

Tumores malignos de los labios en Costa Rica

por

Ettore De Girolami* y Orlando Vargas**

(Recibido para su publicación el 7 de junio de 1956)

El presente trabajo tiene por objeto analizar todos los casos de tumores malignos de los labios, que se han diagnosticado histológicamente desde 1939 hasta 1953.

La casuística ha sido recogida entre los pacientes internados en el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Central de la Caja Costarricense del Seguro Social, los pacientes externos que se han presentado a los Departamentos de Cancerología de los citados centros Hospitalarios y los pacientes tratados en Cirugía Menor de ambos Hospitales.

Como paso previo al estudio que vamos a realizar, nos ha parecido de interés decir que, por ser estas las únicas Instituciones Hospitalarias en el país que cuentan con un Departamento de Cancerología y de Anatomía Patológica, creemos que nos fue posible controlar el número casi total de los enfermos portadores de tumores malignos de los labios en Costa Rica.

La mayoría de estos casos fueron controlados periódicamente y por largo tiempo en los Departamentos de Cancerología. Los pocos casos que no pudieron controlarse en su evolución los hemos verificado en el Registro Civil, con el

* Cátedra de Histología de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Costa Rica
Departamento de la Lucha contra el Cáncer en Costa Rica.

** Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica.

objeto de asegurarnos si los pacientes todavía sobrevivían, y de los fallecidos, saber la causa de su defunción.

En el estudio de nuestros 65 casos, enfocaremos por separado diferentes temas que hemos considerado de importancia.

SEXO

Entre los sesenta y cinco casos de nuestra casuística tenemos cuarenta y siete varones (72,3%) y dieciocho mujeres (27,7%).

En el cuadro 1 representamos los porcentajes por sexo de las casuísticas de varios autores desde 1865 hasta 1955. Se puede observar que en todos los casos el sexo masculino ha sido el más afectado por cáncer del labio, sin embargo, se nota que la incidencia en el sexo femenino de nuestra serie es muy alta en comparación con las demás, dando un porcentaje francamente superior a la de todos los trabajos anteriores.

En relación con la localización de la lesión, que será considerada más adelante, tenemos en el labio inferior 33 casos en varones y 7 casos en mujeres, mientras que en el labio superior tenemos diez casos en mujeres y 10 en hombres (cuadro 6).

También en relación con el tipo histológico de tumor debemos decir que sobre cuarenta y cuatro casos de epitelomas espinocelulares 35 (79,3%) se presentaron en varones y sólo 9 (20,7%) en mujeres; mientras los epitelomas basocelulares se presentan con la misma frecuencia en ambos sexos (cuadro 6).

EDAD

La edad de nuestros pacientes varía entre los dos años (uno de los casos más jóvenes de la literatura mundial que hemos revisado) y 87 años, siendo respectivamente 2-78 y 33-87 los límites de edad que se presentaron en varones y mujeres. La edad media para los hombres es de 58,4 años y la de las mujeres de 65,1. Estos últimos valores son parecidos a los de FIGI (3) (54,3 en varones, 59,9 en mujeres), mientras que difieren totalmente de los de WILE y HAND (10) (65,4 en varones, 61,09 en mujeres).

Como bien se puede observar en el cuadro 2, nuestros casos fueron agrupados por edades, haciéndose una relación porcentual entre los dos sexos por grupos de edades, así como por grupos de edades en cada sexo respectivamente.

En la distribución porcentual según el sexo se nota que en los varones el porcentaje de casos es mayor en los grupos de edades hasta los 60-69 años, mientras que en las mujeres los valores porcentuales más altos los tenemos después de los 70 años.

En la distribución porcentual por grupos de edades se nota que en ambos sexos la mayor incidencia la tenemos entre los 40 y 70 años, siendo

CUADRO 1

Frecuencia de los tumores malignos de los labios por edad y sexo en diversos autores (SAGGIORO (8)), modificado

AUTORES	Año publicación	Nº casos	Edad de mayor frecuencia	PORCENTAJE	
				Varones	Mujeres
Thiersch	1865	48	50 - 60	95,8	4,2
Koch	1881	145	50 - 60	91	9
Worner	1886	305	60 - 70	90,2	9,8
Maiweg	1887	400	55 - 75	91,5	8,5
Janowsky	1902	178	60 - 70	89,9	10,1
Steiner	1906	90	—	96,7	3,3
Ribera - Sans	1908	87	—	90,8	9,2
Broders	1920	537	—	98	2
Nystrom	1922	275	70 - 75	83,3	16,7
Simmons	1922	187	50 - 60	93,1	6,9
Brewer	1923	694	—	95	5
Butler	1926	191	40 - 50	91,2	8,8
Pack - Le Fevre	1930	589	50 - 55	94,2	5,8
Mac Mahon	1931	751	60 - 70	94,4	5,6
Collin	1932	111	—	100	—
Pfahler - Vastine	1932	253	40 - 70	88	12
Kelly	1933	535	60 - 70	93,2	6,8
Wangesteen	1933	138	50 - 60	96,5	3,5
Figi	1934	942	40 - 70	98,8	1,2
Hollander	1936	71	55 - 65	93,2	6,8
Muller	1936	55	65 - 75	94,5	5,5
Wile - Hand	1937	425	50 - 60	96,4	3,6
Bergendal	1938	265	60 - 70	91,3	8,7
Martin <i>et al.</i>	1941	371	50 - 70	98	2
Ebenius	1943	778	60 - 70	92,4	7,6
Roffo	1943	279	50 - 60	96	4
Cross - Guralnick	1948	563	55 - 75	98	2
Bonomini - Saggioro	1950	435	50 - 70	90,1	9,9
Rocco	1950	112	60 - 70	86,5	13,5
Saggioro	1952	555	50 - 70	89,8	10,2
Denoix	1952	1833	50 - 80	85,6	14,4
Piacentini	1953	27	—	88,9	11,1
Marinello	1954	70	40 - 80	93	7
Public Health Dep. U. S. A.	1955	405	—	87,8	12,3
<i>De Girolami - Vargas</i>	1955	65	40 - 70	72,3	27,7

la edad de mayor incidencia entre los 50-69 para los varones y 60-89 para las mujeres.

