

¿Cuál es su diagnóstico? / Carcinoma oral de células escamosas de lengua

What is your diagnosis? / Oral squamous cell carcinoma of the tongue

Andrea Melissa Mendoza Ochoa,¹ Patricia Guadalupe Mendoza del Toro,¹ José Alfredo Soto Ortiz² y Guillermo Manuel Amezcua Rosas³

¹ Residente de Dermatología, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio

² Médico adscrito al Servicio de Dermatología Quirúrgica, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio

³ Odontólogo con especialidad en cirugía oral, Clínica Estatal de Enfermedades de la Mucosa Bucal (CEEMB)

Discusión

El Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) corresponde de 2 a 3% de todas las neoplasias y alrededor de 90% de los tumores malignos orales.¹ La incidencia anual de cáncer oral es de 300 mil casos, afecta más a hombres de la sexta y séptima décadas de vida; la supervivencia a los cinco años es de 50 a 60% debido a su alta frecuencia de invasión local y metástasis en ganglios linfáticos.^{2,3}

Esta neoplasia se origina de los queratinocitos y es causada por una mutación *in novo* del ADN. Se han descrito diversos factores de riesgo: consumo de tabaco y alcohol, estímulos físicos que generen inflamación crónica, el microbioma oral y la dieta. Se ha informado la mutación p59 como un factor predisponente en los pacientes que consumen tabaco y que presentan este tipo de neoplasia.⁴

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es positivo en 6.5% de los casos de COCE y su asociación tiene un mejor pronóstico. El Colegio Americano de Patólogos y la Sociedad Americana de Oncología Clínica recomiendan su evaluación de forma individualizada en los pacientes con este diagnóstico.⁵

Clínicamente, estos tumores pueden afectar cualquier parte de la cavidad oral. El sitio más frecuente es la lengua en los bordes laterales y la superficie ventral.⁶ Su presentación clínica es diversa y al inicio es asintomático. Al principio se puede presentar como una eritroplasia o leucoplasia; como una erosión o úlcera de difícil manejo o como una masa exofítica verrucosa o papilomatosa de crecimiento lento.^{7,8} Estos hallazgos tienen un potencial de transformación maligna de hasta 18%.⁹

En el estudio histopatológico se pueden observar cordones de células epiteliales atípicas con nidos de invasión. Los factores de mal pronóstico son la embolia linfovascular y la invasión perineural microscópica. En los pacientes con COCE, es fundamental realizar un examen físico completo, así como estudios de extensión como tomografía axial

computarizada con contraste y radiografía de tórax, para estadificar la lesión y planificar el abordaje quirúrgico.^{1,4}

Las recomendaciones de tratamiento se basan en el estadio clínico, el estado médico del paciente y los resultados estéticos y funcionales previstos. La cirugía sigue siendo la modalidad de elección para la mayoría de los cánceres orales. Las opciones de tratamiento adyuvante dependen de la presencia de márgenes positivos y, sobre todo, de la invasión a los ganglios linfáticos. El papel de la invasión perineural, la invasión vascular y la invasión linfática en relación con la terapia adyuvante está menos claro, aunque en general pueden ser una indicación para la radioterapia adyuvante. La disección del cuello ipsilateral o bilateral se guía por la profundidad de la invasión y la proximidad a la línea media; es discutible si los pacientes con cánceres de la cavidad oral, con ganglios negativos y en etapa temprana deben o no recibir una disección electiva del cuello.⁴

Conclusiones

El caso de nuestro paciente corresponde a un carcinoma de células escamosas bien diferenciado, Tis no Mo, que se clasificó en estadio 0. Se sometió a intervención quirúrgica mediante escisión en bloque con márgenes de 0.5 cm y cierre directo. Después de un año de seguimiento, el paciente continúa sin datos de recurrencia local y/o a distancia (figura 1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bagan J, Sarrion G y Jiménez Y, Oral cancer: clinical features, *Oral Oncol* 2010; 46(6):414-7.
2. Vasconcelos MG, Mafra RP, Vasconcelos RG, De Medeiros AMC y Queiroz LMG, Squamous cell carcinoma of the tongue: clinical and morphological analysis of 57 cases and correlation with prognosis, *J Bras Patol Med Lab* 2014; 50(5):359-63.
3. Zhonghua K, Qiang Y y Xue Z, Expert consensus on surgical treatment of tongue squamous cell carcinoma, *Society of Oral*



Figura 1. A: Preoperatorio; B: Postoperatorio inmediato; C: Resultados a un año de tratamiento.

Maxillofacial Head and Neck Oncology, Chinese Stomatological Association 2022; 57(8):836-848.

4. NCCN Guidelines Version 2.2022 Head and Neck Cancers, Nccn.org. Consultado el 25 de junio de 2023. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf.
5. Patterson RH, Fischman VG, Wasserman I *et al.*, Global burden of head and neck cancer: economic consequences, health, and the role of surgery, *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020; 162(3):296-303. DOI: 10.1177/0194599819897265.
6. Warnakulasuriya S, Johnson NW y Van der Waal I, Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa, *J Oral Pathol Med* 2007; 36:575-80.
7. Epstein JB, Gorsky M, Cabay RJ, Day T y Gonsalves W, Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma. Role of primary care physicians, *Can Fam Physician* 2008; 54:870-5.
8. Jaikittivong A, Swasdison S, Thangpitsityotin M y Langlais RP, Oral squamous cell carcinoma: a clinicopathological study of 342 Thai cases *J Contemp Dent Pract* 2009; 10(5):33-40.
9. Brouns E, Baart J, Karagozoglu K, Aartman I, Bloemena E y Van der Waal I, Malignant transformation of oral leukoplakia in a well-defined cohort of 144 patients, *Oral Dis* 2014; 20:19-24.