



Carcinoma metastásico en la cavidad oral. Reporte de dos casos

Patricia Pérez Ríos,* Humberto Cruz Ortiz, Diego Arizmendi Reyes,*
Marlene Torres Viveros,*** Erika Fierro Chávez,*** Tania Garibay Huarte****

RESUMEN

El cáncer de la cavidad bucal representa, aproximadamente, el 8% de todos los tumores malignos de la economía humana; el 99% de éstos corresponde a los carcinomas, siendo los más comunes el de lengua (27%), encía (17%), glándulas salivales (16%) y piso de boca (13%); el 27 restante son de otros sitios. El sexo masculino es el más afectado con relación 2:1. Se presenta casi siempre en pacientes mayores de 40 años. El más frecuente es el carcinoma epidermoide en 90%. Las metástasis que afectan la cavidad bucal representan el 1% de las lesiones tumorales malignas; y en 30% es la primera manifestación de un tumor maligno, generalmente un adenocarcinoma cuyo tumor se ha mantenido oculto y asintomático. Clínicamente aparecen ser lesiones benignas o reactivas de la cavidad bucal, tales como granulomas, fibromas entre otros. A continuación se presentan dos casos clínicos; el primero se trata de un paciente masculino de 67 años de edad quien presentaba una lesión en encía superior izquierda por su cara vestibular de 2 cm de longitud a nivel de los órganos dentarios –lateral y canino-, y otra por su cara palatina de 3 cm de longitud; el reporte histológico fue de adenocarcinoma metastásico, cuyo primario correspondió a un carcinoma broncogénico. El segundo es un paciente masculino de 47 años de edad con diagnóstico de carcinoma gástrico, que consulta por dos lesiones nodulares sintomáticas en encía superior del lado derecho de cuatro semanas de evolución a nivel de premolares por cara vestibular; el reporte histológico fue de adenocarcinoma metastásico. El pronóstico de las lesiones metastásicas de la cavidad bucal es malo a corto plazo, ya que se presenta en etapas avanzadas de la enfermedad, cuya supervivencia es de unos cuantos meses a dos años.

Palabras clave: Cavidad bucal, Ca metastásico, Ca broncogénico, Ca gástrico.

ABSTRACT

Oral cavity cancer constitutes approximately 80% of all malignant tumors representing an impact in human economy. Around 99% of these tumors correspond to carcinoma, which is present in tongue (27%), gingivae (17%), salivary glands (16%), sublingual region (13%) and others (27%). Masculine gender is the most affected by these carcinoma, displaying a 2:1 incidence ratio over female, and frequently the disease is present in male patients over 40 years of age as epidermoid carcinoma (90%). Metastases affecting oral cavity represent 1% of malignant tumor lesions and constitute the primary manifestation in 30% of other malignant tumors, which generally are asymptomatic and cryptic adenocarcinoma. Clinically, they appear as benign or reactive lesions such as granuloma, fibroma and others. We present two clinical cases: the first case is a male patient of 67 years of age, showing a lesion at the left maxillary gingiva, with a vestibular face of 2 cm and a palatine face of 3 cm in length, spanning along the lateral incisor and canine gingiva. Histological report indicates metastatic adenocarcinoma, whose primary lesion corresponds to a bronchogenic carcinoma. The second case is male patient of 47 years of age, diagnosed for gastric carcinoma and presenting two symptomatic nodular lesions at the right maxillary gingival, apparently of four weeks of evolution, which span along the vestibular face of premolars. Histological report indicates metastatic adenocarcinoma. Prognosis of oral cavity metastatic lesions presents an unfavorable sign, since these usually present at advanced stages of the disease in which survival goes from several months up to 2 years.

Key words: Oral cavity, metastatic carcinoma, bronchogenic carcinoma, gastric carcinoma.

* Unidad de Medicina Bucal, Servicio de Dermatología. Hospital General de México (HGM).

