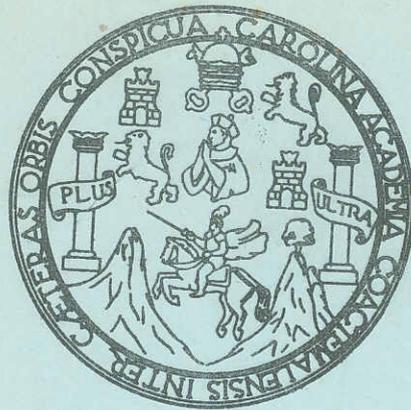


149

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CANCER DE LENGUA EN GUATEMALA

- REVISIÓN DE 10 AÑOS EN EL INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA DE LA CIUDAD DE
GUATEMALA -

MARIO ROBERTO IRAHETA MONROY

GUATEMALA, FEBRERO DE 1977

INDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MATERIALES Y METODOS
4. CANCER DE LENGUA
 - Consideraciones generales.
 - Factores etiológicos.
 - Lesiones potencialmente malignas.
 - Características clínicas.
 - Diagnóstico diferencial.
5. ANATOMIA DE LA LENGUA
 - Características generales.
 - Constitución anatómica.
 - Vasos y nervios
6. HISTOLOGIA DE LA LENGUA
 - mucosas.
 - músculos.
7. PRESENTACION DE DATOS
 - Cuadros.
8. CONCLUSIONES Y COMPARACION DE DATOS
9. RECOMENDACIONES
10. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo es una revisión de 10 años, de 1966 a 1975, de cáncer de lengua en el Instituto de Cancerología de la ciudad de Guatemala. Se tomaron las historias clínicas de los pacientes con la afección mencionada y se revisaron tomando en cuenta los aspectos de edad, sexo, ocupación, lugar de procedencia, hábito de fumar, historia familiar de cáncer, localización de la lesión primaria, invasión por vecindad, metástasis, diagnóstico histológico y tratamiento.

Se efectuó una revisión bibliográfica del cáncer de lengua, su patología, factores etiológicos, incidencia, anatomía e histología de la lengua. No fue posible encontrar una tesis universitaria o artículo nacional que enfocara en sí las características del cáncer de lengua en nuestro país.

Existen algunos trabajos nacionales donde se menciona el de lengua pero en forma general, sin entrar en detalle de sus características. Los datos encontrados al final de la investigación se comparan con los reportados por los autores extranjeros consultados.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento al Director del Instituto de Cancerología, Dr. Carlos - Vassaux, quien amablemente me permitió utilizar para la investigación los registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer de lengua de 1966 a 1975 tratados en dicho centro hospitalario.

Agradezco también al Dr. Juan Paiz Rodríguez, médico Jefe de Oncología "A" del Instituto de Cancerología, quien me prestó asesoría en la ejecución de el trabajo , además a la Dra. Wyld del departamento de citología de dicho centro quien amablemente revisó los cu dros de datos y al departamento de archivo por su colaboración prestada.

Al Dr. César López A. de la Facultad de Odontología de la USAC también mi agradecimiento por - permitirme consultar material bibliográfico de su - archivo personal.

OBJETIVOS

1. Efectuar una breve revisión bibliográfica del Cáncer de lengua.
2. Investigar a través de las historias clínicas revisadas las características del cáncer de lengua en nuestro medio; sexo más afectado, grupos de edad, localización de la lesión etc.
3. Investigar si las características que presenta el cáncer de lengua en Guatemala corresponden a las mencionadas por los autores extranjeros.
4. Contribuir aún en mínima parte al conocimiento de una variedad de las neoplasias que afectan a nuestra población.
5. Que el trabajo presentado sea un estímulo para otros autores nacionales; que harán estudios más completos que aporten datos más concluyentes; lo que será beneficio para pacientes y médicos.

MATERIALES Y METODOS

Para la elaboración del presente trabajo se tomaron las papeletas (Historias clínicas) de los pacientes con diagnóstico de cáncer de lengua de los años 1966 a 1975, es decir se revisaron las papeletas de cáncer de lengua de 10 años del Instituto de Cancerología de la Ciudad de Guatemala.

