



Diagnóstico y tratamiento del cáncer de Lengua en Chile

AUTORES: INTERNO. ANGEL TORRES ROJAS
PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA

Introducción:

Existen pocas publicaciones en relación al cáncer de cavidad oral en Chile¹, el cual considera, según el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, las siguientes estructuras: Dos tercios anteriores de la lengua, labios, mucosa bucal, piso de la boca, encía inferior y superior, trígono retromolar y paladar duro¹. En relación a esto mi objetivo es realizar una revisión narrativa (review) de revistas nacionales e internacionales sobre el cáncer de lengua, analizando las formas de diagnóstico y los tratamientos descritos.

Material:

Se realizó una revisión de 10 artículos de revista publicados entre los años 2013 hasta el 2020. La distribución de estas se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1: Distribución de publicaciones revisadas clasificadas según año de publicación

Año publicación	Cantidad
2013	1
2015	1
2016	1
2017	3
2018	1
2019	1
2020	2

Método:

El análisis de los artículos fue realizado de manera individual. Para la búsqueda de estos, se ocuparon las plataformas de PubMed, ScIELO, y Google Académico usando los términos “cáncer de lengua”, “oral cancer”, “tonguecancer”, “chile”.

Resultado:

En relación al diagnóstico, se encontró que las presentaciones clínicas pueden ser: Asintomáticas (en sus estados iniciales). En estados más avanzados se puede observar: Sangrado, pérdida piezas dentarias, dificultad o dolor al deglutir, masas cervicales, úlceras, leucoplasias, eritroplasia o leucoeritroplasia, presencia de masas exofíticas o lesión endofítica, parestesias. Se debe sospechar en caso que una lesión perdure por más de 3 semanas²⁻³.

Sobre los factores de riesgo asociados al diagnóstico, se mencionan el consumo de tabaco, de alcohol, deficiencia nutricional, la infección del Virus del Papiloma Humano (VPH)⁴⁻⁵ y mascar nuez de areca⁴.

Sobre el tratamiento, se prefiere la cirugía como primera opción, y gracias a los avances que ha habido en la microcirugía, los resultados son cada vez más óptimos⁶. Se sugiere una división de 5 tipos de defectos para pensar en el abordaje quirúrgico de cáncer de lengua, tal como se muestra en la tabla 2. En la figura 1 se muestran ejemplos de estas divisiones.

Tabla 2: Clasificación en orden creciente en relación a la complejidad de reconstrucción⁶

Clasificación:	Características del defecto
Tipo 1	Unilateral y marginal. No afecta la punta de la lengua, no cruza la línea media. No se extiende más allá que 1 tercio del cuerpo móvil de la lengua ni afecta al tercio posterior.
Tipo 2	Unilateral, no cruza la línea media, sin afectación del tercio posterior. Se extiende a más de un tercio de la lengua
Tipo 3	Se extiende por dos tercios anteriores de la lengua con afectación de la zona contralateral.
Tipo 4 A	Afecta la base de la lengua, con menos de 50% de la base de la lengua afectada.
Tipo 4 B	Afecta la base de la lengua, con más de 50% de la base de la lengua afectada.
Tipo 5 A	Cualquier defecto en la lengua que afecta el piso de la cavidad oral sin afectación de hueso
Tipo 5 B	Cualquier defecto en la lengua que afecta el piso de la cavidad oral con afectación de hueso

