

Carcinoma escamocelular bucal diagnosticado precozmente

Oral squamocellular carcinoma with early diagnosis

Leandro Napier de Souza^I; Antônio Albuquerque de Brito^{II}; Ana Cristina Rodrigues Antunes de Souza^{III}; Ricardo Santiago Gomez^{IV}; Patrícia Maria da Costa Reis^V; Rodrigo López Alvarenga^{VI}

^IMáster en Ciencias. Profesor Adjunto de Cirugía Buco maxilofacial. Centro Universitario Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil.

^{II}Máster en Ciencias. Cirujano Maxilofacial de Cabeza y Cuello. Centro Universitario Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil.

^{III}Máster en Ciencias. Profesora Adjunta de Anatomía de Cabeza y Cuello. Centro Universitario Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil.

^{IV}Doctor en Cirugía Dental. Profesor Asociado de Patología oral y dental. Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

^VOdontóloga. Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

^{VI}Odontóloga. Universidad de Santiago de Compostela, España.

RESUMEN

El carcinoma escamocelular es la neoplasia maligna más común en la cavidad bucal. Los sitios anatómicos más frecuentemente afectados son el labio inferior, los bordes laterales de lengua y el suelo de la boca. Su etiología es multifactorial, aunque está íntimamente relacionada con factores ambientales como el tabaquismo y el alcoholismo. El cuadro clínico se caracteriza generalmente por la presencia de placas blancas, placas eritematosas, placas entre eritematosas y blancas, úlceras de bordes levantados y masas exófticas. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica, la radioterapia, quimioterapia o ambos tratamientos. Este artículo presenta un caso de carcinoma escamocelular bucal en un paciente del sexo masculino, de 70 años de edad. En el mismo se describen los hallazgos clínicos, histopatológicos y el tratamiento correspondiente del caso. El diagnóstico precoz y correcto posibilitó la cura en este caso.

Palabras clave: cavidad bucal, neoplasia maligna, diagnóstico precoz, carcinoma escamocelular.

ABSTRACT

The squamocellular carcinoma is a malignant neoplasm commonest in the buccal cavity. The more frequently involved anatomical sites are the lower lip, the tongue's lateral edges and the mouth floor. Its etiology is multifactor although it is closely related to smoking and alcoholism. Clinical picture is generally characterized by the presence of different types of white, erythematous, between erythematous and white plaques, ulcers with raised edges and exophytic masses. Treatment includes surgical removal, radiotherapy, chemotherapy or both. In present paper the case of a man aged 70 presenting with buccal squamous carcinoma describing the clinical, and the histopathologic findings and its corresponding treatment. The early and appropriate diagnosis allowed the cure of this case.

Key words: Oral cavity, malignant neoplasia, primary diagnosis, squamous cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamocelular, también denominado carcinoma espinocelular o carcinoma epidermoide, se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio plano.¹ Las neoplasias malignas de la cavidad bucal constituyen del 3 al 5 % de todas las neoplasias. El carcinoma escamocelular es el más frecuente; representa aproximadamente el 90 % de todas las neoplasias malignas de la cavidad bucal.²⁻⁴ Aparece con más frecuencia a partir de la quinta década de la vida, y constituye el 3 % de los cánceres diagnosticados en hombres y el 2 % en mujeres.²

Una serie de factores etiológicos parecen involucrados en el desarrollo del carcinoma escamocelular, tales como el tabaquismo, el alcoholismo, virus, radiación, deficiencias nutricionales, inmunosupresión, enfermedades preexistentes e irritación crónica.⁵⁻⁷ Dentro de la cavidad bucal el carcinoma escamocelular se presenta en diversas localizaciones anatómicas: labio inferior (35 %), labio superior (poco frecuente), lengua oral (bordes laterales y ventral) (25 %), suelo de la boca (20 %), paladar blando (15 %), encías/cresta alveolar (4-6 %) y mucosa bucal (1 %).¹

