

CANCER DE LENGUA

Estudio retrospectivo de 20 años en los servicios
de Salud de Guatemala

EDGARD AVENDAÑA SANDINO

INDICE

	Página
Introducción.....	1
Epidemiología.....	3
Etiología.....	4
Patología y metástasis.....	7
Manifestaciones Clínicas y diagnóstico.....	8
Clasificación.....	9
Tratamiento.....	11
Objetivos e hipótesis.....	15
Material y métodos.....	17
Presentación de resultados.....	19
Discusión.....	35
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	39
Bibliografía.....	41

INTRODUCCION

Con el presente trabajo de investigación se analizaron los casos reportados de cáncer de la lengua diagnosticados por los departamentos de patología, de los siguientes hospitales: San Juan de Dios, Roosevelt, Instituto de Cancerología, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en los últimos veinte años.

Una de las razones que me impulsaron a efectuar este trabajo de investigación, es que desconocíamos la magnitud de este problema, y que en nuestro medio no habían estudios adecuados sobre el tema. Ya que el conocimiento que tenemos sobre el mismo, se ha basado en otras latitudes, teniendo características y condiciones bio-psico-social diferentes, existiendo una gran variabilidad en cuanto a educación, industrialización, contaminación ambiental, urbanización, cultura y su propia estructura demográfica.

Espero que esta investigación sirva de componente para futuras investigaciones prospectivas, para que se le pueda brindar mejor atención y tratamiento a los pacientes con esta enfermedad.

ASPECTOS GENERALES

EPIDEMIOLOGIA:

El cáncer de la lengua ocurre en todos los climas y en todas las razas, pero su incidencia y distribución varía de país a país, indiscutiblemente distintos factores son los responsables de estas variaciones.

El cáncer de la lengua ocupa el 5 al 10% de todas las neoplasias de la cabeza y el cuello (2,3). En la India la causa de muerte por cáncer de la lengua es del 34.9%, de todos los cánceres. A diferencia de la Unión Soviética que la causa de muerte es de 4.6%, con relación a otros tipos de cáncer. NO así en los Estados Unidos de Norteamérica, que representa el 3.4%. En otros países como Inglaterra ocupa el 4.2%, como causa de muerte, en Japón es de 2.8% de todos los tipos de cánceres (14).

Con relación al sexo el cáncer de la lengua se ha observado que es en el hombre donde más se presenta. En Francia la proporción es de 4 a 1, predominando el hombre (8). No así en los Estados Unidos de Norteamérica la proporción es de 2 a 1, predominando el hombre (9).

Con respecto a la edad, el cáncer de la lengua es en la quinta y sexta década de la vida donde más se presenta (1, 2, 8, 9, 11, 12, 7).

El hábito de fumar ocupa una proporción bastante grande, en Estados Unidos ocupa una proporción de 3 a 1, predominando más el fumado que las bebidas alcohólicas como hábitos (9).

ETIOLOGIA:

La etiología del cáncer de la lengua se desconoce como todo tipo de cáncer, pero se han presentado diversas tesis con relación a su etiología, a continuación se hará una exposición de las más importantes:

EL ALCOHOL: El consumo de alcohol está relacionado con la incidencia de cáncer de la lengua. El alcohol actúa no solo directamente en la membrana y las mucosas, sino también indirectamente en las deficiencias nutricionales asociadas con fuerte consumo de alcohol (5). Las investigaciones de Plummer-Vinson, han sugerido que el daño a las enzimas respiratorias y de las mucosas, podrían contribuir al cáncer de células escamosas del tracto alimentario alto (5). McCoy investigó experimentalmente la posibilidad del daño que ocasiona el alcohol a las mucosas. El demostró por primera vez la actividad y el funcionamiento mitocondrial en el epitelio escamoso del hamster (6).

EL TABACO: El tabaco ejerce una gran influencia en el desarrollo del cáncer de la lengua, su acción no es bien conocida, pero sus efectos irritantes estimulan el epitelio, producen hiperemia crónica, erosiones locales, infiltración linfocitaria, edema y ulceraciones (1, 2, 5, 17).

El alcohol y el tabaco en la cavidad oral fue estudiado por Rotmann (5), quien llegó a la conclusión que exponer las mucosas al tabaco y al alcohol resultó en un riesgo que era 2.1/2 veces que los que se esperaban si los efectos del alcohol y el tabaco fueran solamente como un aditivo. Se estimó que los efectos conjuntos del alcohol y el tabaco eran más o menos 75% de los casos incidentales de cáncer de la cavidad oral en los Estados Unidos.

