz de presentarla y documentarla como una asociación. El riesgo posible en pacientes con dentición pobre ha sido frecuentemente reportado y aunque una posible asociación con el cáncer oral ha sido reportada en un estudio de control de casos bien conducida por Griim y sus colaboradores, hay una falta de documentación similar para el cáncer labial.

Con relación a los virus del herpes simplex, una posible relación con el cáncer labial fué inicialmente sugerida por observaciones de una serie de casos. Investigaciones más recientes, sin embargo han sido incapaces de validar tal asociación. Una relación positiva ha sido notada entre carcinomas escamocelulares en labios de ratones expuestos secuencialmente al virus (HSV-2), radiación ultravioleta y un agente químico que provoca tumores. Por otro lado no se encontró ninguna diferencia en la susceptibilidad al virus entre las células del tumor humano y las células normales cultivadas in-vitro. Estudios en poblaciones humanas son difíciles por lo mucho que son afectados de herpes recurrente, prescindiendo de si tienen o no cáncer oral (labial). No obstante, Lyndquist reportó un exceso signi

ficativos de herpes labial en infecciones de cáncer oral vs. controles. De este modo, mientras a investigación sobre la relación entre el virus del herpes simplex y el cáncer labial es esbozada e incluso parecería garantizar una futura investigación.

La deficiencia de pigmentación melánica ha sido sugerida como un factor de riesgo para el cáncer labial. El sustento de esta hipótesis se deriva de la relativa falta de enfermedad en los negros en los Estados Unidos y a través de todo el mundo, con la cual ha sido atribuída a las propiedades protectoras de lamelanina. De una manera similar blancos con complejión rubia o roja son los que presentan una gran proporción de la serie de casos de cáncer oral, la explicación fué insuficiente melanina. un estudio terminal de control de casos reportó que un número estadísticamente elevado de pacientes tenía pelo claro o rojo. Aunque esta hipótesis es altamente plausible, la investigación no ha podido confirmar que la baja ocurrencia del cáncer labial en los negros se deba a la pigmentación protectora mientras que el riesgo excesivo en los blancos con complejiones rojas o rojizas se deban a una deficiencia en melanina en vez de **otro** mecanismo no dilucidado.

El lupus eritematoso ha sido recientemente asociado clínicamente

asociado al cáncer labial de los negros. Algunos investigadores han reportado casos de carcinoma escamocelular del labio desarrollándose en lesiones de lupus eritematoso en negros. Sin embargo, por la dificultad en lograr un número suficiente de negros con cáncer labial la evaluación de esta posible relación es extremadamente difícil.

#### 1.4 ETIOLOGIA

Al revisar la ficha de muchos pacientes sugirieron una cantidad de posibles factores etiológicos. Uno de los más comunes era el consumo de tabaco, principalmente por fumadores de pipa. Los datos de Cross y colaboradores indican que de 64% de sus pacientes tenían hábitos de tabaco en alguna de sus formas. Estos datos coinciden con los de Widmann, quien estimó que alrededor del 40% de sus casos de cáncer labial era de fumadores de pipa y Shneider comunicó que el 87% de sus pacientes con cáncer de labio eran consumidores de tabaco. Aunque es posible extraer conclusiones de los datos debido al consumo difundido del tabaco en la población general, parecería que el calor, el traumatismo de la pipa, los productos de combustión del tabaco podrían tener cierta importancia en la etiología del cáncer de labio.

La sífilis no es, probablemente un factor etiológico tan importante

en el cáncer de labio, pues se comprobó que la incidencia de éste en pacientes sífilíticos bajó al 7.2% según Cross, al 8% según Widmann, y al 3.2% según Shneider.

La mala higiene bucal es un hallazgo casi general en los pacientes con cáncer de labio, en esto coincidieron los tres investigadores.

#### 1.4.1 Luz Solar.-

La relación entre la radiación actínica y el cáncer de labio ha sido considerada como causal. El volumen de evidencias implica que la luz solar es un factor etiológico primario. Aunque es basado en análisis usando cantidades indirectas de exposición solar, de acuerdo a su residencia geográfica, ocupación, y asociando el cáncer de labio con múltiples cánceres primarios, incluyendo el piel, cabeza cara y cuello.

Por ejemplo en algunos países ésta presenta una marcada variación de la ocurrencia de cáncer de labio entre las áreas urbana y rural. Lindquist y Teppo, usando registro de tumores basados en la población nacional reportaba una baja incidencia anual de cáncer de labio entre 1966 y 1970 en Finlandia, donde fué claramente alto en regiones rurales donde fué del 7.2/100.000, mientras que en las regio

nes urbanas donde sólo fué del 3.8/100.000. Similares diferencias urbano-rurales en la incidencia del cáncer de labio han sido reportadas en Irlanda del Norte, Canadá, Polonia y Noruega.