En el cuadro 1 podemos notar en cuáles límites de edades se presentan con mayor frecuencia los tumores malignos de los labios. Hemos tomado la mayoría de los trabajos analizados por SAGGIORO (8), considerando además los de DENOIX (2) en Francia, los de PIANCENTINI y BRIZIO (5) en Italia, los del "U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE" (6), y los nuestros. Se puede considerar de acuerdo con todas las publicaciones la edad entre los 50-70 años, como el promedio que presenta la mayor frecuencia de tumores malignos de los labios en todo el mundo.

En el cuadro 3 representamos los valores porcentuales de varios trabajos que consideraron nuestros mismos grupos de edades. Para que se pudiera hacer un análisis comparativo hemos calculado los valores porcentuales, tomando los datos absolutos de los trabajos de SAGGIORO (8), DENOIX (2) y "U. S. DEPARTMENT OF HEALTH" (6).

Relacionando nuestros porcentajes con los demás, observamos:

- a) en el grupo de edades 0-4 el caso con mayor frecuencia es el nuestro.
- b) entre 5 y 29 años nosotros no tenemos ningún caso de neoplasia de los labios.
- c) en los grupos de edades 30-39 y 40-49 años nuestros valores son del 10,9% y del 17% respectivamente, correspondiendo más o menos al promedio de los otros AA.
- d) en el grupo de edad 50-59 años nuestro porcentaje 27,5% está entre los más altos.
- e) en el grupo 60-69 años nuestro porcentaje 27,5% parece casi una media aritmética de los demás.
- f) en los grupos de edades 70-79 y 80-89 nuestros porcentajes 10,9% respectivamente, están entre los más bajos.

Todas estas observaciones confirman que nuestra mayor incidencia está entre los 40-70 años, y que entre los 50-59 años hay en Costa Rica un número de casos de los más altos en relación con los trabajos analizados.

RAZA

El tumor maligno de los labios se presenta más frecuentemente en la raza blanca. En nuestra casuística tenemos cuatro casos (6,15 %) en pacientes de raza de color; una mujer mestiza, y tres varones, uno mestizo y dos negros.

Comparado con los demás el valor de 6,15 % es bastante elevado. CROSS, GURALNICK y DOLAND (1) en 563 casos presentan únicamente pacientes de raza blanca: MARINELLO *et al.* (4) tiene 1 % en negros. El "U. S. DEPARTMENT OF HEALTH" (6) sobre 410 casos presenta únicamente 5 casos de negros (1,2 %). De estos, dos mujeres en el Norte y tres varones en el Sur.

En un sentido comparativo nuestro valor de 6,15 % es bastante alto.

CUADRO 2

Distribución numérica, porcentual por sexo y grupos de edades de nuestros pacientes

SEXO	GRUPOS DE EDADES										
	TOTALES	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Ignorada
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LOS CASOS											
TOTALES	65	1	—	—	7	11	18	18	7	2	1
Varones	47	1	—	—	5	7	17	14	3	—	—
Mujeres	18	—	—	—	2	4	1	4	4	2	1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL SEXO											
TOTALES	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Varones	72,3	100	—	—	71,4	63,6	94,5	77,8	42,8	—	—
Mujeres	27,7	—	—	—	28,6	36,4	5,5	22,2	57,2	100	100
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDADES											
TOTALES	100	1,6	—	—	10,9	17	27,5	27,5	10,9	3	1,6
Varones	100	2,1	—	—	10,6	14,9	36,2	29,6	6,4	—	—
Mujeres	100	—	—	—	11,1	22,2	5,5	22,2	22,2	11,1	5,55

CUADRO 3

Valores porcentuales por grupos de edad de diferentes autores

AUTORES	Años	GRUPOS DE EDADES										
		0-4	5-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90...
Simmons	1922	—	—	—	3,7	9,87	14,18	27,81	22,22	17,28	4,32	0,62
Mac Mahon	1931	—	—	0,62	4,5	11,58	16,6	22,9	23,3	17,18	3,19	0,13
Kelly	1933	—	—	—	2,1	7,9	20,8	22,83	28,12	15,35	2,9	—
Figi	1934	—	—	0,11	2,12	10,61	21,92	27,30	27,83	9,35	0,86	—
Wile-Hand	1937	—	—	—	8,62	13,44	24,28	30,35	20,76	2,55	—	—
Bergendal	1938	—	—	—	0,38	4,37	7,98	19,36	31,86	27,30	8,75	—
Ebenius	1943	—	—	—	0,38	3,55	10,60	17,80	29,15	27,90	10,10	0,52
Bonomini-Saggiaro	1950	—	0,24	0,24	1,18	7,55	15,53	25,48	26,58	18,25	4,47	0,48
Rocco	1950	—	—	—	11,81	18,06	17,16	19,90	30,36	2,71	—	—
Denoix	1952	—	0,05	—	1,20	5,10	12,14	22,74	31,07	23,25	4,30	0,15
Saggiaro	1952	—	0,18	0,18	1,80	7,94	16,10	23,60	26,53	18,51	4,82	0,54
Public Health U.S.	1955	0,24	0,45	—	2,09	4,44	13,10	26,50	29,33	16,70	6,70	0,45
De Girolami-Vargas*	1955	1,6	—	—	—	10,90	17,00	27,50	27,50	10,90	3,00	—