LESIONES DENTARIAS:

Parece ser que el mal estado dentario es factor directo de cáncer de la lengua, los casos más evidentes son aquellos en que un rai-
gón o una arista dentaria rozan continuamente los bordes de la lengua ó el frenillo (7). Otras irritaciones, como prótesis dentales semi-destruidas, han sido mencionadas como posibles factores cancerígenos, pero no se han comprobado su participación, pues gran cantidad de personas, están bajo acción de estos irritantes y nunca han presentado neoplasias orales. Sin embargo se piensa que estos factores al actuar insistentemente sobre lesiones potencialmente malignas pueden provocar degeneración maligna (2).

SIFILIS:

En el estudio que llevó a cabo Levin (2) de 3000 cánceres en el sexo masculino, halló que la relación de sífilis y cáncer de la lengua, es cinco veces más frecuentes que la relación de sífilis y cualquier otra variedad de cáncer. Aunque tales hallazgos dan indicios en el sentido de que la sífilis es una de las causas de carcinoma de la lengua, y la coexistencia de ambos padecimientos no indica forzosamente que halla relación causa efectos.

La acción de la sífilis es indirecta, y una lesión luética prolongada y definida precede siempre al epiteloma. El engrosamiento blanco perlado del epitelio en la leucoplasia es un signo característico que debe siempre considerarse como un probable factor de cáncer (1, 2, 7).

EL BETEL:

Es un vegetal que mezclado con el tabaco y nuez de arcia es mantenida en la boca por los nativos de la India, por varias horas al día. Es frecuente observar en estas personas lesiones hiperqueratósicas luego de varios años. En estas regiones el cáncer de la lengua llega a ocupar hasta el 35% de todos los cánceres (1,2,7,14).

NUTRICION:

Los datos indican que la mayoría de los cánceres parecen estar relacionados con factores del desarrollo y que la dieta es uno de estos factores que parecen jugar un papel importante. La evidencia epidemiológica ha aumentado implicando los factores nutricionales en la etiología del cáncer en el hombre. La posibilidad que el excesivo alcohol entre los fumadores, con sus deficiencias nutricionales asociadas, podrían actuar como un promotor de un tumor, lo cual se discute actualmente (6).

LEUCOPLASIA:

La palabra leucoplasia significa "Placa Blanca", es una lesión que puede encontrarse en el paladar, labios mucosas orales y en la lengua. Es de notar que tiene aspecto seco a pesar de estar en contacto con la saliva. Al microscopio se observa una hiperqueratosis similar al de la piel (16).

OTRAS CAUSAS:

Un caso de carcinoma de células escamosa de la lengua en un hombre de 26 años, se desarrolló nueve años después de un trasplante renal. Es el primer caso reportado. Dentro de 7 meses, un tumor metastásico se extendió y resultó en muerte. Exámenes de biopsias del riñón trasplantado demostraron que ni el restablecimiento de glomerulonefritis, ni evidencia de rechazo y ausencia de mal renal fue confirmado por el microscopio. Este sobreviviente por largo tiempo sin desarrollo de patología renal es también de gran interés (17).

PATOLOGIA

MACROSCOPICA: La mayoría de los carcinomas de la porción -movible de la lengua se originan en el borde lateral, unos pocos en la punta y en casos raros en la parte dorsal. En general, hay endurecimiento difuso alrededor de la leucoplasia y por debajo de ella, sin ulceración evidente, pero con intersticios profundos. Las ulceraciones adquieren la forma de destrucción alargada, fusiforme, con infiltración sub-mucosa y muscular, que hace que el tumor se adhiera rápidamente a la mandíbula. Por regla general, la adherencia de la mandíbula no significa invasión al hueso, ya que está protegido por el periostio (1, 2, 7).

Las neoplasias malignas de la base de la lengua son carcinomas, linfopiteliomas (carcinomas de células transcasionales) y linfomas, muy raramente hay sarcomas (2, 7).

El carcinoma de la base de la lengua es una de las variedades más infiltrantes de cáncer de las vías respiratorias. El tumor raramente abarca toda la dimensión externa de la base de la lengua, pero ocasiona infiltración profunda del músculo (1, 2).

MICROSCOPIA: Una gran mayoría de las neoplasias que se forman en la lengua son carcinomas epidermoides de células escamosas, y de éstos la mayor parte son bien diferenciados. Los linfopiteliomas y linfomas son de la misma naturaleza que los que se originan en otras regiones del cuerpo (2, 7, 8, 9).

METASTASIS:

Son frecuentes en las neoplasias malignas, y aproximadamente en un 40% de los casos están tomados los ganglios (cervicales), las metástasis contralaterales a la lesión también se han señalado como frecuentes (1, 15, 2, 7).

Los tumores metastásicos de la cavidad oral son poco comunes. Muchos de ellos están localizados en la mandíbula -- mientras que un pequeño porcentaje se encuentra en las membranas suaves. Dos casos de carcinoma metastático broncogénico de la lengua se han descrito (15).

