

## Tumores de labio: resultados quirúrgicos en 97 casos

M. S. Bescós<sup>1</sup>  
J. Garatea<sup>1</sup>  
R. Buenechea<sup>1</sup>  
C. Gay<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Residente, Servicio de Cirugía Maxilofacial, Ciudad Sanitaria Vall d'Hebron, Barcelona.

<sup>2</sup> Profesor Titular de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona, Barcelona

**Correspondencia:**

Dr. C. Gay  
Ganduxer 140  
08022 Barcelona.

### RESUMEN

Presentamos un revisión de 97 pacientes con lesiones del bermellón labial, tratados en un período de cinco años, y clasificadas como carcinomas epidermoides en 58 casos y lesiones premalignas en 39. Se exponen los resultados obtenidos del estudio retrospectivo de las siguientes variables: edad, sexo, localización, estadio tumoral, tratamiento previo, procedimientos quirúrgicos, complicaciones y recidivas. Cabe destacar el alto porcentaje de varones (93%), de lesiones en estadios I y II (87%), de tamaño inferior a 4 cm (93%), así como una tasa de curación del 80% y de recidiva del 19,6%.

### PALABRAS CLAVE

Tumores de labio; Carcinoma epidermoide.

### ABSTRACT

*We report a retrospective study of 97 patients with lip vermilion tumors diagnosed in a 5-year period. Squamous cell carcinomas were found in 58 patients and premalignant lesions in the remaining 39. Results obtained with regard to sex, age, site of lesion, previous treatment, surgical procedures, complications, and recurrence are analyzed. Outstanding findings were the high percentage of males (93%), tumors in stage I and II (87%), tumor size of less than 4 cm (93%), overall cure rate of 80%, and recurrence rate of 19.6%.*

### KEY WORDS

*Lip tumours; Squamous cell carcinoma.*

**Tabla 1 Tipo y localización de las lesiones labiales en 97 pacientes**

Tipo de lesión	Nº	Labio		
		Inferior	Superior	Comisura
Carcinoma epidermoide	58	55	1	2
Lesión premaligna	39	33	5	1
Queratosis actínica	20			
Leucoplasia	18			
Radiodermatitis	1			

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma de labio, o del borde bermellón, constituye el tumor maligno más frecuente de la cavidad oral (del 15% al 30% de todas las neoplasias bucales), mostrando una mayor incidencia en sujetos varones, en la sexta década de la vida<sup>(1-3)</sup>. En el 90% de los casos el tipo tumoral corresponde a un carcinoma escamoso<sup>(1)</sup>. Los tumores asientan en el labio inferior en más del 95% de los casos, siendo muy infrecuente la afectación del labio superior y de la comisura<sup>(4)</sup>.

Como factores etiológicos se han involucrado el hábito de fumar en pipa y la exposición a la luz solar. Esta última suposición se basa en la mayor incidencia en personas con ocupaciones al aire libre (el labio inferior sobresale más que el superior y, por tanto, está más expuesto al efecto solar)<sup>(5)</sup>. Como consecuencia, la queratosis actínica constituye la lesión premaligna más frecuente. La aparición de leucoplasia, lesiones atróficas o fisuras acontece generalmente antes del desarrollo de un carcinoma invasivo.

Broder<sup>(6)</sup> clasificó a los carcinomas de labio según la diferenciación celular. La mayoría de los carcinomas tienden a ser bien diferenciados (grados I o II de Broders), presentando clínicamente un crecimiento bastante lento, durante meses o incluso años, y una morfología exofítica. Los carcinomas pobremente diferenciados tienden a ser ulcerados y rápidamente invasivos, extendiéndose al músculo orbicular tempranamente<sup>(3)</sup>.

Con respecto al tratamiento hay que considerar el del tumor primario y de las posibles metástasis cervicales, así como la reconstrucción del defecto creado. La incidencia de metástasis ganglionares en el momento del diagnóstico oscila de 2% al 15%<sup>(7, 8)</sup>. Tanto la cirugía como la radioterapia son procedimientos terapéuticos muy eficaces, logrando cada uno de ellos tasas de

curación del 90%. El carcinoma de la comisura labial es más agresivo, con cifras medias de supervivencia a los cinco años del 50%. Los carcinomas del labio superior presentan un comportamiento intermedio.

