



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 5, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2009 • pp. 79-82

Carcinoma epidermoide de lengua con diagnóstico tardío. Presentación de un caso clínico

César Fuentes Yunes,* Raquel Alvarado Suárez,** Beatriz C Aldape Barrios***

RESUMEN

El cáncer oral puede afectar a todas las estructuras de la cavidad bucal. El más frecuente de todos ellos es el llamado carcinoma epidermoide o de células escamosas o epiteloma espinocelular. Se pueden encontrar otros tipos de lesiones, como son neoplasias de glándulas salivales, linfomas, melanoma, carcinoma verrugoso, sarcoma de Kaposi (frecuente en el SIDA), o metástasis de tumores primarios a distancia. Son más frecuentes en hombres que en mujeres, pero el aumento del uso del tabaco y alcohol por parte de las mujeres ha incrementado la incidencia. Su presentación clínica se ha reportado a partir de los 50-60 años, aunque últimamente se reporta hasta en menores de 30 años.

La etiología es multifactorial; algunos factores predisponentes son el tabaco, el alcohol, enjuagues bucales con alcohol y las bocas sépticas.

En las últimas décadas, el cáncer de lengua de células escamosas ha ido en aumento en occidente, con importancia relativa de factores demográficos, clínicos e histológicos con relación al pronóstico. Cerca de 18,000 personas por año, desarrollan cáncer de la lengua y cavidad oral.

Palabras clave: Cáncer bucal, epidermoide o células escamosas, cáncer de lengua.

SUMMARY

Oral cancer can affect all structures of the oral cavity. The most common of these is called squamous cell carcinoma or squamous cell or spinocellular epithelioma. You can find other lesions such as tumors of the salivary glands, lymphoma, melanoma, verrucous carcinoma, sarcoma Kaposi (common in AIDS), or metastatic tumors primary distance. Are more frequent in males than in females, but increased use of snuff and alcohol use by women has increased incidence. Its clinical presentation has been reported from 50-60 years, although recently reported up in less than 30 years. The etiology is multifactorial, some predisposing factors are snuff, alcohol, mouthwashes with alcohol and septic mouths. In recent decades, the language of cancer cells scaling has been rising in the west, with significance on demographic factors, clinical and histological in relation to prognosis. Nearly 18,000 people per year, developed cancer of the tongue and cavity oral.

Key words: Oral cancer, squamous cell or epidermoid, cancer of the tongue.

www.medicgraphic.com

* Cirujano Oral y Maxilofacial. Práctica Privada. Ecatepec Estado de México.

** Cirujano Dentista. Especialista en Ortodoncia. Práctica Privada Texcoco, Edo. de México.

*** Patóloga Bucal. Facultad de Odontología UNAM.

Correspondencia:

Dr. César Fuentes Yunes

E-mail: cesaryunes@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En el último cuarto de siglo, nuestra comprensión de la patología neoplásica en cabeza y cuello, específicamente del cáncer de la cavidad oral, ha avanzado de forma significativa gracias a las nuevas técnicas de diagnóstico, a la estadificación anatomo-patológica más precisa y al avance de estudios a través de imágenes y en el tratamiento con radioterapia y los nuevos agentes quimioterápicos.

En términos generales, las tres cuartas partes del cáncer de lengua se localizan en los bordes laterales y en el tercio medio. La manifestación inicial de los tumores no es evidente debido a que los músculos intrínsecos de la lengua producen un mínimo de barrera que facilita el crecimiento del tumor y retarda su manifestación clínica. El cáncer puede empezar como una lesión ulcerada e indolora, de aparición espontánea que no cura en más de 20 días y que a medida que crece produce dolor local, otalgia ipsilateral, dolor mandibular, trismus y pérdida de peso. Según varios autores, en el momento del examen físico inicial, los tumores de lengua que miden más de 2 cm obligan a realizar tratamientos radicales para mejorar la tasa de sobrevida.