Además un riesgo elevado ha sido registrado entre las lesiones blancas de los residentes del Sur de los Estados Unidos. Aunque un consistente riesgo a través del sol de los Estados del oeste no ha sido bien documentado. Una completa revisión de la literatura acerca de la etiología del cáncer oral y de labio fué reportada por Clemensen quien basaba sus estudios en conclusiones subsecuentes relativas a la relación entre la luz solar y cáncer de labio, en estudio de series de casos, los cuales son carentes de grupo de control. Las investigaciones contraladas de mejor modo, sin embargo, reportaban que el cáncer de labio en trabajadores campesinos y pescadores en Finlandia y Newfoundland tenían marcadas diferencias.

En investigaciones detalladas ningún ajuste fué hecho para los hábitos de fumadores, la información fué invaluable porque el estudio se basaba en certificados no muy válidos. Por otro lado, Spitzer y sus trabajadores lo ajustaron por edad, cálculo una proporción de riesgo del cáncer de labio estadísticamente significativa del 1.5% para pescadores. De este modo estos estudios mejor controlados han sustenta

do las observaciones. La ocurrencia simultánea de cáncer escamocelular en múltiples lugares del cuerpo supuestamente sugiere una exposición etiológica común. Varios investigadores han observado que lesiones primarias múltiples han ocurrido entre muchos pacientes de cáncer labial. Berg y Petrovich han reportado una alta ocurrencia de casos de cáncer primario múltiple de labio y de la piel. Mientras que Keller observó una fuerte asociación entre el cáncer labial y casos de cáncer de la piel en la cabeza y el cuello solamente. Linquist descubrió que el cáncer labial estaba asociado con cáncer de la piel no melanomatoso en lugares diferentes a la cabeza y el cuello para residentes urbanos solamente. Estas observaciones aunque no completamente consistentes, han sido utilizadas como soporte para la hipótesis de cáncer labial y radiación actínica.

En contraste, estudios más recientes no han podido asociar la luz solar con el cáncer labial por medio de las medidas sustitutas tradicionales de la geografía y ocupación. Lo más notable es el reciente análisis de los datos del tercer N.C.S. de Szpak y colegas quienes encontraron que la incidencia de cáncer labial no tenía correlación con la latitud geográfica o con la incidencia de cáncer labial; similarmente, la proporción observada para la región oeste de los Estados Unidos es una fracción de alta incidencia, en Utah del cáncer

labial. Estos datos no sostienen a la radiación actínica como único factor de explicación.

En 1967 Lynch notó que en Irlanda del Norte la distribución geográfica de 964 casos de cáncer labial no se correlacionaba con la distribución de 100 pacientes con cáncer de piel escogidos al azar. En suma, el porcentaje de hombres 95% entre los pacientes de cáncer labial es mucho más alto que en los pacientes de cáncer de piel, que es del 57%. El autor concluyó que la luz solar no puede ser el factor etiológico principal del cáncer labial en Irlanda del Norte.

En suma, en un estudio de control de casos se confirmó que a pesar de la alta incidencia en este país de esta clase de cáncer no fué la luz solar el factor principal de etiología.

En un estudio realizado en Newfoundland, los pescadores tenían un mayor riesgo de cáncer labial, pero no de cuero cabelludo o de cuello; los autores concluyeron que no era posible atribuir un mayor riesgo a una actividad laboral particular; ni se identificó un cancerígeno específico.

En 1976 Milham condujo un análisis detallado de las ocupaciones y la mortalidad en el estado de Washington, aunque los obreros mostraron

un exceso estadísticamente significativo de muertes por cáncer labial, un exceso similar no se encontró para ninguna otra ocupación al aire libre incluyendo rancheros, sembradores, lecheros, productores de trigo y grano, criadores de marranos, marineros, madereros, etc. Similarmente Keller encontró una mayor proporción de trabajadores del campo entre los pacientes de cáncer labial que entre los controles, pero una asociación similar no fué observada para obreros.

