

Cirugía y Cirujanos

Volumen **72**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2004**
January-February

Artículo:

Glosectomía transversa para el tratamiento del cáncer de lengua

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



Medigraphic.com

Glosectomía transversa para el tratamiento del cáncer de lengua

Acad. Dr. José Francisco Gallegos-Hernández,* Dr. Williams René Arias-Garzón,*
Dr. Héctor Arias-Ceballos,* Dr. Gabriel Minauro-Muñoz,* Dr. Martín Hernández-San Juan,*
Dr. Antonio Maffuz,** Dr. Jaime A Reséndiz-Colosía*

Resumen

Introducción: el tratamiento de los pacientes con carcinoma epidermoide invasor de la lengua en etapas iniciales se lleva a cabo mediante resección local y disección ganglionar del cuello. La resección tumoral se ha hecho tradicionalmente con hemiglosectomía (resección siguiendo el eje mayor lingual), lo cual implica déficit para la fonación y deglución; si bien los márgenes quirúrgicos son suficientes, casi siempre son mayores a lo necesario.

Objetivo: conocer los resultados funcionales y los márgenes quirúrgicos con la resección tumoral lingual transversa (glosectomía transversa).

Material y métodos: estudio retrospectivo en el que se analizaron los expedientes de pacientes que en un período de seis meses fueron sometidos a glosectomía transversa por carcinoma epidermoide de lengua T1-T2. Se analizaron márgenes quirúrgicos, deglución, fonación y satisfacción de los pacientes.

Resultados: se trató de 20 pacientes, 12 mujeres y 8 hombres, con edad media de 45 años; la media de espesor tumoral fue 8 mm. Diecinueve pacientes tuvieron márgenes negativos, con media de 1.8 cm en forma tridimensional. Un paciente tuvo estudio histopatológico transoperatorio negativo, pero en el estudio definitivo mostró focos de carcinoma en el límite quirúrgico. Todos conservaron más de 50% de la lengua, con acortamiento y desviación de la lengua hacia el sitio de la resección; ninguno requirió sonda nasogástrica y la fonación fue adecuada e inteligible en todos.

Conclusiones: la glosectomía transversa en etapas iniciales de cáncer de lengua localizado en bordes, permite obtener márgenes quirúrgicos satisfactorios con mínima morbilidad y poco impacto en la funcionalidad lingual. Representa una alternativa satisfactoria a la hemiglosectomía vertical.

Palabras clave: cáncer de lengua, tratamiento, glosectomía.

Summary

Introduction: Standard care of patients with oral tongue-invasive squamous cell carcinoma in early stages is local resection and neck dissection. Traditionally, tumor resection was performed with hemiglossectomy (tongue resection in lingual long axis), which implied morbidity for deglutition and speech. Although surgical margins are sufficient, they are usually larger than necessary.

Objective: To know functional results and surgical margins in patients with T1-T2 oral tongue cancer submitted to transverse glossectomy (TG).

Material and methods: We analyzed charts of patients with T1-T2 oral tongue squamous cell carcinoma treated by TG during a 2-year period. We studied surgical margins, deglutition, speech intelligibility, performance status and patient satisfaction.

Results: We included 20 patients: 12 women and eight men, with mean age of 45 years. Tumor-thickness mean was 8 mm; 19 patients showed free tumor margins in definitive histology study with mean of 1.8 cm three-dimensionally. In one patient, frozen sections were free-of-tumor, but definitive study showed a microscopic area of squamous cell carcinoma in surgical margin. All patients preserved > 50% of oral tongue and all showed lingual tip deviation and short tongue. None required nasogastric tube for feeding and speech was intelligible in all patients.

Conclusions: TG provided sufficient surgical margin in all patients in this series without important morbidity and with good functional result; thus, TG is an alternative to classic vertical hemiglossectomy for patients in early stages of tongue mobile cancer.

Key words: Tongue cancer, Treatment, Glossectomy.

* Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello.

