

Carcinoma escamo celular asociado a tabaquismo invertido: reporte de un caso

Squamous cell carcinoma reverse cell associated with smoking: case report

Juan Carlos González Bolívar¹, Maireth Fuenmayor Contreras²,
Patricia Álvarez Villadiego³, Antonio Díaz Caballero⁴

Resumen

La cavidad oral es el sitio más común de carcinoma de cabeza y cuello de células escamosas; enfermedad con gran riesgo de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

Aunque la primera opción de tratamiento para paciente con cáncer de la cavidad oral sigue siendo la resección quirúrgica, muchos pacientes que presentan enfermedad avanzada son tratados con un enfoque multidisciplinario.

Los pacientes con metástasis linfática, aunque se mantengan los márgenes quirúrgicos negativos, se ha encontrado que pueden tener alto riesgo de recidiva local-regional y muerte por enfermedad, y se recomienda con más frecuencia recibir postoperatorio de radiación, así como la quimioterapia sistémica. La base de este enfoque, así como los avances científicos para futuros tratamientos a los pacientes con alto riesgo de cáncer de cavidad oral; lo cual sería para ellos de gran importancia poder ofrecerles mayor calidad de vida y disminuir el riesgo de mortalidad.

Palabras clave: cáncer oral, radioterapia, quimioterapia.

Abstract

The oral cavity is the most common site of head and neck squamous cell carcinoma, a disease with a high risk of morbidity and mortality worldwide. Although the first treatment option for patients with oral cavity cancer is still surgical resection, many patients with advanced disease are treated with a multidisciplinary approach.

Patients with lymphatic metastasis, in spite of keeping surgical margins negative, have been found to have high risk of locoregional recurrence and death from disease, and it is recommended that they receive postoperative radiation and systemic chemotherapy more often. The basis of this approach, as well as scientific and focus on future treatments for patients at high risk of cancer cavity that offer better quality of life and reduce the risk of mortality.

Keywords: oral cancer, radiotherapy, chemotherapy.

¹ Odontólogo. Residente Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Cartagena.

² Odontóloga. Residente de Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Cartagena (Colombia).

³ Odontóloga. Docente Universidad de Cartagena; especialista en Estomatología Oral, Universidad de Cartagena. Odontólogo.

⁴ Docente Universidad de Cartagena; especialista en periodoncia; director del grupo de investigación gitou.

Correspondencia: Juan Carlos González Bolívar, Universidad de Cartagena, Centro Histórico, Zaragoza, Piedra de Bolívar, 130001 Cartagena de Indias juanca1645k@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas de cavidad oral es una neoplasia proveniente de los tejidos epiteliales; se inicia como una displasia epitelial, la cual prolifera y adquiere características malignas, y destruye el tejido conjuntivo subyacente (1). Afecta principalmente a personas mayores de 40 años (edad promedio 65), y tiene mayor incidencia en hombres (57.9%) que mujeres (42.1%). El pronóstico del carcinoma de células escamosas es pobre; a pesar de los avances en las terapias quirúrgicas y no quirúrgicas, cerca del 50 % de los pacientes muere dentro de un período de 5 años después de ser diagnosticados (2).

El carcinoma escamo celular se encuentra asociado a factores de riesgo tales como el tabaquismo, el alcoholismo, virus, radiación, deficiencias nutricionales, inmunosupresión, enfermedades preexistentes e irritación crónica.

Dentro de la cavidad bucal el carcinoma escamocelular se presenta en diversas localizaciones anatómicas: labio inferior (35 %), labio superior (poco frecuente), lengua: bordes laterales y ventral (25 %), piso de la boca (20 %), paladar blando (15 %), encías/cresta alveolar (4-6 %) y mucosa bucal (1 %) (3).

Se encontró que el hábito que con mayor frecuencia se encuentra asociado en los pacientes con carcinoma escamocelular bucal es el tabaquismo (66.6 %) (4).

El carcinoma escamocelular tiene una serie de presentaciones clínicas diferentes. En el estadio temprano puede aparecer como una lesión eritematosa (eritroplásica) asintomática o una lesión blanca (leucoplásica), o ambas (eritroleucoplásica).

El estudio histopatológico mediante una biopsia representativa del tejido permite el diagnóstico de esta enfermedad. Aun cuando todos los carcinomas tienen alguna capacidad de metastatizar, hay una gran diversidad en el potencial metastásico de los diversos carcinomas de células planas (5).