* Un caso con edad desconocida

OCUPACIÓN

Todas las mujeres de nuestra casuística se dedican a oficios domésticos. Los 47 casos en hombres tienen las siguientes ocupaciones:

Jornaleros	29	61,7 %
Agricultores	5	10,63 %
Comerciantes	3	6,38 %
Empleados	2	4,30 %
Abogado	1	2,12 %
Albañil	1	2,12 %
Ebanista	1	2,12 %
Desconocida	5	10,63 %

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

En el cuadro 4 están representados los números absolutos de nuestros casos, distribuidos en las diferentes provincias del país. No consideramos útil sacar los porcentajes, puesto que varía el número de habitantes por cada provincia, ni podemos calcular la frecuencia real tratándose de casos aparecidos en diferentes años.

CUADRO 4

Distribución geográfica por provincias de nuestra casuística

Localidad	Totales	Varones	Mujeres
TOTALES	65	47	18
San José	26	17	9
Alajuela	9	7	2
Cartago	9	7	2
Heredia	5	4	1
Guanacaste	7	5	2
Puntarenas	6	5	1
Limón	3	2	1

TIPO HISTOLÓGICO

En los últimos trabajos sobre tumores malignos de los labios (MARINELLO

et al. (4), U. S. PUBLIC HEALTH (6)), existe la tendencia de considerar como tumores malignos de los labios únicamente los que se originan en la mucosa, o en otras palabras, del área rosada o vermillón de los labios.

Nosotros, de acuerdo con PUENTE DUANY (7) hemos preferido considerar como tumores de los labios los que afectan exclusivamente la mucosa y los que afectan mucosa y piel, puesto que no siempre es posible, aunque se investigue cuidadosamente en la historia del paciente, poder decidir si en realidad estas últimas formas son parte de los tumores de la piel de la cara o de la mucosa de los labios.

En nuestro estudio se considera que los espinocelulares y los mixtos se originan de la mucosa de los labios; que los basocelulares tienen su origen en el borde límite mucosa-piel, siendo las hiperplasias epiteliomatosas de origen mucoso.

Presentamos 65 casos, de los cuales 44 son espinocelulares (67,6 %), 18 son basocelulares (27,8 %), 1 mixto (1,5 %) y 2 hiperplasias epiteliomatosas (3,1 %).

En el cuadro 5 están representados los tipos histológicos por grupos de edades según el sexo.

Como bien se puede apreciar en el mismo, quedan sin considerar el epiteloma mixto que se presentó en un hombre de 57 años y las dos hiperplasias epiteliomatosas que se presentaron en hombres, respectivamente, de 40 y 53 años.

Se nota que los espinocelulares y los basocelulares son más comunes en el hombre entre los 30 y 69 años, mientras que en las mujeres tienen un límite más amplio.

CUADRO 5

Tipo histológico por grupos de edades según el sexo

Grupos de edades	Espinocelular		Basocelular	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
TOTALES	35	9	9	9
0-9	1	—	—	—
10-19	—	—	—	—
20-29	—	—	—	—
30-39	4	2	1	—
40-49	4	1	2	3
50-59	12	1	3	—
60-69	11	2	3	2
70-79	3	1	—	3
80-89	—	1	—	1
Desconocido	—	1	—	—

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

El asiento de los tumores malignos de los labios, de acuerdo con la mayoría de los AA., es más frecuente en el labio inferior.

En el cuadro 6 presentamos la distribución de nuestros pacientes por sexo, por tipo histológico y por localización de la lesión de acuerdo con las divisiones que hemos hecho de cada labio. Se ha considerado en cada labio dos tercios laterales (derecho o izquierdo), una parte central y dos comisuras.

Podemos observar que sobre el número total de 65 casos revisados, la mayoría, 40 (61,5 %) se localizan en el labio inferior, mientras que sólo 21 (32,3 %) en el labio superior y 4 (6,2 %) en las comisuras.

Es interesante observar que tanto en el hombre como en la mujer los espinocelulares afectan más el labio inferior, y los basocelulares el superior.

En los varones tenemos el 85,8 por ciento de epitelomas espinocelulares que interesan el labio inferior, siendo a la vez más comunes en el tercio central, luego en el tercio izquierdo y por último en el derecho, quedando sólo el 5,7 por ciento en el tercio medial del labio superior. En las mujeres el 77,8 por ciento están localizados en el labio inferior y el 22,2 por ciento en el superior.

Con respecto a los epitelomas basocelulares tenemos que el 22,2 por ciento afectan el labio inferior y el 77,8 por ciento el superior en los varones; y en las mujeres podemos decir que a excepción del 11 por ciento de casos en la comisura derecha, los demás se presentan en el límite mucosa-piel del labio superior.

Estos resultados nos inducen a pensar que debe existir un factor endógeno y exógeno que facilita la neoformación espinocelular en el labio inferior, factor que es más activo en el hombre (35 espinocelulares, 9 basocelulares), que en la mujer (9 espinocelulares y 9 basocelulares).

