

Carcinoma oral de células escamosas en el paladar: reporte de un caso.

Oral squamous cell carcinoma of the palate: a case report.

Daniel de Jesús Argüello Herrera,* Luis Alberto Montoya Pérez,† Bernardo Cruz Legorreta,§
Aurora Lucero Reyes,¶ Beatriz Catalina Aldape Barrios§

RESUMEN

El cáncer oral representa un grave problema de salud a nivel mundial debido a su importante morbilidad y mortalidad. Ocupa la sexta causa de muerte por cáncer y tienen una supervivencia mundial a cinco años cercana a 50%, en gran parte debido a la falta de su reconocimiento en estudios iniciales por parte de los pacientes y de los mismos profesionales de la salud, lo que ocasiona un grave retraso en su diagnóstico y tratamiento. Se presenta el caso de una mujer de 64 años de edad con úlceras de larga evolución en la cavidad oral y quien acude a múltiples profesionales de salud sin ser diagnosticada en las fases iniciales de la enfermedad; acude a la Universidad Autónoma de Tlaxcala en donde se diagnostica carcinoma oral de células escamosas en el maxilar. En el presente artículo se hace énfasis en el reconocimiento de signos clínicos y factores precipitantes que puedan generar sospecha de un crecimiento maligno y así concientizar a los profesionales de la salud para promover la prevención.

Palabras clave: cáncer oral, carcinoma de células escamosas, leuoplasia, úlcera gingival.

ABSTRACT

Oral cancer represents a serious health problem worldwide due to its significant morbidity and mortality, it is the sixth leading cause of cancer death and has a global 5-year survival rate of 50%, largely due to the lack of recognition in early stages by patients and health professionals themselves, which causes a serious delay in diagnosis and treatment. We present the case of a 64-year-old woman with long-standing ulcers in the oral cavity who went to multiple health professionals without being diagnosed in the initial stages of the disease. She went to the Autonomous University of Tlaxcala where oral squamous cell carcinoma (OSCC) in the maxilla was diagnosed. This article emphasizes the recognition of clinical signs and precipitating factors that may generate suspicion of malignant growth and thus raise awareness among health professionals to promote prevention.

Keywords: oral cancer, squamous cell carcinoma, leukoplakia, gingival ulcer.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello es la séptima neoplasia maligna más común en todo el mundo con aproximadamente 700,000 nuevos casos; 300,000 de éstos aparecen en la cavidad oral.^{1,2} Se estima que la neoplasia en la orofaringe ha

aumentado en más de 50% en los últimos 40 años; este incremento se ha relacionado con el rápido aumento del virus del papiloma humano (VPH) 16 y 18 en la población.³

Las localizaciones del carcinoma oral de células escamosas (COCE) son la parte posterior del borde lateral de la lengua y el piso de la boca que representan más de

* Residente de segundo año de la Especialidad en Cirugía Maxilofacial.

† Médico adscrito de la Especialidad en Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México.

§ Especialidad en Patología y Medicina Bucal, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

¶ Maestra en Ciencias, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Recibido: 31 de enero de 2023. Aceptado: 03 de noviembre de 2023.

Citar como: Argüello HDJ, Montoya PLA, Cruz LB, Lucero RA, Aldape BBC. Carcinoma oral de células escamosas en el paladar: reporte de un caso. Rev ADM. 2023; 80 (6): 346-350. <https://dx.doi.org/10.35366/113925>



50% de los casos.^{2,4} Otros sitios menos frecuentes son la encía, la mucosa bucal, la mucosa labial y el paladar duro.

Dos tercios de los carcinomas linguales se presentan como neoformaciones o úlceras induradas y asintomáticas en el borde lateral posterior; 20% se presenta en las superficies lateral anterior o ventral, y sólo 4% en el dorso. Cuando estos crecimientos son exofíticos, presentan una superficie irregular, papilar o verrucosa, el color puede variar desde el mismo color de la mucosa adyacente a blanco o rojo, según la cantidad de queratina y/o la vascularización, la superficie es firme o indurada a la palpación, y ulcerada.