La revisión de la literatura demuestra que el cáncer del pulmón fue el más común y la primera lesión que metastastizó las membranas de la cavidad oral. La base de la lengua fue la que prevaleció más en la metástasis de las membranas de la cavidad oral (15).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los carcinomas desde temprano ocasionan dolor difuso, -- que se puede intensificar rápidamente. Hay además odinofagia y disfagia, los cuales contribuyen a deteriorar el estado general del paciente. La dificultad para mover la lengua, lo cual impide muchas veces el hablado correcto, en los periodos avanzados pueden presentarse hemorragias.

Generalmente se presenta linfadenopatía en región cervical superficial, la cual suele ser unilateral, con nódulos pequeños no dolorosos, las metástasis son con frecuencia bilaterales (1, 2, 7, 8, 9, 12).

DIAGNOSTICO:

Las neoplasias malignas de la lengua pueden adoptar varias formas: úlcera indurada, de fondo granular, con poco o -- ningún dolor, excepto cuando está en un área de traumatismo constante; en un área de inflamación inespecífica; en un área indurada de textura y aspecto diferente a la mucosa circun-- dante, a veces fisuradas y aún ulceradas; lesión verrugosa 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.

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

Los exámenes indicados y pruebas que se le deben brindar a -- todo paciente con cáncer de lengua son los siguientes:

- 1.- Radiografía con la boca cerrada y vistas panorámicas, para de -- terminar si existen lesiones de mandíbula.
- 2.- Radiografía de torax, para descartar metástasis de vértebras y pulmones.
- 3.- La biopsia es el único método de diagnóstico definitivo, la ci -- tología exfoliativa es de gran ayuda cuando se presentan le -- siones mal definidas o muy pequeñas donde es poco práctico ó muy difícil practicar una biopsia (1, 2, 7, 11, 12).

CLASIFICACION:

El sistema TNM, presentado primeramente por la International Union Against Cancer, ha sido adoptado por el Comité Conjunto -- de Establecimiento de Etapas y Resultados finales, organizados en -- 1959 por el American College of Surgeons. Se basa en las observaciones clínicas relacionadas con el tumor (T), ganglios linfáticos -- regionales (nódulos) (N), y metástasis a distancias (M). El sistema TNM se describe como sigue:

- T (Tumor)
- T-1 Movilidad de la lengua no afectada
 - T-2 Lengua parcialmente movable
 - T-3 Estructura de la lengua fija
 - T-4 Estructura de la lengua fija y destructiva.

- N (Ganglios Linfáticos Regionales)
- N-1 Ganglios linfáticos de 2 a 3 cms, conservando movilidad de la lengua
- N-2 Ganglios Linfáticos Unilaterales cervicales, mayores de - 3 centímetros de diámetro, lengua adherida, invasión muscular.
- N-3 Ganglios Linfáticos mayores de 5 centímetros, lengua fija a vasos sanguíneos, hueso y piel.
- N-4 Ganglios linfáticos bilaterales, mayor de 10 centímetros, - lengua fija y destructiva.
- M (Metástasis a distancia)
- M-1 Sin metástasis
- M-2 Mínima
- M-3 Múltiples
- M-4 Múltiples y severas (3, 4).

CLASIFICACION HISTOLOGICA:

Cáncer de células escamosas de varios grados de diferenciación:

- a.- El 95% de las neoplasias malignas son cánceres de células escamosas ó epidermoides.
- b.- Los adenocarcinomas y sarcomas son raros y ocasionales -- (1, 7).

TRATAMIENTO

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección para las pequeñas lesiones superficiales de la zona móvil de la lengua. La mayor parte de ellas están en el borde lateral, y fácilmente se hace glosectomía parcial y reconstrucción de la lengua. También pueden ser tratadas por glosectomía parcial transbucal las lesiones un poco mayores pero muy superficiales, que se acompañan de zonas de leucoplasia. Un injerto de piel puede ser muy útil en estas circunstancias, si hay que sacrificar una gran porción de la superficie de la mucosa, pues el resultado funcional final será superior, si bien queda algo de constricción del injerto. En el Post - operatorio se administran antibióticos cuando se ha hecho una reconstrucción intrabucal después de glosectomía parcial, aunque - puedan ser innecesarios si se ha dejado que la herida granule.

Las lesiones de mayor tamaño (en etapa T-3) a menudo necesitan de la abertura del cuello para lograr exposición satisfactoria del tumor primario. Cuando haya signos clínicos de enfermedad metastásica en el cuello, se hace una disección en esta zona, y si es razonable desde de vista anatómico, se hace una continuidad con el tratamiento de la neoplasia primaria intrabucal.