Hemos tratado de comparar valores porcentuales entre la localización en el labio inferior, superior y comisuras de nuestra estadística y la de otros trabajos. Con excepción de pocas publicaciones, en las que se diferencia desde el principio a los espinocelulares, en la mayoría no se dilucida bien cuales tipos histológicos se consideran y es por ello que los valores porcentuales varían entre un autor y el otro. Por ejemplo, MARINELLO *et al.* (4) tiene un 96 por ciento para el labio inferior y 4 por ciento para el superior, siendo todos casos de espinocelulares.

CROSS, GURALNICK y DALAND (1) nos presentan un 88,4 por ciento inferiores, 8,3 por ciento superiores y 3,3 por ciento en las comisuras.

SAGGIORO (8) presenta 85,2 por ciento en el labio inferior, 8,5 por ciento en el superior y 6,3 por ciento en las comisuras.

WILE y HAND (10) nos dan un 93,3 por ciento inferiores, 4,7 por ciento superiores y 2 por ciento en las comisuras.

Nosotros, sólo para los espinocelulares tenemos unos porcentajes parecidos, 84,2 por ciento para el labio inferior, 9 por ciento para el labio superior y 6,8 por ciento para las comisuras. Naturalmente si añadimos al número de espinocelulares nuestros casos de basocelulares los valores porcentuales se mo-

Localización de las lesiones por sexo y tipo histológico

LOCALIZACION	Totales	TIPO DE TUMOR							
		VARONES				MUJERES			
		Espino- celular	Basoce- lular	Mixto	Hiperpla- sia epite- liomatosa	Espino- celular	Basoce- lular	Mixto	Hiperpla- sia epite- liomatosa

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA

TOTALES	65	35	9	1	2	9	9	—	—
Inferior derecho	9	5	1	—	—	3	—	—	—
Inferior izquierdo	14	12	—	—	—	2	—	—	—
Inferior medial	17	13	1	—	1	2	—	—	—
Superior derecho	8	—	3	—	—	1	4	—	—
Superior izquierdo	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Superior medial	12	2	4	1	1	1	3	—	—
Comisura derecha	2	1	—	—	—	—	1	—	—
Comisura izquierda	2	2	—	—	—	—	—	—	—

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL

TOTALES	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Inferior derecho	13,8	14,2	11,1	—	—	33,4	—	—	—
Inferior izquierdo	21,5	34,3	—	—	—	22,2	—	—	—
Inferior medial	26,2	37,3	11,1	—	50	22,2	—	—	—
Superior derecho	12,4	—	33,3	—	—	11,1	44,5	—	—
Superior izquierdo	1,6	—	—	—	—	—	11,1	—	—
Superior medial	18,3	5,7	44,5	100	50	11,1	33,3	—	—
Comisura derecha	3,1	2,8	—	—	—	—	11,1	—	—
Comisura izquierda	3,1	5,7	—	—	—	—	—	—	—

difican, siendo de preferencia el labio superior el asiento de éstos.

Concluyendo, los epitelomas espinocelulares son tumores que se localizan en la mucosa de los labios, mientras que los basocelulares se originan en los bordes mucosa-piel. Igualmente los espinocelulares se localizan preferentemente en el labio inferior y los basocelulares en el superior. Por consiguiente, cualquier estudio comparativo en porcentaje no tiene su justo valor, si no analizamos trabajos que han tomado los mismos tipos histológicos, de otro modo los resultados son muy diferentes.

INICIO Y TAMAÑO DE LA LESIÓN

El período de duración de la lesión antes del tratamiento es un dato subjetivo que nosotros obtuvimos de la anamnesis del paciente.

El tamaño de la lesión al contrario es un dato objetivo dado por el médico en el momento de la primera consulta.

Con el objeto de dar un valor más positivo al primero, hemos considerado los dos temas en función del tipo histológico y su resultado está representado en el cuadro 7.

CUADRO 7

Relación entre el inicio de la lesión, su tamaño y el tipo histológico

TIEMPO	Tamaño en centímetros							
	ESPINOCELULAR				BASOCELULAR			
	0,5	1	2	3 y más	0,5	1	2	3 y más
TOTALES	8	18	12	6	6	4	3	5
1 mes	1	—	—	—	—	—	—	—
2 meses	1	2	1	—	—	—	—	—
3 "	1	1	—	—	—	—	—	—
3 "	—	—	2	1	—	—	—	—
5 "	—	1	1	1	—	—	—	—
6 "	—	3	1	—	—	—	—	—
7 "	—	2	1	—	1	2	—	—
unos meses	3	6	3	3	1	1	1	3
1 año	—	2	2	—	2	—	2	2
2 años	1	1	—	1	1	1	—	—
3 años	1	—	1	—	1	—	—	—

Dejamos por fuera del cuadro las dos hiperplasias epiteliomatosas que tienen ambas más de un año de evolución, siendo una de 2 cm. y la otra de 0,5 cm. y el tumor mixto con 10 meses de evolución y 1 cm. de diámetro.

Como los demás autores, FIGI (3), SAGGIORO (8) y CROSS *et al.* (1) muy variado ha sido en nuestra casuística el período entre el inicio de la lesión y la primera visita médica. Tenemos unos límites entre 1 mes y 3 años. Del cuadro 7 se desprende que existe un número más grande de pacientes que se presentan en los primeros meses en casos de tumor de tipo espinocelular, lo que hace pensar que esta forma tiene un desarrollo más repentino y dramático, que obliga al paciente a presentarse más temprano a consulta. Al contrario, en los basocelulares los pacientes se presentan después de los 7 meses y aún con lesiones de 0,5 a 1 cm.