Debido al buen pronóstico del carcinoma de labio inferior y a que la exéresis quirúrgica comporta un déficit funcional grave, la cirugía reparadora tiene una gran importancia, estando justificada la reconstrucción inmediata de acuerdo con las diferentes modalidades de colgajos cutáneos.

El propósito de este estudio es analizar las características clínicas y los resultados terapéuticos de 97 pacientes con carcinoma de labio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha procedido a una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 97 pacientes con tumores de labio, atendidos y tratados en nuestro servicio de 1984 a 1989. Se efectuó una revisión anatomopatológica para confirmar el diagnóstico desde el punto de vista histológico. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, localización, tratamiento previo, tipo histológico, clasificación TNM, tratamiento actual, complicaciones y recidivas.

## RESULTADOS

De los 97 pacientes, 90 eran varones y siete mujeres (relación 12,8:1). Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre 29 y 89 años, con una media de 62 años.

Un total de 58 (60%) pacientes presentaban carcinomas epidermoides y los restantes 39 tenían diversas lesiones premalignas, entre las que destacaba la quera-

**Tabla 2 Procedimientos quirúrgicos en 97 pacientes con tumores de labio**

Técnica	Nº pacientes
Exéresis simple	37
Exéresis y reconstrucción	60
Mucosa labial	38
Colgajo lingual	1
Tipo Bernard-Fries	14
Tipo Gálvez	4
Tipo McGregor	1
Colgajo pectoral mayor	2

**Tabla 3 Complicaciones y recidivas tras la cirugía en 97 pacientes con tumores de labio**

Resultados	Nº pacientes
Complicaciones	19
Inmediatas	9
Dehiscencia	5
Celulitis	2
Fractura	1
Edema pulmonar	1
Tardías	10
Incontinencia salival	4
Microstomía	3
Cicatriz inestética	3
Recidiva tumoral	19
Local	10
Metástasis cervicales	8
Metástasis a distancia	1

tosis actínica en 20 (51%) de ellos. En cuanto a la localización de las lesiones, el 90% se hallaban en el labio inferior, 6% en el labio superior y 3% en la comisura labial (Tabla 1).

En el momento del diagnóstico, 54 (93%) de los 58 pacientes con carcinomas epidermoides presentaban lesiones entre cero y cuatro centímetros de diámetro. Cinco (8,6%) pacientes tenían metástasis ganglionares. En ningún caso había metástasis a distancia. La clasificación por estadios quedó establecida en 35 pacientes en estadio I, 17 pacientes en estadio II, un paciente en estadio III, y los cinco restantes en estadio IV.

Del total de 97 pacientes, 16 (16,5%) habían sido objeto de tratamiento previo, consistente en radioterapia en ocho, exéresis quirúrgica en seis, cauterización en uno y crioterapia en uno.

Los criterios de exéresis quirúrgica aplicados consistían en bermellectomía en caso de lesiones premalignas que afectaban a la totalidad del bermellón labial; exéresis en cuña sola o asociada a bermellectomía, con cierre directo en lesiones menores de un tercio de la longitud total labial; exéresis y reconstrucción con colgajos locales en lesiones mayores de un tercio de la longitud total labial, o con colgajos a distancia en grandes pérdidas de sustancia labial.

En 37 pacientes se procedió únicamente a la exéresis de la lesión y cierre simple, en tanto que los 60 pacientes restantes fueron objeto de exéresis y reconstrucción, utilizándose mucosa labial en 38, colgajos locales en 20 (tipo Bernard-Fries en 14, en compuerta de Gálvez en cuatro, tipo McGregor en uno, colgajo lingual en uno), y colgajo músculo-cutáneo del pectoral mayor en dos pacientes (Tabla 2).

En los cinco pacientes con metástasis ganglionares cervicales, la cirugía incluyó vaciamiento suprahiodeo unilateral en tres, vaciamiento suprahiodeo bilateral en uno, y vaciamiento cervical radical en el paciente restante. En todos los casos, el estudio histológico confirmó la invasión ganglionar.

Un total de 19 pacientes presentaron complicaciones; éstas fueron inmediatas en nueve pacientes (dehiscencia de la sutura en cinco, celulitis en dos, fractura mandibular en uno, edema pulmonar en uno) y tardías en diez (incontinencia salival en cuatro, microstomía en tres, alteración de la cicatriz y resultado inestético en tres).