Los cánceres del tercio posterior y la base de la lengua suelen ser tratados por radiación, si hay signos de enfermedad metastática en el cuello se hace disección. (10)

METODO EN MONOBLOQUE

Se ha denominado "método en Monobloque" a la disección radical de cuello combinada con la extirpación de un tumor intrabucal en continuidad con extirpación de parte del maxilar inferior o sin ella. Se ha usado radiación en el pre-operatorio, para disminuir las recidivas locales del cuello. La serie breve que se emplea consiste en la aplicación de 200 rads con cuatro tratamientos en un lapso de cuatro a cinco días antes del tratamiento qui-

quirúrgico. Es esencial para el buen éxito global de este método, el planeamiento cuidadoso de toda la operación entre diversos especialistas, los cuales deben participar antes que el paciente sea rehabilitado (1, 10, 9, 2)

RADIOTERAPIA

El cambio mayor y más importante ha sido el empleo extenso del equipo de radiación de supravoltaje, en especial con 60-Cobalto. También se han usado las aguas de radio de baja intensidad, en mayor grado que hace algún tiempo. Otros materiales radioactivos incluyen semillas de Radón y de 192-Radio intersticial. Las Cintas de Iridio que se utilizaron originalmente eran de material plástico y a veces se rompían. En fechas más recientes se han empleado clavos de Iridio muy semejantes a las agujas de Radio de baja intensidad, excepto que descargan a través de guías de acero inoxidable. Hay cierta tendencia a que estas formas de aplicación intersticial se aflojen, se desplacen, y alteren la dosis planeada. En estos casos, es necesario la radiación externa complementaria (10, 9, 2, 7).

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia combinada con la cirugía, se ha empleado para la paliación de la enfermedad y por lo demás incurable. Ha habido variabilidad en cuanto a los fármacos empleados, y los más comunes han sido Metrotexate y 5-Fluorouracilo. La Bleomicina se ha empleado en una serie completa antes de la radiación, y también en forma simultánea con la radiación, hasta la fecha los resultados no han sido satisfactorios (10, 9, 2, 7)

ELECTROCOAGULACION

La electrocoagulación ha sido utilizada como curación primaria en una serie de 25 pacientes. Esta técnica requiere solamente luz, anestesia general, y tiene un grado pequeño de

complicaciones. 11 pacientes sobrevivieron a este tratamiento -- más de 5 años. Esta es una técnica efectiva que debe emplearse -- más seguido (13).

SOBREVIDA

Para todos los pacientes de cáncer de la lengua, incluidas las zonas móvil y posterior de este órgano. El 70% de los enfermos -- sobreviven durante cinco años con el tratamiento propuesto, el -- 30% que presentan metástasis a ganglios regionales sobrevivieron hasta cinco años.

En fecha reciente se han publicado dos grandes series de pacientes tratados con radiación, teniendo una supervivencia menor del 35%, que con los demás tratamientos (1,2,7,8,9,10,12,13,15).

OBJETIVOS

- 1.- Obtener una aproximación lo más objetiva del problema del -
cáncer de la lengua en los servicios de salud Guatemala.
- 2.- Conocer el manejo que se le ha dado a los pacientes con cán-
cer de la lengua en los servicios de salud de Guatemala.
- 3.- Conocer los logros alcanzados con la terapéutica que se le ofre-
ce al paciente con cáncer de lengua en los servicios de salud-
de Guatemala.
- 4.- Sentar las bases para que en un futuro cercano se hagan estu--
dios más específicos de cáncer de lengua en los servicios de sa-
lud de Guatemala.

HIPOTESIS

- A.- El cáncer de lengua en los servicios de salud de Guatemala es-
de alta incidencia.
- B.- Los pacientes con cáncer de lengua son mal manejados actual--
mente en los servicios de salud de Guatemala.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo es una investigación retrospectiva en donde se analizaron los protocolos de los especímenes quirúrgicos y de necropsis de los casos reportados del tema investigado, que se han reportado del primero de enero de 1960 al primero de enero de 1980; en los departamentos de Patología de los Hospitales siguientes: Hospital General San Juan de Dios, "Doctor Carlos Martínez Durán", Instituto Guatemalteco de Seguridad Social "Doctor Helmut Herman", Instituto de Cancerología y Hospital Roosevelt. Excepto en el departamento Helmut Herman, donde se revisó desde 1968 ya que en ese mismo año se fundó.

De los casos reportados positivos a cáncer de la lengua se procedió a revisar los registros clínicos, no se pudo localizar su totalidad por problemas de tipo administrativos, obteniéndose sólo 100 registros clínicos, de los cuales se sacaron la mayoría de variables, se reportan en su totalidad las variables, edad, sexo, y tipo histológico.

Se evaluaron las siguientes variables: Edad, sexo, estado civil, ocupación, hábitos, procedencia, sintomatología, métodos de diagnósticos, tipo histológico, sitio de la lesión, metástasis y tratamiento.