El carcinoma escamocelular tiene una serie de presentaciones clínicas diferentes. En el estadio temprano puede aparecer como una lesión eritematosa (eritroplásica) asintomática o una lesión blanca (leucoplásica), o ambas (eritroleucoplásica). Puede también aparecer como una erosión, una úlcera pequeña, una masa exofítica, o una lesión periodontal. En estadios avanzados puede presentarse como una masa exofítica grande con o sin ulceraciones, úlcera profunda con una superficie vegetante irregular, bordes elevados y un infiltrado duro de los tejidos bucales.^{1,8,9}

La apariencia histológica depende de su grado de diferenciación. Sin embargo en una misma lesión se pueden encontrar diferentes grados, lo que explica las distintas manifestaciones clínicas. Las lesiones mejor diferenciadas tratan de imitar

la arquitectura y función de las células normales. En general, las células y sus núcleos son grandes. Las mitosis son relativamente frecuentes y la mayoría de ellas son atípicas. La queratinización se produce de manera individual y las masas celulares crecen hacia el tejido conectivo infiltrando el tejido normal.^{1,8}

Se han propuesto diversas clasificaciones desde el punto de vista patológico, la más aceptada, elaborada por la OMS, los divide en tres grados de malignidad, como bien diferenciados, moderadamente diferenciados y pobremente diferenciados.¹⁰

Las metástasis de los tumores de boca se diseminan a través de cadenas linfáticas. Los ganglios linfáticos más afectados son los submandibulares, submentonianos y los cervicales, superficiales y profundos.¹¹

La estadificación tumor/ganglios linfáticos/metástasis (TNM) de los pacientes con diagnóstico de carcinoma, se emplea para hacer referencia a la extensión de la enfermedad, y hacerla coincidir con el tratamiento que se ha determinado como el más adecuado para los enfermos con estadios comparables.¹¹⁻¹³ El tratamiento incluye varias modalidades, entre las que se encuentran la extirpación quirúrgica, radioterapia, quimioterapia o ambos tratamientos. El tipo de tratamiento depende del tamaño del tumor, área anatómica afectada, metástasis, edad y el estado general del paciente.¹⁴

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de carcinoma escamocelular bucal localizado en la mucosa lingual en la parte posterior, y evidenciar la importancia de un diagnóstico precoz correcto.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años de edad, que acudió al servicio de odontología por presentar una lesión eritematosa localizada en la mucosa lingual en la parte posterior con aproximadamente seis meses de evolución. Refirió un discreto dolor en la zona gingival del tercer molar, durante los últimos 45 días. El paciente refiere que realizó tratamientos caseros, sin mejoría del cuadro clínico.

En la anamnesis el paciente declaró ser fumador (30 cigarrillos por día) durante más de 50 años, y negó ser alcohólico. La historia médica refirió ausencia de alteraciones sistémicas. El examen extrabucal no evidenció signos relevantes y la palpación de los linfonodos mostró una situación de normalidad.

Durante la exploración intrabucal se observó una lesión eritematosa de bordes levantados localizada en la mucosa lingual en la región del diente 38, de aproximadamente 10 mm ([Fig. 1](#)). Las hipótesis de diagnóstico clínico fueron eritroplasia o carcinoma escamocelular. Se realizó una biopsia incisional de la lesión bajo anestesia local y fijación de la pieza en formol al 10 % para su remisión a estudio anatomopatológico al Departamento de Anatomía Patológica de Universidad Federal de Minas Gerais. El diagnóstico resultante fue carcinoma escamocelular.



Fig. 1. Imagen macroscópica indirecta de la lesión localizada en la mucosa lingual en la región del diente 38.

Resultados anatomopatológicos: los cortes histológicos coloreados con hematoxilina-eosina muestran fragmentos de mucosa revestidos por epitelio pavimentoso estratificado no queratinizado, con zonas de ulceración recubierta por exudado fibrino-purulento (Fig. 2). La lámina propia muestra tejido conjuntivo fibroso con vasos sanguíneos e infiltrado inflamatorio mononuclear. Destaca la invasión de la lámina propia por nidos de células epiteliales de revestimiento neoplásicas, con exhibición de nucléolos, mitosis atípicas, disqueratosis, núcleos hiper cromáticos y pleomórficos (Fig. 3). Acinos seromucosos y ductos de glándulas salivales completan el aspecto microscópico.