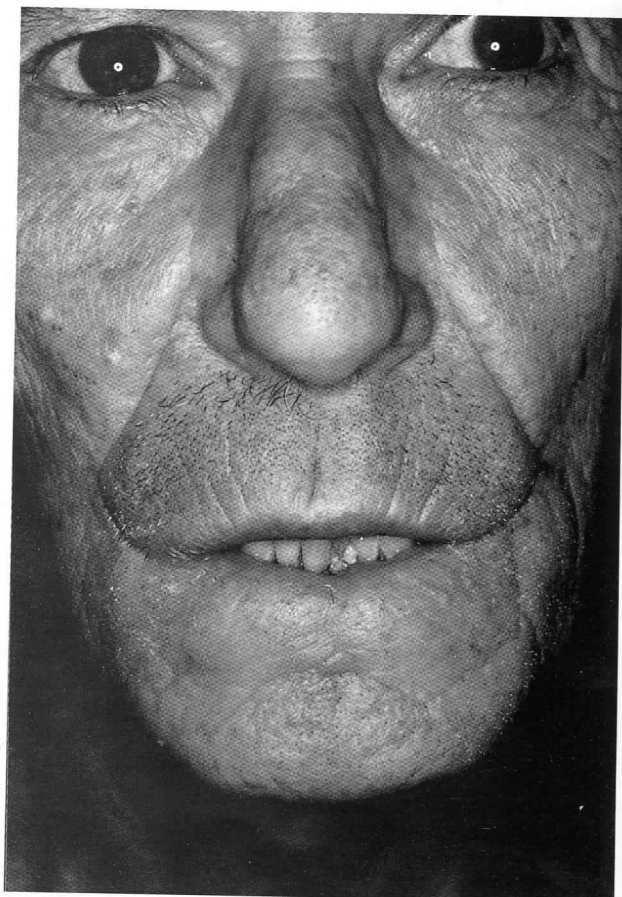
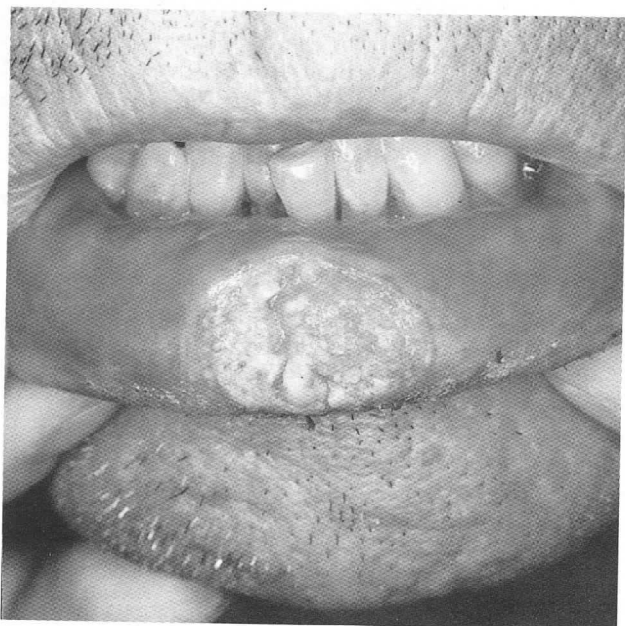
Con respecto a los resultados a largo plazo (media de seguimiento de 30 meses) se ha observado recidiva de la lesión en 19 (19,5%) pacientes. En diez casos hubo una recidiva local, en ocho metástasis cervicales y en un paciente, metástasis a distancia (Tabla 3). Cinco de los diez pacientes con recidiva local habían recibido radioterapia como tratamiento anterior al quirúrgico; tres de ellos presentaron una recidiva local, acompañándose de adenopatías cervicales en dos.

