



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

Vol. 7, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2011 • pp. 104-108

Cáncer oral en México. Revisión bibliográfica y presentación de caso clínico

Jorge Carrillo Rivera,* Elías Simón Nacif,** M Gabriela Gil Romero,*** M Rachele Rodríguez Flores ****

RESUMEN

El cáncer oral en México ha ido en aumento en las últimas décadas, representando entre el 1 y 5% del total de las neoplasias malignas. La alta incidencia se debe a múltiples factores, entre éstos al aumento en el consumo de alcohol y tabaco, al tipo de alimentación, antecedentes hereditarios, exposición a ciertos agentes físicos, químicos o biológicos; incluso a infección por el virus del papiloma humano (VPH) como cofactor para el desarrollo de estas neoplasias. El carcinoma oral de células escamosas (COCE) ocupa el 95% de los casos. En el presente artículo se realiza una revisión bibliográfica del cáncer oral en México y se reporta caso clínico tratado en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro (ISSSTE).

Palabras clave: Cáncer oral, carcinoma oral de células escamosas.

SUMMARY

Oral cancer has been increasing over the last decade, accounting for between 1 and 5% of all malignancies. The high incidence is due to many factors among them the increase in the consumption of alcohol, tobacco, type of diet, heredity, exposure to certain physical, chemical or biological, including HPV infection as a cofactor for the development of these neoplasms. The oral squamous cell carcinoma (CSOC) occupies 95% of cases. This article reviews the literature of oral cancer in Mexico and reported a clinical case treated in the Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro (ISSSTE).

Key words: Oral cancer, squamous cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

En México, la campaña de lucha contra el cáncer se originó en 1940 como una iniciativa impulsada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La necesidad de contar con un sistema de informa-

ción que permitiera conocer la frecuencia y distribución de las diferentes neoplasias malignas llevó a la creación, en 1982, del Registro Nacional del Cáncer (RNC) como base para evaluar los diversos programas de salud relacionados con este padecimiento y enfocados al beneficio de la población.¹

* Médico adscrito Cirugía Maxilofacial, Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro» ISSSTE. Docente Centro Universitario Justo Sierra.

** Médico adscrito Oncología Quirúrgica, Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro» ISSSTE.

*** Médico adscrito Anatomía Patológica, Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro» ISSSTE. Docente Universidad Autónoma Metropolitana e Instituto Politécnico Nacional.

**** Médico Residente de Anatomía Patológica, Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro».

Correspondencia:
Dr. Jorge Carrillo Rivera
dr_jorge_carrillo_cmf@hotmail.com

El Registro Nacional del Cáncer es un sistema de información epidemiológica diseñado con base en un decreto oficial.²

Durante 1982, la prueba piloto del RNC se realizó en cuatro hospitales de la Ciudad de México: el Hospital General de México, perteneciente a la Secretaría de Salud; el Hospital General del IMSS, el Instituto Nacional de Cancerología de la SSA y el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE. En 1983, participaron 34 unidades de atención médica; en 1985, el número aumentó a 45 y llegó a 56 en 1989; actualmente agrupa a más de 706 unidades médicas a través de más de mil cien patólogos, dermatólogos y epidemiólogos de todo el país, quienes recopilan la información en el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, así como en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través del Sistema Epidemiológico y Estadístico (SUIVE), y en cuanto a mortalidad a través del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED).³⁻⁵

En México, para 1989, las neoplasias de la cavidad oral representaron el lugar número 15 para varones y el 19 para mujeres, de los cuales su incidencia predominó en el sexo masculino en un 63.5%, a diferencia del sexo femenino con un 36.5%; la edad promedio de aparición correspondió a 60 años; la lengua móvil fue el sitio más frecuente (75%), seguida de la base de la lengua (6%).⁶

Dentro de los factores epidemiológicos para Latinoamérica se consideran edad, sexo, raza, tabaquismo y consumo de alcohol, encontrándose este último como factor de riesgo de mayor importancia para el desarrollo de esta neoplasia, así como de las recurrencias posteriores al tratamiento.^{7,8}

