

Diagnóstico Tardío de Carcinoma Escamo Celular en Boca. Reporte de Caso

Delayed Diagnosis of Squamous Cell Carcinoma in the Mouth. Case Report

Iris Adilene Martínez-Cortez^{*}; Vianey Jahayra Martínez-Mejía^{* **}; Guillermo Amezcua-Rosas^{***}; Rogelio Gonzalez-Gonzalez^{**}; Gil Carreon-Burciaga^{**}; Marcelo Gomez Palacio-Gastelum^{****} & Ronell Bologna-Molina^{**}

MARTÍNEZ-CORTEZ, I. A.; MARTÍNEZ-MEJÍA, V. J.; AMEZCUA-ROSAS, G.; GONZALEZ-GONZALEZ, R.; CARREON-BURCIAGA, G.; PALACIO-GASTELUM, M. G. & BOLOGNA-MOLINA, R. Diagnóstico tardío de Carcinoma escamo celular en boca. Reporte de caso. *Int. J. Odontostomat.*, 5(3):240-244, 2011.

RESUMEN: Es de gran importancia que el odontólogo esté entrenado en la detección temprana de cualquier lesión de la cavidad bucal, más aun cuando se trata de una lesión pre-maligna o maligna. El odontólogo es el primer profesional de la salud que entra en contacto con la cavidad bucal del paciente y por lo tanto el encargado de preservar la salud de la misma, no solo de los órganos dentarios si no de todos los tejidos que componen el aparato estomatognático. En el presente caso se muestra un paciente masculino de 72 años de edad que acude al Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio" con una lesión exofítica ulcerada de aproximadamente cinco años de evolución localizada en piel de mejilla, se realiza excisión quirúrgica, el estudio histopatológico diagnostica carcinoma de células escamosas bien diferenciado originado en cavidad bucal que posteriormente invade tejido blando y piel. Se remite al Instituto Jalisciense de Cancerología para continuar el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: carcinoma de células escamosas, neoplasias malignas, pronóstico, diagnóstico histopatológico, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamocelular de cavidad bucal (CECB) es una neoplasia maligna de origen epitelial formado por células escamosas. Representa aproximadamente el 94% de todas las neoplasias malignas que se presentan en la mucosa bucal (Chi, 2009). El factor más importante asociado a CECB es el consumo de tabaco y en combinación con el consumo de alcohol incrementa el riesgo de esta neoplasia maligna. Además la malnutrición, deficiencias de hierro, vitamina A y C, infecciones virales, así como exposición a níquel y textiles entre otros, han sido descritas como factores de riesgo para el desarrollo de CECB (Al-Rawi & Talabani, 2008; Susuki *et al.*, 1998; Boyle *et al.*, 1990; Binnie *et al.*, 1983; Young *et al.*, 1986; Altini *et al.*, 1989; Blot *et al.*, 1988; Graham *et al.*, 1977).

Las zonas de mayor riesgo son: piso de boca, bordes laterales y lengua, siendo el sitio de presentación más frecuente porción lateral y vientre de lengua (Chi; Al-Rawi *et al.*). Los CECB se clasifican en etapas clínicas (EC): avanzadas (EC III y IV), y tempranas (EC I y II). En EC avanzadas se pueden caracterizar por presentar úlceras que no cicatrizan con bordes indurados, dolor, sangrado e incapacidad de movimiento cuando se localizan en lengua. Otras características que se presentan son: disfagia, parestesia, metástasis a ganglios linfáticos cervicales y metástasis a distancia (Al-Rawi *et al.*) Lesiones blancas (leucoplásicas) y rojas (eritoplásicas) en algunos casos podrían ser lesiones malignas tempranas (EC I), por tanto es difícil diferenciar estas lesiones en EC tempranas de CECB debido a

^{*} Estudiante de 9º semestre de la Unidad Académica de Odontología, Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México.

^{**} Programa Interinstitucional, para el fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado del Pacífico (DELFIN), Departamento de Investigación de la Escuela de Odontología, Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango, México.

^{***} Coordinador de la Clínica Estatal de enfermedades de la mucosa bucal, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, México.