Cada historia clínica fue revisada para extraer los datos siguientes: edad, sexo, No. de registro médico, procedencia, ocupación, hábito de fumar, historia familiar de cáncer, localización de la lesión primaria, invasión por vecindad, metástasis, tipo de diagnóstico histológico, tratamiento, diagnóstico histológico (variedad de CA.).

Se efectuó una revisión de literatura extranjera y nacional para poder hacer una comparación entre los datos obtenidos en la investigación y los reportados por los autores extranjeros. Se hizo un resumen de la anatomía e histología de la lengua para que el lector pueda tomar más fácilmente idea de la localización de las lesiones mencionadas en el trabajo.

La cavidad oral como las diversas partes del organismo humano puede ser afectada por neoplasias malignas que pueden aparecer en el tejido conjuntivo, muscular, epitelial, etc. etc. pero los más frecuente son las neoplasias del tejido epitelial.

Las neoplasias malignas de la cavidad oral - constituyen más o menos el 5% de todos los cánceres según los autores consultados, de estas neoplasias, las de la lengua son la mayor cantidad, probablemente; algunos autores dicen 24%, otros 13%, pero la - mayoría están en 25 a 50%.

El grupo de edad más afectado por la enfermedad es el de la 5a y 6a décadas de la vida, los casos en menores de 30 años son pocos y en menores de 20 años son aún más raros -Frazell y Lucas en una revisión de 1554 casos de cáncer de lengua reportan - un caso de una paciente de 19 años de edad .

El sexo más afectado es el masculino, se ha - reportado 78%, 87% y aún 90%. La localización anatómica más frecuente es sobre el lado izquierdo, algunas observaciones indican que mientras la lesión es más posterior es más maligna. En lo que se refiere al tipo histológico, el más frecuente es el epitelial, por ejemplo Frazell en su revisión de 1554 -

casos de cáncer de lengua en USA encontró lo siguiente:

Escamoso.....96.9%

Adenocarcinoma..... 1.8%

Linfoma,

linfosarcoma y

rabdomiosarcoma..... 1.3%

Las metástasis son frecuentes en las neoplasias malignas de lengua, y aproximadamente en un 40% de los casos están tomados los ganglios regionales (cervicales), las metástasis contralaterales a la lesión también se han señalado como frecuentes, metástasis a distancia son poco frecuentes, y cuando hay son por lo regular a pulmón, pero se han reportado en vértebras torácicas y órganos abdominales, pueden encontrarse en un 4.6% en pulmones, por lo que la radiografía de tórax debe ser una rutina al ingreso o al inicio del estudio de los pacientes con cáncer de la lengua.

Es importante hacer notar que la existencia de metástasis está relacionada a la supervivencia; en algunas series se ha observado que los pacientes con metástasis no sobrevivieron más de 5 años - en el trabajo de 217 casos de cáncer lingual de Lasch y Erich en la Mayo Clinic se reporta que la supervivencia para pacientes con lesiones en la base fue

de 35%, y para quienes tenían lesiones en la porción anterior de 45%, pero dicha supervivencia se reduce a la mitad con la existencia de metástasis; ; otros - autores mencionan que la supervivencia con metástasis es de un 3.6% a un 17.8% .

Un aspecto muy común de la vida diaria con relación al cáncer de lengua es el hábito de fumar. Todos los autores hacen referencia a que el mayor porcentaje de pacientes con cáncer de lengua y cavidad oral son fumadores; pero no se ha encontrado una relación entre el hábito de fumar y la localización de la lesión.

Algunos autores mencionan que el hábito del alcohol aumenta el riesgo de cáncer oral pero otros no piensan lo mismo, aunque todos coinciden en que la pobre higiene oral y la irritación crónica debidas al tabaco parecen ser el factor etiológico, - mientras que el hábito del alcoholismo puede agravar aún más esta situación. La sífilis se ha encontrado frecuentemente asociada con el cáncer de la lengua (20 - 40%).

Factores Etiológicos

La causa del cáncer de lengua es aún desconocida pero varios factores irritantes de la cavidad

oral han sido señalados como cancerígenos, sin embargo muchas personas están expuestas a estos irritantes y no desarrollan cáncer; puede ser que estos irritantes aislados no actúen como cancerígenos.