El VPH en la población mexicana ocupa un lugar especial en la patogenia del carcinoma oral de células escamosas, ya que la prevalencia en hombres y mujeres es de 43 y 17.5% respectivamente. El serotipo asociado con mayor frecuencia fue el 16.⁷

Entre los factores pronósticos histopatológicos se encuentra la localización, ya que los tumores de la región posterior de la cavidad oral se relacionan con mayor incidencia de metástasis ganglionares, tamaño tumoral, invasión linfovascular perineural, participación ósea, sialoadenotropismo (este último asociado a mayor riesgo de recurrencias). También las metástasis de carcinoma oral de células escamosas a piel están asociadas a bajos índices de supervivencia; el tipo histológico, desde bien diferenciado (Grado I), moderadamente diferenciado (Grado II) hasta poco diferenciado (Grado III), de los cuales este último tiene peor pronóstico; la presencia de ganglios linfáticos metastásicos y

desmoplasia, entre otros. De estos factores, el de mayor importancia pronóstica es el grosor tumoral; se observó que los pacientes con tumores > 5 mm tienen menor supervivencia.⁹

Otro factor predictivo encontrado en el carcinoma oral de células escamosas en lengua es la infiltración de las células neoplásicas a músculo.^{10,11}

Con la introducción de diferentes técnicas de diagnóstico y tratamiento se han determinado también mutaciones en genes que codifican para proteínas de adhesión celular, tales como la E-Cadherina para el carcinoma de células escamosas que se asocia a mayor agresividad e invasión local, aunque para algunos autores esto es un tema controvertido y no lo consideran parámetro tan fidedigno como la desmoplasia o el grosor tumoral.¹⁰

Además del manejo quirúrgico y la radioterapia (dependiendo del tipo histológico y la estadificación), en México se han desarrollado modelos de inmunoterapia que inducen el reclutamiento e infiltración linfocitaria al tumor provocando la fragmentación y reducción del mismo.⁹

Actualmente, la organización conocida como Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (RHNNM) está dividida en tres niveles: El primero es el Central, integrado por la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo y la Dirección General de Epidemiología, organismos responsables de la elaboración e instrumentación de la normatividad para la vigilancia epidemiológica del cáncer en México.

El segundo nivel es el estatal, compuesto por los servicios estatales de salud de la Secretaría y los patólogos coordinadores a nivel estatal cuya responsabilidad es realizar los concentrados del estado y enviarlos al nivel central.

El tercer nivel, o local, está formado por los médicos especialistas responsables de llevar a cabo las actividades de pesquisa, toma, lectura de muestras, así como del llenado de los formatos correspondientes (formato RHNM-93 o el software «epicáncer»).

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 51 años de edad, niega tabaquismo y alcoholismo, sin antecedentes heredofamiliares, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus de 10 años de evolución tratada con glibenclamida, hipertensión arterial sistémica de un año de evolución tratada con metoprolol. Inicia padecimiento hace un año con úlcera en lengua, en el borde lateral derecho, asintomática, valorada por odontólogo de clínica familiar como

«mancha blanca», tratada con antimicóticos y analgésicos, enjuagues con peróxido de hidrógeno, sin mejoría. Es enviada al Hospital Darío Fernández Fierro para inicio de protocolo de estudio. A la exploración física se observa paciente femenino con bajo peso (45 kg), dolor en región mandibular derecha, otalgia, dolor en piso de boca y borde lateral de lengua, intraoralmente con aumento de volumen en lengua borde lateral derecho de aprox. 4 x 4 cm, bordes fungantes, no delimitados, áreas necróticas eritematosas de consistencia firme, dolor a la palpación, piso de boca con aumento de volumen eritematoso (*Figuras 1 y 2*).

En región cervical se palpan ganglios linfáticos cervicales bilateralmente de predominio derecho, solicitando USG donde se aprecia imagen nodular en lóbulo tiroideo izquierdo, densidad de parénquima heterogénea, así como crecimiento ganglionar de predominio en cadena ganglionar cervical derecha (*Figura 3*); radiografía de tórax sin lesiones demostrables; no se palpan nódulos linfáticos en región axilar o mamaria; estudios de laboratorio con anemia normocítica normocrómica.

