

Carcinoma epidermoide de la lengua: presentación de un caso.

Epidermoid carcinoma of the tongue: A case report.

Guadalupe Josefina Mikel Tostado,* Caroline Chanussot Deprez**

RESUMEN

El carcinoma epidermoide es el cáncer bucal más frecuente que representa más de 90% de todos los tipos de cáncer de la cavidad oral. Se presenta el caso de masculino de 41 años de edad con un carcinoma epidermoide de rápida evolución a nivel de la lengua. Se observó una estomatosis localizada en el borde izquierdo de la lengua caracterizada por una neoformación de bordes elevados indurados, centro ulcerado, de 2 cm de diámetro y friable. Se detectaron adenomegalias del lado izquierdo de 2 cm. El paciente refería dolor a nivel del cuello y a nivel del oído izquierdo. Fumaba hasta dos cajetillas de cigarros al día. El estudio histopatológico reveló un carcinoma epidermoide ulcerado, invasor con áreas moderadamente poco diferenciadas. Se inició tratamiento con radioterapia 25 sesiones y quimioterapia con cisplatino. Se determinó mala tolerancia y respuesta al tratamiento establecido, por lo que éste se suspendió y se optó por tratamientos paliativos. La evolución del paciente fue tórpidas y falleció a los 10 meses del diagnóstico. Las neoplasias de la cavidad oral son relativamente poco frecuentes, pero la letalidad alcanza hasta 78% entre las neoplasias de las vías aerodigestivas superiores y se diagnostican en etapas avanzadas en 65% de los casos. La prevención es fundamental, sobre todo la supresión del tabaquismo.

Palabras clave: Carcinoma epidermoide, lengua, cáncer bucal.

ABSTRACT

Epidermoid carcinoma is the most frequent oral cancer (90% of all oral cancer). We present the case of a 41-year-old man with oral cancer on the tongue. The lesion was localized on the left side of the tongue and was characterized by an ulcerated tumor with indurated borders, 2 cm of diameter. Lymph node metastasis was detected on the neck. The patient had left ear pain and also a pain in the neck. He smoked two packs of cigarettes per day. The histopathologic study revealed an epidermoid carcinoma with poor and well-differentiated areas. Radiotherapy and chemotherapy with cisplatin on were started. The patient did not tolerate and had a poor response, so the treatment was suspended. The patient died 10 months after the diagnosis. Oral carcinoma is not frequent but the mortality is high, 78%, between the carcinomas of the aerodigestive tract and frequently it is diagnosed when in advanced stages in 65% of the cases. The most important are the prevention, mostly, tobacco consumption.

Key words: Epidermoid carcinoma, tongue, oral cancer.

INTRODUCCIÓN

La incidencia global anual del cáncer de la cavidad oral es de 275,000 casos, lo que representa 3% de los tipos de cáncer en todo el mundo y ocupa el octavo lugar en los hombres y el decimocuarto en las mujeres.^{1,2} El carcinoma epidermoide es el cáncer bucal más frecuente, representa más de 90% de todos los tipos de cáncer de cavidad oral.² Se presenta esencialmente en adultos, más comúnmente en hombres con una relación

hombre:mujer de 3:1 y entre la sexta a séptima década de vida. Sin embargo, recientemente se ha reportado que la incidencia en personas menores de 40 años ha aumentado en algunos países.³⁻⁶

En México las malignidades ubicadas en la cabeza y el cuello representan 17.6% de la totalidad (108,064) de las neoplasias malignas reportadas en el Registro Histopatológico en el año 2002. De estas neoplasias el grupo más importante por su frecuencia lo constituyen los carcinomas no melanocíticos de la piel con 11,803 casos, lo que significa 62% de los tumores malignos de esta región. El siguiente grupo está constituido por las neoplasias malignas de las vías aerodigestivas superiores que representan 12% de las lesiones malignas en cabeza y cuello con 2,269 casos y de éstos, 42% se manifiestan a nivel de la boca, siendo la lengua el sitio más frecuente (25-40%).^{1,6}

* Servicio de Odontología.

** Servicio de Dermatología.

Hospital General de Pemex de Veracruz.

Recibido: 15 Noviembre 2016. Aceptado para publicación: 16 Marzo 2017.