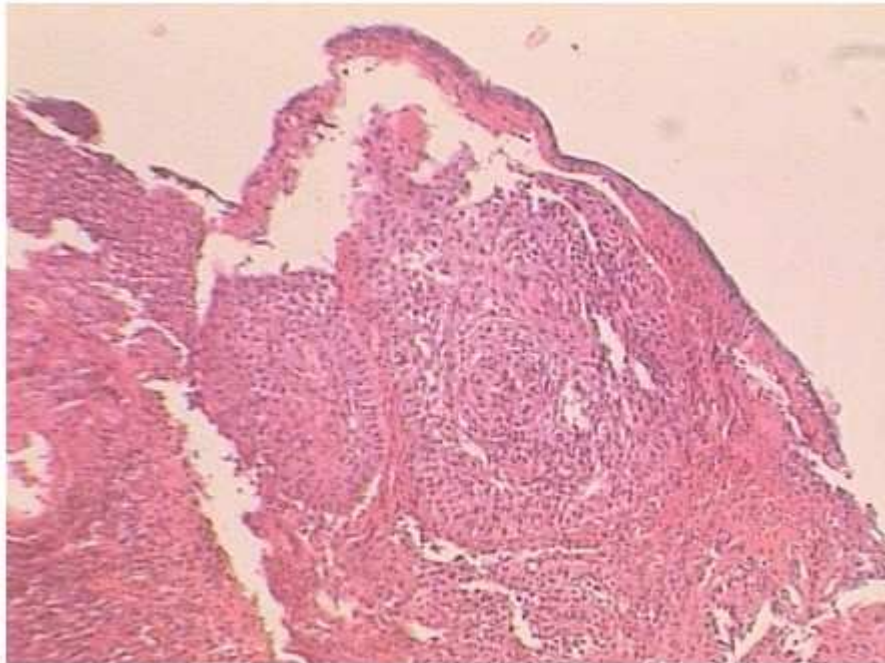


Fig. 2. Examen anatomopatológico (HE 40x).

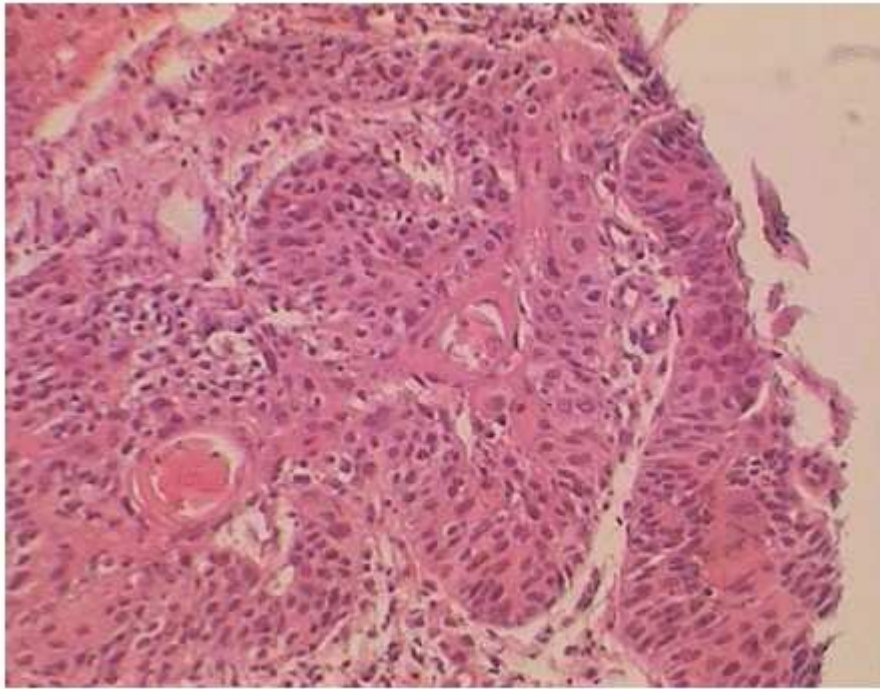


Fig. 3. Examen anatomopatológico (HE 100x).