Tabaco: el uso del tabaco, en forma de cigarrillos pipa o mascado, causa irritación crónica, la mayoría de trabajos efectuados mencionan una estrecha relación entre el hábito de fumar y las neoplasias malignas de lengua y cavidad oral.

En algunas regiones del extremo oriente, como en la India, existe la costumbre de masticar tabaco mezclado con nuez de Areca, arcilla, alcohol y hojas de un vegetal llamado Betel. Esta mezcla es mantenida en la boca por varias horas, aún al dormir. Es frecuente observar en estas personas lesiones hiperqueratósicas luego de varios años. En estas regiones el cáncer de la cavidad oral ocupa hasta el 40% de todos los casos de cáncer, mientras que en otras regiones del mundo no pasa del 5%.

Otras irritaciones, como prótesis dentales mal ajustadas, piezas dentales semidestruídas, han sido mencionadas como posibles factores cancerígenos, pero no se ha comprobado fehacientemente su participación, pues gran cantidad de personas están bajo

la acción de estos irritantes y nunca han presentado neoplasias orales. Sin embargo se piensa que estos factores al actuar insistentemente sobre lesiones potencialmente malignas puedan provocar degeneración - maligna.

Sífilis: La sífilis ha sido asociada al cáncer de lengua en varios estudios, en un 20 a 40%, así en una gran proporción se ha visto que pacientes con - cáncer de lengua tienen tests positivos para sífilis, y a la inversa que muchos pacientes con sífilis han desarrollado cáncer de lengua.

Lesiones potencialmente malignas

Son lesiones que en sí no son malignas pero se ha observado que con frecuencia sufren una degeneración maligna; por lo que también se les llama lesiones precancerosas. Las más importantes debido a que con más frecuencia presentan degeneración maligna - son leucoplasia, eritroplasia de Queyrat y fibrosis submucosa.

Leucoplasia: Es una lesión que puede encontrarse en el paladar, labios, mucosa oral y en la lengua. La palabra significa "placa blanca". Es de notar que tiene aspecto seco a pesar de estar en contacto con la saliva. Microscópicamente se observa una hiperqueratosis (hipertrofia del epitelio) similar a la de la piel.

Ha sido también observado que una gran cantidad de pacientes con leucoplasias tienen tests positivos para sífilis, y a la inversa muchos pacientes con sífilis han desarrollado leucoplasia.

Eritroplasia de Queyrat

Es una lesión con aspecto aterciopelado, brillante de color rojo, que bien puede semejar una lesión inflamatoria local, esta lesión puede presentarse en la mucosa vaginal, inicialmente se describió en el glande.

Histológicamente presenta grados variables de atipia, debe hacerse diagnóstico diferencial con moniliasis y liquen plano.

Fibrosis submucosa

Es una lesión progresiva que puede provocar seria limitación en las funciones bucales, se inicia con vesículas que producen ardor al contacto con alimentos irritantes, luego hay pérdida de la elasticidad, más tarde evoluciona a fibrosis con pérdida de la brillantez de las mucosas, hay trastorno del gusto y salivación. Se piensa que esta entidad es una reacción inmunológica peculiar de grupos étnicos caucásicos de piel oscura inducida por el chile o ají - Se ha observado en India Ceilán, Paquistán, y algunas otras regiones del globo.

Características clínicas

Las lesiones neoplásicas malignas de la lengua pueden adoptar varias formas: 1. úlcera indurada, de fondo granular, con poco o ningún dolor, excepto cuando está en una área de traumatismo constante; 2. un área inflamatoria inespecífica, 3. área indurada de textura y aspecto diferente a la mucosa circundante, a veces fisurada y aún ulcerada, y 4. lesión verrucoide o bien informe que crece sobresaliendo de la mucosa o infiltrando el tejido vecino.

Las formas avanzadas son fáciles de reconocer por su extensión, adenopatía satélite, ataque al estado general e historia referida por el paciente.

Las formas in situ, y las premalignas son las más difíciles de descubrir, y fácilmente pasan inadvertidas en un examen rápido.