La presentación clínica incluye una placa blanca (leucoplaquia) o roja (eritroplaquia) persistente o una úlcera crónica. Puede acompañarse de dolor al pasar los alimentos o de otalgia inexplicable. Los factores de riesgo asociados son: tabaquismo, alcoholismo, sífilis, infecciones por el virus del papiloma humano (VPH), liquen plano bucal, VIH, irritantes mecánicos, higiene bucal deficiente, factores hereditarios, entre otros.^{3,7} El tratamiento consiste en tomar primero una biopsia para estudio patológico y confirmar el diagnóstico y posteriormente realizar una cirugía, radioterapia y quimioterapia. La disección de los ganglios del cuello siempre está indicada. La sobrevida a cinco años del cáncer de lengua es de 78% si la enfermedad está localizada, 63% en caso de diseminación regional y 36% en caso de metástasis a distancia.¹

Se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años de edad con un carcinoma epidermoide a nivel de la lengua de rápida evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 41 años de edad que acude a la consulta de odontología con una estomatosis localizada en cara lateral izquierda de la lengua, caracterizada por una neoformación de bordes elevados, indurados, centro ulcerado, de 2 cm de diámetro y friable (*Figura 1*). También presentaba una retracción de la lengua y una deformidad que ocasionaba alteraciones al hablar (*Figura 2*). A la revisión del cuello se detectaron adenomegalias

del lado izquierdo de 2 cm. Por otra parte refería dolor a nivel del cuello y a nivel del oído izquierdo.

Fumaba desde los 19 años de edad, en promedio 8-10 cigarros al día, pero llegó a fumar hasta dos cajetillas diariamente, el consumo de alcohol era ocasional. En cuanto a los antecedentes heredofamiliares: su madre con cáncer de mama.

Se tomó una biopsia de la neoformación con un sacabocado de 6 mm y el estudio histopatológico reveló un carcinoma epidermoide ulcerado, invasor con áreas moderadamente poco diferenciadas.

Fue valorado por el Servicio de Oncología e inició tratamiento con radioterapia 25 sesiones y posteriormente quimioterapia con cisplatino en dos ciclos, ya que mostraba deterioro de la función renal. La tumoración no disminuyó de tamaño. Se determinó mala tolerancia y respuesta al tratamiento establecido, por lo que éste se suspendió y se optó por tratamientos paliativos. Además refería dolor intenso que mejoraba con analgésicos derivados de la morfina. Se realizó una gastrostomía para la alimentación y una traqueostomía. La evolución del paciente fue tórpida y falleció a los 10 meses del diagnóstico.

DISCUSIÓN

De acuerdo con reportes de carcinoma epidermoide de cavidad oral se presenta con mayor frecuencia entre la quinta y séptima década de vida con una media de 64 años.^{7,8} Generalmente los pacientes son diagnosticados después de los 40 años de edad, esta enfermedad es poco



Figura 1. Cara lateral de la lengua: neoformación de bordes elevados, centro ulcerado de 2 cm de diámetro.



Figura 2. Retracción y deformidad de la lengua.

frecuente en jóvenes; no obstante, cada vez hay más reportes de esta enfermedad en personas menores de 40 años en diferentes partes del mundo, representando de 1 a 7.2% de los pacientes con carcinoma epidermoide oral.^{4,5,9,10} El carcinoma epidermoide en boca tradicionalmente se desarrolla después de décadas de abuso de alcohol y tabaco, en algunos países como Brasil el consumo de alcohol y tabaco se inicia a muy temprana edad, lo que contribuye a la aparición de carcinoma epidermoide oral en jóvenes.⁴ También hay otros factores de riesgo como la infección por el virus de papiloma humano (VPH)³ así como otras infecciones virales.

Un estudio realizado en México sobre la asociación entre la edad y el virus del papiloma humano en pacientes mexicanos con cáncer bucal reveló que los pacientes con VPH eran más jóvenes (menores de 45 años) que los pacientes sin VPH y los que se detectaron más comúnmente fueron aquéllos con VPH.³ Los pacientes con carcinoma epidermoide bucal y con el virus del papiloma positivo padecían una enfermedad más agresiva pero más sensible a la quimioterapia y radioterapia sugiriendo que el cáncer que se desarrolla en jóvenes es diferente al de personas mayores.³

El carcinoma epidermoide de cavidad oral es más común en el género masculino, con una relación con el género femenino de 3:1, aunque en los últimos años la tendencia de la relación hombre:mujer es de 2:1, debido a que actualmente las mujeres fuman y consumen bebidas alcohólicas con mayor frecuencia.⁷

La localización está bien establecida y existen diferentes estudios en los que se reporta de la siguiente manera en orden descendente de su frecuencia de aparición: lengua, labio, encía, piso de la boca, paladar y el resto de las estructuras de la boca aparecen con baja frecuencia.⁶ En el caso que nos ocupa la tumoración se localizó a nivel de la cara lateral de la lengua.