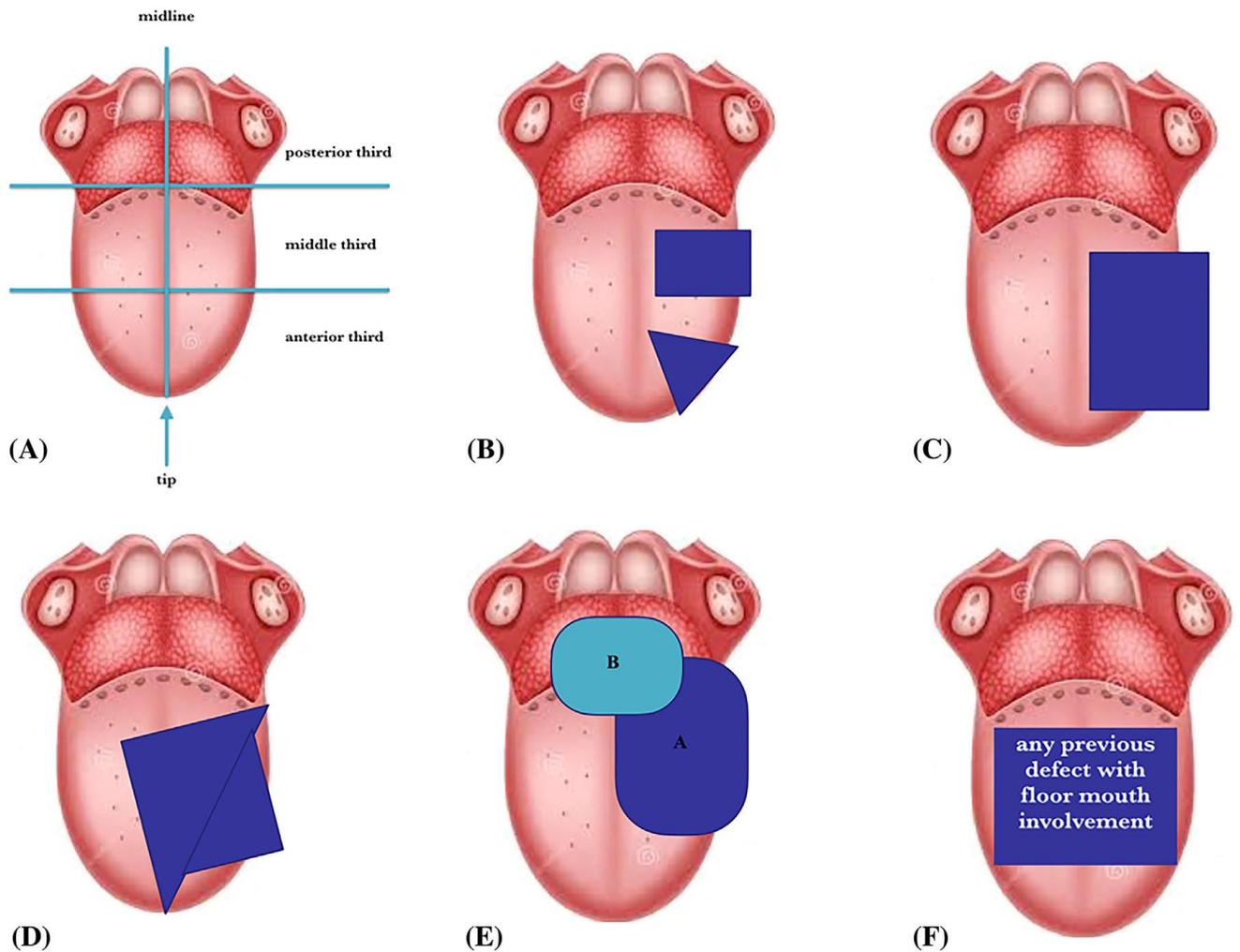


Figura 1: A: Representación esquemática de los tres segmentos del cuerpo de la lengua, cada uno dividido a su vez a lo largo del rafe medio de la lengua. La base de la lengua pertenece a la orofaringe, mientras que el cuerpo móvil de la lengua pertenece a la cavidad bucal. B: ejemplo de defecto tipo 1. C: Defecto tipo 2. D: ejemplo de defecto tipo 3. E: ejemplo de defecto tipo 4. F: ejemplo de defecto tipo 5. (Extraído de Mannelli G, et al. Classification of tongue cancer resection and treatment algorithm. 2018)

En incidencia, se ha visto que el cáncer de lengua es más frecuente en población masculina joven, además que ha habido un aumento de esta en diferentes países de Europa⁷.