No se tomaron en cuenta los casos que se reportaron clínicamente. Con relación a la sobrevida no se pudo determinar por problemas de dirección inexactas ó cambios de dirección.

PRESENTACION DE RESULTADOS

En nuestro estudio se encontraron 168 pacientes con esta condición clínica, pero por problemas administrativos sólo se pudieron consultar 100 casos de registros clínicos. Los resultados obtenidos con relación a las variables de Edad, Sexo y tipo histológico se presentarán sobre 168 pacientes, que es la totalidad de los casos reportados.

Tabla número 1

Estudio de 168 casos

Cáncer de la lengua

EDAD		
Años	No.	%
- 20	4	2.38%
21 - 30	8	4.76%
31 - 40	12	7.14%
41 - 50	21	12.5 %
51 - 60	49	29.16%
61 - 70	44	26.19%
71 - 80	26	15.47%
81 - 90	3	1.78%
90 más	1	0.59%
Total	168	100 %

Como se puede ver en la tabla No. 1, la edad en que mayor se presentó fue la quinta y sexta décadas. Presentándose el 29.16% y 26.19% respectivamente.

Tabla número 2

Estudio de 168 casos
Cáncer de la lengua

SEXO

Sexo	No.	%
Masculinos	120	71.4 %
Femeninos	48	28.5 %
Total	168	100 %

Análisis: Como se puede observar en la tabla No. 2, el 71.4%, vino a constituir el sexo masculino y el 28.5% comprende al sexo femenino, presentándose en una proporción de 3 a 1, con predominio en el varón.

Tabla número 3

Cáncer de la Lengua
Estudio de 100 casos

ESTADO CIVIL

Estado Civil	No.	%
Soltero	42	42
Unido	27	27
Casado	26	26
Viudo	3	3
Total	100	100 %

Análisis: El mayor porcentaje de los casos estudiados, eran solteros con un 42%, seguido de pacientes unidos con 27%, el 26% casado y sólo el 3% eran viudos.

Tabla número 4

Cáncer de la lengua
Estudio de 100 Casos

OCUPACION

Ocupación	No.	%
Agricultor	42	42
Obrero Industrial	18	18
Oficios Domésticos	13	13
Se desconoce el dato	26	26
Total	100	100 %

Análisis: Como se puede ver la mayor parte de los pacientes - eran campesinos-agricultores en un 42%. El 18% de ellos eran obreros industriales, el 13% se dedicaban a los oficios de la casa y en un gran porcentaje 26%, se desconocía el dato.

Tabla número 5

Estudio de 100 casos
Cáncer de la lengua

HABITOS

Clasificación	No.	%
Solo fumadores	35	35
Fumadores y Alcohólicos	12	12
Solo alcohólicos	5	5
Ni fumadores ni Alcohólicos	23	23
Se desconoce el dato	25	25
Total	100	100%

Análisis: Como se puede ver en la tabla No. 5, el 35% de los pacientes estudiados eran fumadores, el 12% eran fumadores y alcohólicos, el 5% alcohólicos, no así el 23%, que no eran ni fumadores ni alcohólicos, desconociéndose el dato en el 25%.

Tabla No. 6

Cáncer de la lengua
Estudio de 100 casos

PROCEDENCIA

Procedencia	No.	%
Guatemala	16	16
Suchitepéquez	14	14
Escuintla	11	11
Santa Rosa	10	10
Quetzaltenango	7	7
Jutiapa	6	6
Izabal	6	6
Chiquimula	5	5
San Marcos	4	4
Huehuetenango	4	4
Retalhuleu	3	3
Chimaltenango	3	3
Zacapa	2	2
El Progreso	2	2
Quiché	2	2
Baja Verapaz	1	1
Jalapa	1	1
Petén	1	1
Otros países	2	2
Total	100	100 %

Como se puede ver, la mayor parte de casos eran del departamento de Guatemala, pero relativamente la mayor incidencia está en la Costa, que en el altiplano del país.

Tabla número 7

Estudio de 100 casos
Cáncer de la lengua

SINTOMAS Y SIGNOS

Síntomas y Signos	No.
Disfagia	76
Adenopatía cervical	47
Úlcera	41
Dislalia	34
Caries dental	34
Odinofagia	33
Anorexia y pérdida de peso	25
Leucoplasia	12
Lesión indurada de lengua	12

Análisis: Es de notar que el número mayor de pacientes presentaron disfagia 76, 47 de los pacientes tenían adenopatía cervical, las lesiones ulcerosas se presentaron en 41 de los pacientes, 34 pacientes tenían ó presentaron dislalia y caries dental, presentaron odinofagia solo 33 casos, 25 pacientes referían anorexia y pérdida de peso, la leucoplasia y lesiones induradas de la lengua se presentaron en 12 pacientes.