El diagnóstico diferencial, debido a su apariencia clínica, es importante; se deben tener en cuenta: las lesiones ulcerativas, como las provocadas por trauma crónico, infecciosas (tuberculosis y sífilis), y las lesiones micóticas profundas (candidiasis, histoplasmosis, paracoccidioidomicosis) (6).

Los tratamientos que se realizan con mayor frecuencia en estos pacientes con carcinoma escamo celular son la radioterapia y la cirugía, y con menor frecuencia la quimioterapia (7).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 82 años de edad, quien consultó por presentar múltiples ulceraciones en la zona izquierda del paladar, de un año de evolución. La paciente comentó que había recibido un tratamiento previo, con antibióticos y enjuagues bucales, sin ningún éxito, motivo por el cual consultó a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, postgrado de Estomatología y Cirugía oral.

La paciente no reportó antecedentes familiares relevantes; como antecedente personal importante afirmó padecer de hipertensión arterial controlada, niega alteraciones en otros sistemas, manifestó hábito de tabaquismo invertido de 4 tabacos diarios durante 40 años; también afirmó que dejó el hábito hace 6 meses aproximadamente (julio de 2011) cuando notó las lesiones que presentaba en boca.

Al examen clínico se percibieron 3 ganglios linfáticos aumentados de tamaño, firmes, de consistencia pétreo, asintomáticos, ubicados en región II izquierda. Al examen intraoral presentó múltiples lesiones ulcero-necrotizante sangrantes, redondeadas, de bordes irregulares y eritematosos de 4 cm de diámetro, de color rojo intenso, fondo hiperqueratósico, de consistencia blanda a la palpación con base sésil, asintomáticas; se observó lesiones vegetantes de color rosado pálido de 4 mm de diámetro, bordes irregulares, base pediculada y de 1 año de evolución ubicadas en el reborde alveolar superior izquierdo.

En una junta estomatológica se definió la realización de una biopsia incisional, con previo consentimiento por parte del paciente, con el fin de tener un diagnóstico definitivo y definir la conducta que se debe seguir.

El reporte histopatológico reportó fragmento de mucosa revestido parcialmente por epitelio escamoso, con áreas ulceradas; en áreas se observó lesión tumoral formada por células de citoplasma eosinófilo abundante, algunas con queratinización individual, dispuestas en nidos sólidos infiltrando el estroma circundante, en el cual presentaba prominente infiltrado inflamatorio agudo y crónico.

Diagnóstico final: carcinoma de células escamosas grande, queratinizante, infiltrante, ulcerado.

La paciente fue remitida a la unidad de oncología del hospital regional, donde el oncólogo y los cirujanos maxilofaciales propusieron como alternativa de tratamiento hemimaxilectomía izquierda y posteriormente quimioterapia; tratamiento rechazado por la paciente y su familiares, alegando su avanzada edad, motivo por

el cual se mantuvo en observación mediante controles trimestrales; posteriormente, a los 9 meses del diagnóstico, la paciente falleció.

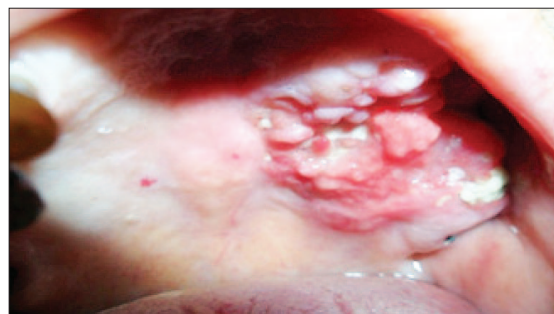


Foto 1. Lesiones ulcero-necrotizante, hiperqueratosis y vegetantes



Foto 2. Lesión radiolúcida en zona de premolares en hemiarca izquierda

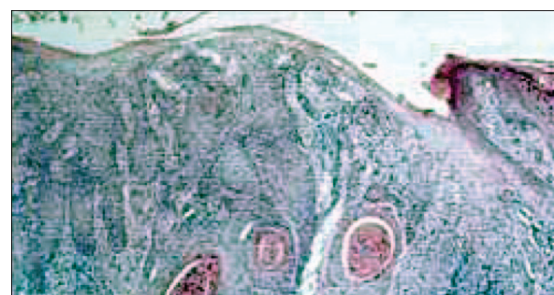


Foto 3. Extensión de crestas epiteliales, perlas de queratina

DISCUSIÓN

Actualmente para el diagnóstico de CA escamo celular se emplean algunos estudios complementarios que pueden incluir biopsia, pruebas de laboratorio, radiografía de cavidad oral, radiografía de tórax, TC, RNM y BACAF.