El carcinoma de células escamosas del paladar duro es raro en comparación con los de otros sitios orales. Esta neoplasia destruye el hueso subyacente y en las radiografías aparece como una zona radiolúcida «apolillada» con márgenes mal definidos o irregulares con aspecto radiográfico similar a la osteomielitis; causa movilidad dental que es uno de los motivos de búsqueda profesional.⁴

Estas neoplasias son precedidas de una leucoplasia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «una placa blanca que no se desprende, que no corresponde a ninguna otra entidad nosológica y con potencial de malignización; o por una eritroplasia definida como una placa mucosa roja que no tiene una etiología mecánica o inflamatoria obvia o que persiste después de la eliminación de factores etiológicos. El término leucoeritroplasia o eritroqueratosis es un término clínico utilizado para definir una placa mucosa con áreas de eritroplasia y leucoplasia entremezcladas».⁵

Los factores de riesgo conocidos pueden ser tanto extrínsecos como intrínsecos. Los extrínsecos incluyen el tabaco, el alcohol y la luz solar sólo para el borde del bermellón labial. Los intrínsecos son estados sistémicos, como desnutrición o anemia por deficiencia de hierro, e infección por VPH.^{3,4,6} Existen otros factores de riesgo menos frecuentes como infección crónica, inmunosupresión a largo plazo, mala higiene bucal, mala alimentación y prótesis dentales mal ajustadas; además, se sabe que la anemia de Fanconi, la ataxia telangiectasia, el síndrome de Li-Fraumeni, el síndrome de Bloom y la disqueratosis congénita son causas hereditarias del carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello.⁷

El riesgo de metástasis cervicales en el carcinoma de células escamosas primario del maxilar es bajo; sin embargo, recientemente se ha demostrado que la disección electiva del cuello es rutinaria en etapa temprana y, por el contrario, los pacientes que no se someten a este procedimiento tienen mayor riesgo de metástasis en los ganglios linfáticos.⁸ La radioterapia después del procedi-

miento quirúrgico mejora el pronóstico y disminuye la recurrencia.⁹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 64 años de edad quien acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Tlaxcala, con antecedentes de hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica; actualmente bajo tratamiento mediante levotiroxina 100 µg cada 24 horas, metformina 850 mg cada 12 horas, amlodipino 5 mg cada 12 horas y losartán 50 mg cada 12 horas, sin adecuado control médico. Inicia el padecimiento actual con una úlcera asintomática en la región gingival vestibular superior del lado derecho de dos meses de evolución aproximadamente, que trata mediante «remedios caseros» sin mejoría, así como dolor en la región vestibular inferior asociado al órgano dental 47; a las dos semanas siguientes observa una úlcera en la región palatina ipsilateral, así como movilidad dental de órganos dentales 13, 14 y 15; acude con facultativo de práctica privada quien le sugiere buscar atención especializada por úlceras de larga evolución, por lo que acude a la Universidad de Tlaxcala. A la exploración física, se palpa aumento de volumen en región submandibular del lado derecho bien definida, asintomática correspondiente a ganglio linfático. A la exploración intraoral, se observan dos úlceras; la primera en la región de mucosa vestibular a nivel de órganos dentales 13 y 14, de bordes indurados y eritematosos, de superficie irregular y de 2 cm de longitud aproximadamente (*Figura 1*); y la segunda en paladar duro



Figura 1: Úlcera de bordes indurados en región gingival vestibular derecha.



Figura 2: Úlcera asintomática en región palatina.



Figura 3: Región radiolúcida en reborde alveolar superior derecho.