Bajo el diagnóstico de carcinoma escamocelular el paciente fue remitido a un cirujano de cabeza y cuello para tratamiento. El paciente fue intervenido quirúrgicamente bajo anestesia general. Se realizó un estudio de ganglios centinelas, con resultado negativo; y posteriormente una resección completa de la lesión, con amplios márgenes de seguridad para evitar las recidivas. El seguimiento del paciente con controles periódicos no mostró en 5 años signos de evidencia de recidiva.

DISCUSIÓN

La cavidad bucal es una región donde asientan a menudo tumores de diversa naturaleza, entre los cuales los carcinomas escamocelulares son los más frecuentes.²⁻⁴ Todo cambio de la mucosa bucal en lugares de alto riesgo deben ser considerados como potencialmente malignos. En estadios tempranos el carcinoma escamocelular de cavidad bucal presenta un pronóstico más favorable, ya que las metástasis linfáticas o sanguíneas son muy raras en esta fase.⁴ A medida que el cáncer bucal se desarrolla, puede ocasionar metástasis en ganglios linfáticos. Se resalta la importancia de la palpación de los ganglios linfáticos durante la exploración clínica para detectar la existencia de adenopatías.

El carcinoma escamocelular es un tumor que se puede originar en cualquier órgano que posea un epitelio plano o que presente sus características morfológicas. Dicho carcinoma suele ser la etapa final de un proceso de constante irritación del epitelio plano estratificado. Se inicia como una displasia epitelial, y evoluciona hasta que las células epiteliales displásicas rompen la membrana basal e invaden el tejido conjuntivo,¹ como ocurrió en el caso que nos ocupa.

Además del examen clínico y la historia médica completa, el principal procedimiento para confirmar el diagnóstico del cáncer bucal es la biopsia. En este caso, el análisis

completo y detallado, así como el estudio anatomopatológico de la lesión, permitieron confirmar el diagnóstico de carcinoma escamocelular. Desafortunadamente, la mayoría de los cánceres bucales no se diagnostican hasta que han crecido y se ha extendido a los ganglios linfáticos. Debido a la detección tardía, el 25 % de los casos de cáncer de boca son mortales.¹⁵

La excisión quirúrgica de la leucoplasia y eritroplasia, factores predisponentes para carcinoma escamocelular, podría reducir el riesgo de desarrollar cáncer subsecuente; por lo tanto se sugiere realizar un diagnóstico adecuado y temprano por parte del odontólogo.¹⁶ El tratamiento se basa en la cirugía, radioterapia y quimioterapia. La cirugía consiste en la extirpación de la tumoración, con márgenes de seguridad, para evitar las recidivas. Se deben eliminar cadenas ganglionares si se sospecha afectación ganglionar. La radioterapia es un tratamiento coadyuvante; se puede utilizar antes de la cirugía o después de la misma. La quimioterapia se usa en casos avanzados, donde la cirugía resulta muy mutilante.¹ La estadificación patológica es de máxima importancia para el tratamiento y pronóstico del cáncer bucal.^{12,13,17,18}

El protocolo utilizado para el tratamiento de este caso particular fue el estudio de ganglios centinelas para determinar si el tumor se había diseminado (metástasis) o estaba limitado localmente. El resultado fue negativo. Posteriormente fue realizada una resección completa de la lesión, con amplios márgenes de seguridad.

Dada la apariencia clínica del carcinoma escamocelular es importante diferenciarlo de otras lesiones semejantes. Se deben tener en cuenta las ulcerativas, como las provocadas por trauma crónico, infecciones: tuberculosis, sífilis, y las lesiones micóticas profundas: candidiasis, histoplasmosis, paracoccidiodomicosis. También es importante hacer diferencia con lesiones premalignas, estomatitis tabáquicas y liquen plano erosivo.⁹

El pronóstico depende del estadio de la enfermedad, del tamaño de la tumoración, de la afectación de las cadenas ganglionares y de las metástasis a distancia.^{17,19} Por lo tanto, el diagnóstico precoz es esencial para establecer un tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico.