La mayoría de los espinocelulares tenían un tamaño entre 1 y 2 cm., los basocelulares entre 0,5 y 1 cm.

El período medio de inicio, a la presentación del paciente al consultorio en nuestra estadística, es sólo de 3 meses aproximadamente. Este es un período de tiempo muy breve si lo comparamos con los de FIGI (3) y CROSS *et al.* (1) en los Estados Unidos de Norteamérica, siendo de 28,3 y de 6 meses respectivamente, y con los de SAGGIORO (8) en Italia de 5,2 meses.

FORMA CLÍNICA

La clasificación de las formas clínicas de los tumores de los labios varía según los AA. Por ejemplo:

SHARP *et al.* (9) reconocen tres formas:

- a) papilar exofítica, o no invasiva
- b) de crecimiento lento
- c) úlcero-infiltrante con tendencia a las metástasis precoces.

WILE y HAND (10) reconoce dos formas:

- a) papilar superficial
- b) úlcero infiltrante.

Nosotros, aunque consideramos muy correcta la clasificación esquemática de MARINELLO *et al.* (4) que es la siguiente:

- a) tipo superficial
- b) tipo vegetante
- c) tipo infiltrante
- d) tipo úlcero-infiltrante

y cuya malignidad es progresiva, preferimos representar estadísticamente cuantas veces se han presentado los diferentes síntomas que se encuentran en los espinocelulares y basocelulares, como aparece en el cuadro 8.

CUADRO 8

Análisis de la incidencia numérica y porcentual de los diferentes signos clínicos en los epiteliomas espino y basocelulares según el sexo

SIGNOS CLINICOS	ESPINOCELULARES			BASOCELULARES		
	Totales	Varones	Mujeres	Totales	Varones	Mujeres
INCIDENCIA NUMÉRICA SOBRE EL NÚMERO BASE DE LOS CASOS						
Número base	44	35	9	18	9	9
Cronicidad	38	30	8	18	9	9
Induración	31	24	7	12	5	7
Ulceración	28	25	3	10	6	4
Infiltración	5	4	1	3	2	1
Tumoración	14	6	8	7	3	4
Proliferación	3	3	—	—	—	—
Bordes perlados	14	13	1	3	3	—
Costra córnea	1	1	—	—	—	—
Ganglios	7	7	—	1	1	—

INCIDENCIA PORCENTUAL SOBRE EL NÚMERO BASE

Cronicidad	86,3	84,0	88,8	100,0	100,0	100,0
Induración	70,4	67,2	77,7	66,0	55,5	77,7
Ulceración	63,6	70,0	33,3	55,0	66,6	44,4
Infiltración	11,3	11,2	11,1	16,5	22,2	11,1
Tumoración	31,8	16,8	88,8	38,5	33,3	44,4
Proliferación	6,8	8,4	—	—	—	—
Bordes perlados	31,8	36,4	11,1	16,5	33,3	—
Costra córnea	2,3	2,8	—	—	—	—
Ganglios	15,9	19,6	—	5,5	11,1	—

Analizando nuestra estadística debemos concluir:

- 1) La cronicidad es el síntoma más frecuente sea en los espinocelulares como en los basocelulares y tanto en varones como en mujeres.
- 2) La induración también muy frecuente es más típica de los espinocelulares.
- 3) La ulceración es también un síntoma muy frecuente presentándose más en los espinocelulares y en los varones.
- 4) La infiltración es rara en los espino y basocelulares.

- 5) La tumoración es típica en el sexo femenino de ambas formas histológicas.
- 6) La forma proliferante es típica de los espinocelulares y se presenta sólo en varones siendo poco frecuente.
- 7) Los bordes perlados son más comunes en los espinocelulares, sin embargo se pueden presentar también en los basocelulares.
- 8) Las metástasis ganglionares son típicas de los espinocelulares y se presentan sólo en varones.

Además debemos precisar que un epiteloma basocelular era pigmentado, así como:

- a) Las dos hiperplasias epiteliomatosas se presentaron con tumoración y ulceración.
- b) El epiteloma mixto presentaba induración e infiltración.

ETIOLOGÍA

Este capítulo es el más discutido en todos los trabajos. Nosotros, no deseamos repetir lo que ya muchos autores informan, sino simplemente analizar los datos de nuestra estadística y si es del caso hacer conclusiones comparativas al respecto.

En el cuadro 9 representamos una relación entre la ocupación de los pacientes y el tipo histológico del tumor. Dicho análisis sólo lo hacemos en varones puesto que todas las mujeres se dedican a oficios domésticos.

CUADRO 9

Distribución numérica y porcentual de los enfermos de acuerdo con la ocupación y el tipo histológico

OCUPACION	Tipo Histológico			
	ESPINOCELULARES		BASOCELULARES	
	Nº casos	%	Nº casos	%
TOTALES	35	100,00	9	100,0
Jornalero	21	60,0	5	55,55
Agricultor	5	14,3	—	—
Comerciante	3	8,6	—	—
Empleado	2	5,7	—	—
Albañil	1	2,8	—	—
Abogado	—	—	1	11,11
Ebanista	—	—	1	11,11
Desconocida	3	8,6	2	22,23

De acuerdo con la acción etiopatológica cancerígena de origen física, es bien evidente en el cuadro 9 que la mayoría, (85,7 %) de nuestros pacientes trabaja al aire y sol y la mayor parte de ellos en el campo. Esta causa tiene una alta incidencia no sólo en los espinocelulares sino también en los basocelulares.