Tabla número 8

Cáncer de la lengua
Estudio de 100 casos

MÉTODOS DE DIAGNOSTICOS

Métodos diagnósticos	No.
Biopsia	100
Radiografía de torax	100
Radiografía de maxilares	36
Laringoscopia	15
Citología exfoliativa	6

Análisis: Como se puede ver, a todos los pacientes se le practicaron biopsias y radiografías de torax, a 36 de ellos se les tomó Rx. de maxilares, la laringoscopia en 15 de ellos, la citología exfoliativa se efectuó en 6 de los pacientes.

Tabla número 9

Estudio de 168 casos
Cáncer de la lengua

TIPO HISTOLOGICO

Tipo histológico	No.	%
Carcinoma epidermoide escamoso bien diferenciado	155	86.3 %
Carcinoma Epidermoide escamoso poco diferenciado	16	9.47%
Carcinoma anaplástico	3	1.78%
Adenocarcinoma	1	0.59%
Linfoma linfoblástico	1	0.59%
Fibrosarcoma	1	0.59%
Linfosarcoma	1	0.59%
Total	100	100 %

Análisis: El mayor porcentaje de los carcinomas eran epidermoide escamosos bien diferenciado en el 86.3%, en el 9.4% eran carcinoma epidermoide escamosos poco diferenciados. Hubieron casos raros de carcinoma como el anaplásticos en el 1.7%, así como linfomas en el 0.59%, lo mismo que los fibrosarcomas y linfosarcomas.

Tabla número 10

Cáncer de la lengua
Estudio de 100 casos

LOCALIZACION ANATOMICA DE LA LESION PRIMARIA

Sitio Anatómico	No.	%
Tercio anterior izquierdo	3	3
Tercio anterior derecho	4	4
Tercio medio izquierdo	4	4
Tercio medio derecho	5	5
Tercio posterior izquierdo	6	6
Tercio posterior derecho	4	4
Borde izquierdo	17	17
Borde derecho	14	14
Base de la lengua	34	34
Cara inferior	2	2
Lesión que invade toda la lengua	7	7
Total	100	100 %

Análisis: El mayor lado afectado fue la base de la lengua, seguido del lado izquierdo y derecho de la misma.

Gráfica número 1

Estudio de 100 casos
Cáncer de la lengua
Localización anatómica

Estudio de 100 casos en los hospitales:
San Juan de Dios, Roosevelt, Instituto
de Cancerología, e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Análisis: Como se puede ver en la gráfica, el sitio anatómico mayormente afectado fue la base de la lengua con el 34%, seguido del lado izquierdo con el 30%, y el lado derecho con el 27%.

Tabla número 11
Cáncer de la lengua
Estudio de 100 casos

METASTASIS

Sitio anatómico	No.	%
A ganglios cervicales derecho	19	19 %
A ganglios cervicales izquierdo	17	17 %
A ganglios cervicales bilaterales	11	11 %
A ganglios del Mediastino	2	2 %
A ganglios del maxilar inferior	14	14 %
A hueso del maxilar inferior	3	3 %
A ganglios supraclavicular	1	1 %
A parótida	1	1 %
A pulmón	1	1 %
Sin metástasis	25	25 %
Se desconoce el dato	6	6 %
Total	100	100 %

Análisis: Como se puede ver en la tabla número 11, el sitio anatómico donde prevaleció las metástasis fue a los ganglios cervicales de la parte derecha, con 19%, el 17% fueron localizadas en los ganglios cervicales izquierdo, seguido de los ganglios submaxilares con el 14%, el 11%, eran bilaterales, no presentándose ninguna metástasis en el 25%, del total de casos, es de hacer notar que las metástasis a distancia fueron pocos, y principalmente a pulmón.



GRAFICA N° 1

Tabla número 12

Cáncer de la lengua
Estudio de 100 casos

TRATAMIENTO

Tratamiento	No.	%
Cirugía y Radiación	11	11
Radiación y Cirugía	3	3
Radiación, cirugía y quimioterapia	1	1
Implantación de agujas de Radium más Radioterapia	10	10
Solo radiación	49	49
Solo cirugía	14	14
Quimioterapia más radiación	3	3
Solo analgésicos	2	2
Reusó tratamiento	3	3
No se presentó a tratamiento	13	13
TOTAL	100	100%

Análisis: A los pacientes con cáncer de lengua, en los servicios de salud de Guatemala, el mayor porcentaje recibió tratamiento con radioterapia en un 49%, brindándoles en un 14% cirugía, y en 11% la combinación de cirugía con radioterapia, aunque el 16%, no se presentó al tratamiento.