## DISCUSIÓN

Las características de la presente serie en cuanto a edad, predominio del sexo masculino, localización pre-

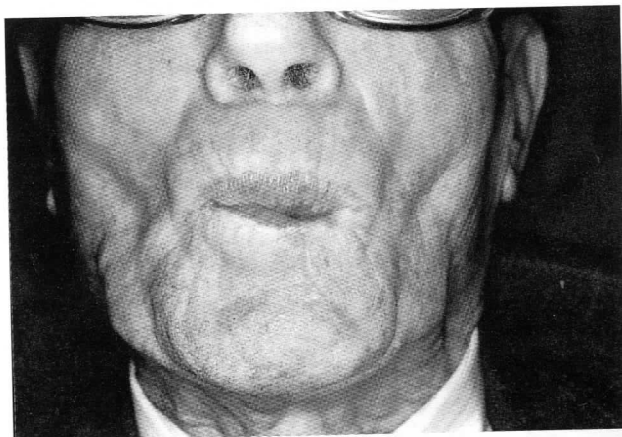


**Figura 1.** A) Carcinoma epidermoide de un centímetro de diámetro situado en el tercio externo del labio inferior. B) Resultado estético después de realizar la exéresis en cuña de la lesión y cierre simple. Se han efectuado Z-plastias en la piel y en el bermellón. La cicatriz es casi inaparente.



**Figura 2.** A) Carcinoma epidermoide que ocupa un tercio de la longitud labial, situado en la línea media. B) La extirpación dejó un defecto mayor de un tercio de la longitud labial que fue reconstruido por medio de una plastia de Fries bilateral.

ferente en el labio inferior, predominio del carcinoma epidermoide, alto porcentaje de lesiones en estadios I-II, y tasa de curación del 80% coincide con los resultados de otros estudios<sup>(9-13)</sup>. El pronóstico de este tipo



**Figura 3.** A) Carcinoma escasamente infiltrante que ocupa la mitad de la longitud labial. B) Este caso es ideal para utilizar en la reconstrucción un colgajo microcutáneo en compuerta de Gálvez. Además de no perder longitud labial se conserva una buena función.

de tumor, sin embargo, está relacionado con una serie de factores que influyen en la supervivencia, tales como tamaño tumoral, localización, grado histológico de diferenciación celular y presencia de metástasis cervicales.

Existen notables diferencias en las cifras medias de supervivencia en pacientes con diferente estadio tumoral, oscilando del 100% en el estadio I al 42% en el estadio IV<sup>(1)</sup>. Sin embargo, cuando se considera la supervivencia global, ésta se sitúa entre el 80% y el 90%, ya que la mayoría de los pacientes presentan lesiones correspondientes a estadios I y II. En nuestro estudio, los estadios I y II totalizaron el 90% de las lesiones, siendo la supervivencia global del 80,4%.

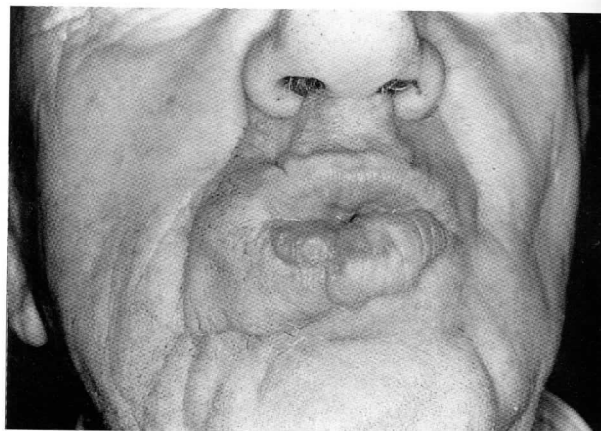
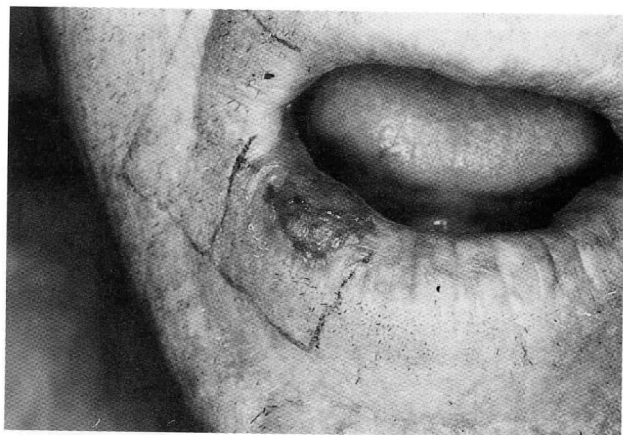
Varios autores han destacado el valor pronóstico del grado histológico del tumor y de la presencia de metástasis cervicales en el momento del diagnóstico<sup>(14)</sup>. Las cifras de curación oscilan alrededor del 95% para los tumores bien diferenciados, 46% para tumores con diferenciación intermedia y 38% para los pobremente diferenciados.