En el cuadro 10 representamos las posibles causas que nosotros hemos notado en cada paciente, relacionándolas con el tipo histológico y con el sexo. Es evidente que el fumado, sea como causa simple o combinada, tiene una alta incidencia sobre todo en los varones y en los espinocelulares. Es notorio que éstos se localizan de preferencia en el labio inferior donde se produce la acción químico-irritativa del cigarrillo, pipa, puro y tabaco.

Observamos también en el cuadro 10 que la patología bucal tiene su importancia como posible causa de la neoplasia labial. Los dientes cariados, las prótesis mal ajustadas y mala higiene bucal, son factores que sin duda se presentan frecuentemente.

Los otros AA. no han encontrado quizá una igual frecuencia de lesiones bucales en pacientes de cáncer del labio, sin embargo debemos pensar que la higiene bucal es un capítulo importante de enfocarse en estos casos.

La sífilis, un tiempo considerada como factor cancerígeno, hoy día podemos excluirla por completo. Nosotros tenemos un único caso luético y que además era fumador inveterado por lo cual esto último se podría considerar como la verdadera causa.

Para los basocelulares es posible que tenga menos importancia la acción física puesto que se originan en el límite mucosa-piel y como se ve en el cuadro 10, las causas consideradas tienen una incidencia mínima en ellos.

Analizando ahora nuestros enfermos podemos decir:

- a) Entre los 44 casos de epitelomas espinocelulares, 28 fuman y de estos, 24 corresponden al labio inferior, 2 al labio superior y 2 a las comisuras.
- b) De los 33 casos que se presentaron en el sexo masculino y localizados en el labio inferior, 30 son espinocelulares y de estos 24 son fumadores.
- c) Entre los 11 casos de tumores del labio superior en los varones, dos son espinocelulares y ambos fumadores.
- d) De los 3 casos localizados en las comisuras en el sexo masculino dos fuman.
- e) Entre los 29 fumadores presentados en el sexo masculino, 28 corresponden a espinocelulares y 1 basocelular.
- f) Las dos mujeres que fumaban tenían un tumor de tipo basocelular.
- g) los 3 pacientes que mascaban tabaco presentaban epiteloma espinocelular.

CUADRO 10

Distribución numérica de los hábitos y posibles causas etiopatogénicas encontradas en nuestros pacientes

CAUSAS	Tipo Histológico			
	ESPINOCELULARES		BASOCELULARES	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Fumado				
} cigarrillos	25	—	1	2
} puros	2	—	—	—
} pipa	1	—	—	—
Masca tabaco	3	—	—	—
Mala higiene bucal	1	1	1	1
Dientes cariados	8	1	2	2
Prótesis	3	—	—	—
Paradentosis	2	—	—	—
Avitaminosis	—	1	—	—
<i>Causas dobles</i>				
Fumado-dientes cariados	6	—	—	—
Fumado-prótesis	3	—	—	—
Fumado-paradentosis	1	—	—	—
Fumado-lues	1	—	—	—
Mala higiene bucal y caries	1	—	—	—
<i>Causas triples</i>				
Fumado, masca tabaco y dientes cariados	1	—	—	—
Fumado, caries y mala higiene bucal	1	—	1	—
Desconocido	9	7	6	3

ESTADO CLÍNICO

El estado clínico de las lesiones epiteliomatosas de los labios tiene una enorme importancia porque a ello está ligada la conducta terapéutica a seguir.

Existen diferentes criterios para clasificar los epiteliomas del labio. Nosotros nos hemos orientado considerando los siguientes cuatro grupos:

Estado I: lesión superficial de no más de dos cm. de diámetro y no infiltrante.

Estado II: lesión de más de dos cm. de diámetro sin infiltración, o menor de dos cm. de diámetro con infiltración profunda sin presencia de metástasis ganglionares regionales.

Estado III: lesión primaria de cualquier tamaño con metástasis ganglionares regionales.

Estado IV: cualquier otro tipo de lesión con metástasis lejanas.

Aunque no exista actualmente uniformidad en la clasificación del estado clínico, generalmente éste corresponde, en los diferentes trabajos estadísticos, a un mismo grado de extensión de la lesión.

Comparando nuestros datos estadísticos con los de otros AA., podemos decir que nuestros porcentajes totales y parciales son muy favorables, puesto que los pacientes en gran mayoría se presentaron a la consulta en el período de estado I o II. Sólo 1 caso se presentó en estado IV.

Además de los pacientes clasificados en el cuadro 11, debemos tomar en cuenta el tumor mixto (estado II) y las dos hiperplasias epiteliomatosas (estado I).

CUADRO 11

Distribución numérica y porcentual por estado, según el tipo histológico y el sexo

ESTADO	TOTALES	Tipo Histológico			
		ESPINOCELULARES		BASOCELULARES	
		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
TOTALES	62	35	9	9	9
I	33	17	6	5	5
II	17	8	2	3	4
III	11	10	—	1	—
IV	1	—	1	—	—

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL

TOTALES	100	100	100	100	100
I	53,2	48,6	66,6	55,5	55,5
II	17,7	22,6	22,2	33,3	44,5
III	7,2	28,6	—	11,2	—
IV	1,9	—	11,2	—	—

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

La escogencia de un determinado plan de tratamiento en los tumores de los labios según nuestro parecer, está ligada con el estado clínico de la lesión que presentan los pacientes en la primera consulta.