** Unidad de Patología, HGM - Facultad de Medicina, UNAM.

*** Unidad de Neumología HGM.

Recibido para publicación: 10/01/10. Aceptado: 14/02/10.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones metastásicas de la cavidad bucal pueden afectar a cualquiera de los componentes de esta región: tanto de sus partes blandas (encía, bóveda palatina, piso de boca, entre otros), como óseas, siendo estas últimas las más afectadas (maxilar inferior 61% y maxilar superior 24%, el 15% restante involucra otras áreas de esta cavidad). Son más comunes los carcinomas y ocasionalmente sarcomas; en la mayoría de los casos se conoce el sitio del tumor primario, porque las metástasis bucales suelen ser manifestaciones tardías de la enfermedad. El tumor primario puede estar en cualquier órgano o tejido de la economía humana, los más comunes son el de pulmón,¹⁻³ glándula mamaria,⁴ estómago,⁵ próstata,⁶ colon,^{7,8} ovario,⁹ tiroides,¹⁰⁻¹⁴ hígado,¹⁵⁻¹⁷ esófago¹⁸ y riñón,¹⁹⁻²² por lo que su diagnóstico representa un reto para médicos, estomatólogos u oncólogos, principalmente, ya que suelen ser los primeros en observar las lesiones.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Hombre de 67 años de edad, con antecedentes de tabaquismo moderado de 30 años, campesino, con exposición al humo de leña. Inició su padecimiento dos años antes de su internamiento, con pérdida de peso de 10 kg, astenia, adinamia, tos no productiva, por lo que se le efectuó citología de expectoración en donde se observó únicamente «cambios inflama-



Figura 1. Lesión metastásica en la encía superior izquierda, rojiza, parcialmente ulcerada y dolorosa, de poco tiempo de evolución.

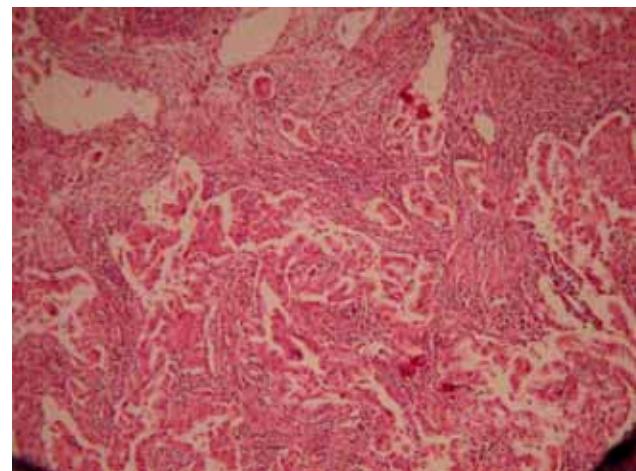


Figura 2. Microfotografía del caso 1 donde se observan grupos dispersos de glándulas de tamaño variable que infiltran la encía.

tarios»; una radiografía de tórax demostró la presencia de una lesión parahiliar izquierda. Mediante broncoscopia se obtuvo biopsia, la cual reportó adenocarcinoma broncogénico moderadamente diferenciado. El paciente presentó alteraciones en la marcha y lateralización de la misma, por lo que se le efectuaron estudios radiológicos de diferentes partes del cuerpo, los que evidenciaron lesiones metastásicas cerebrales, hepáticas y en ganglios linfáticos cervicales. Se solicitó interconsulta al Servicio de Medicina Bucal en Dermatología por presentar lesión de tipo nodular en encía superior izquierda en su cara vestibular a nivel de órganos dentarios anteriores de aproximadamente 2 cm de longitud y por su cara palatina otra lesión similar de 3 cm que causaban movilidad dental importante, eran friables, rojas, blandas y no dolorosas, ignorando tiempo de evolución (*Figura 1*), se extirpa una de las lesiones para estudio histopatológico, que reportó adenocarcinoma metastásico (*Figura 2*). El paciente fue manejado en los Servicios de Neumología, Medicina Bucal y Oncología en donde fue valorado y tratado, falleciendo meses después.