La incidencia de metástasis ganglionares cervicales varía del 2% al 15%<sup>(7, 8, 15)</sup>. En nuestra serie cinco (9,6%) de los 58 pacientes con carcinoma epidermoide tenían metástasis cervicales en el momento del diagnóstico. El

drenaje linático del labio inferior se dirige a los ganglios linfáticos submentonianos y submaxilares, aunque los primeros raramente son asiento de metástasis aun cuando se trata de tumores de la línea media. La presencia de metástasis cervicales disminuye la supervivencia del 90% al 50%<sup>(1)</sup>. El tamaño tumoral también influye en la presencia de metástasis. La incidencia de metástasis fue del 3,7% en lesiones menores de 4 cm (4/54 pacientes) y del 75% en lesiones de mayor diámetro (3/4 pacientes). Asimismo, Molnar y cols.<sup>(2)</sup> señalan que los carcinomas de labio bien diferenciados metastatizan en un 6% de los casos, mientras que los poco diferenciados lo hacen con una frecuencia de hasta el 52%.

En cuanto al tratamiento, la exéresis quirúrgica posee ventajas sobre la radioterapia, destacándose la erradicación inmediata y adecuada de la lesión con baja morbilidad, control anatomopatológico de los márgenes de resección, rehabilitación temprana y mejores resultados estéticos y funcionales<sup>(1, 16)</sup>. El criterio de la resección quirúrgica es conseguir un margen de seguridad de 1 cm. El margen libre debe ser mayor en caso de resección de recidivas postradioterapia, en las que es más difícil la valoración clínica e histológica de la extensión tumoral<sup>(4)</sup>.

La cirugía reparadora del labio debe ser inmediata después de la exéresis, dada la importancia de esta región anatómica por el grave déficit funcional creado



**Figura 4.** A) Carcinoma de 2,5 cm de diámetro situado en la porción externa del labio inferior tocando a la comisura. B) En este caso la extirpación de más de un tercio de la longitud labial dejó un defecto que fue reparado por medio de un colgajo tipo McGreggor. Este colgajo, que respeta la innervación del músculo, tiene la ventaja de que conserva la funcionalidad del músculo orbicular, tal como se aprecia en la fotografía.

tras la cirugía<sup>(3, 4, 17)</sup>. Siempre que sea posible, es preferible utilizar colgajos locales, cuya textura y coloración son idénticos al tejido a reconstruir. Es importante considerar el papel del músculo orbicular, tanto en su función de mantenimiento de la continencia oral, como en su función relacionada con la mímica facial y de la articulación del lenguaje. Coincidiendo con los criterios de otros autores<sup>(17-19)</sup>, hemos realizado exéresis en cuña sola o combinada con bermellectomía en aquellas lesiones menores de un tercio de la longitud total labial (Fig. 1). Para lesiones mayores hemos utilizado colgajos tipo Bernard-Fries (Fig. 2), colgajo en compuerta de Gálvez (Fig. 3) y colgajo tipo McGreggor (Fig. 4)<sup>(4, 20)</sup>, y en las grandes reconstrucciones, colgajos miocutáneos de pectoral mayor<sup>(21)</sup>. En lesiones premalignas que afectan a toda la extensión del bermellón, se realiza la reconstrucción del mismo con colgajo de avance de la mucosa bucal o lingual, dorsal o ventral<sup>(22, 23)</sup>.

El cuanto al tratamiento de los ganglios linfáticos cervicales, algunos autores recomiendan una actitud agresiva, realizando vaciamiento cervical profiláctico en casos de lesiones de pronóstico desfavorable<sup>(1)</sup>. En este

sentido, se practicaría vaciamiento suprahiodeo, uni o bilateral, continuando con vaciamiento radical estándar si la histología fuera positiva. Por otra parte, se ha descrito la diseminación perineural de carcinomas de labio a través del nervio mentoniano, que requirieron resección mandibular y reconstrucción<sup>(10, 13)</sup>.