Todos los pacientes de nuestro estudio que se presentaban en estado I fueron tratados quirúrgicamente mediante incisión en V bajo anestesia local.

Generalmente los pacientes que se presentaban en estado II fueron tratados quirúrgicamente, practicándose incisión en V bajo anestesia general, siendo necesario algunas veces incisiones más extensas con reconstrucción plástica del defecto.

Los 4 casos tratados con roentgenterapia, con o sin previa electrocoagulación, recibieron entre 3000 y 6000 r, 200 r por cada sección empleando 200 Kv, filtrados por 0,50 mms., de Cu y 1 mm. Al. Se usó un cono de 2,5 cm., teniendo el cuidado de interponer entre los labios y las arcadas dentarias protectores de plomo.

Todos los casos en estado II a excepción de uno (basocelular) son de tipo espinocelular. El tratamiento de elección fue, incisión en V amplia con reconstrucción plástica y vaciamiento radical de las metástasis ganglionares. Un paciente fue tratado únicamente con roentgenterapia profunda y otros recibieron roentgenterapia profunda en las regiones ganglionares metastásicas.

El único caso de estado IV no recibió tratamiento alguno porque el paciente abandonó el hospital.

En el cuadro 12 hacemos un estudio comparativo entre el estado clínico de los pacientes cuando se presentaron a la primera consulta, el diagnóstico histopatológico y la sobrevivencia después de 3,5 y 10 años.

Los pacientes normalmente después de 5 años no vienen a control periódico y es por ello que el número de los casos que están en la columna del mismo cuadro encabezada "en observación", es inferior a otros.

Los casos después de 10 años fueron investigados por nosotros con el objeto de completar este trabajo.

De los espinocelulares en estado I después de 3 años todos sobrevivían, mientras que después de 5 años estaban vivos 11, pero debemos recordar que sólo 12 casos no tienen más de 5 años de operados y que por lo tanto es muy alto el número de sobrevivientes. Lo mismo podemos decir de los casos en estado II y III.

El único paciente en estado IV muere a los dos meses de la primera consulta.

Entre los basocelulares la sobrevivencia en estado I y II es aún mejor. El único caso en estado III muere, no presentándose ningún caso en estado IV.

En el cuadro 13 hemos representado la sobrevivencia de acuerdo con el estado, el tipo histológico y el tratamiento.

En el estado I se nota que la forma ideal de tratamiento para los espinocelulares es la incisión en V, con o sin reconstrucción plástica según la

CUADRO 12

Relación entre el estado clínico y la sobrevivencia

ESTADO	Total pacientes	En observación		VIVOS						MUERTOS			
				Después de 3 años		Después de 5 años		Después de 10 años		Por cáncer		Otra causa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESPINOCELULARES													
TOTALES	44	35	79,5	39	88,6	21	47,7	3	6,8	6	13,6	1	2,3
I	23	19	82,6	23	100,0	11	47,7	2	8,7	2	8,7	—	—
II	10	8	80,0	8	80,0	6	60,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0
III	10	8	80,0	8	80,0	4	40,0	—	—	2	20,0	—	—
IV	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100,0	—	—
BASOCELULARES													
TOTALES	18	11	61,1	17	94,4	8	44,4	3	16,6	1	5,5	3	16,6
I	10	7	70,0	10	100,0	7	70,0	2	20,0	—	—	1	10,0
II	7	4	57,1	7	100,0	1	14,3	1	14,3	—	—	2	28,6
III	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100,0	—	—
IV	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

CUADRO 13

*Relación entre el tratamiento en los diferentes estados (I, II, III)
y la sobrevivencia*

TRATAMIENTO	ESPINOCELULARES					BASOCELULARES				
	VIVOS			MUERTOS		VIVOS			MUERTOS	
	A los 3 años	A los 5 años	A los 10 a.	Por cáncer	Otra causa	A los 3 años	A los 5 años	A los 10 a.	Por cáncer	Otra causa
Estado I										
TOTAL	23	11	2	2	—	10	7	2	—	1
Inciación en V simple	12	6	1	—	—	6	4	2	—	1
Inciación en V con plastía	8	4	—	—	—	4	3	—	—	—
Inciación en V y va- ciamiento ganglionar	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Inciación en V y roentgen	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Roentgenterapia	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Estado II										
TOTAL	8	6	1	1	1	7	1	1	—	2
Invisión en V simple	4	4	—	—	—	4	1	1	—	2
Inciación en V con plastía	2	2	1	—	—	2	—	—	—	—
Inciación en V, plas- tía y roentgenterapia	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Inciación en V, plas- tía, roentgen y vas. ganglios	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Estado III										
TOTAL	8	4	—	2	—	1	—	—	—	1
Inciación en V y vas. ganglios	7	4	—	1	—	—	—	—	—	—
Inciación en V y roentgen	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Roentgenterapia	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—

extensión de la lesión primaria. En el único caso en que fue necesario hacer un vaciamiento ganglionar posterior el paciente falleció.

La roentgenerapia fue usada desde el inicio en un solo caso que sobrevivió a los 10 años, mientras que el otro, ya operado, murió.

En el estado II también se considera la incisión en V con reconstrucción plástica si es necesario, como la forma más correcta de tratamiento.

