

Cáncer bucal en encía: ¿Localización vulnerable para diagnóstico erróneo?

Cancer of the gums: A location prone to misdiagnosis?

C.D. Ana Elizabeth Sánchez Becerra.
Instituto de Investigación en Odontología.
Universidad de Guadalajara

C.D. Ana Cristina Horta Sandoval.
Instituto de Investigación en Odontología.
Universidad de Guadalajara

M. en C. Sandra López Verdín.
Instituto de Investigación en Odontología.
Universidad de Guadalajara

Recibido en Julio de 2012.

Aceptado para publicación: Septiembre de 2012.

Resumen.

El carcinoma oral de células escamosas es el cáncer más frecuente de la mucosa bucal. El diagnóstico tardío se ha considerado un factor de riesgo para la evolución y mal pronóstico de esta patología, además de una tasa alta de mortalidad.

Las manifestaciones bucales por las que el clínico puede sospechar de estar frente a un cáncer de células escamosas en boca, varía desde una placa blanquecina que no desprende al raspado, asintomática (leucoplasia), la cual tiende a pasar por una transición rojiza (eritroplasia) hasta poder llegar a ser una úlcera indurada aislada.

La atención primaria habitualmente no usa los métodos diagnósticos auxiliares, como el diagnóstico histopatológico. Es importante considerar que ante lesiones ulceradas que no empiecen a cicatrizar a los 10 días de su aparición, se debe sospechar de lesión maligna.

El conocimiento de la causa, la patogénesis y el comportamiento de las lesiones orales premalignas y malignas favorece el tratamiento antes del establecimiento de la malignidad.

Palabras Clave: *Carcinoma oral de células escamosas. Factor de riesgo. Leucoplasia. Eritroplasia. Úlcera. Diagnóstico temprano. Estudio histopatológico.*

Abstract.

The oral squamous cell carcinoma is the most common cancer of the oral mucosa. Late diagnosis is regarded as a risk factor for the development and poor prognosis of this disease, and is associated with a high mortality rate.

The signs that should alert clinicians to the possibility of their being faced with an oral squamous cell cancer range from an asymptomatic whitish patch that is resistant to scraping (leukoplakia), which tends to then go through a phase of reddishness (erythroplasia), to a single indurated ulcer.

Primary care does not usually include auxiliary diagnostic methods such as histopathological diagnosis. When any ulcerated lesion fails to heal within 10 days of its appearance, it is important to recognize this as a clear warning sign that it may be malignant.

Knowledge of the cause, pathogenesis, and behavior of premalignant and malignant oral lesions improves the chances of treatment success before malignancy sets in.

Keywords: *Oral squamous cell carcinoma, risk factor, leukoplakia, erythroplasia, ulcer, early diagnosis, histopathological study*

Introducción.

La mayoría de los cánceres orales son carcinomas de células escamosas de la mucosa bucal.¹ Junto a esto se han identificado factores etiológicos fuertemente relacionados, así como los efectos combinados² de factores predisponentes endógenos (aberraciones genéticas, malnutrición y factores hormonales)³ y exógenos como la exposición a

toxinas (p. ej. los benzopirenos del tabaco) y alcohol (p. ej. enjuagues bucales).³ El pobre diagnóstico temprano por falta de perspicacia del paciente o del médico tratante⁴ ha llegado a ser considerado un factor de riesgo para la evolución y mal pronóstico del cáncer bucal, dando como resultado elevadas tasas de mortalidad con una esperanza de vida de aproximadamente 5 años, la cual depende a la vez de la edad y localización.^{1,5}

Existen otros factores asociados como las enfermedades autoinmunes mucocutáneas (liquen plano) que están en

controversia,⁶ de igual manera diversos estudios han relacionado al virus del papiloma humano, particularmente HPV 16⁷ con este tipo de carcinoma.⁸ Generalmente los carcinomas orales se asocian a personas del sexo masculino que se encuentran entre los 55 y 77 años de edad, siendo las localizaciones más frecuentes el piso de la boca, borde lateral y ventral de la lengua¹ y surcos alveolares mandibulares. En contraste, el paladar es una localización infrecuente para este tipo de cáncer.²