Caso 2

Hombre de 47 años de edad con alcoholismo y tabaquismo positivos de 20 años. Inició su padecimiento con dolor y ardor en epigastrio con diagnóstico de gastritis. Recibió tratamiento con mejoría relativa. Nueve meses después cursó con pérdida de peso, crecimiento de ganglios linfáticos supraclaviculares y cervicales izquierdos. Se le efectuó endoscopia gástrica donde se encontró una úlcera de 4 x 3 cm de

bordes irregulares ligeramente elevada y sanguínea; se tomó biopsia que reportó adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado. Se solicitó valoración al Servicio de Medicina Bucal de Dermatología porque cursó con dolor facial tipo neuralgia del lado derecho, trismus, parestesia de labio y región mentoniana del mismo lado, en encía superior derecha presentó dos lesiones en cara vestibular a nivel de premolares de 2 x 1 y 2 cm de color rojizo brillante, friables, indurados y asintomáticos (*Figura 3*) de cuatro semanas de evolución. Se extirpó una de ellas y se envió a estudio histopatológico cuyo diagnóstico fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico (*Figura 4*). El paciente fue canalizado al Servicio de Oncología para su valoración y tratamiento, falleció un mes después.

DISCUSIÓN

Las metástasis de la cavidad bucal son poco frecuentes, equivalen al 1%.^{1-7,9,18,19,22,25} El componente óseo es el que más se afecta en relación a las partes blandas; sobre todo el maxilar inferior a nivel de premolares y molares, probablemente por ser un área muy vascularizada y por contener tejido hematopoyético con mayor actividad,⁶ cualquier carcinoma de la economía puede dar metástasis a la cavidad bucal; en hueso es más común por carcinoma prostático y folicular de tiroides. La afectación a encías es por carcinoma broncogénico, de mama y de tubo digestivo, la vascularidad del tejido gingival y los procesos inflamatorios probablemente favorecen el asentamiento de células tumorales. Se ha descrito



Figura 3. Lesión nodular metastásica blanco grisácea bilobulada de cuatro meses de evolución.

en menor proporción metástasis por sarcomas; en la serie de Ellis y colaboradores,²³ dos de sus 10 casos fueron de este tipo, un sarcoma sinovial de rodilla metastásico a ambos maxilares y un condrosarcoma femoral a maxilar inferior. Azoubey y asociados,²⁴ en una serie de 10 casos, dos fueron sarcomas, un sarcoma alveolar de partes blandas y un fibrosarcoma mixoide con metástasis en maxilar superior e inferior respectivamente. En el estudio realizado por Kwan y colaboradores,²⁵ uno de sus cinco casos correspondió a un sarcoma osteogénico metastásico a partes blandas mentonianas. Las lesiones metastásicas de la cavidad bucal se caracterizan casi siempre por ser únicas, de poco tiempo de evolución, de crecimiento rápido, dolorosas, sangran fácilmente, se ulceran, interfieren con la masticación y se infectan en forma secundaria. Si el tejido óseo es el afectado se originan lesiones osteolíticas u osteoblásticas, semejando osteomielitis, quistes óseos, histiocitosis X, mieloma múltiple.⁵ Es común que el paciente consulte por odontalgia, movilidad o pérdida de órganos dentarios, fracturas o trastornos de la sensibilidad, como hipoestesias del nervio alveolar inferior, neuralgia del trigémino y trismus.⁶

Cuando un carcinoma da metástasis a la cavidad bucal, por lo regular ya se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales, hígado y pulmón que son las estructuras que con mayor frecuencia son receptoras de metástasis; sin embargo, en muchos casos las metástasis de la cavidad bucal son la única lesión y a veces la primera manifestación de un tumor primario oculto;^{1-4,7,9,10} se supone que el motivo por lo que no existen metástasis pulmonares se debe a

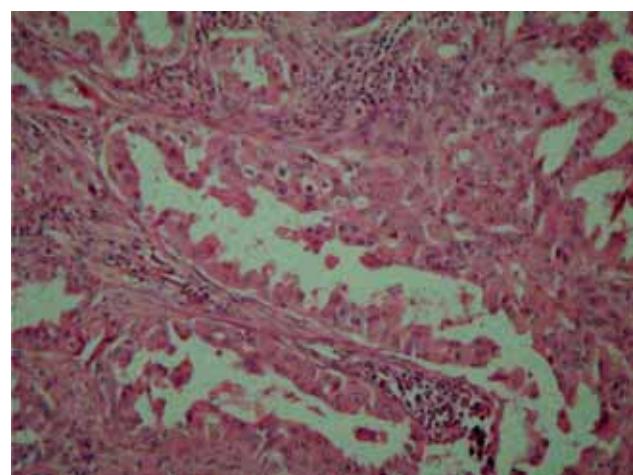


Figura 4. Microfotografía del caso 2 donde se observan células tumorales que forman glándulas alargadas que infiltran la encía.