A su vez, en experimentos in vitro se ha especulado un rol protector del estradiol, que se hipotetiza y podría explicar la diferencia de incidencia entre mujeres y hombres jóvenes, siendo más frecuente en estos últimos⁸.

También, en búsqueda de marcadores para indicar tratamiento, se ha visto la positividad del VPH como marcador de pronóstico⁹.

Discusión:

En relación al diagnóstico, tanto en la literatura nacional como internacional se menciona el diagnóstico tardío del cáncer de lengua y se identifican los mismos factores de riesgo para el desarrollo de esta patología, siendo estos el consumo de tabaco, alcohol, deficiencias nutricionales y la infección de VPH, además de no haber diferencias en la presentación clínica de este, lo que nos permitiría, por ejemplo, investigar en un futuro si al clasificar la patología según sus síntomas existen diferencias en el pronóstico de los pacientes.

Ahora, en relación al tratamiento, este es claro al preferirse la cirugía resectiva tanto a nivel nacional como internacional. Ahora, lo controvertido que se menciona en revistas internacionales es el seguimiento de estos pacientes. Dado que al saber que existe hasta un 30% de invasión a linfonodos¹⁰ el seguimiento a estos pacientes es el que cobra mayor importancia y en donde existe discusión sobre si es preferible seguir con exámenes imagenológicos o realizar una disección de cuello profiláctica (biopsia abierta)¹⁰. Lamentablemente la cantidad de artículos publicados en Chile son bajas en esta área¹, lo que dificulta la comparación del tratamiento con otras experiencias a nivel internacional.

Conclusiones:

La bibliografía en relación al cáncer de lengua es escasa tanto a nivel nacional como internacional, esto trae una dificultad al momento de comparar las experiencias en relación al tratamiento y seguimiento. Sin embargo, en relación al diagnóstico de esta patología impresiona que los criterios son transversales y la presentación con sus factores de riesgo es similar tanto a nivel nacional como internacional, existiendo estudios a nivel internacional para identificar marcadores de pronóstico y respuesta a otros tratamientos diferentes a la cirugía, siendo el VPH uno de los más estudiados.

Bibliografía:

1. Santelices Ch MJ, Cárcamo I M, Brenner A C, Montes F R. Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*. 2016 Jun;144(6):758–66.
2. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*. 2015 Aug;31(4):247–59.
3. Benly P. Management of Squamous Cell Carcinoma of Tongue – A Review. *J Pharm Sci*. 2017;9:3.
4. Konsulov S. Tongue Cancer. *International Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2020 Jul 29;13(2):30–2.
5. García Kass AI, Domínguez Gordillo AA, García Núñez JA, Cancela Rivas G, Torres Salcines J, Esparza Gómez GC. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. *Avances en Odontoestomatología*. 2013 Oct;29(5):255–69.
6. Mannelli G, Arcuri F, Agostini T, Innocenti M, Raffaini M, Spinelli G. Classification of tongue cancer resection and treatment algorithm. *Journal of Surgical Oncology*. 2018;117(5):1092–9.
7. Ghantous Y., Abu I.E. Global incidence and risk factors of oral cancer. *Harefuah*. 2017;156:645–649. - PubMed
8. Peltonen J, Tuomainen K, Sallinen T, Faress I, Suleymanova I, Al-Samadi A, et al. Effect of Sex Steroid Hormones on Tongue Cancer Cells In Vitro. *Anticancer Res*. 2020 Jan 11;40(11):6029–37.
9. Näsman A, Bersani C, Lindquist D, Du J, Ramqvist T, Dalianis T. Human Papillomavirus and Potentially Relevant Biomarkers in Tonsillar and Base of Tongue Squamous Cell Carcinoma. *Anticancer Res*. 2017 Jan 10;37(10):5319–28.
10. Hanai N, Asakage T, Kiyota N, Homma A, Hayashi R. Controversies in relation to neck management in N0 early oral tongue cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2019 Apr 1;49(4):297–305.