** Residente de tercer año de Cirugía Oncológica.

Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. José Francisco Gallegos Hernández. Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello. Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Av. Cuauhtémoc 330. Col. Doctores. CP 06725. México, D.F. Tel. 5627 6900 Fax: 5246 9723
E-mail: gal61@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 01-12-2003.

Aceptado para publicación: 02-02-2004.

Introducción

El tratamiento inicial en el cáncer de la cavidad oral es la cirugía. La resección completa del tumor y la disección ganglionar cervical son las mejores opciones para el control local y regional de la enfermedad⁽¹⁻³⁾; sin embargo, la resección quirúrgica de estructuras de la cavidad oral implica deterioro en la capacidad de fonación y deglución.

Si bien el tipo de abordaje quirúrgico en pacientes con cáncer de lengua depende de la etapa de la enfermedad⁽⁴⁾, generalmente la resección tumoral lingual implica la pérdida de casi la mitad del órgano cuando se realiza a lo largo del eje

mayor (de base lingual a punta). En la actualidad sabemos que el margen quirúrgico de 1 cm tridimensional a la lesión neoplásica es suficiente para el adecuado control tumoral⁽⁵⁾; en las lesiones iniciales la resección lingual vertical (hemiglosectomía) por lo general implica márgenes mayores que traen consigo más morbilidad que utilidad oncológica.

En lesiones iniciales de la lengua, T1-T2 (UICC 2002), la glosectomía transversa es una opción que ofrece adecuados márgenes quirúrgicos, resultado estético y funcional satisfactorio, con pérdida de tejido lingual aceptable y adecuada al sitio y tamaño de la lesión neoplásica.

El objetivo del presente estudio es mostrar los resultados obtenidos mediante glosectomía transversa en 20 pacientes con carcinoma epidermoide de la lengua, tratados en el Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, en un período de seis meses.

Material y métodos

Desde diciembre de 2002 a junio 2003, veinte pacientes con carcinoma epidermoide de la lengua T1-T2 fueron sometidos a glosectomía transversa; en todos se efectuó incisión transversal al eje mayor lingual con ángulos en la línea media lingual y en el piso de la boca (Figura 1). Se dio al menos 1 cm de límite quirúrgico, evaluado por inspección y palpación durante la resección; ante dudas acerca del margen quirúrgico, se enviaban recortes a estudio histopatológico transoperatorio con cortes por congelación. Se incrementó el margen si éste estaba comprometido por células neoplásicas.

En todos los pacientes se realizó reconstrucción del defecto con sutura en dos planos de vicryl 3-0, aproximando la musculatura intrínseca lingual y la mucosa mediante rotación de la punta lingual hacia atrás (Figura 2).

A 15 pacientes se les incluyó en el protocolo de mapeo linfático con biopsia del ganglio centinela⁽⁶⁾ seguida de disección supraomohioidea (linfadenectomía selectiva de niveles I-II-III)⁽²⁾; en cinco pacientes se realizó disección radical modificada de cuello, ya por evidencia de metástasis ganglionares en el momento de la cirugía o porque la linfogammagrafía preoperatoria mostraba drenaje directo al nivel IV, fuera del área supraomohioidea.

Se evaluaron los resultados finales del estudio histopatológico. Se consideró margen suficiente aquél reportado como ≥ 1 cm; en caso de ser menor se indicó reintervención para obtener mayor margen quirúrgico.

Se evaluó la deglución, fonación y satisfacción de los pacientes.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide invasor de la lengua T1-T2 (UICC 2002)⁽⁴⁾. A

todos se les efectuó glosectomía transversa con vértices de sección en la línea media y cara ventral lingual o piso de la boca.

Todos los pacientes tuvieron el tumor localizado en uno de los bordes linguales entre la "V" y la punta lingual; la invasión del tumor al piso de la boca no fue contraindicación para el procedimiento.

Se logró cierre primario del defecto lingual en todos los pacientes.

En ninguno se colocó sonda nasogástrica y la alimentación oral se inició 48 horas después del procedimiento quirúrgico. La media de estancia hospitalaria fue de 72 horas.

