

EL CANCER DE LA CARA (*)

**Estudio estadístico basado en 100 casos tratados en el
Centro de Cirugía Plástica del Ministerio de
Salud Pública de Montevideo**

Dr. Gonzalo Cáceres Negri

Los trabajos estadísticos médicos en nuestro medio son llamativamente poco frecuentes en comparación con los estudios que realizan otras escuelas principalmente anglosajonas.

Varios motivos existen para explicar este hecho:

1º) Nuestra población hospitalaria limitada y dispersa en comparación con la de los grandes centros existentes que polarizan la atención de un determinado tipo de enfermo, hace que el material que se posee para realizar estudios estadísticos sea numéricamente escaso.

2º) La precariedad económica de nuestros medios asistenciales no nos permite contar con el personal y el material necesarios para llevar controles estadísticos exactos de los enfermos asistidos y, en forma especial, la carencia de servicios sociales bien organizados impide el control posterior de los enfermos una vez que éstos hacen abandono del hospital, y

3º) Nuestra propia idiosincrasia nos lleva muchas veces a despreciar los controles numéricos y a dejar libradas nuestras conclusiones al sentido común, no siempre suficiente para formarse una idea exacta de la proporción o frecuencia de determinados hechos médicos.

Sin embargo, por grande que sea nuestra aversión por las cifras, no podemos ignorar que la solución de la mayoría de los

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 22 de junio de 1960.

problemas de la medicina clínica o preventiva debe depender finalmente de ellas. Cualquier avalúo de éxito o fracaso basado en hechos más bien que en opiniones, debe casi siempre ser expresado en una forma numérica.

En este trabajo se analizan las historias clínicas correspondientes a 100 enfermos asistidos en el Centro de Cirugía Plástica y Quemados del Ministerio de Salud Pública aplicando conceptos estadísticos elementales sobre los datos en ellas contenidas.

Se estudia una "muestra" (100 casos) de enfermos cancerosos de la cara que han sido tratados en nuestro servicio pero debemos aclarar que no podemos brindar una información sobre el "universo" de los portadores de esta afección porque no se trata de una muestra representativa de la totalidad de los portadores de cáncer de la cara de nuestro medio.

Trabajamos con una muestra "imprevistamente seleccionada" puesto que hay factores extraños que intervienen como variantes haciendo imposible obtener una representación exacta del "universo" de la afección. En nuestro caso, la intercolaboración que mantenemos con el Instituto de Radiología nos lleva a tratar repetidamente un tipo especial en enfermo, no frecuente en otros medios. En general se trata de cancerosos de la cara ya tratados por medios no quirúrgicos, la mayoría por radiaciones, en los que se plantea el tratamiento quirúrgico ante el grado avaluado de las lesiones. No podríamos, por ejemplo, sacar una conclusión ajustada a la verdad sobre los beneficios del tratamiento radioactivo en las lesiones neoplásicas de la cara porque sólo tenemos datos sobre sus fracasos y pocos sobre sus éxitos.

La escasa proporción de neoplasmas de labio inferior que figura en nuestra estadística es otra consecuencia de trabajar con una muestra "imprevistamente seleccionada". No podemos pensar que el cáncer de labio inferior sea tan poco frecuente en nuestro medio. La razón de tan baja proporción reside en el hecho de que la mayoría de estas lesiones son tratadas en servicios de Cirugía General o radiadas con éxito en el Instituto de Radiología.

Analizaremos los siguientes factores: topografía, sexo, edad, tiempo transcurrido sin tratamiento, tiempo transcurrido en tratamientos previos a la acción quirúrgica, histología, poder metas-

tasiente del cáncer de la cara, las lesiones precancerosas y los tratamientos quirúrgicos efectuados.

Topografía

Estudiados topográficamente los cánceres de la cara, pueden ser considerados siguiendo la clasificación de Blair y Moore como localizados en la boca o en la piel de la cara. Se agrupan aparte las localizaciones menos frecuentes como órbita, naso farinx, antro, etc., a las que se suman los casos de melanomas y tumores de glándulas salivares.

Los casos estudiados se localizan el 82 % en la piel de la cara, el 12 % en la boca y un 5 % corresponde al tercer grupo de Blair y Moore.

Es interesante comprobar que las zonas de mayor frecuencia en cuanto a la localización del cáncer cutáneo corresponden a la nariz (25 %), al surco naso geniano (16 %) y a la mejilla (21 %) en franca oposición numérica con la frente, los párpados y las orejas, cuyos porcentajes son de 7 %, 10 % y 3 % respectivamente.

Existe entonces un sitio de elección para el desarrollo del cáncer de la piel cuyo centro corresponde el surco naso geniano recuerdo embriológico que continúa dominando la patología de la región.

Sexo

En la distribución por sexo de las lesiones en conjunto que se estudian hay un predominio evidente del sexo masculino (62 %) sobre el femenino (38 %) y esa desproporción es mucho más evidente en el cáncer de la boca (10 a 2) que en la localización cutánea (49 a 33). Como vemos no hay variaciones llamativas en lo referente al sexo en la distribución topográfica del cáncer de la piel en la cara.

Edad

El factor edad tiene en el cáncer de la cara las mismas características de las otras localizaciones de las lesiones neoplásticas. Predomina en forma evidente entre los 45 y 75 años con una frecuencia máxima entre los 55 y 60 años.