En resumen, destacamos la alta frecuencia de lesiones premalignas y carcinomas epidermoides en estadios I y II, lo que permite un tratamiento precoz de las mismas y mejores perspectivas en cuanto a la supervivencia y a los resultados estéticos y funcionales de la reconstrucción. Creemos que la cirugía es el tratamiento de elección, siendo importante verificar los bordes de resección, mantener unos márgenes de un centímetro y efectuar la reconstrucción en el mismo acto operatorio. Los resultados de dicha reconstrucción son favorables en tumores de menos de 4 cm, siendo pobres en los casos que precisan colgajos a distancia. Dada la baja frecuencia de metástasis cervicales, no creemos indicado el vaciamiento cervical electivo, salvo cuando se trate de un tumor de pronóstico desfavorable o en pacientes de difícil seguimiento a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cruse CW, Radocha RF. Squamous cell carcinoma of the lip. *Plast Reconstr Surg* 1987;**80**:787-791.
- 2 Molnar L, Ronay P, Tapolsanyi L. Carcinoma of the lip. Analysis of the material of 25 years. *Oncology* 1974;**29**:101.
- 3 Langdon JD, Ord RA. The surgical management of lip cancer. *J Cranio Max Fac Surg* 1987;**15**:281-287.
- 4 McGreggor IA. *Cancer of the face and mouth. Pathology and management for surgeons*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.

- 5 Waterhouse JAH. *Cancer handbook of epidemiology and prognosis*. Edinburgh & London: Churchill Livingstone, 1974.
- 6 Broder AC. Squamous cell epithelioma of the lip. A study of 537 cases. *JAMA* 1920;**74**:656.
- 7 Harris TJ. Squamous carcinoma of the lip in Queensland: a relative benign lesion. *Br J Plast Surg* 1976;**29**:68.
- 8 Backus LH, de Felice CA. Five year end results in epidermoid carcinoma of the lip with indications for neck dissection. *Plast Reconstr Surg* 1956;**17**:58.
- 9 Ashley FL, McConnell DV, Machida R. Carcinoma of the lip: A comparison of 5 year results after irradiation and surgical therapy. *Am J Surg* 1965;**110**:549.
- 10 Heller KS, Shah JP. Carcinoma of the lip. *Am J Surg* 1979;**138**:600.
- 11 Henk JM, Langdon JD. *Malignant tumors of the oral cavity*. London: Arnold Press, 1985.
- 12 Jorgensen K, Elbrond O, Anderson AP. Carcinoma of the lip: a series of 869 cases. *Acta Radiol Scand* 1973;**12**:177-190.
- 13 Naval L, Fraga J. La dissémination périneurale dans le carcinoma labial. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1990;**91**:65-69.
- 14 Ward GE, Hendrick JW. Results of treatment of carcinoma of the lip. *Surgery* 1950;**27**:321.
- 15 Boddie AW, Fischer EP, Byers RM. Squamous carcinoma of the lower lip in patients under 40 years of age. *South Med J* 1977;**70**:711-712.
- 16 Picoto AS, Oliveira S, Verde SF, Martins O. Management of squamous cell carcinoma of the lip. *J Dermatol Surg Oncol* 1981;**7**:562.
- 17 Kauer C, Grellet M. Le chirurgie réparatrice dans le traitement du cancer des lèvres. Techniques et indications. *Ann Chir Plast* 1982;**27**:30-35.
- 18 Pindborg JJ. *Oral cancer and precancer*. Buenos Aires: Panamericana, 1981.
- 19 Petoïn D, Soussaline M. Reparation des exéreses de lèvre inférieure par double lambeau naso-génien. *Ann Chir Plast* 1982;**27**:26-29.
- 20 Bailey BL. Management of carcinoma of the lip. *Laryngoscope* 1977;**87**:250.
- 21 Jabaley ME, Clement RL, Orcutt JW. Myocutaneous flaps in lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1976;**59**:680.
- 22 McGregor IA. The tongue flaps in lip surgery. *Br J Plast Surg* 1966;**19**:253.
- 23 McGregor IA. Reconstruction of the lower lip. *Br J Plast Surg* 1983;**36**:40.