La cirugía ha avanzado de forma considerable, ha mejorado el acceso al área del tumor, la naturaleza radical de la intervención y el aumento de las técnicas reconstructivas, tanto en la estructura como en la función del órgano afectado.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 73 años de edad; antecedentes hereditarios sin importancia para el padecimiento; antecedentes personales patológicos sin importancia; antecedentes personales no patológicos; alcoholismo y tabaquismo negados. El padecimiento actual lo inicia en el mes de noviembre de 2008 al percibirse de un aumento de volumen en el borde lateral izquierdo de la lengua, el cual provocó roce con su prótesis total inferior sin darle mayor importancia, puesto que no reportaba ningún tipo de sintomatología; posteriormente, se presentó crecimiento súbito hasta llegar a 4 cm, abarcando tercio medio y tercio anterior de borde lateral izquierdo, con discreto dolor en el piso de boca, motivo por el cual acude con facultativo, quien le prescribe antibióticos y antimicóticos no especificados por el paciente. Al no haber una evolución satisfactoria, decide acudir a consultorio odontológico para valoración (*Figura 1*).

IMAGEN CLÍNICA

A la exploración se encuentra paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica, quien presenta tegumentos de buena coloración e hidratación, cráneo normocéfalo, sin hundimientos ni exostosis, cabello bien implantado, sin áreas alopecicas, frente amplia con movilidad muscular íntegra, ojos con movimientos de aducción y abducción íntegros, nariz central, fosas nasales permeables sin obstrucción de flujo de aire, labios bien hidratados, buen tono muscular y coloración; a la exploración intraoral se observa lengua con aumento de volumen en borde lateral izquierdo de una longitud aproximada de 4 x 2.5 cm, con bordes fungantes, bien delimitados, áreas necróticas eritematosas de consistencia firme, dolorosa a la palpación media y profunda, con sensibilidad íntegra tanto en piso como en tercio anterior, tonalidad muscular sin alteraciones, piso de boca lado izquierdo, zona eritematosa; no se palpa aumento de volumen, mucosa bien hidratada; las demás estructuras valoradas y sin datos de importancia, cuello cilíndrico con tráquea central desplazable, no dolorosa a la palpación; no se palpan nódulos linfáticos tanto en área I, II y III; tonalidad muscular íntegra, tórax sin alteraciones; no se palpan nódulos linfáticos en región de mamas o axilas.

Se solicitan estudios de gabinete, biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación, reportándose dentro de parámetros normales; se decide tomar biopsia tipo incisional y se manda estudio histopatológico a laboratorio privado, reportando lo siguiente:

Descripción macroscópica: Se reciben 2 fragmentos de tejido blando fijados en formalina, forma irregular, color café claro con zonas café oscuro, consistencia firme y blanda, superficie lisa y rugosa; miden en conjunto 1.1 x 0.8 x 0.4 cm. Se incluyen en su totalidad en cápsula 236-09 (*Figura 2*).

Descripción microscópica: El espécimen examinado se encuentra formado por islas epiteliales con displasia severa (nucléolos prominentes, pérdida de la relación núcleo-citoplasma, hiperchromatismo nuclear, mitosis aumentadas y anormales, queratinización individual, infiltrando el tejido conectivo fibroso, denso, bien vascularizado, con infiltrado inflamatorio crónico severo difuso. Revestido por un epitelio escamoso estratificado hiperparakeratinizado con edema intracelular, solución de continuidad con fibrina e infiltrado inflamatorio agudo y hemorragia reciente (*Figura 3*).

Diagnóstico histopatológico: Carcinoma epidermoide, moderadamente diferenciado.

La paciente en el postoperatorio inmediato a biopsia incisional evoluciona favorablemente y al tener el resultado del estudio histopatológico es remitida al Servicio de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, para realizar hemiglosectomía, quimioterapia y radiación.

DISCUSIÓN

No existen datos oficiales de la incidencia del cáncer de lengua, pero se estima que este tipo de cáncer supone aproximadamente el 6% de cáncer en general y el 30% del cáncer de cabeza y cuello. La India es el país del mundo donde hay una mayor incidencia de cáncer de lengua y Francia el país de la

Unión Europea donde es más frecuente. La literatura reporta una incidencia de 2:1 masculino-femenino; sin embargo, en los últimos 20 años está igualándose esta proporción, debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres.

Cualquier úlcera o herida de la lengua, que no duele, pero que no cura en 15 días, en un paciente fumador y bebedor, con una higiene dental deficiente o algún órgano dentario en mal estado o prótesis que roza, debe ser motivo de consulta con el médico y subsiguiente valoración por el especialista. Cuanto antes consulte el paciente, habrá mayores posibilidades de curación (*Figura 4*).

Pueden aparecer otros síntomas como: dolor local, dolor de oído, dolor en la mandíbula y aumento de volumen en el cuello. La aparición de estos síntomas suele estar asociada a lesiones grandes y, por



Figura 1.