que las células viajan a través del plexo venoso prevertebral de Batson, sorteando la vena cava inferior, evitando que los órganos abdominales y pélvicos sean el sitio de metástasis.^{5,6,15} Meyer y colaboradores,²⁶ estudiando las metástasis a la cavidad bucal, encontraron que de 2,400 carcinomas 25 dieron metástasis a esta área y sólo uno de los 25 era de estómago. Zachariades,²⁷ en una revisión exhaustiva del tema, halló 422 metástasis; de éstas, cinco correspondían a un tumor primario de estómago; de esa serie, 61% afectaron el maxilar inferior, 24% al maxilar superior y 20% la lengua. Catone²⁸ menciona que las metástasis óseas del carcinoma gástrico que van de 5 a 11% son con mayor frecuencia en las vértebras.

El carcinoma broncogénico se disemina con gran frecuencia a pesar de que el tumor primario sea pequeño y asintomático, los órganos más afectados son los ganglios linfáticos regionales, hígado, hueso, suprarrenales, cerebro, corazón, pericardio y páncreas;²⁹ de las variedades de carcinoma broncogénico, el adenocarcinoma es el más común, casi siempre de localización periférica, a veces, descubierto en radiografías de rutina o investigando metástasis de un primario desconocido.³⁰ Las metástasis del carcinoma broncogénico en la cavidad bucal son más frecuentes en el maxilar inferior³ y raras en las partes blandas.

Las metástasis a la cavidad bucal deberán tratarse localmente para evitar una lesión ulcerada y dolorosa, facilitar la masticación y evitar una deformación local. El tratamiento será individual en cada caso en particular, teniendo presente que si se retiran estas lesiones quirúrgicamente reaparecen en cuestión de días.