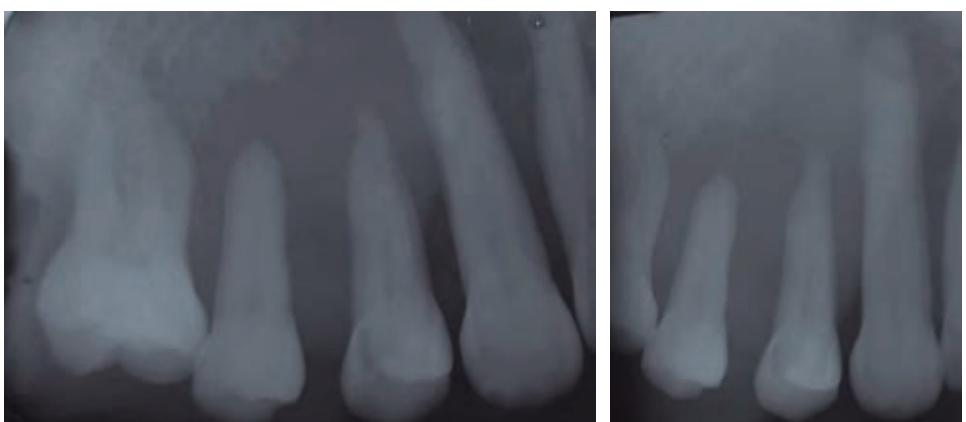


Figura 4:

Región radiolúcida de bordes difusos a nivel de órganos dentales 12 a 15.

del lado derecho, a nivel de órganos dentales 11 y 16 de superficie elevada papilar y eritematosa de 4 cm de longitud aproximadamente (*Figura 2*), ambas asintomáticas; movilidad dental en órganos dentales 12, 13, 14 y 15, órgano dental 47 mesializado con exposición radicular y asociado a sintomatología dolorosa a la palpación vertical y horizontal. Se realiza toma de ortopantomografía y radiografías periapicales en donde se observa una zona radiolúcida en el maxilar superior del lado derecho a nivel radicular de órganos dentales 12 al 16, mal definida de 4 cm de longitud aproximadamente (*Figuras 3 y 4*).

Se decide toma de biopsia incisional de úlcera palatina para su estudio histopatológico, así como extracción de órgano dental 47 bajo anestesia local en el mismo tiempo quirúrgico y de forma atraumática (*Figura 5*); se prescribe antibioticoterapia mediante amoxicilina 500 mg cada ocho horas por siete días y analgesia mediante paracetamol 500 mg cada ocho horas por tres días. El resultado del estudio histopatológico informa carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado (*Figura 6*). A los ocho días se realiza la revisión clínica del sitio quirúrgico, el cual se presenta en adecuado proceso de cicatrización (*Figura 7*). Se entrega resultado histopatológico y laminillas y se realiza la referencia a centro oncológico para su tratamiento.

DISCUSIÓN

Los carcinomas intrabucales y orofaríngeos a menudo se diagnostican de forma tardía; la supervivencia relativa a cinco años es de 51% para estas neoplasias desarrolladas en el piso de la boca, 57.3% para las del paladar duro y 65% para las lesiones orofaríngeas.^{1,4} Hay lesiones epiteliales orales potencialmente malignas que pueden estar presentes antes de la aparición de carcinoma oral

de células escamosas; éstas incluyen un grupo de lesiones de la mucosa oral, tales como leucoplasia, eritroplasia, fibrosis submucosa y liquen plano que deben evaluarse más a fondo.¹⁰ Debe prestarse especial atención a: lesiones ulceradas que no cicatrizan después de 15 días, lesiones pigmentadas en la cavidad oral, movilidad dental espontánea, sangrado, parestesia en la boca o la cara, una prótesis dental mal ajustada o un alveolo de extracción que no cicatriza después de seis semanas también debe hacer sospechar un posible crecimiento maligno. El dolor no es una característica específica durante las



Figura 5: Toma de biopsia incisional en un sitio representativo.

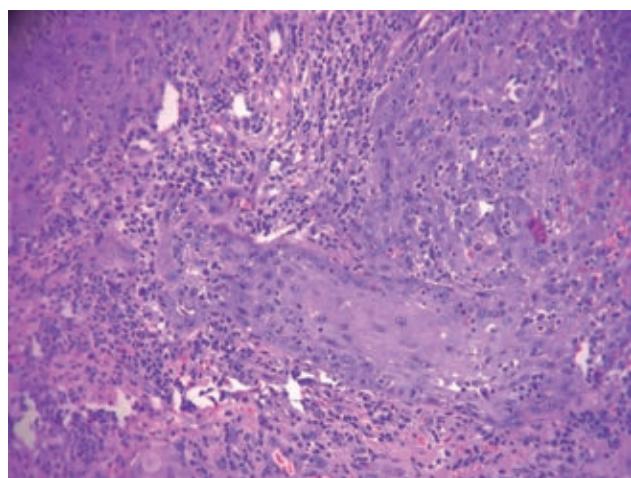


Figura 6: Se observa pleomorfismo nuclear y celular, así como mitosis aberrantes.