Figura 2. Toma de biopsia

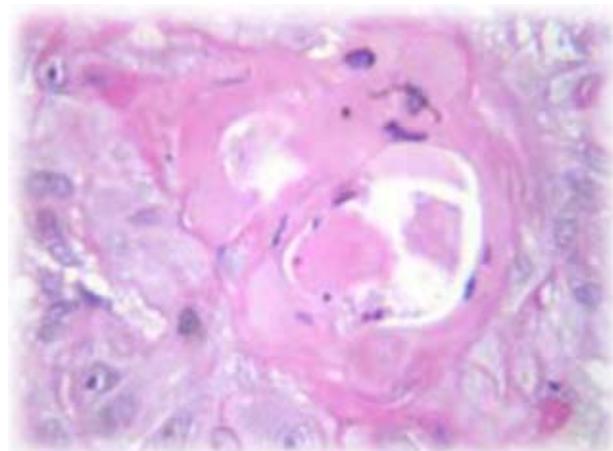


Figura 3.



Figura 4. Vista lateral.

tanto, de peor pronóstico. Los tumores pequeños (de menos de 4 cm) pueden ser tratados bien con cirugía o bien con radioterapia, con el mismo resultado. El buen pronóstico de estos enfermos no obvia el seguimiento a que deben ser sometidos por el alto riesgo de metástasis a cuello e incluso en otros órganos del cuerpo. Este axioma se aplica fundamentalmente al carcinoma adenoideo quístico.

Los tumores grandes (más de 4 cm) deben ser tratados con cirugía y radioterapia postoperatoria. El tratamiento quirúrgico que se dispensa a estos pacientes es muy agresivo y mutilante, por lo que debe fundamentarse en un buen estudio histopatológico previo, en apoyo psicológico y en una explicación clara al paciente sobre la intervención que va a sufrir y las secuelas de la misma; por parte del cirujano, se debe tener un buen entrenamiento quirúrgico para el manejo de la lesión y la posterior reconstrucción estética del paciente.

La radioterapia y la quimioterapia se usan antes de la cirugía con el fin de disminuir el tamaño del tumor y realizar una intervención menos agresiva. Este tratamiento depende de la estadificación con la cual se clasifique al paciente después de sus estudios complementarios como: tomografía axial computarizada, resonancia magnética o estudios por emisión de positrones.

CONCLUSIONES

En el presente caso, el paciente con cáncer oral en sus manifestaciones tempranas, asiste por primera vez al consultorio odontológico.

Es importante saber identificar las lesiones premalignas y malignas en cavidad oral y canalizar al especialista para realizar una biopsia incisional oportuna y

brindar a nuestro paciente una atención rápida y adecuada que mejore su pronóstico y calidad de vida.

CONCLUSIÓN

La presencia de esta neoplasia en una localización tan accesible como la boca sin un diagnóstico precoz puede ser considerada como un fracaso de la educación sanitaria, por realizar diagnósticos clínicos deficientes.

Otro factor de importancia es la idiosincrasia socio-cultural de la población que origina consultas en fases tardías de la enfermedad, lo que provoca que la probabilidad de supervivencia a 5 años sea menor al 50%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mosquera TA. Clínicas oncológicas de Iberoamérica, tópicos selectos de oncología bucal. Planeación y Desarrollo Editorial, S.A. de C.V. 2007: 1-17, 242, 243.
2. Rodríguez CA. Tumores de cabeza y cuello. 2da edición. Manual Moderno 2004: 23-48.
3. Prognostic factors in tongue cancer-relative importance of demographic, clinical and histopathological factors. British Journal of Cancer September 2000.
4. Pitman KT, Johnson JT, Wagner RL, Myers EN. Cancer of the tongue in patients less than forty. Head Neck 2000; 22: 297-302.
5. Echeverría GJJ. El Manual de Odontología. Emili pp. 370-371.
6. Word KN, Goaz PW, Cuenca SE, Pumarola SJ. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. pp. 178-179.
7. Cawson RA, Binnie W, Speight P, Barrett AW, Wright JM. Luca's Pathology of tumors of the oral tissues. «Tumors of the oral epithelium». Fifth edition. Churchill Livingstone. London. 1998.
8. Sugerman PB, Shillitoe EJ. The high risk human papillomaviruses and oral cancer: evidence for and against a causal relationship. Oral Dis 1997; 3: 130-147.