El caso de menos edad corresponde a un epiteloma basocelular del surco naso geniano en un niño de 9 años y el enfermo

de más edad registrado en nuestra estadística contaba con 81 años y representaba un epiteloma cutáneo recidivado basocelular luego de contacto - terapia en el dorso de la nariz.

Tiempo transcurrido sin tratamiento

Frecuentemente llama la atención el largo período que pasan en nuestro medio los enfermos portadores de lesiones de la cara antes de consultar médico. Ello nos llevó a analizar estos tiempos aunque no hemos tenido noticia de las causas de este retardo evidente a veces en la consulta como hubiéramos deseado por no figurar esos datos en la mayoría de las historias clínicas.

Se analizaron 56 enfermos portadores de lesiones de la cara previas a la consulta médica y se estudió el tiempo transcurrido entre el momento en que el paciente conoce su lesión y la fecha en que solicita asistencia médica.

Sólo el 32 % de los enfermos en esas condiciones consultó antes del año de evolución. El resto ha pasado sin asistencia largo tiempo, llegando en un 4 % de los casos hasta los 20 años sin tratamiento.

Estas cifras indudablemente deben hacer pensar en la necesidad de una más efectiva propaganda en la lucha contra el cáncer inculcando las ventajas de consultar en forma precoz ante la presencia de lesiones tórpidas de la cara que, abandonadas, pasan por desidia del portador a estar fuera de los límites terapéuticos.

Tiempo transcurrido en tratamientos radioactivos previos a la intervención quirúrgica

La elevada proporción de enfermos que nos llegan luego de haber sido radiados nos hizo analizar los tiempos transcurridos desde el momento de hacerse el diagnóstico lesional y su ingreso a un Centro de Cirugía Plástica.

Se estudian 56 enfermos que recibieron tratamiento radioactivo previo. No hemos podido especificar si en el momento de comenzar el tratamiento radiante ya presentaban lesión neoplásica o si ésta se constituyó en el correr de ese tiempo. Lo cierto, lo evidente, es que estos enfermos presentaban lesiones de la cara que eran, o fueron posteriormente, lesiones malignas y que fueron portadores de su afección durante tiempos variables, en

general prolongados, antes de ser sometidos al tratamiento quirúrgico.

Sólo el 13 % de estos enfermos nos fue enviado antes de transcurrir un año de tratamiento radioactivo. El 87 % fue sometido durante más de un año a la acción radioterápica para luego ante la recidiva o el fracaso, solicitar la resección quirúrgica. Existe un 4 % de enfermos que fue radiado durante 22 años.

No podríamos de ninguna manera entrar a juzgar el grado de efectividad ni las indicaciones de la radioterapia en el cáncer de la cara, pues no contamos con datos estadísticos sobre sus éxitos. Sólo llamamos la atención sobre la existencia de esos plazos tan prolongados buscando la curación de un proceso por un determinado procedimiento, cuando la respuesta no es favorable en forma inmediata.

Histología

Estudiada la histología en 69 portadores de lesiones neoplásicas de la cara, llegamos a las siguientes conclusiones: el 84 % de los cánceres de la cara de nuestra muestra eran epitelomas, quedando un resto del 6 % ocupado por otras lesiones malignas: melanomas, endoteliomas, tumores mixtos, etc.

Es evidente el predominio del epiteloma de tipo basocelular (71 %) en relación con el espinocelular (16 %) y los intermedios (7 %).

Si analizamos los epitelomas baso y espinocelulares de acuerdo con su localización, se aprecia que, en 60 casos estudiados, el tipo espinocelular predomina en la boca y el basocelular en la piel. Este predominio del basocelular en cualquiera de sus localizaciones cutáneas es un dato importante a retener. Podemos decir que casi el 90 % de los epitelomas cutáneos de la cara corresponden al basocelular.

En consecuencia de lo dicho, la distribución del epiteloma basocelular en la cara sigue la misma relación numérica expresada en las localizaciones topográficas del cáncer de la cara en general. Predomina en nariz (32 %), mejilla (26 %) y surco nasogeniano (16 %), siendo menos frecuente en frente (6 %) párpados (10 %), orejas (2 %) y labio superior (4 %).

Lesiones previas

En los 100 casos de cáncer de la cara considerados se han comprobado lesiones no malignas previas en 9 enfermos.

Llama la atención la alta frecuencia (3) de los papilomas que luego de radiados se han transformado en epitelomas basocelulares. Un papiloma tuvo la misma transformación pero en forma espontánea.

Hemos consignado: un quiste sebáceo que luego de incindido e infectado desarrolló un epiteloma; dos nevus congénitos reseados dieron origen a un melanoma en un caso y a un epiteloma basocelular en otro; una quemadura de cara desarrolló un basocelular a los 5 años y una cicatriz que fue sometida a la acción curieterápica se transformó en un epiteloma baso-epinocelular.

Tratamiento quirúrgico

De los 100 enfermos considerados, 98 fueron tratados quirúrgicamente en el Centro de Cirugía Plástica. El tratamiento quirúrgico se ha realizado en tres circunstancias distintas: en enfermos curados de una lesión neoplásica por procedimientos no quirúrgicos y en los cuales fue necesario encarar exclusivamente el tratamiento reparador; en enfermos en los que se hizo únicamente la resección quirúrgica y por dististas circunstancias no se llegó al tratamiento reparador y, finalmente, en enfermos en los cuales se hizo la resección y la reparación inmediata o diferida.

Solamente 3 enfermos llegaron totalmente curados a nuestro servicio.