En 19 pacientes los límites quirúrgicos no mostraron enfermedad residual. Si bien en un paciente el estudio histopatológico transoperatorio fue negativo, en el estudio definitivo se identificaron focos de carcinoma epidermoide en los límites de sección, por lo que requirió nueva escisión lingual; durante la evolución postoperatoria el paciente presentó dehiscencia parcial de la herida lingual, la cual fue tratada conservadoramente. Dos semanas después la herida cicatrizó por segunda intención; no se requirió detener la alimentación oral. Sin incluir a este paciente, la media de márgenes quirúrgicos tridimensionales fue de 1.5 cm.

La media de espesor tumoral (infiltración del tumor en la capa muscular lingual) fue de 8 mm, con rango de 5 a 20 mm.

Dado que en el grupo estudiado la media de seguimiento aún es muy corta (6 meses), no informamos tasa de recurrencia local o regional ni la supervivencia a 5 años.

Ningún paciente requirió traqueotomía preventiva. Todos hablaron en el postoperatorio inmediato e iniciaron alimentación por vía oral al tercer día postoperatorio. También todos tuvieron rotación de la punta lingual hacia el lado de la resección, pero en ninguno esta desviación implicó deterioro de la fonación o deglución; más aún, este tipo de resección permitió una adecuada conservación de tejido lingual con mínimo impacto en la fonación y deglución, que incluso fue satisfactoria en el paciente sometido a nueva escisión. Todos los pacientes estuvieron satisfechos con el resultado estético-funcional.

Discusión

El tratamiento local estándar del carcinoma epidermoide invasor en etapas iniciales de la lengua es la resección quirúrgica; la meta es obtener márgenes amplios (al menos 1 cm tridimensional) con el objeto de disminuir la tasa de recurrencia local.

La hemiglosectomía vertical ha sido la técnica rutinaria en estos pacientes, sin embargo, aunque ofrece márgenes adecuados, el deterioro en la deglución y la fonación es importante y en ocasiones inhabilita al paciente. La cantidad

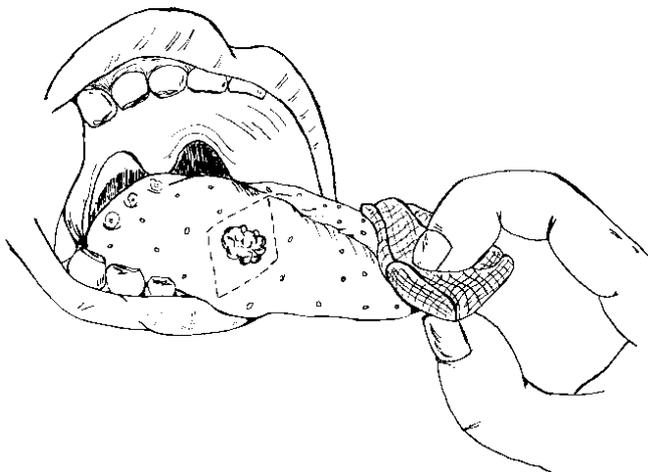


Figura 1. La resección transversa lingual con ángulos en la línea media lingual y el piso de boca, permite obtener márgenes oncológicos suficientes preservando suficiente tejido lingual para la adecuada fonación y deglución.

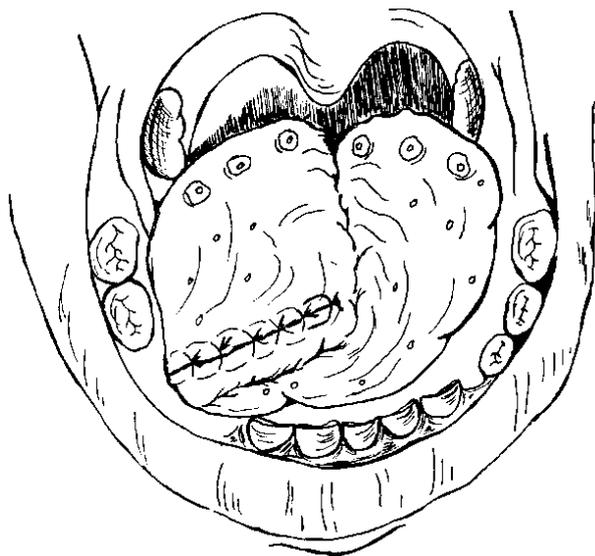


Figura 2. El defecto quirúrgico se cierra rotando la punta lingual hacia el sitio de la resección en dos planos de sutura (muscular y mucoso), como consecuencia existe acortamiento lingual y desviación de la punta lingual.

de tejido lingual perdido durante la cirugía está en relación directamente proporcional a la calidad del habla y de la deglución^(7,8).