Debe ponerse especial cuidado cuando al examen de la cavidad oral o de la lengua se encuentran lesiones blanquecinas, induradas, fisuradas, úlceras rebeldes adenopatía satélite, lesiones y máculas de crecimiento rápido.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe hacerse con las lesiones premalignas mencionadas, leucoplasia, eritroplasia de Queyrat, aftas, úlceras traumáticas, momicosis oral, hemangiomas, lesiones herpéticas, quis-

tes, nevos blancos esponjosos, liquen plano, rabdomioma, liomioma, linfangioma, neurofibromas, y mioblastoma. Debido a la gran variedad de síntomas y signos clínicos que pueden presentarse la biopsia es el único método - de diagnóstico definitivo, la citología exfoliativa - es de gran ayuda cuando se presentan lesiones mal definidas o muy pequeñas donde es poco práctico o muy difícil practicar una biopsia.

Características generales

La lengua es un órgano impar, muscular, situado en la cavidad bucal. Es de suma importancia en la masticación, fonación, deglución y el gusto. Para su estudio se le considera una porción anterior o bucal, una posterior o faringea, una cara superior y otra inferior, dos bordes, una base o raíz y un vértice o punta.

La cara superior está en relación por delante con la bóveda palatina, y hacia atrás con la orofaringe. Presenta un surco mediano más o menos marcado; en la base presenta 3 pliegues que la unen con la epiglotis.

La cara inferior está en relación en su totalidad con el piso de la boca encontrándose unida a él por el frenillo; en la base del frenillo se encuentran los orificios excretorios de las glándulas salivales sublinguales, pueden observarse al lado del frenillo las venas raninas.

Constitución anatómica

Los músculos linguales tienen como estructura un esqueleto osteofibroso compuesto por dos láminas fibrosas y el hueso hioides. La membrana glohiodea está situada en la parte posterior en forma transversal, nace del borde del hueso hioides, se dirige hacia arriba y desaparece luego de haber recorrido algunos fascículos musculares. La otra lámina fibrosa es el Septum medio colocado verticalmente entre los dos músculos geniglosos, tiene la forma de una hoz, cuya base está en relación con la membrana glosohioidea, de ahí se dirige hacia adelante y desaparece en los fascículos del vértice.

Músculos

La lengua está compuesta por 17 músculos, 16 son

venas linguales que acompañan a las arterias, las cuales terminan en las venas raninas que pueden verse de bajo de la mucosa a cada lado del frenillo, corre hacia atrás cruzando la cara externa del hiogloso, posteriormente se une a la vena sublingual (de las salivales sublinguales) y termina en la yugular interna.

Linfáticos: El sistema linfático está dividido en anteriores, laterales y medios o centrales.

Los anteriores se dirigen hacia atrás y terminan en los ganglios suprahioides y yugulares internos. Los laterales terminan unos en los ganglios submaxilares y otros en los yugulares internos. Los linfáticos de la parte posterior terminan a su vez en la cadena yugular interna al igual que los de la parte media o central.

Nervios: La parte motora está dada por el facial que inerva el estilogloso y el palatogloso, y en ciertos casos el lingual inferior, el resto de los músculos los inerva el hipogloso mayor. La parte sensitiva está dada por: a) nervio lingual (de la cuerda del tímpano) que se ramifica por los dos tercios anteriores, b) nervio glosofaríngeo, que se ramifica por las papilas caliciformes y la porción posterior de la "V" lingual, c) el nervio laríngeo superior envía algunas ramitas a la región próxima a la epiglotis

Estos nervios además de sensitivos son sensoriales y vasomotores.

HISTOLOGIA DE LA LENGUA

Mucosa de la Cara dorsal o superior

Porción bucal o anterior: se caracteriza por la presencia de las papilas gustativas que se han clasificado en 5 grupos:

1. Caliciformes: son las más grandes, forman la "v" lingual y están constituidas por un mamelón central con un rodete marginal, un surco marcado está entre el rodete y el mamelón.
2. Fungiformes: semejan un hongo con un pedículo, y una cabeza, está diseminadas irregularmente por la parte anterior de la cara dorsal.
3. Filiformes: son prominencias en forma cilíndrica o cónica, se encuentran en la porción situada por delante de la "v" lingual.
4. Foliadas: Tienen forma de pliegue de la mucosa del borde, siendo rudimentarias en el hombre y muy desarrolladas en otras especies animales.
5. Hemisféricas: son similares a las papilas dérmicas (piel) y se encuentran en toda la extensión de la mucosa lingual.