El cáncer bucal es, por su situación anatómica, uno de los pocos que pueden ser detectados en sus primeros estadios. Es evidente que el diagnóstico precoz es el principal factor para lograr un pronóstico favorable del mismo. El odontólogo y el médico deben tomar conciencia de la responsabilidad del diagnóstico oportuno y efectivo de esta afección y la necesidad de una correcta apreciación de los síntomas iniciales, así como realizar un rápido diagnóstico y el tratamiento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GW. Neoplasias epiteliales malignas. En: Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2. ed. Madrid: Elsevier; 2005. p. 184-95.
2. Hirota SK, Migliari DA, Sugaya NN. Oral squamous cell carcinoma in a Young patient: Case report and literature review. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2006;81(3):251-4.

3. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people: A comprehensive literature review. *Oral Oncol.* 2001;37:401-18.
4. Epstein BJ, Zhang L, Rosin M. Advances in the diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. *J Can Dent Assoc.* 2002;68:617-21.
5. De Petrini M. Head and Neck squamous cell carcinoma: role of the human papilloamavirus in tumour progression. *New Microbiol.* 2006;29(1):25-33.
6. Scully C. Oral squamous cell carcinoma; from an hypothesis about a virus, to concern about possible sexual transmission. *Oral Oncol.* 2002;38:227-34.
7. Mehrotra R, Yadav S. Oral squamous cell carcinoma: Etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. *Indian J Cancer.* 2006;43:60-6.
8. Jaiakittivong A, Swasdison S, Thangpitsityotin M, Langlais RP. Oral squamous cell carcinoma: a clinicopathological study of 342 Thai cases. *J Contemp Dent Pract.* 2009 Sep 1;10(5):E033-40.
9. Alsharif MJ, Jiang WA, He S, Zhao Y, Shan Z, Chen X. Gingival squamous cell carcinoma in young patients: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107(5):696-700.
10. Lourenço SQC, Schueler AF, Camisasca DR, Lindenblatt RC, Bernardo VG. Classificações Histopatológicas para o Carcinoma de Células Escamosas da Cavidade Oral: Revisão de Sistemas Propostos. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2007;53(3):325-33.
11. Al-Rawi NH, Talabani NG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: a case series analysis of clinical presentation and histological branding of 1452 cases from Iraq. *Clin Oral Investig.* 2008;12(1):15-8.
12. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2007;53(1):63-9.
13. Costa ALL, Pereira JC, Nunes AAF, Arruda MLS. Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral. *Pesq Odontol Bras.* 2002;16(3):216-20.
14. Daniel FI, Granato R, Grandó LJ, Fabio SML. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. *J Bras Patol Med Lab.* 2006;42(4):279-83.
15. Lydiatt D. Cancer of the oral cavity and medical malpractice. *Laryngoscope.* 2002;112(5):816-9.
16. Aguas SC, Tizeira HEL. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA).* 2004;47(19):21-30.
17. Esteban F, González MA, Ruíz. Gradación histopatológica de la malignidad y pronóstico del cáncer de cabeza y cuello . *Med Oral.* 1998;3:148-62.

18. Sun GW, Tang EY, Yang XD, Hu QG. Salvage treatment for recurrent oral squamous cell carcinoma. J Craniofac Surg. 2009 Jul; 20(4):1093-6.

19. Carvalho FCR, Dias EP, Cabral MG. Fatores prognósticos de câncer bucal. RBO. 2003;60(1):21-3.

Recibido: 15 de marzo de 2010.

Aprobado: 2 de mayo de 2010.

Dr. Rodrigo López Alvarenga. Universidad de Santiago de Compostela, España. E-mail: mre_lopez@hotmail.com