CONCLUSIÓN

Se presentan dos casos clínicos de lesiones metastásicas a cavidad bucal que pueden semejar lesiones benignas locales de tipo traumático como los fibromas o granuloma central o periférico entre otros. Frente a toda lesión de crecimiento rápido y destructivo se debe sospechar de una lesión metastásica y, aunque éste sea un evento raro, debe efectuarse toma de biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shamin A, Bhargava Khan N, Ahmad Z, Afrez N. Metastatic mandibular adenocarcinoma. J IACM 2007; 8 (2): 196-198.
2. Huang YL, Lin LM, Yan YH, Chao TC, Shen YS, Lin CC, Tsai CC. Bronchogenic carcinoma metastatic to the mandible –report of a case. Kaohsiung J Med Sci 1986; 2: 478-485.
3. Hwang EH, Young HJ, Rae LS. Metastatic adenocarcinoma of the mandible. Korean J Oral Maxillofac Radiol 2004; 34: 219-223.
4. Yu LS, Chen L. Mandible metastasis as the initial manifestation of breast carcinoma –report of a case. Chin Dent J 1991; 1098-1103.
5. Ferreras GJ, García RGA, Gómez OG, Vázquez I, López CJL. Metastasis mandibular de adenocarcinoma gástrico, presentación de un caso. Rev Esp Cirug Oral Maxillofac 2007; 29 (5): sep-oct.
6. Halachmi S, Madeb R. Madgas Nunb Chin Syndrome as the presenting symptom of metastatic prostate carcinoma. Urology 2000; 55: 286-296.
7. Lin CH, Hsing CW, Chuan SS, Kuen PK, Jon BM. Trismus and trigeminal neuralgia in one patient with colon cancer. J Nat Med Assoc 2008; 100: 740-742.
8. Alvarez AC, Iglesias RB, Pazo IS, Delgado SG. Colon adenocarcinoma with metastasis to the gingiva. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11: E85-87.
9. Sasaki H, Ohara N, Minamikawa T, Umeda M, Komori T, Kojima N, Takemura N, Morita H, Sugihara R, Enoki E, Ito HT. Gingival metastasis from ovarian mucinous cystadenocarcinoma as an initial manifestation. Kobe J Med Sci 2008; 54: 174-182.
10. Alqahtani M, Alqudah M, Alshehri S, Binahmed A, Sandor GKB. Pathologic Fracture of the mandible caused by metastatic follicular thyroid carcinoma. J Can Dent Assoc 2009; 75: 457-459.
11. Anil S, Lal PM, Gill DS, Beena VT. Metastasis of thyroid carcinoma to the mandible. Case report. Aust Dent J 1999; 44 (1); 56-57.
12. Kaveri H, Punnya VA, Tayaar Amsavardani S. Metastatic thyroid carcinoma to the mandible. J Oral Maxillofacial Pathol 2007; 11 (1); 32-34.
13. Ostrosky A, Mareso EA, Klurfan FJ, Gonzalez MJ. Mandibular metastasis of follicular thyroid carcinoma. Case report. Med Oral 2003; 8 (3): 224-227.
14. Vural E, Hanna E. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the mandible a case report and review of the literature. Am J Otolaryngol. 1998; 19 (3): 198-202.
15. Junquera L, Rodríguez RC, Torre A, Sánchez MJ, Fresno MF. Metástasis mandibular por carcinoma hepático: un infrecuente caso con severa hemorragia. Med Oral 2004; 9: 345-349.
16. Okada H, Kamino Y, Shimo M, Kitamura E, Katoh T, Nishimura H et al. Metastatic hepatocellular carcinoma of the maxillary sinus. A rare autopsy case without lung metastasis and a review. Int J Oral Maxillofac Surg 2003; 32: 97-100.
17. Ching A, Liang TS, Borislow AJ. Initial presentation of hepatocellular carcinoma as a mandibular mass. Case report and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; 86: 457-460.
18. Sanchez JJ, Acebal BF, Arevalo ARE, Molina MM. Metastatic tumours in upper maxillary bone of esophageal Adenocarcinoma. A case report. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005; 10: 252-257.
19. Anthony WT, Agargwal N, Joseph PG. Oral cavity metastasis of renal cell carcinoma: A case report. J Med Case Reports 2008; 2: 313.
20. Marioni G, Gaio E, Poletti A, Derosas F, Staffieri A. Uncommon metastatic site of renal adenocarcinoma: The oral tongue. Acta Otolaryngol 2004; 124: 197-201.

21. Azam F, Abubakerr M, Gollins S. Tongue metastasis as an initial presentation of renal cell carcinoma: A case report and literature review. *J Med Case Reports* 2008; 2: 249.
22. Longo R, Baldini D, Gasparini G. An atypical tongue metastasis of renal cell carcinoma in a patient with metachronous hepatocellular carcinoma. *Cancer Therapy* 2008; 6: 707-710.
23. Ellis GL, Jensen JL, Reingold IM, Barr RJ, Calif J. Malignant neoplasms metastatic to gingivae. *Oral Surg* 1977; 44: 238-245.
24. Azoubel AA, Pessoa AA. Gnathic bone metastasis: A retrospective study of 10 cases. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008; 74: 561-565.
25. Kuan CY, Chen WW, Yi CJ, Minn LL. Oral Soft tissue metastasis. *J Family Dent* 2009; 3: 25-30.
26. Meyer I, Shklar G. Malignant tumors metastatic to mouth and jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965; 20: 350-362.
27. Zachariades N. Neoplasms metastatic to the mouth, jaws and surrounding tissues. *J Craniomaxillofac Surg* 1989; 17: 283-290.
28. Catone GA, Henny FA. Metastatic gastric adenocarcinoma of the mandible: Report of a case. *J Oral Surg* 1969; 27: 36-40.
29. Liebow AA. Tumors of the lower respiratory tract. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1952. p. 63-67.
30. Rosado de Christenson ML, Templeton PA, Moran CA. Bronchogenic carcinoma: Radiologic pathologic correlation. *Radiographics* 1994; 14: 429-445.

Correspondencia:

Dra. Patricia Pérez Ríos
Hospital General de México
Unidad de Dermatología.
Tel: 2782-2000 ext. 1052.
E-mail: dpprios@yahoo.com.mx