Mucosa de la porción posterior o faríngea

No contiene papilas verdaderas sino que prominencias de acúmulos linfoides por lo que se le ha llamado amígdala lingual.

Cara inferior

La cara inferior está recubierta por epitelio liso y no presenta papilas.

Músculos:

Los diez y siete músculos que componen la lengua tienen una estructura de músculo estriado voluntario.

SEXO	NUMERO	%
HOMBRES	66	72.52
MUJERES	25	27.48
TOTAL	91	100.00

DISTRIBUCION POR EDAD

AÑOS DE EDAD	NUMERO	%
15--20	1**	1.09
21--30	3	3.29
31--40	8	8.79
41--50	21	23.07
51--60	24	26.37
61--70	20	21.97
71--80	14	15.38
TOTAL	91	100.00

** Paciente más joven encontrado, masculino de 17 años de edad, agricultor, procedente de Escuintla, no fumador.

LOCALIZACION DE LA LESION PRIMARIA

SITIO ANATOMICO	NUMERO	%
TERCIO ANTERIOR IZQUIERDO	11	12.09
TERCIO ANTERIOR DERECHO	3	3.29
TERCIO MEDIO IZQUIERDO	9	9.90
TERCIO MEDIO DERECHO	4	4.41
TERCIO POSTERIOR IZQUIERDO	9	9.90
TERCIO POSTERIOR DERECHO	8	8.79
MITAD DERECHA	6	6.59
MITAD IZQUIERDA	2	2.19
BORDE DERECHO	5	5.49
BORDE IZQUIERDO	12	13.18
BASE DE LA LENGUA	17	18.68
BORDE DERECHO DE HEMIGLOSECTOMIA	1	1.09
CARA INFERIOR	2	2.19
LESION QUE INVADE CASI TODA LA LENGUA	1	1.09
LENGUA Y MAXILAR INFERIOR	1	1.09
TOTAL	91	100.00

TIPO HISTOLOGICO	NUMERO	%
EPIDERMOIDE BIEN DIFERENCIADO	67	73.62
EPIDERMOIDE MOD. DIFERENCIADO	12	13.18
ANAPLASICO	1	1.09
LINFOEPITELIOMA	1	1.09
INFLAMACION AGUDA ULCERATIVA *	1	1.09
SIN INFORME HISTOLOGICO **	9	9.90
TOTAL	91	100.00

*Clínicamente se diagnosticó como cáncer, pero el paciente no regresó para tomar nueva biopsia, pues la primera sólo se tomó tejido del área inflamatoria circundante a la lesión (probablemente).

** No se encontró el informe histológico escrito, algunos por ser referidos de otro hospital ya con Diagnóstico, otros sólo decían que por biopsia o por histología se confirmaba cáncer sin especificar el tipo.

METODO DE DIAGNOSTICO MICROSCOPICO

BIOPSIA DE LA LESION	80	87.91
PAPANICOLAU ***	2	2.19
NO INFORMADO ****	9	9.90
TOTAL	91	100.00

*** Según informe del laboratorio escrito.

**** Corresponden a los 9 casos del cuadro anterior/

SITIO ANATOMICO	NUMERO	%
PISO DE LA BOCA	19	20.87
VALECULA	2	2.19
VALECULA Y LARINGE	3	3.29
PILARES Y PALADAR BLANDO.	5	5.49
AMIGDALA Y PALADAR BLANDO	2	2.19
CIRCUNSCRITO A LENGUA	58	63.73
TOTAL	91	100.00

METASTASIS

SITIO ANATOMICO	NUMERO	%
CERVICALES Y SUBMAXILARES*	3	3.29
CERVICALES HOMOLATERALES *	23	25.28
CERVICALES BILATERALES *	9	9.90
MEDIASTINO	1	1.09
MAXILAR INFERIOR	1	1.09
GANGLIOS SUBMAXILARES	12	12.18
CERVICALES(AXILA E INGLE?) *	1	1.09
SIN METASTASIS DETECTABLES	41	45.05
TOTAL	91	100.00

* Ganglios linfáticos.

