

Análisis de la recurrencia de cáncer de lengua.

Recurrence of tongue cancer analysis.

Sr. Editor:

En referencia al artículo: *Análisis de la recurrencia de cáncer de lengua considerando la presencia de eventos competitivos*, publicado en su revista volumen 19 N°4 año 2008 por Mantilla y col (1), es destacable el esfuerzo de revisar la casuística encontrada en el mencionado centro hospitalario durante un período de 23 años (período 1977-2000), incidiéndose en la evolución en el tiempo que observaron los pacientes diagnosticados de cáncer de lengua, neoplasia que representa entre el 30 al 50% de los casos de malignidad de la cavidad oral (2), separando a los pacientes que fallecieron por causas no relacionadas a la neoplasia en el análisis de las curvas de sobrevida.

Se evaluaron 261 pacientes con cáncer de lengua en los que asumimos que el patrón histológico que presentaron fue el epidermoide, por ser el de presentación más frecuente (2), pues otros patrones histológicos, como el de células transicionales suelen tener un comportamiento biológico más agresivo, lo cual podría impactar en el análisis de las curvas de sobrevida. Igualmente importa la localización del tumor. Aquellos ubicados en la base de la lengua suelen asociarse a un pronóstico más sombrío (3,4) y nos ayudaría saber si la distribución de éstos en la serie revisada fue similar al momento de comparar las curvas de los grupos. Así también, el porcentaje de metástasis ocultas depende del grado de diferenciación histológica y de la extensión en profundidad del tumor primario (5). Kurokawa y col (6), evaluaron a 50 pacientes con carcinoma escamoso de lengua móvil en estadios tempranos y encontraron que los tumores de lengua moderadamente diferenciados y que afectaban en profundidad 4 mm o más, tenían mayor probabilidad de desarrollar metástasis ganglionares, con implicancias terapéuticas intrínsecas, pues para ellos se ha recomendado la realización de tratamiento ganglionar.

Debería aclararse si en el grupo de pacientes que recibió tratamiento combinado, la radioterapia fue dada sólo en el set post operatorio, y que no hubo pacientes tratados con radioterapia de inducción pues esto influiría en los resultados. Es importante además conocer si los pacientes recibieron, como parte del tratamiento adyuvante, la adición de quimioterapia radiosensibilizadora o de algún otro tratamiento sistémico, pues como sabemos, hoy se ha demostrado el papel que éstos juegan en la prolongación de la sobrevida luego de la recurrencia, desde décadas atrás con el uso de las sales derivadas del platino y ahora luego de la reciente adición de cetuximab (7).

Consideramos que hubiese sido importante clasificar también a los pacientes por estadios clínicos al momento de realizar el análisis de las curvas de sobrevida para comparar los resultados respecto al tipo de tratamiento recibido, sobretudo para ver que ocurrió entre quienes fueron tratados sólo con cirugía versus quienes recibieron cirugía seguida de radioterapia, toda vez que el trabajo de Mantilla no constituye un ensayo con asignación de grupos aleatorizados, lo que puede sesgar a que los pacientes en quienes se optó por un tratamiento con radioterapia post operatoria sean los que tenían estadios más avanzados, comparados con aquellos en quienes no se consideró necesario el mismo debido a que presentaban estadios clínicos menores de enfermedad. La expectativa de sobrevida a 5 años para pacientes con niveles de enfermedad en T1 puede superar el 90% a los 5 años y fluctuar entre 65 y 95% para los T2 (8,9,10). Es probablemente esto lo que explique la tendencia observada acerca de que la sobrevida es menor para quienes reciben (porque lo requerían) tratamientos más intensos (cirugía más radioterapia). Los hallazgos no se deberían al esquema de tratamiento adoptado, si no al hecho de estar comparando curvas de sobrevida en poblaciones con diferentes estadios clínicos.

Dentro del grupo tratado sólo con cirugía, es importante clasificar la información a partir del tipo de cirugía practicada y señalar si se utilizaron procedimientos similares. Yii y col (11) encontraron que la tasa de recurrencia ganglionar era del 17% para los pacientes con enfermedad temprana tratados con vaciamiento ganglionar, frente a un 43% observado en pacientes con el mismo nivel de enfermedad pero que no recibieron tratamiento ganglionar.

De igual manera se podrían separar a los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento de radioterapia utilizado, toda vez que pueden existir diferencias respecto a la tolerancia a la misma, dependiendo de si se utilizase radioterapia convencional o si se aplicase la tecnología 3D, la cual se asocia a menor daño de estructuras vecinas y por ende a una posible mejor adherencia al tratamiento, lo cual podría impactar en los resultados finales.