Lindquist y Teppo compararon las proporciones de incidencia del cáncer de labio con la variación de la radiación solar media por toda la nación y encontró una correlación inversa en vez de la correlación positiva esperada. En un análisis, comparando la incidencia de cáncer labial con aquella de cáncer de la piel, Lindquist no encontró ninguna correlación con la distribución geográfica del cáncer o con el patrón secular de tendencia. En este estudio los pacientes con cáncer de labio se encontraban en un estrato socioeconómico bajo mientras que los pacientes con cáncer de piel se encontraban en un nivel socioeconómico alto. En suma, los pacientes con cáncer labial correrían un mayor riesgo si fumaban y estaban empleados al aire libre, y sin embargo, ningún factor por sí solo fué asociado con un riesgo alto de tener cáncer labial. Como el grupo de control en el último

estudio consistió de pacientes de cáncer de la piel y radiación actínica está considerado como un factor de riesgo de cáncer de la piel, cualquier efecto de una ocupación al aire libre en el riesgo de un cáncer labial, tendería a ser encubierto.

A pesar de la plausibilidad y probabilidad de una contribución de la radiación actínica a la ocurrencia del cáncer labial, una relación causal independiente parece ser improbable. La antigua literatura no es enteramente convincente, considerando los diseños de estudios inadecuados utilizados. de este modo el papel de la luz solar como factor de riesgo para el cáncer labial necesita una reevaluación y su relativa importancia como agente etiológico o cancerígeno necesita ser mejor definida.

#### 1.4.2 Hábitos de Fumar.-

Aunque el fumar tabaco se ha demostrado claramente como un factor de riesgo significativo para el cáncer oral en general, su importancia relativa en el cáncer labial no está claramente definida. Mucho del trabajo fué instrumental en dilucidar la naturaleza entre la asociación tabaco-cáncer oral, incluyó pacientes de cáncer oral, pero desafortunadamente los datos no fueron analizados para lugares específicos con cáncer. Entre los casos de cáncer oral desafortuna

damente los datos no fueron **analizados** adecuadamente para evaluar que el tabaco fuera factor de riesgo de riesgo de cáncer labial.

Aunque estas series de casos se citan como una prueba de la asociación entre el tabaco y el cáncer labial, un mejor método de evaluar una asociación es examinar los estudios epidemiológicos que emplean grupos de comparación adecuados. Muchas investigaciones se han preocupado del tabaco como factor de riesgo para el cáncer labial y ha utilizado el método de comparación de casos. Desafortunadamente, estos estudios no estratificaron preocupación o residencia los cuales se conocen como factor de riesgo.

Lyon y colegas compararon la incidencia del cáncer en Utha con la incidencia promedio de la nación del tercer N.C.S. Un marcado exceso de cáncer labial se encontró en Utha para ambos, mormones y no mormones de ambos sexos. Adicionalmente el status de fumador de ambos, los casos de cáncer o los no casos no conocían las diferencias religiosas.

Adicional pero indirecto sustento para la relación tabaco-cáncer labial es la observación de casos de cáncer primario múltiple ocurriendo en pacientes de cáncer labial.

Entonces a pesar de la asociación histórica de la pipa o de fumar cigarrillo con el cáncer labial observada en serie de casos, estudios epidemiológicos que comparan casos con controles adecuados no han sustentado toda una asociación. Por otro lado, esta es muy plausible y probable, consecuentemente la relación entre cáncer labial y el trabajo y los posibles factores de interacción como la ocupación al aire libre merecen un examen más detallado con buenos diseños de estudio.

## 1.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

### 1.5.1 Carcinoma Fusocelular.-

El carcinoma fusocelular es una variante histológica interesante del carcinoma epidermoide y fué estudiado por Greene y Bernier, quienes describieron casos en labio. Este tumor es raro y se presenta en labio y zonas intrabucales, pero también se registra en diferentes partes del cuerpo, fundamentalmente en el aparato respiratorio superior y piel de la cara.

#### 1.5.1.1 Características Clínicas

Desde el punto de vista clínico estas lesiones son idénticas al carcinoma de labio típico. Una cantidad de casos fueron asociados a

lesiones traumáticas previas, como radiación con rayos x.

#### 1.5.1.2 Características Histológicas

Es la particular y distintiva diferenciación de la lesión. El tumor es indiferenciado o anaplásico puesto que sus células son fusiformes anaplásicas. Las células propiamente dichas tienen actividad mitótica, pleomorfismo e hiperchromatismo de núcleos, cuya forma varía entre ovalada y fusiforme.

#### 1.5.2 Carcinoma Espinocelular.-

También conocido como adenoacantoma o carcinoma espinocelular seudo glandular, es un tumor interesante de la piel que se produce también en labio frecuentemente.

Hay considerables pruebas de que el tumor se origina de estructuras pilosebáceas, aunque también es posible que aparezcan en zonas de queratosis senil con acantosis. Como en el labio no hay estructuras pilosebáceas, pero si hay queratosis senil ésta puede ser causa de su aparición.