El resultado histopatológico confirmó el diagnóstico de carcinoma epidermoide con áreas poco diferenciadas y otras moderadamente diferenciadas. En distintos estudios se ha clasificado al carcinoma de células escamosas de acuerdo con su grado de diferenciación histológica, su semejanza con células epiteliales y su producción o ausencia de queratina. Esta escala utiliza criterios histopatológicos y son bien diferenciados 39% de los casos, moderadamente diferenciados 28% y poco diferenciados 33%.⁶ El grado histológico no es un factor pronóstico.^{11,12} Sin embargo, contrario a lo que se esperaría, los carcinomas poco diferenciados tuvieron menos recidiva que los pacientes con carcinoma bien diferenciado.

En el caso que nos ocupa, un factor de riesgo determinante fue el tabaquismo desde los 19 años de edad, a

razón de hasta dos cajetillas al día que posteriormente al diagnóstico fue disminuyendo. Varios factores de riesgo se asocian al carcinoma epidermoide en boca; el tabaquismo y el alcoholismo son los dos factores más importantes. Esta asociación ha sido muy clara desde hace varios años, algunos datos moleculares muestran clara evidencia de la carcinogénesis que provocan estas sustancias. Se ha demostrado que la prevalencia y el espectro de mutaciones del gen p53 son mucho más frecuentes en personas que fuman y beben que los que se abstienen de estas sustancias.¹³

Se estima que entre 85 y 90% de los casos con cáncer de las vías aerodigestivas superiores se explican por la exposición al tabaco y el riesgo es proporcional a la intensidad de la exposición; así los fumadores intensos tienen un riesgo superior respecto a los fumadores ocasionales.⁶

Desafortunadamente, se prevé un incremento en la incidencia de estas neoplasias, puesto que en años recientes se ha registrado un incremento significativo en la frecuencia del tabaquismo, principalmente entre los individuos jóvenes. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) se ha observado entre los adolescentes (12-17 años) un incremento en los patrones de consumo; no obstante que a esta edad es ilegal el uso de tabaco.⁷

El consumo de alcohol es otro factor de riesgo determinante asociado al cáncer después del tabaquismo, las infecciones crónicas y posiblemente la obesidad.¹⁴ A pesar de la importancia de la carcinogénesis humana, la investigación del alcohol y cáncer permanece limitada en cuanto a aspectos clínicos, epidemiológicos y experimentales.¹⁴

La ingesta de alcohol tiene un efecto sinérgico con el tabaquismo, beber y fumar tiene un efecto multiplicador más que aditivo.^{6,14}

Se han señalado otros factores en la génesis de los tumores de las vías aerodigestivas superiores y una determinante evidencia epidemiológica y molecular apoya la conclusión de que el VPH es el responsable de un grupo de pacientes con cáncer de células escamosas.

Los antecedentes heredofamiliares también son un factor de riesgo, ya que las estadísticas demuestran que éstos aumentan el riesgo elevado de muerte e incrementan 3.65 veces el riesgo de la aparición de cáncer de la cavidad oral.⁷ En este caso había como antecedente heredofamiliar la madre con cáncer de mama.

Además los virus del herpes simple, factores nutricionales, higiene bucal y predisposición genética han sido señalados, pero la evidencia con relación a sus efectos son mucho menos sólidos.^{6,15,16}

Actualmente el tratamiento para el carcinoma epidermoide de cavidad oral se divide en quirúrgico y no quirúrgico o combinaciones de ambos. El tratamiento quirúrgico se subdivide en técnicas ablativas y reconstructivas. El manejo no quirúrgico incluye la radioterapia y quimioterapia. La selección de la terapia adecuada depende de los factores siguientes: el paciente, el tumor y la institución tratante.

Nuestro paciente no fue candidato a tratamiento quirúrgico, la tumoración era de gran tamaño, por lo que recibió tratamiento con radioterapia y quimioterapia. La evolución de su enfermedad fue muy rápida, se estableció el diagnóstico de la enfermedad en el mes de febrero y falleció en diciembre.