Se realiza biopsia incisional bajo anestesia local con diagnóstico histopatológico de carcinoma oral de células escamosas, bien diferenciado, grado I (GI) y metástasis a ganglios linfáticos cervicales (*Figuras 4, 5 y 6*).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la paciente fue de carcinoma oral de células escamosas bien diferenciado con metástasis ganglionares a cuello ipsilaterales, lo cual es un factor de mal pronóstico a pesar del grado histológico reportado. Respecto a los factores epidemiológicos, llama la atención que éste no es un caso clásico, ya que no se encontraron similitudes con la revisión bibliográfica, tomando en cuenta que el sexo femenino tiene menor incidencia del COCE (1.8 veces menor que los varones); el tabaquismo y el alcoholismo son factores determinantes para el desarrollo de esta neoplasia, los cuales fueron negativos en la paciente. La posibilidad de asociación a infección por VPH como factor etiológico no se estudió debido a que no se observó atipia coilocítica que nos orientara a su presencia.

Respecto a los síntomas clínicos de presentación del COCE, manifestado por aumento de volumen y dolor, así como la localización de la lesión de tipo ulcerativa en borde lateral lingual, corresponde a las manifestaciones clínicas más frecuentes descritas en la literatura.

Macroscópicamente, las dimensiones del espesor tumoral excedían los 5 mm; este hallazgo es un factor principal pronóstico para recurrencias, por lo que aunado a las metástasis ganglionares que se encontraron podemos inferir el alto índice de las mismas.

Las características histopatológicas de la neoplasia, conformada por células epitelioides con un alto grado de atipia nuclear y pleomorfismo fueron contundentes para el diagnóstico; se encontraron zonas con perlas cónicas, así como células de queratinización individual. Se identificó intensa actividad mitótica atípica y se corroboró la invasión linfovascular y neural. En el estroma se encontraron áreas desmoplásicas, las cuales se ha mencionado que son un indicador indirecto de inmunocompetencia. Otro factor histopatológico que cabe resaltar fue la infiltración al tejido muscular, el cual, recordemos, es el común denominador en pacientes que presentan metástasis ocultas.

CONCLUSIONES

El COCE se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino con factores de riesgo asociados como tabaquismo y consumo de alcohol principalmente; también se puede presentar en mujeres que no han estado expuestas a dichos agentes etiológicos.

Dentro de los COCE, en la población mexicana la localización de mayor predilección es la lengua móvil, y de ésta, el borde lateral principalmente del lado izquierdo, aunque también lo podemos encontrar en el derecho como en nuestra paciente en estudio.

El VPH sigue siendo un factor de riesgo de relevancia en la etiología del COCE representando una prevalencia en mexicanos de más del 40% en hombres y más del 15% en mujeres.

El COCE Grado I puede presentarse con metástasis ganglionares en pacientes femeninos sin factores de riesgo.

La infiltración a tejido muscular y el espesor tumoral representan datos predictivos de metástasis y recurrencias, a pesar del grado de diferenciación histológico.

Existen pocos datos de lesiones malignas en cavidad oral en México. Durante el año 2000 se notificaron 1,389 casos de neoplasias localizadas en labio, cavidad bucal y orofaringe, lo que representa el 1.51% de los 91,913 casos de neoplasias malignas registrados en dicho año.⁶

Las neoplasias de las vías aerodigestivas superiores representan el 12% de las lesiones malignas de cabeza y cuello, con 2,269 casos reportados en



Figuras 1 y 2. Fotografías clínicas del aumento de volumen en borde lateral derecho de la lengua.



Figura 3. Ultrasonografía cervical donde se aprecia crecimiento en cadena ganglionar cervical.

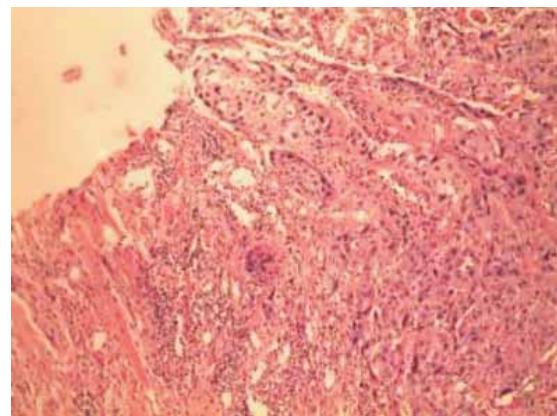


Figura 4. Imagen histológica del COCE en lengua teñida H&E 5X que muestra células neoplásicas malignas que infiltran fibras musculares estriadas.