En el estado III la incisión en V amplia y el vaciamiento ganglionar es el tratamiento de elección de acuerdo con la sobrevivencia de los pacientes.

Debemos recordar que las dos hiperplasias epiteliomatosas (estado I) sobreviven a los cinco años, mientras que el único caso de tumor mixto murió a los cinco años de operado.

En el cuadro 14 representamos los 7 casos que han muerto por cáncer en nuestra estadística. Se encuentran 2 casos para cada uno de los estados I, II, y III, y un caso para el estado IV. A excepción de un epiteloma mixto los

CUADRO 14

Estudio de los siete casos muertos por cáncer

ESTADO	Tipo Histológico	Edad años	Localización	Tratamiento	Tiempo de sobrevivencia
I	Espinocelular	78	Inferior izquierdo	Incisión en V y vac. ganglionar	5 años
I	Espinocelular	75	Inferior izquierdo	Incisión en V y roentgen	3 años
II	Espinocelular	61	Inferior izquierdo	Incisión en V y roentgen	1 año
II	Mixto	57	Inferior medial	Incisión en V	5 años
III	Espinocelular	37	Inferior medial	Roentgenerapia	1 año
III	Espinocelular	59	Inferior medial	Incisión en V y vac. ganglios	2 meses
IV	Espinocelular	33	Inferior medial	no hubo	6 meses

demás son espinocelulares. La edad de los pacientes varía entre los 33 y 80 años y todos se localizan en el labio inferior. La sobrevivencia fue mayor en el estado I y II. El tratamiento fue muy variado en los diversos casos y no nos permite hacer conclusiones serias.

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestra gratitud a los doctores Fallas y Céspedes, patólogos de las Instituciones Hospitalarias.

Al Dr. Rafael Angel Núñez, Jefe del Departamento de Oncología del Hospital Central de la Caja Costarricense del Seguro Social, quien puso a la orden su casuística.

Al Prof. don José Guerrero, Director del Departamento de Estadística del Hospital San Juan de Dios y a su personal subalterno; al Sr. Arselio Hidalgo P. Jefe del Archivo, al Sr. M. E. Ulloa, Auxiliar del Archivo del susodicho hospital, quienes pusieron a la orden sus Departamentos para la obtención de datos de gran valor en la realización de este trabajo.

Al Lic. Marco Antonio Jiménez, Jefe de la Sección de Defunciones del Registro Civil.

RESUMEN

Se analizan 65 casos de tumores malignos de los labios diagnosticados histológicamente, que se han presentado en Costa Rica durante el período 1939-1953, considerando los siguientes puntos:

- a) revisión estadística de la distribución de los casos por sexo, edad, raza ocupación, distribución geográfica, tipo histológico, localización, inicio y tamaño de la lesión y comparación con los resultados de otros AA.
- b) frecuencia de los diferentes signos clínicos en los epitelomas espinocelulares y basocelulares de ambos sexos.
- c) ocupación y hábito de los pacientes en función del cuadro histopatológico y posibles causas etiológicas entre las cuales el tabaco puede considerarse como la primera.
- d) clasificación del estado clínico e importancia de su relación con el tratamiento y la evolución.

SUMMARY

A study is made of 65 cases of malignant tumors of the lips, histologically diagnosed, observed in Costa Rica during the period 1939-1953. The following points are considered:

- a) a statistical analysis of the case distribution according to sex, age race, occupation, geographical distribution, histologic type, site, beginning and size of the lesion, and a comparison of the results of other authors.
- b) incidence of the different clinical signs in spinocellular and basocellular epitheliomas of both sexes.
- c) occupation and habits of the patients as related to the histopathologic picture, and possible etiological causes, among which tobacco may be considered foremost.
- d) determination of the clinical stage and importance of relating it to treatment and course.

BIBLIOGRAFIA

1. CROSS, J. E., E. GURALNICK & E. M. DALAND
1948. Carcinoma of the lip. *Surg. Gynec. Obst.* 87 (2):153-162.
2. DENOIX, P. F.
1952. *Documents statistiques sur la morbidité par cancer dans le monde*. Monographie N° 1 de l'Institut National d'Hygiène. 268 pp. París.
3. FIGI, F. A.
1934. Epithelioma of the lower lip. *Surg. Gynec. Obst.* 59 (5):810-819.
4. MARINELLO, Z. *et al.*
1954. Cáncer de la mucosa del labio. *Arch. Cub. Canc.* 13:188-216.
5. PIACENTINI, L. & L. BRIZIO
1953. *Chirurgia e Tumori* (Supplemento *Tumori*) 88 pp. Casa Editrice Ambrosiana-Milano.
6. PUBLIC HEALTH MONOGRAPH N° 29
1955. *Morbidity from cancer in the United States*. U. S. Department of Health, Education and Welfare, Washington.
7. PUENTE DUANY, N. *et al.*
1945. Cánceres de la cavidad bucal, localización y frecuencia. *Arch. Cub. Canc.* 4 (7-8-9):238-251.
8. SAGGIORO, C.
1954. Osservazioni statistiche su 555 casi di epiteliomi del labbro nel Centro Tumori di Padova. *Radiologia Clinica*. 23 (3):166-181.
9. SHARP, G. S., H. F. WILLIAMS, & R. E. PUGH JR.
1950. Irradiation as the preferred treatment of cancer of the lip. *Jour Am. Med. Ass.* 142 (10):698-707.
10. WILE, U. J. & E. A. HAND.
1937. Cancer of the lip. *Jour Am. Med. Ass.* 108 (5):374-382.