Estudios han mostrado que los pacientes con este tipo de patología en estadio II pueden presentar metástasis ganglionares subclínicas en el 43 % de los casos; por esto como ayuda complementaria a la palpación bimanual de los ganglios que se realiza en el examen físico, en la actualidad se está empleando la ultrasonografía; cuyo objetivo es tener más sensibilidad y veracidad en el compromiso ganglionar para poder establecer un adecuado diagnóstico y mejorar el pronóstico; la ultrasonografía permite valorar la extensión, diámetro interna y bordes de la lesión.

Aunque es ideal utilizar la ultrasonografía para el diagnóstico de CA escamocelular, una gran desventaja es su alto costo (8).

En nuestro caso se realizaron pruebas diagnósticas convencionales como examen clínico, biopsias y radiografías orales, lo que permitió el diagnóstico a un bajo costo.

Adicionalmente se debe tener en cuenta el grado de diferenciación celular, invasión vascular y perineural, compromiso ganglionar, metástasis y edad.

En el 43 % de los casos de CA escamo celular de lengua se pueden presentar recidivas ipsilateral o contralateral, a corto, mediano o largo plazo, que pueden empeorar el pronóstico (9).

Saito y cols. En 2001 afirmaron que la escisión quirúrgica de la leucoplasia oral, factor predisponente para carcinoma escamocelular, podría reducir el riesgo de desarrollar cáncer subsecuente, por lo tanto se sugiere realizar un diagnóstico adecuado y temprano por parte del odontólogo (10).

CONCLUSIÓN

El CA escamocelular, de manera similar a los reportes de otras investigaciones, fue mayormente diagnosticado en estadios tardíos, lo que afecta la sobrevida y el pronóstico.

La localización más frecuente en el estudio realizado fue la lengua, que afectó principalmente a la población adulta, y se demostró una fuerte asociación a factores de riesgo como el consumo de tabaco principalmente, en menor grado, la combinación con el consumo de alcohol. También se encontró que el principal signo inicial de la lesión fue la aparición de úlcera, y el principal síntoma fue el dolor.

Conflicto de interés: ninguno.

Financiación: Universidad de Cartagena.

REFERENCIAS

1. Rol de las características clínicas e histológicas como factores pronósticos para la sobrevida en pacientes con carcinoma de células escamosas de la cavidad oral. *Rev. Chilena de Cirugía* 2010; 62(5):441-448. Doi: 10.4067/S0718-40262010000500003
2. Martínez E, Preciado A, Montoya S, Jiménez R, Posada A, Clinical-histopathology features of oral squamous cell carcinoma in Medellín, Colombia. *Revista Cubana de Estomatología* 2010; 47(1)81-95.

3. Álvarez E, Barbosa M, Gaviria A. Comportamiento clínico-epidemiológico del carcinoma escamo celular bucal de pacientes tratados en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2005;16(1-2): 28-29
4. Souza L, Albuquerque A, Rodríguez A. Oral squamocellular carcinoma with early diagnosis. *Revista Cubana de Estomatología* 2010; 47(3)347-354.
5. Lamura A, Finol HJ, Garriga EA, D'Empaire MG, Tinoco PJ, Salazar N, Bello B. Carcinoma espinocelular de antro y reborde maxilar: tratamiento quirúrgico, estudio histopatológico y ultraestructural. Reporte de un caso. *Acta Odontol (Venez)* 2009; 39(3):1
6. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2003; 39(8):781-8. Doi: 10.1016/S1368-8375(03)00075-7
7. Patton LL. The effectiveness of community based visual screening and utility of adjunctive diagnostic aids in the early detection of oral cancer. *Oral Oncol* 2003; 39(7):708-23. Doi: 10.1016/S1368-8375(03)00083-6
8. Llewelyn CD, Linklater K, Bell J, Johnson NW, Warnakulasuriya S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. *Oral Oncol* 2004; 40:304-313.
9. Lam L, Logan RM, Luke C, Rees GL. Retrospective study of survival and treatment pattern in a cohort of patients with oral and pharyngeal tongue cancers. *Oral Oncol* 2007; 43(2):150-68.
10. Thomson PJ, Hamadah O. Cancerization within the oral cavity: the use of field mapping biopsies in clinical management. *Oral Oncol* 2007; 43(1):20-6. Doi: 10.1016/j.oraloncology.2005.12.019