##### 1.5.2.1 Aspecto Histológico.

Desde este punto de vista hay proliferación de epitelio displásico

superficial hacia el tejido conectivo, común en el carcinoma epidermoide, sin embargo, las extensiones laterales o profundas de este epitelio tienen la características de estructuras tubulares sólidas que tipifican la lesión.

#### 1.5.2.2 Tratamiento.

El tratamiento del carcinoma espinocelular es por lo general con la excisión quirúrgica, en raras ocasiones solamente produce metástasis o la muerte del paciente.

### 1.6 TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El carcinoma del labio ha sido tratado con excisión quirúrgica o con rayos x, con un éxito aproximadamente igual, según, en cierta medida, la duración y la extensión de la lesión y la presencia de metástasis es importante para determinar el tratamiento. Es interesante señalar que en la serie de Cross el índice total de curación de los pacientes con cáncer de labio tratados con cirugía era del 81%, mientras que en el estudio de Widmann, el índice curación de pacientes con el mismo tipo de neoplasia tratados por irradiación con rayos x era del 83%. Esto indica que cualquiera de las formas terapéuticas en manos hábiles producirá resultados igualmente buenos.

## 1.7 CONCLUSIONES

1. Repasando la literatura, se ha encontrado que las características descriptivas principales de los pacientes con cancer labial son: raza blanca, sexo masculino y edad avanzada.

2. Como factores de riesgo para el cancer labial están principalmente: la residencia rural y las ocupaciones al aire libre. Estos dos factores de riesgo han sido interpretados como representativos de exposición prolongada a la radiación actínica la cual ha sido considerada como un agente causal directo de cancer labial.

3. Los habitos de tabaco, especialmente el fumar pipa, tambien ha sido sugerido como un factor importante de riesgo para el cancer oral.

4. Otros factores sospechosos clinicamente relacionados con el cancer labial son planteados , pero actualmente carecen de confirmación.

5. Hay necesidad de identificar los patrones de comportamiento

y factores geneticos que intervendrían, contribuirían, predispondrían como factores etiológicos primarios.

6. El cancer oral fue siempre precedido de cualquier tipo de lesión precancerosa, siendo la mas común el habito del tabaco en cuquiera de sus formas.

7. Se determinó que los resultados de los estudios hasta ahora realizados requieren de una mas cautelosa evaluación , para de esta manera determinar parametros mas precisos que ayuden a esclarecer relaciones de causalidad , e hipotesis apoyadas sobre bases mas solidas.



## TABLA DE DIAPOSITIVAS

1. TASAS ANUALES, STANDARIZADAS PARA LA EDAD (POBLACION MUNDIAL POR 100.000 PARA EL CANCER DE LABIO EN ALGUNOS PAISES DE LOS CINCO CONTINENTES.
2. TASAS DE INCIDENCIAS BRUTA, ESPECIFICAS PARA EDADES, POR 100.000 PARA CANCER DE LABIO EN HOMBRES DE TERRANOVA.
3. CARCINOMA INCIPIENTE DEL BORDE DE BERMELLON.
4. CARCINOMA INCONSPICUO DEL BORDE DE BERMELLON
5. CARCINOMA EPIDERMIOIDE DEL LABIO.
6. CARCINOMA LABIAL TIPICO
7. QUERATO-ACANTOMA DEL BORDE DE BERMELLON
8. CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS EN EL ANGULO DE LA BOCA, APARECE COMO UNA ULCERA.
9. QUERATO-ACANTOMA, MARGENES ARROLLADAS Y NUCLEO QUERATOSICO CENTRAL.
10. CARCINOMA DE CELULA ESCAMOSAS EN LABIO
11. HIPERQUERATOSIS E HIPERPARAQUERATOSIS DE LA MUCOSA BUCAL
12. CARCINOMA ESPINOCELULAR DEL BORDE DE BERMELLON, VISTA HISTOLOGICA.

13. CARCINOMA ULCERATIVO PROFUNDO DEL BERDE DE BERMELLON
14. CARCINOMA DE LA MUCOSA LABIAL AVANZADO EN UN INDIO
15. CHANCRO LABIAL EN SIFILES

## BILIOGRAFIA

EVERSOLE, Lewis R. Patología Bucal. Editorial Médica Panamericana. 1983.

DOUGLAS y GAMMON. Reevaluación Epidemiológica del Cáncer de Labio. En: Journal of Oral Surgery. (June, 1984) Vol 57(6) P. 630-640.

PINDBORG, Jens J. Cáncer y Precáncer. Editorial Médica Panamericana. 1981.

SHAFER, William G. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana. 1980.

ZEGARELLI, Edward V. Diagnóstico en Patología Oral. Salvat Editores S.A. 1979.