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es una enfermedad devastadora debido a que ocasiona desfiguro facial, disfunción, trauma psicológico y en general afecta la calidad de vida del paciente.⁵

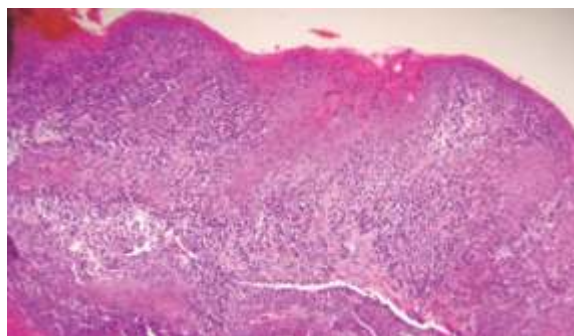
Reporte de un Caso.

Paciente femenino de 64 años, remitida por un odontólogo particular debido a una lesión dolorosa padecida desde hace un año, la cual inicialmente se trató como una infección dental, por lo que estaba tomando antibióticos, además de habersele realizado endodoncia y extracción del diente localizado en la lesión. Ella niega consumir o haber consumido tabaco, así como hábitos de alcohol, ya sea en bebida o enjuague bucal. A la exploración se observa una úlcera, con bordes indurados de aspecto crateriforme y granular localizada en encía vestibular mandibular, por el área anterior, abarcando fondo de saco (Fotografía.1).

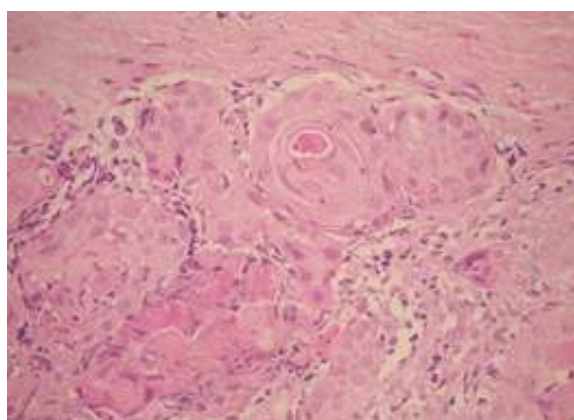


Fotografía 1. Se observan dos lesiones: una úlcera de bordes elevados e indurados, localizada en encía vestibular, a nivel de canino inferior izquierdo y una placa blanquecina, de superficie granular en el reborde alveolar.

Se tiñó con azul de toluidina, para hacer un mapeo por medio de biopsia con punch. El resultado del estudio histopatológico fue un carcinoma de células escamosas invasivo (Fotografía 2 A y B). Se remitió a tratamiento oncológico.



Fotografía 2. Estudio histopatológico teñido con Hematoxilina-Eosina, donde se observa queratinización de células individuales, pérdida de polaridad y estratificación celular, sobre un intenso infiltrado inflamatorio.



Fotografía 3. Estudio histopatológico teñido con Hematoxilina-Eosina, donde se observa formación de nidos de células pleomórficas con pérdida de la relación núcleo-citoplasma y perlas de queratina.

Discusión.

Las manifestaciones bucales por las que el clínico puede sospechar de estar frente a un carcinoma de células escamosas en boca, varía desde una placa blanquecina que no desprende al raspado asintomática (leucoplasia), la cual puede asociarse a una lesión rojiza (eritroplasia), hasta llegar a ser una úlcera indurada aislada.⁹

En el presente caso la paciente muestra una úlcera indurada con una superficie granular, aspecto característico de un COCE en encía, que no justifica los tratamientos previos, sin haber realizado medios de diagnósticos auxiliares que descartarán la posibilidad de una neoplasia maligna.

Sin embargo, cuando los pacientes presentan dolor, puede confundirse con otros padecimientos comunes¹⁰ pero por eso es importante compaginar los signos y síntomas para dirigirse hacia el diagnóstico acertado.