Tabla número 13

Cáncer de la lengua
Estudio de 100 casos

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Procedimientos

Hemiglossectomía más disección radical del cuello ----	15
Hemiglossectomía, disección radical del cuello más resección del cuerpo del maxilar inferior -----	4
Sólo hemiglossectomía -----	3
Resección del tumor -----	3
Glossectomía total -----	1
Resección del tumor más resección del maxilar in- ferior izquierdo -----	2

Análisis: Es de notar que a la mayor parte de pacientes que se les sometió al acto quirúrgico se le practicó operación coman-
do, a cuatro de ellos, se les hizo hemiglossectomía, disección-
radical del cuello y resección del maxilar inferior, a tres de -
ellos sólo hemiglossectomía y resección del tumor.

Tabla número 14

Cáncer de la lengua
Estudio de 100 casos

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

TeleCobalto	No.
3000 rads	5
3200 rads	1
3500 rads	1
3600 rads	2
4000 rads	5
4500 rads	2
4800 rads	1
5000 rads	2
6000 rads	35
6400 rads	1
7000 rads	6

La mayor parte de los pacientes recibieron una dosis tumoral
de TeleCobalto, 35 de los pacientes recibieron una dosis de 6000
rads, otros recibieron menos debido que abandonaron su tratamien-
to y otros recibieron una dosis de 3000 combinada con cirugía.

Tabla número 15

Cáncer de la lengua
Estudio de 100 casos

TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO

Medicamento	Número
BLEOMICINA	2
METROTEXATE	1
CITOSTATICOS	2
ANALGESICOS	2

Sólo unos pocos pacientes recibieron tratamientos combinados de quimioterapia, los medicamentos más usados fueron bleomicina, metrotexate, los citostáticos y los analgésicos tipo lisal-gil ó demerol.

Tabla número 16

Cáncer de lengua
Estudio de 168 casos

INCIDENCIA POR HOSPITAL

INCIDENCIA	No.	%
Instituto Nacional de Cancerología	81	48.21
Hospital General San Juan de Dios	47	27.97
Hospital Roosevelt	32	19.04
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	7	4.16
T o t a l	168	100 %

Análisis: La mayor incidencia a nivel hospitalaria, la ocupó el Instituto de Cancerología con 48.21%, seguido del Hospital -- San Juan de Dios con 27.97%, Hospital Roosevelt con 19.04%, y donde menores casos se presentaron fue en el Instituto Guate- malteco de Seguridad Social con 4.1%.

DISCUSION

Es interesante someter la hipótesis propuesta, de la cual se puede deducir, que la incidencia de cáncer de la lengua es significativa en Guatemala, ya que no tenemos datos de todos los cánceres. El cáncer de la lengua se presenta con un promedio de 8 casos al año en los Servicios de Salud de la República.

La edad en que mayor se presentó el cáncer de la lengua, fue en la quinta y sexta décadas de la vida, coincidiendo con datos de otros países y de la literatura.

Al sexo que más afectó fue al masculino, en una proporción de 3 a 1. En Francia la proporción es de 4 a 1, y en los Estados Unidos de Norteamérica es de 2 a 1, predominando el sexo masculino, lo cual viene a confirmar más los datos aquí expuestos.

Dentro de los hábitos, predominó un gran porcentaje de los pacientes que fumaban e ingerían bebidas alcohólicas, hasta en el 52%, de los casos estudiados, no así el 23% no fumaba ni ingería bebidas alcohólicas, desconociéndose el dato en un 25%, esto viene a significar una proporción de 2 a 1, en los Estados Unidos la proporción es de 3 a 1, predominando el hábito de tabaco y el alcohol.

El síntoma predominante fue disfagia con 76 casos, dislalia con 34 casos y odinofagia con 33 casos. En el estudio que hizo Edward H. Gilbert (9), de 114 casos en la Universidad de Stanford, Estados Unidos, encontró que dichos pacientes presentaron como síntomas principales: Irritación y dolor de la cavidad oral.

En Guatemala el tipo histológico más frecuente de carcinoma de la lengua fue el epidermoide escamoso, constituyendo el 86.3%, coincidiendo con datos de los Estados Unidos y Francia (2, 8, 9). Se presentaron en el estudio tipo histológico raros como linfomas, adenocarcinoma y fibrosarcomas.

Un dato interesante dentro de esta investigación que llama a la atención, es que la parte anatómica que mayor - afectó a los pacientes con carcinoma de la lengua, fue la base - hasta en un 34%, seguido del lado izquierdo con 30%, y la parte derecha en el 27%, estos datos son significativos por cuanto - en el extranjero, estudios realizados por Robert Flamant (8), cita que el sitio anatómico más afectado es el lado izquierdo, lo - cual no coincide con los datos nacionales aquí expuestos.