INVASIVIDAD POR VECINDAD, GANGLIOS REGIONALES, Y A 26
DISTANCIA

INVASIVIDAD	NUMERO	%
POR VECINDAD	33	36.27
A GANGLIOS REGIONALES	49	53.86
A DISTANCIA (MEDIASTINO)	1	1.09
CIRCUNSCRITO A LENGUA *	8	8.79
TOTAL	91	100.00

* Sin metástasis ni invasión por vecindad.

HABITO DE FUMAR

CLASIFICACION	NUMERO	%
FUMADORES	47	51.64
NO FUMADORES	18	19.79
NO SE SABE EL DATO **	26	28.57
TOTAL	91	100.00

* Dato no reportado en las historias clínicas.

HISTORIA FAMILIAR DE CANCER

NEGATIVA PARA CANCER	68	74.72
POSITIVA PARA CANCER **	4	4.41
DATO NO REPORTADO	19	20.81
TOTAL	91	100.00

** No reportado que tipo de cáncer.

LUGAR DE PROCEDENCIA

DEPARTAMENTO	NUMERO	%
GUATEMALA	23	25.28
SAN MARCOS	11	12.09
QUEZALTENANGO	9	9.90
ESCUINTLA	7	7.69
SUCHITEPEQUEZ	5	5.49
ZACAPA	5	5.49
JUTIAPA	5	5.49
IZABAL	4	4.41
CHIQUMULA	4	4.41
RETALHULEU	4	4.41
HUEHUETENANGO	3	3.29
EL PROGRESO	3	3.29
SANTA ROSA	3	3.29
SOLOLA	1	1.09
CHIMALTENANGO	1	1.09
ALTA VERAPAZ	1	1.09
MEXICO EL SALVADOR	2	2.29
TOTAL	91	100.00

ocupacion

OCUPACION	NUMERO	%
AGRICULTOR	41	45.05
AMA de CASA	10	10.98
OFICINISTA	5	5.49
INDUSTRIA	12	12.18
SERVICIOS VARIOS	7	7.69
DESEMPLEADO*	16	17.58
TOTAL	91	100.00

* ancianos e incapacitados por la enfermedad.

tratamiento

TRATAMIENTO	NUMERO	%
TELETERAPIA	65	71.42
CIRUGIA	5	5.49
TELETERAPIA Y CIRUGIA	8	8.79
TELETERAPIA Y QUIMIOTERAPIA	2	2.19
IMPLANTE DE AGUJAS DE RADIO	1	1.09
NO LLEGO A TRATAMIENTO	10	10.98
TOTAL	91	100.00

CONCLUSIONES

El análisis de los datos obtenidos de los registros clínicos consultados dan las siguientes características del cáncer de la lengua en Guatemala.

1. En Guatemala el sexo masculino es el más afectado con un 72.52%, en el extranjero, principalmente en USA, se ha reportado el 78%, 87% y 90%, en Suecia han reportado un ataque casi igual en ambos sexos.
2. En nuestro medio el grupo de edad más afectado fue de 51 a 60 años, en segundo lugar el de 41 a 50 años. Los autores extranjeros indican el mayor ataque en la 5a y 6a décadas de la vida.
3. En menores de 30 años sólo se encontró 4.41% , - nuestro paciente de menor edad fue masculino de 17 años de edad, originario de Escuintla , no fumador. Frazell y Lucas, de USA, en su estudio de 1554 casos, reporta su paciente de menor edad de 19 años femenino. Los autores consultados reportan que el cáncer de lengua es raro en menores de 30 años,
4. En Guatemala el lado de la lengua más afectado es el izquierdo con un 47.34%, el derecho tiene un 28.57%, y la base el 18.68%. Flamant en Fran-

cia menciona en su trabajo que el lado izquierdo fue el más afectado con un 56% (excluyendo los de la parte media o central).