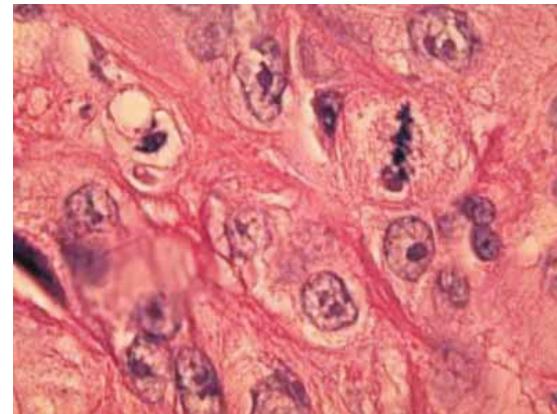


Figura 5. Imagen histológica del COCE teñida con H&E 40X con células neoplásicas malignas que muestran pleomorfismo celular y nuclear, mitosis atípicas y nucléolos prominentes.

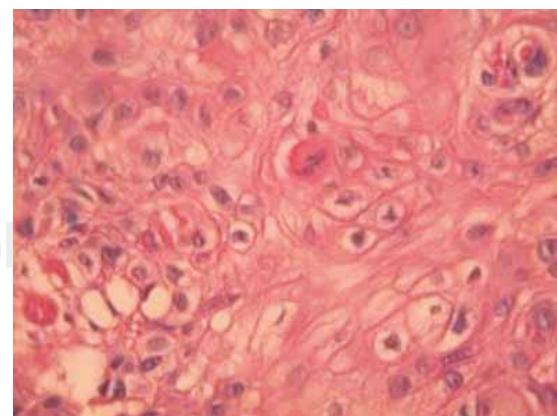


Figura 6. Imagen histológica del COCE teñida con H&E 100X donde se aprecian figuras mitóticas anormales, atípicas nucleares y nucléolos prominentes.

el RHNM del año 2002. En cavidad oral correspondió al 37%. Estas cifras nos mencionan el aumento de este padecimiento en la población mexicana y la importancia de realizar un diagnóstico, así como el papel que juega el Cirujano Dentista en identificar las lesiones malignas y las diferencias de procesos inflamatorios o infecciosos, para evitar un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento oportuno, como fue en este caso, tratado durante un año con analgésicos y antimicóticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección General de Epidemiología. Antecedentes del Registro Nacional del Cáncer; 1982, México, 1991.
2. Decreto por el que la Secretaría de Salubridad y Asistencia organizará el Registro Nacional del Cáncer. Salud Pública de México, XXV (1).
3. SSA, Manual de Vigilancia Epidemiológica, México, 1987.
4. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) de México. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
5. Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (2000). Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/online/infonal-RHNM-y2k.htm>
6. Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (1993-1997). México: SSA; 1999.
7. Ramírez-Amador et al. Cancer of Mobile Tongue in Mexico. A retrospective study of 170 patients. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1995; 31 (B): 37-40.
8. Ibieta R et al. Human papilloma virus in oral squamous cell carcinoma in a Mexican population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005: 99-311-315.
9. Barrera J et al. Clinical and pathological bio-responses induced with cytokine mixure (IRX-2) in patients with oral cavity squamous cell carcinoma. *Clinical and Applied Immunology Reviews* 2001: 181-185.
10. Woolgar J. Histopathological prognosticators in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncology* 2006; 42: 229-239.
11. Meneses M et al. Epidemiological and histopathological data and E-cadherin-like prognostic factors in early carcinomas of tongue and floor of mouth. *Oral Oncology* 2007; 43: 656-661.
12. Pimenta T et al. Predictive factors of occult metastasis and prognosis of clinical stages I and II squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth. *Oral Oncology* 2004; 40: 780-78.