El tratamiento del cáncer de la lengua es de - - acuerdo a su clasificación clínica, asociación a metástasis y es - tado evolutivo, en casos avanzados sólo es necesario la radiote - rapia, en otros la cirugía combinada con la radiación. En esta - investigación la mayor parte de los pacientes recibieron trata - mientos con Telecobalto a dosis tumoral hasta en el 49%; segui - do del 14%, a quienes se les brindó solo cirugía; 11% de los ca - sos estudiados recibieron tratamiento con cirugía combinada con radioterapia, en la literatura consultada a muchos de los pacien - tes se les brinda muchos de estos tratamientos.

CONCLUSIONES

- 1.- Durante los últimos veinte años se han reportado 168 casos - de cáncer de la lengua, en los servicios de salud de Guate - mala.
- 2.- El sexo más afectado es el sexo masculino.
- 3.- La edad en que mayormente se presenta es la quinta y sexta - décadas.
- 4.- El 35% de los casos eran fumadores, seguidos de el 12%, que eran fumadores y alcohólicos.
- 5.- El principal síntoma fue disfagia, el signo predominante fue - adenopatía cervical.
- 6.- El método de diagnóstico predominante sigue siendo la biop - sia.
- 7.- El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoi - de bien diferenciado.
- 8.- La lesión primaria estuvo localizada en la base de la lengua.
- 9.- La mayor cantidad de pacientes, procedía del departamento - de Guatemala.
- 10.- Un porcentaje grande recibieron tratamiento con radioterapia, ó la combinación de cirugía con radiación.

RECOMENDACIONES

Sentar las bases para formar un simposio sobre los diversos cánceres en Guatemala.

Unificar criterios para que en los servicios de salud de Guatemala, se lleve la clasificación TNM.

Efectuar en el futuro estudios prospectivos, mediante el cual pueda conocerse la supervivencia luego del tratamiento, para conocer las posibilidades de vida que puedan brindárseles a los pacientes con esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AMIEL-ROUESSE-D-MACHOUER: Oncología, 1a. Edición, pág. 127-128. Ed. Toray, España 1978.
- 2.- ANKERMANN AND DEL REGATO: Cancer, Third edition 1962, Pág. 285-305. The Mosby Company U.S.A.
- 3.- CASTRO FEDERICO: Oncología, Estudio multidisciplinario, Pág. 358. American Cancer Society.
- 4.- DAVES-CHRISTOPHER: Tratado de Patología Quirúrgica, - 10a. edición. Pág. 545-548, Ed. Interamericana 1974.
- 5.- DAVID SCHOTTENFELD: Alcohol as a co-factor in the etiology of cancer, Cancer (43), 1963-1966, American Cancer Society, Mayo 1979.
- 6.- ERNST L. WINDER: Dietary Habits and Cancer Epidemiology. Cancer (43), 1955-1961. American Cancer Society, -- May. 1979.
- 7.- EWING JAMES: Oncología, 2a. Edición 1962. Ed. Salvat, Pág. 958-965.
- 8.- FLAMANT ROBERT: Cancer of Tongue, A Study of 904 Cases, from Departement of Surgery and Statiscal Research Unit of National Institute Gustave Roussey, France, Cancer (17), 377-385, Marz. 1964.
- 9.- GILBERT EDWARD: Carcinoma of the oral tongue and floor-of mouth fifteen years, experience with linear accelerator therapy, Cancer (35), 1517-1524, American Cancer Society, June 1975.

11.- IRAHETA MONROY MARIO: Cáncer de la lengua, tesis 1977.

12.- LUCAS JR. AND FRAZELL: Cancer of Tongue, Report of management of 1554 cases, Cancer (15), 1085-1099, American Cancer Society, Nov. 1962.

13.- PATTERSON W.B.: Treatment of intraoral cancer by electrocoagulation. *Cancer* (43), 821-824. American Cancer Society, Mar. 1979.

14.- PAYMATER J.C.: Cancer and its distribution in India, - -
Cancer (17), 1026-1034, American Cancer Society, Aug.
1964.

15.- ROBERT KIM; Metastatic Carcinoma to the tongue, Cancer (43), 386-389. American Cancer Society, Jan. 1979.

16.- SCHAFFER AND WALDROM: A clinical histopatology -- study of oral leukoplakia, Surgery, pág. 112, 411, 420, -- abril 1961.

17.- YONG W. LEE AND GISSER: Squamous cel carcinoma - of the tongue in nine year renal transplant survivor, Cancer (41), 1-6. American Cancer Society, May. 1979.

Br. *[Signature]*

Dr.  Asesor. 
Dr. PABLO ALFARO

Dr. W. B. Edwards Revisor.

Dr. ~~Dr. Emilio C. Castillo Rodas~~
Secretario

Dr. _____
Director de Fase III