5. Dividiendo la lengua en tercios anterior y medio base y bordes, cara inferior, la región más afectada en nuestro país es la base con 18.68%, luego el borde izquierdo con un 13.28%, con 12.09 el tercio anterior izquierdo; no se encontró referencia similar en los reportes extranjeros.
6. En Guatemala el tipo histológico más frecuente de cáncer de lengua encontrado fue el epidermoide bien diferenciado con un 73.62%, el moderadamente diferenciado con 13.28%; los autores consultados reportan cáncer epidermoide o escamoso en el 96% de los casos.
7. En el 9.90% de los casos no se pudo conocer con exactitud el tipo histológico por no estar el informe histológico en la historia clínica.
8. En nuestro medio el método de diagnóstico microscópico fue la biopsia con un 87.90%, el papanicolau en un 2.19% y en el 9.90% no se pudo conocer.
9. En Guatemala el sitio anatómico más frecuente invadido por vecindad fue el piso de la boca, pero - el 63.73%, no tenía invasión por vecindad, la invasión por vecindad no se encontró reportada en los artículos consultados.

sitio principal de metástasis ganglionares fue anglios cervicales; 25.28%, homolaterales 9.90% y bilaterales y el 45.05% no presentó metástasis detectadas.

En el extranjero reportan metástasis cervicales en un 40% y bilaterales frecuentes. La metástasis a distancia es rara, pero cuando se presenta a pulmones principalmente hasta en un 4.46% de los casos, por lo que la radiografía de tórax es importante hacerla de rutina en estos pacientes. En nuestro medio sólo se encontró una metástasis axilar (mediastino).

En el país el porcentaje de invasión por vecindad de 36.27%, metástasis cervicales en el 54.95% de todos los casos; y sólo un 8.7% de los pacientes estaban libres de metástasis e invasión por vecindad. La literatura consultada refiere que la supervivencia está en relación a la existencia de metástasis, cuando únicamente de un 3.6% a 17.8% cuando éstas no presentan. En el presente trabajo por ser retrospectivo no fue factible hacer estudio de supervivencia.

Guatemala el 51.64% de los pacientes estudiados estaban libres de metástasis, pero en el 28.57% no se pudo conocer el resultado. En USA y otros países, el porcentaje de fúnciones preservadas en los pacientes de cáncer de lengua es de hasta un 90%.

13. La historia familiar de cáncer sólo fue positiva en el 4.41%, no se encontró referencia en la literatura revisada con respecto a esto.
14. En Guatemala los agricultores son los más afectados, luego las amas de casa; no se encontraron casos de profesionales o personas de otra condición. Los autores consultados no hacen relación de la afección y el tipo de ocupación.
15. El lugar de procedencia fue principalmente el Departamento de Guatemala, luego San Marcos. Un paciente procedía de México y otro del Salvador. No se registraron casos de Jalapa, Quiché, Totonicapán, Baja Verapaz, Petén y Belice.
16. El tratamiento del cáncer de la lengua es, de acuerdo a su extensión, asociación a metástasis y estado evolutivo, unos casos sólo es necesario cirugía, otros teleterapia, y algunos especiales aún implante de agujas de radio. En orden de frecuencia los tratamientos empleados en los pacientes estudiados son: Teleterapia, (71.42), Teleterapia y cirugía (8.79%), Teleterapia y Quimioterapia en 2.19%, sólo cirugía se usó en 5.49%, hubo un caso de implante de agujas de radio. La frecuencia de tratamiento coincide bastante con la mencionada por la bibliografía consultada.

RECOMENDACIONES

1. Poner especial atención en la investigación de los hábitos relacionados con la cavidad oral en pacientes con sospecha de cáncer en la misma.
2. Las neoplasias de la cavidad oral han de ser más - frecuentes en nuestro medio, pero no se conoce su ver-
dadera incidencia por no ser reportados, por lo que, -
a través del programa de EPS de odontología, el Instituto
de Cancerología podría efectuar un estudio donde
fueran reportadas todas la lesiones bucales sospecho-
sas para su investigación.
3. Según los resultados del presente estudio, el mayor grupo de personas corresponden a los agricultores, por lo que sería conveniente efectuar un estudio prospecti-
vo de factores que puedan ser los causantes de la ma-
yor incidencia de las lesiones descritas en este grupo de población.
4. Efectuar en el Instituto de Cancerología un estudio prospectivo , mediante el cual pueda conocerse la su-
pervivencia luego del tratamiento, para conocer las posibilidades de vida que pueden brindársele a los -
pacientes de esta enfermedad en Guatemala.
5. Efectuar estudios más amplios para obtener resul-
tados más concluyentes acerca del tema.

el presente estudio en algunos departamentos del país no se encontraron casos reportados, por lo que sería conveniente investigar causa de este hecho.