A pesar de que la cavidad bucal es una zona de fácil acceso a la exploración, las lesiones iniciales del COCE suelen dar síntomas inespecíficos. Es por esto que el período medio de tiempo que pasa entre el comienzo de los

síntomas y la visita al médico especialista es de unos 5 meses, ya que los pacientes no acuden a consulta hasta presentar síntomas importantes como dolor, pero desafortunadamente este aparece cuando las lesiones se hacen infiltrantes y se ulceran.

Es usual que la atención primaria odontológica no se extienda hacia el empleo de métodos de diagnóstico auxiliares, a la piedra angular de la evaluación clínica en tejidos blandos y duros, el diagnóstico histopatológico,^{4, 10, 11} disminuyendo la eficacia y eficiencia en el diagnóstico puesto, que además los pacientes pueden presentar dientes flojos, hemorragias, disartria, disfagia, odinofagia, otalgia, la afectación del nervio sensorial y motor, lesiones de masa en el sitio primario, o adenopatías cervicales,^{2, 9, 12, 13} síntomas que pueden acompañar tanto a una infección dental como a una neoplasia maligna.

Conclusión.

Es importante considerar que ante lesiones ulceradas que no empiecen a cicatrizar a los 10 días de su aparición, se debe sospechar de lesión maligna.

El conocimiento de la causa, la patogénesis y el comportamiento de las lesiones orales premalignas y malignas, así como el contacto entre diferentes niveles de atención permite que el dentista de atención primaria sepa dónde debe referir cada caso, permitiendo el diagnóstico precoz y favoreciendo el tratamiento temprano, factor decisivo en el pronóstico.

Bibliografía.

1. Sánchez-López JD, Sicilia-Gutiérrez MA, Cañadas LM, Labrot-Moleón I, Martínez-Villalobos Castillo S, Valencia-Laseca E. Profundidad tumoral y variables histopatológicas en el carcinoma epidermoide lingual. Estudio retrospectivo sobre 60 pacientes. *Av Odontostomatol*. 2005; 21 (5):241-249.
2. Peña A, Arredondo M, Vila L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev Cubana Estomatol*. 2006; 43 (1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003 accesado el 05 de julio 2012.
3. Al-Rawi, NH, Talabani, NG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: a case series analysis of clinical presentation and histological grading of 1,425 cases from Iraq. *Clin. Oral Investig*. 2008;12:15-8.
4. McDowell JD. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Clin North Am*. 2006;39(2):277-94.
5. Herranz GBJ. Diagnóstico precoz del cáncer de cavidad oral. *Guía Clínica* 2001;1(20):35-47.
6. Georgakopoulou EA, Ahtari MD, Foukas PG, Ahtaris M, and Kotsinas A. Oral lichen planus as a preneoplastic inflammatory model. *Virtual J Biomed Biotechnol*. 2012;1:1-8. Acces code 759626.
7. Niv A, Sion-Vardi N, Gatot A, Nash M, Fliss DM. Identification and typing of human papillomavirus (HPV) in squamous cell carcinoma in oral cavity and oropharynx. *J Laryngol otol*. 2000;114 (1):41-6.
8. Tirado-Gómez L, y Granados M. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. *Cancerología* 2007;2:9-17.
9. Kademani D. Oral Cancer: symposium on solid tumors. *Mayo Clin Proc* 2007;82(7):878-887.
10. Danesi CC, Marconato MC, Spara L. Oral cancer: a Santa Maria University Hospital study. *Rev Bras Cancerol* 2000;46(2):179-82.
11. Epsteom JB, Gorsky M, Cabay RJ, Day T, Gonsalves W. Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma: role of primary care physicians. *Can Fam Physician*. 2008;54(6):870-5.
12. Humphris GM, Field EA. An oral cancer information leaflet for smokers in primary care: Results from two randomised controlled trials. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(2):143-9.
13. McLeod NMH, Saeed NR, Ali EA. Oral cancer: Delays in referral and diagnosis persist Br Dent J. 2005;198:681-684.

Correspondencia:

M. en C. Sandra López Verdín
Sierra Mojada 950, puerta 10, edificio C, primer nivel.
Colonia Independencia. Código postal 44340.
Guadalajara, Jal.
E-Mail: patologiabucal@live.com.mx