Por lo anterior, debemos adecuar la magnitud de la cirugía (cantidad de tejido lingual resecado) a las características del tumor y del paciente. En los sujetos con lesiones peque-

ñas (menores a 2 cm), la glosectomía transversa ofrece un adecuado balance entre resección quirúrgica necesaria y funcionalidad⁽⁹⁾.

La glosectomía transversa es una alternativa a la hemiglosectomía vertical; ofrece márgenes adecuados en pacientes selectos y aunque produce acortamiento de la lengua y rotación de la punta hacia el lado de la resección, esto no se traduce en alteraciones de la fisiología lingual.

En la presente serie logramos márgenes adecuados en 95% de los pacientes (19 de 20), ninguno requirió sonda nasogástrica para alimentación postoperatoria, la deglución fue inmediata, la fonación fue adecuada en todos los pacientes y sólo uno presentó dehiscencia parcial de la resección, la cual no implicó dificultad para la deglución y el manejo fue conservador.

La hemiglosectomía transversa evita pérdida innecesaria de tejido lingual y la formación de una lengua en punta o “de perico”, lo cual implica mejor funcionalidad para la deglución y la fonación. Es una mejor opción quirúrgica que la hemiglosectomía vertical en pacientes con carcinoma epidermoide invasor T1-T2 localizado en los bordes de la lengua.

Referencias

1. Kaya S, Yilmaz T, Gursel B, et al. The value of elective neck dissection in treatment of cancer of the tongue. *Am J Otolaryngol* 2001;22: 59-64.
2. Gallegos HJF, Martínez GH, Flores DR. La disección radical de cuello en el cáncer de vías aero-digestivas superiores (VADS). Indicações, extensión y radicalidad. *Cir Ciruj* 2002;70:369-376.
3. Shah JP, Lydiatt WM. Bucal mucosa, alveolus, retromolar trigone, floor of mouth, hard palate and tongue tumors. In: Thawley SE, Panje WR, Batsakis J, Lindberg RD, editors. *Comprehensive management of head and neck tumors*. Philadelphia, PA, USA: W.B. Saunders, Co.;1999. pp. 686-694.
4. De Santo LW, Thawley SE, Genden EM. Treatment of the oropharynx: surgical therapy. In: Thawley SE, Panje WR, Batsakis J, Lindberg RD, editors. *Comprehensive management of head and neck tumors*. Philadelphia, PA, USA: Saunders, Co.;1999. pp. 806-859.
5. Boyle JO, Strong EW. Oral cavity cancer. In: Shah JP, editor. *Cancer of the head and neck*. New York: B.C. Decker, Inc.; 2001. pp. 100-126.
6. Gallegos HJF, Flores DR, Reséndiz CJA, et al. Rhenium colloid and blue dye for lymphatic mapping and sentinel node biopsy in oral cavity cancer (abstract). 2nd International Conference on Sentinel Node Biopsy in Mucosal Head and Neck Cancer. Zurich, Switzerland; 2003.
7. Furia CL, Kowalski LP, Latorre MR, et al. Speech intelligibility after glossectomy and speech rehabilitation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:877-880.
8. Knunutila H, Pukander J, Maatta T, et al. Speech articulation after subtotal glossectomy and reconstruction with myocutaneous flap. *Acta Otolaryngol* 1999;119:621-626.
9. Nallet E, Ameline E, Molonguet L, et al. T3-4 cancer of the oral cavity, surgical treatment with oral tongue resection. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2001;74-77.