Figura 7: Adecuado proceso de cicatrización a ocho días de la toma de biopsia.

primeras fases de crecimiento, lo que puede explicar el retraso en la búsqueda de atención profesional; pero si presenta invasión perineural, puede causarlo además de parestesia.⁴ Otros signos de enfermedad avanzada y de mal pronóstico incluyen trismo, que indica invasión de músculos masticatorios; paresia de la lengua, lo que indica invasión de la inervación o musculatura extrínseca de la lengua.¹¹ Debido a esto, el microbioma oral, la inflamación de la mucosa y el trauma de la mucosa oral por dientes y dispositivos protésicos han recibido atención en los últimos años.¹⁰

CONCLUSIONES

El cáncer bucal puede considerarse una enfermedad prevenible, ya que la mayoría de los factores de riesgo pueden eliminarse; aun así, es posible su aparición en pacientes que no tienen estos factores. Es por eso que la disminución de factores de riesgo precipitantes y el diagnóstico oportuno del carcinoma oral de células escamosas es fundamental; también es de suma importancia que los profesionales de la salud y en especial los odontólogos se familiaricen con el reconocimiento precoz de esta neoplasia en las fases tempranas de la enfermedad, así como de todas aquellas lesiones potencialmente malignas intraorales. Se debe hacer un historial médico completo, realizando una inspección clínica exhaustiva, especialmente en las zonas donde su aparición es más común; conocer las lesiones elementales y saber diferenciarlas, realizar exploración de cadenas ganglionares, interpretación de estudios complementarios como laboratorios e imagen, así como saber cuándo es necesaria una biopsia para su estudio histopatológico, ya que sólo así se podrá dar un

diagnóstico y tratamiento oportuno. De esto depende el curso del tratamiento, la morbilidad y mortalidad del padecimiento.

REFERENCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018; 68 (6): 394-424.
2. Eskander A, Givi B, Gullane PJ, Irish J, Brown D, Gilbert RW, et al. Outcome predictors in squamous cell carcinoma of the maxillary alveolus and hard palate. Laryngoscope. 2013; 123 (10): 2453-2458.
3. Rapp CT, Chera BS, Morris CG, Amdur RJ, Kirwan JM, Mendenhall WM. Radiation treatment of soft palate squamous cell carcinoma. Head Neck. 2020; 42 (3): 530-538.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. St. Louis, MO: Elsevier; 2016, pp. 374-389.
5. Bouquot JE, Gnepp DR. Laryngeal precancer: a review of the literature, commentary, and comparison with oral leukoplakia. Head Neck. 1991; 13 (6): 488-497.
6. Howard A, Agrawal N, Gooi Z. Lip and oral cavity squamous cell carcinoma. Hematol Oncol Clin North Am. 2021; 35 (5): 895-911.
7. Machiels J-P, René Leemans C, Golusinski W, Grau C, Licitra L, Gregoire V. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx: EHNS-ESMO-ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2020; 31 (11): 1462-1475.
8. Meng FY, Ko JY, Lou PJ, Wang CP, Yang TL, Chang CH et al. The determining risk factors for treatment outcomes in patients with squamous cell carcinoma of the hard palate. Ann Surg Oncol. 2012; 19 (6): 2003-2010.
9. Yang X, Song X, Chu W, Li L, Ma L, Wu Y. Clinicopathological characteristics and outcome predictors in squamous cell carcinoma of the maxillary gingiva and hard palate. J Oral Maxillofac Surg. 2015; 73 (7): 1429-1436.
10. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral cancer and precancer: a narrative review on the relevance of early diagnosis. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17 (24): 9160.
11. Wong T, Wiesenfeld D. Oral cancer. Aust Dent J. 2018; 63 Suppl 1: S91-S99.

Conflicto de intereses: no hay conflicto de intereses.

Financiamiento: no cuenta con financiamiento.

Correspondencia:

Daniel de Jesús Argüello Herrera

E-mail: j.a.daniel@hotmail.com