Cabe mencionar que en la actualidad se están evaluando y poniendo en uso algunos marcadores biológicos detectables por técnicas de inmunohistoquímica, lo que permitiría predecir la evolución de algunos pacientes con carcinoma escamoso de lengua. Así lo señala Yasumatsu (12) luego de la observación hecha en la evolución de 37 pacientes en quienes se observaron porcentajes de supervivencia superiores para quienes tenían tumores positivos para la proteasa inhibidora Maspin, comparado con sujetos cuyos tumores que no la expresaron. La ausencia de este marcador se encontró con mayor frecuencia en los tumores con metástasis ganglionares.

El separar a los pacientes que fallecieron debido a causas no relacionadas a la neoplasia de fondo, para mejorar la interpretación de las tasas de supervivencia, nos parece un ejercicio interesante y útil. Sin embargo, consideramos importante además que los autores puedan brindar información sobre los puntos que mencionamos en esta carta para poder ampliar la lectura e interpretación de lo acontecido en la serie revisada.

Grados Oswaldo¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mantilla R, Torres F. Análisis de la recurrencia de cáncer de lengua considerando la presencia de eventos competitivos. *Rev Med Hered*. 2008; 19 (4):145-151.
2. Sugerma PB, Savage NW. Current concepts in oral cancer. *Aust Dent J* 1999; 44: 147-156.
3. Moore SR, Johnson NW, Pierce AM, Wilson DF. The epidemiology of tongue cancer: a review of global incidence. *Oral Dis* 2000; 6:75-84.
4. Prince S, Bailey BMW. Squamous carcinoma of the tongue: Review. *Br J Oral Maxillo fac Surg* 1999; 37:164-174.
5. Gras J, Orús C, León X, Venegas MP, Gañán L, M. Quer M. Tratamiento de los estadios iniciales (T1-T2N0) del carcinoma de lengua móvil. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2003; 54:443-448.
6. Kurokawa H, Yamashita Y, Takeda S, Zhang M, Fukuyama H, Takahashi T. Risk factors for late cervical lymph node metastases in patients with stage I or II carcinoma of the tongue. *Head Neck* 2002; 24(8):731-6.
7. Vermorken J, Mesia R, Rivera F, et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. *NEJM* 2008; 359:1116-1127.
8. Hicks WL Jr, Kuriakose MA, Loree TR, et al. Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Am J Otolaryngol* 1998; 19(1): 24-8.
9. Levy R, Segal K, Hadar T, Shvero J, Abraham A. Squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Eur J Surg Oncol* 1991; 17(4): 330-4.
10. Franceschi D, Gupta R, Spiro RH, et al. Improved survival in the treatment of squamous carcinoma of the oral tongue. *Am J Surg* 1993; 166(4): 360-5.
11. Yii NW, Patel SG, Rhys-Evans PH, Breach NM. Management of the N0 neck in early cancer of the oral tongue. *Clin Otolaryngol* 1999; 24(1): 75-9.
12. Yasumatsu R, Nakashima T, Hirakawa N, et al. Maspin expression in stage I and II oral tongue squamous cell carcinoma. *Head Neck* 2001; 23(11): 962-6.

¹Médico Oncólogo Clínico. Servicio de Hematología-Oncología del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Respuesta del autor:

Estimado señor Editor:

Por intermedio de la presente quiero despejar las dudas de los comentarios realizados por el Dr. Oswaldo Grados en relación al artículo que ustedes gentilmente aceptaron publicar en la Revista Médica Heredia, volumen 19, número 4, Octubre – Diciembre 2008.

El trabajo presentado no tiene por objeto analizar los resultados del tratamiento en cáncer de lengua y mucho menos comparar modalidades de tratamiento.

Nuestro trabajo utiliza una base de datos de cáncer de lengua de la institución, con la intención de evaluar un método estadístico para el análisis de sobrevida que

estima la incidencia acumulada de un evento de interés (*en este caso la recurrencia*) en presencia de eventos competitivos (*muerte por otras causas*), la variación obtenida con este método se refleja en las curvas de sobrevida (1).

Agradeciéndole por anticipado la atención que le brinde a la presente estoy a sus órdenes para absolver cualquier duda adicional.

Mantilla Raúl

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mantilla R, Torres F. Análisis de la recurrencia de cáncer de lengua considerando la presencia de eventos competitivos. Rev Med Hered. 2008; 19(4): 145-151.

Recibido: 05/08/09
Aceptado para publicación: 10/09/09