CONCLUSIÓN

Las neoplasias de la cavidad oral son relativamente poco frecuentes, pero la letalidad alcanza hasta 78% entre las neoplasias de las vías aerodigestivas superiores, además de las secuelas estéticas y funcionales, especialmente si consideramos el caso de las neoplasias de las vías aerodigestivas que se diagnostican en etapas avanzadas en 65% de los casos.⁶

Es fundamental la prevención de las neoplasias de las vías aerodigestivas, el diagnóstico oportuno y sobre todo la supresión del tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramdass MJ, Harracksingh A, Maharaj K, Sing QY, Mooteeram J, Barrow S. Incidence of tongue carcinoma in Trinidad and Tobago, West Indies. *Oncol Lett*. 2015; 9 (3): 1417-1419.
- Komolmalai N, Chuachamsai S, Tantiwipawin S, Dejsuvan S, Buhngamongkol P, Wongvised C et al. Ten-year analysis of oral cancer focusing on young people in northern Thailand. *J Oral Sci*. 2015; 57 (4): 327-334.
- González-Ramírez I, Irigoyen-Camacho ME, Ramírez-Amador V, Lizano-Soberón M, Carrillo-García A, García-Carrancá A et al. Association between age and high-risk human papilloma virus in Mexican oral cancer patients. *Oral Dis*. 2013; 19 (8): 796-804.
- Santos HB, dos Santos TK, Paz AR, Cavalcanti YW, Nonaka CF, Godoy GP et al. Clinical findings and risk factors to oral squamous cell carcinoma in young patients: A 12-year retrospective analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 21 (2): e151-e156.
- Sun Q, Fang Q, Guo S. A comparison of oral squamous cell carcinoma between young and old patients in a single medical center in China. *Int J Clin Exp Med*. 2015; 8 (8): 12418-12423.
- Tirado-Gómez L, Granados-García M. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y cuello. *Cancerología*. 2007; 2: 9-17.
- Meza-García G, Muñoz-Ibarra JJ, Páez-Valencia C, Cruz-Legorreta B, Aldape-Barrios B. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la Ciudad de México. Experiencia de 5 años. *Av Odontostomatol*. 2009; 25 (1): 19-28.
- Sankaranarayanan R. Oral cancer in India: an epidemiologic and clinical review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990; 69 (3): 325-330.
- Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people--a comprehensive literature review. *Oral Oncol*. 2001; 37 (5): 401-418.
- Pytynia KB, Grant JR, Etzel CJ, Roberts D, Wei Q, Sturgis EM. Matched analysis of survival in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck diagnosed before and after 40 years of age. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 130 (7): 869-873.
- Bundgaard T, Rossen K, Henriksen SD, Charabi S, Sogaard H, Grau C. Histopathologic parameters in the evaluation of T1 squamous cell carcinomas of the oral cavity. *Head Neck*. 2002; 24 (7): 656-660.
- Kantola S, Parikka M, Jokinen K, Hyrynkangas K, Soini Y, Alho OP et al. Prognostic factors in tongue cancer - relative importance of demographic, clinical and histopathological factors. *Br J Cancer*. 2000; 83 (5): 614-619.
- Brennan JA, Boyle JO, Koch WM, Goodman SN, Hruban RH, Eby YJ et al. Association between cigarette smoking and mutation of the p53 gene in squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*. 1995; 332 (11): 712-717.
- Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol*. 2006; 7 (2): 149-156.
- Parker TM, Smith EM, Ritchie JM, Haugen TH, Vonka V, Turek LP et al. Head and neck cancer associated with herpes simplex virus 1 and 2 and other risk factors. *Oral Oncol*. 2006; 42 (3): 288-296.
- Rosenquist K, Wennerberg J, Schildt EB, Bladström A, Göran-Hansson B, Andersson G. Oral status, oral infections and some lifestyle factors as risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. A population-based case-control study in southern Sweden. *Acta Otolaryngol*. 2005; 125 (12): 1327-1336.

Correspondencia:

Guadalupe Josefina Mikel Tostado

Hospital General de Pemex de Veracruz.

Miguel Ángel de Quevedo S/N, esquina Raz y Guzmán

Col. Formando Hogar, 91710, Veracruz.

Teléfono: (229) 9 89 28 00

E-mail: guadalupe.josefina.mikel@pemex.com

www.medigraphic.org.mx