

Carcinoma sarcomatoide de paladar blando

Ramón A Horcasitas Pous,¹ Ernesto Ramos Martínez,² Regina Martínez Lorenzo³

Resumen

El carcinoma sarcomatoide de cabeza y cuello es un tumor de alto grado de malignidad, cuyo diagnóstico, al igual que el tratamiento, puede ser motivo de controversia. En la mayor parte de las series se menciona que estos tumores tienen una radiorresistencia relativa y que la cirugía es el tratamiento de elección en lesiones de tamaño moderado. Estas lesiones se relacionan con mala higiene bucal, tabaquismo, consumo de alcohol y exposición a radiación ionizante. El diagnóstico histopatológico debe basarse en un estudio de inmunohistoquímica.

Abstract

Sarcomatoid carcinoma of the head and neck mucosal sites is a rare high grade malignancy that may cause diagnostic and therapeutic controversies. A characteristic of this entity consistently reported but not entirely validated is its relative radioresistance and the general belief that surgery is the treatment of choice. Smoking, poor oral hygiene, alcohol use and exposure to ionizing irradiation have all been associated. Immunohistochemical analysis is a must in the final pathological diagnosis.

Palabras clave:

tumor faríngeo, sarcomatoide.

Key words:

pharyngeal tumour, sarcomatoid.

Introducción

El carcinoma sarcomatoide es una variante de alto grado de malignidad del carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. Puede ocurrir en cualquier epitelio escamoso, pero es más frecuente en la cavidad oral y la laringe. Se relaciona con menos de 0.5% de todos los tumores de paladar y orofaringe, y es más común en el sexo masculino, con edad de inicio entre 60 y 70 años de edad. El tabaquismo intenso, el consumo de

alcohol, la mala higiene dental y la exposición a radiación ionizante se han vinculado con este padecimiento.¹

Fue descrito por primera vez en 1864 por Virchow, quien lo denominó carcinosarcoma o doble maligno por estirpe; se le ha designado también pseudosarcoma, carcinoma de células fusiformes y carcinoma sarcomatoide. De hecho, en la actualidad hay mucha controversia en el origen y el potencial de malignidad de las células progenitoras implicadas. Batsakis

¹ Médico otorrinolaringólogo.

² Médico patólogo.

Hospital CIMA, Chihuahua.

³ Estudiante de medicina.

Correspondencia: Dr. Ramón A. Horcasitas Pous. Hacienda del Valle 7120, despacho 225, CP 31217, Chihuahua, Chih., México. Correo electrónico: drhorcasitas@yahoo.com

Recibido: septiembre, 2012. Aceptado: noviembre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Horcasitas-Pous RA, Ramos-Martínez E, Martínez-Lorenzo R. Carcinoma sarcomatoide de paladar blando. An Orl Mex 2013;58:49-51.



Figura 1. Lesión que ocupa 90% de la luz faríngea.



Figura 2. Lesión de aspecto lobulado extirpada en su totalidad.



Figura 3. El corte coronal muestra una lesión en polipoide con inserción en el paladar blando y la fosa amigdalina.

concluyó que estos tumores son un grupo heterogéneo cuya historia natural es variada y no puede determinarse únicamente por la descripción histopatológica.²

El concepto de Lane de pseudosarcoma destaca que el elemento sarcomatoso es un cambio inflamatorio reactivo de las células del carcinoma epidermoide. En lo que respecta al tratamiento, no es de sorprender que no haya consenso para el tratamiento apropiado de este tipo de lesiones, debido a que se han reportado de manera aislada, a las mezclas de sitios primarios (cavidad oral, senos paranasales y laringe) en las series más grandes y a los estadios de estas lesiones.^{3,4} Casi siempre es necesario realizar estudios de inmunohistoquímica para poder confirmar los patrones y el diagnóstico definitivo.

Caso clínico

Paciente del sexo masculino de 78 años de edad, dedicado a la agricultura durante 45 años, con tabaquismo positivo durante 60 años de más de 30 cigarrillos al día, alcoholismo ocasional con base en consumo de cerveza y rara vez destilados. Refirió pérdida de peso de aproximadamente 3 kg en los pasados tres meses, y disfagia a sólidos y leve dificultad respiratoria en posición de decúbito en el último mes. A la exploración física se encontró mala higiene dental, con algunas caries y enfermedad gingival; se observó una lesión de aproximadamente 6 cm de diámetro, fija en el paladar blando y el pilar anterior izquierdo, de coloración violácea y recubierta de mucosa respiratoria con dos ulceraciones de aproximadamente 0.5 de diámetro; cuello totalmente negativo. Se resecó la lesión