La radiografía de tórax sea una rutina en el estudio del paciente con neoplasias de la cavidad oral.

- . Flamant, Robert, M.D. et al. Cancer of Tongue, a study of 904 cases, from Department of surgery and statistical Research unit of National Institute Gustave Roussy, Villejuif, Seine, France. Cáncer, March 1964 vol 17.
- . Frazell & Lucas Jr. Cancer of tongue, report of management of 1554 cases, Cancer, November-December, 1962 vol. No. 15 No. 6
- . Jesse, Richard, & MacComb, William, Squeamous - carcinoma of tongue, M.D. Anderson Hospital, Tumor Institute Houston Texas, American J. of surgery, vol 163, 1962.
- . Gardner, Shaffer & Pallen, Carcinoma of oral region, Annals of Dentistry, vol 21 No. 4 Decem--ber 1962.
- Scopp & Fredericks, Neoplasm of oral Cavity, New York J. Dentistry, 31:117, april 1961.
- . Lasch, Erich & Dockerty, Pathologic stdy of 217 cases of epithelioma of tongue, from department of plastic surgery and surgical pathology, Mayo Clinic.
- . Del Valle, Paiz & Gálvez, revisión de tumores - Malignos. Ven en Cáncer de la Mama, Dr. Gálvez Revista de la Juventud Médica, época V, No. 20 enero 1968.
- . López Acevedo, César, Dr. Manual de Patología Oral, Editorial Universitaria USAC, 1975
- . Waldrom & Schaffer, Current conceptos of leuko plakia, Internat. D.J. 10:350-367, sept ember 1960

10. Schaffer & Waldrom, A clonical Histopathological study of oral leukoplakia, Surgery, 112-411-420 april 1961.
11. Rown, Epidemiological concepts relatives to cáncer of oral cavity, Missouri, state, Medical Association.
12. Paymaster, J.C. Cancer and its distribution in India, Cancer 17:1026-1034, august 1964.
13. Anderson W.A. Pathology, 6th ed. St. Louis C.V. Mosby 1972.
14. Shear M. Erythroplakia of tehe mouth, In. Dent J. 22:460, 1972.
15. Sol Silverman, (Profesor de biología oral de la Universidad de California) Cáncer de la oavidad Oral, Tribuna Médica de Centroamérica y Panamá, Tomo XIV, No. 9 1973.
16. Jacowway, John y cols, de la división de patología oral y dental del Instituto de Patología de la fuerzas armadas USA. Cáncer de la Cavidad - Oral, Tribuna Médica de Centroamérica y Panamá Tomo XIV No, 9 1971.
17. Rush, Benjamín, Principles of Surgery(Schawartz) Ed. Blackiston, Division of Mc. Graw-Hill Book 1973.
18. Robbins, Stanley, Tratado de Patología, Editorial Interamericana 1973.
19. Pack & Ariel, Treatment of cancer and allied diseases. Paul Hoeber Inc. Vol. III, 2d. Ed. 1962
20. Anckerman & Regato, Cancer, diagnosis, treatment and prognosis, The Mosby Company, 1954 USA.
21. Gardner, Gray & O'Rahilly, Anatomía, Salvat Ed. segunda edición, Barcelona España 1971.

22. Grant & Hendrick, Tumors of Head and Neck, The William Wilkins Company, 1950 USA.
23. Testut Y Latarjet, Tratado de Anatomía Humana, Tomo III, novena Edición, Salvat, Barcelona España, 1954.

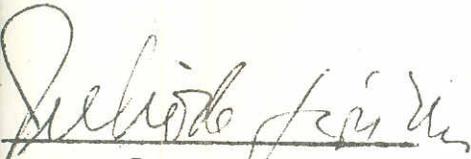


BR.

Mario Roberto Iraheta Monroy

Asesor
Dr. JUAN PABLO RODRIGUEZ
Médico y Cirujano

Revisor.



Director de Fase III.

Dr. Julio De León

Secretario General

Dr. Mariano Guerrero R.

Vo. Bo.

Decano

Dr. Carlos Armando Soto