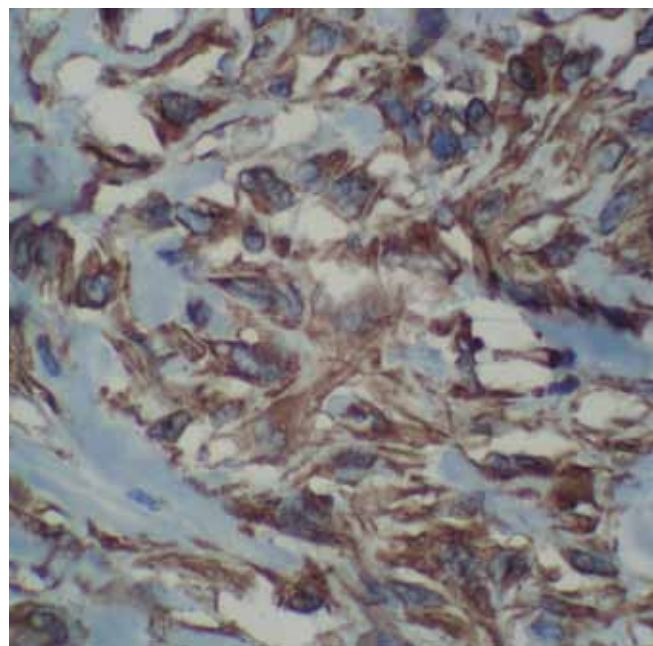


Figura 4. La inmunohistoquímica con vimentina ++ muestra el patrón de células fusiformes.

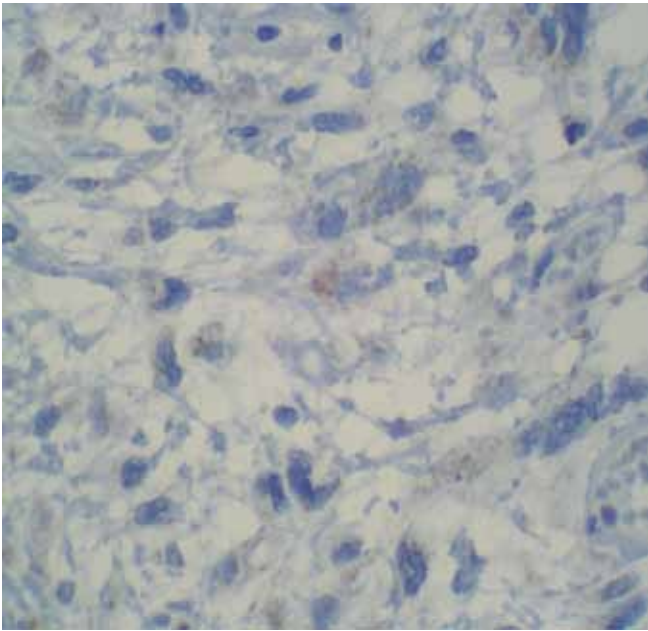


Figura 5. La inmunohistoquímica con CK-19 + muestra citoplasmática abundante.

mediante un abordaje oral con un abre bocas de Davis-Crowe, y se hizo disección y hemostasia con electrocauterio de una potencia de 15 W, sin complicaciones y con sangrado de 30 cc. La evolución posoperatoria fue satisfactoria. Se le prescribió radioterapia a dosis de 60 Gy dividida en 30 sesiones, y se le realizó una gastrostomía para alimentación después de la segunda semana de radiación. La radioterapia terminó con éxito; a los seis meses, el estudio de emisión de positrones por tomografía (PET) resultó negativo.

Discusión

Cuando hay una lesión polipoidea en la laringe o la faringe, con crecimiento extremadamente rápido, debe

sospecharse carcinoma sarcomatoide; al ser éste un tumor con características mixtas, pueden observarse lesiones de carcinoma epidermoide en forma muy reducida o casi nula, lo que hace más complicado el diagnóstico de la lesión.

El pronóstico de las lesiones depende del grado de diferenciación histológica del elemento carcinomatoso y del número de metástasis en el cuello; hay que recordar que en estadio temprano, estas lesiones no generan metástasis a distancia. La mayoría de los autores recomienda tratar los tumores mediante cirugía, ya que se cree que son radiorresistentes, aunque existen reportes de tratamiento con radioterapia en forma primaria en la laringe con supervivencia de 95% a más de cinco años en 14 pacientes.^{5,6} La Clínica Mayo registró supervivencia de 63% a cinco años en 28 pacientes tratados con cirugía combinada con radioterapia en estadios avanzados.

Referencias

1. Brodsky G. Carcino (pseudo) sarcoma of the larynx: the controversy continues. *Otolaryngol Clin North Am* 1984;17:185-197.
2. Berthelet E, Shenouda G, Black M. Sarcomatoid carcinoma of the head and neck. *Am J Surg* 1994;168:455-458.
3. Lane N. Pseudosarcoma (Polypoidsarcoma-like mass) associated with squamous-cell carcinoma of mouth, fauces and larynx. *Cancer* 1957;10:19-41.
4. Batsakis J, Rice D, Howard D. The pathology of head and neck tumors: spindle cell lesions (sarcomatoid carcinomas, nodular fasciitis and fibrosarcoma) of the aerodigestive tracts. Part 14. *Head Neck Surg* 1982;4:499-513.
5. Ellis G, Corio R. Spindle cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;50:523-534.
6. Batsakis J. Pseudosarcoma of the mucous membranes of the head and neck. *J Laryngol Otol* 1981;95:311-316.