^{****} Director Académico. Escuela de Odontología, Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango, México.

que la mayoría de las veces no producen aumento de volumen o ulcera (Chi). Es importante considerar que lesiones ulceradas que no empiecen a cicatrizar a los 10 días de su aparición, se debe sospechar de lesión maligna. En El CECB en etapas avanzadas cuando invaden tejido óseo radiográficamente se puede observar, reabsorción difusa de hueso alveolar, radiolucides y bordes irregulares (Susuki *et al.*). Histológicamente el CECB se caracteriza por células escamosas malignas que forman cordones y/o islas en el tejido conjuntivo o por debajo de la membrana basal. Estas células generalmente presentan citoplasma eosinofílico abundante, con núcleos hiper cromáticos e incremento en la relación núcleo citoplasma (Chi). El tratamiento de CECB usualmente es cirugía con excisión total de la neoplasia y se puede complementar con radioterapia (RT) y quimioterapia (QT) (Chi). Esta comunicación de caso describe un CECB en región mandibular derecha.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 72 años acude a consulta odontológica particular por dolor en molares inferiores derechos (OD 46 y 47) que se acentuaba con el uso de prótesis parcial. El paciente explicó la presencia de máculas blancas en mucosa bucal de la misma zona sin importancia diagnóstica para el Odontólogo, por lo

cual decide que el tratamiento adecuado sería la extracción de los OD 46 y 47 y colocación de prótesis total. Cinco años después del tratamiento odontológico acude al Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio" por notar ulcera crateriforme en piel de mejilla, además de presentar asimetría facial. A la exploración realizada por el Dermatólogo, observa una lesión ulcerada, de bordes elevados, indurados, bien delimitados, presencia de tejido necrótico y purulento de aproximadamente 7 cm de diámetro, localizada en piel de región submandibular derecha con extensión hacia sínfisis mentoniana (Fig. 1), por lo cual decide realizar inspección intrabucal donde observó en mucosa del proceso alveolar inferior derecho múltiples lesiones endofíticas, blancas, de bordes elevados, bien delimitados, semejantes a leucoplasia (Fig. 2a), se sospechó que estas lesiones pudieran estar asociadas a la lesión en piel, por lo cual se decide realizar estudios de imagen con ortopantomografía, donde se observó pérdida de la continuidad del proceso alveolar con destrucción de cuerpo mandibular derecho (Fig. 2b). El diagnóstico clínico presuntivo fue de CECB, se realiza posteriormente biopsia incisional, confirmando el diagnóstico clínico. El diagnóstico histopatológico fue de Carcinoma escamocelular bien diferenciado (Fig. 3). Posterior al diagnóstico es remitido a un instituto oncológico para continuar con el tratamiento, explicando al paciente la importancia de acudir a dicho servicio debido a que el pronóstico era desfavorable para la preservación de la vida y de la importancia de llevar a cabo los tratamientos indicados por la institución.



Fig. 1. a. Vista frontal del paciente en donde se observa la asimetría facial originada por la presencia de Tumor, b. Tumor que se observa en área inferior de la mandíbula ulcerada y con presencia de tejido necrótico.

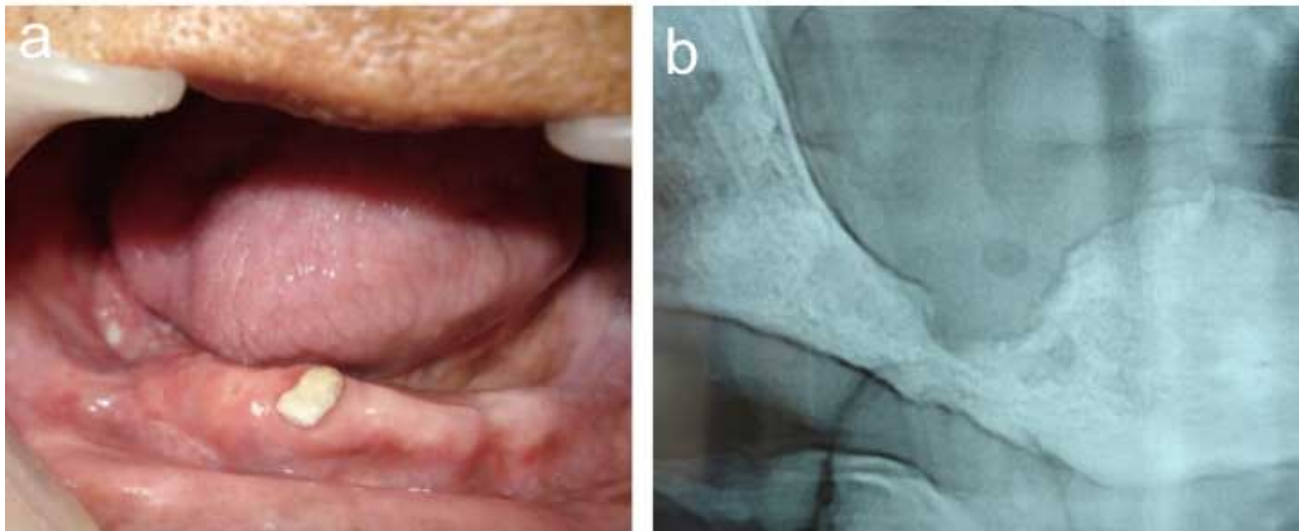


Fig. 2. a. Lesión blanca bien delimitada en proceso alveolar, b. Ortopantomografía en la que se observa pérdida ósea especialmente en la zona molar.

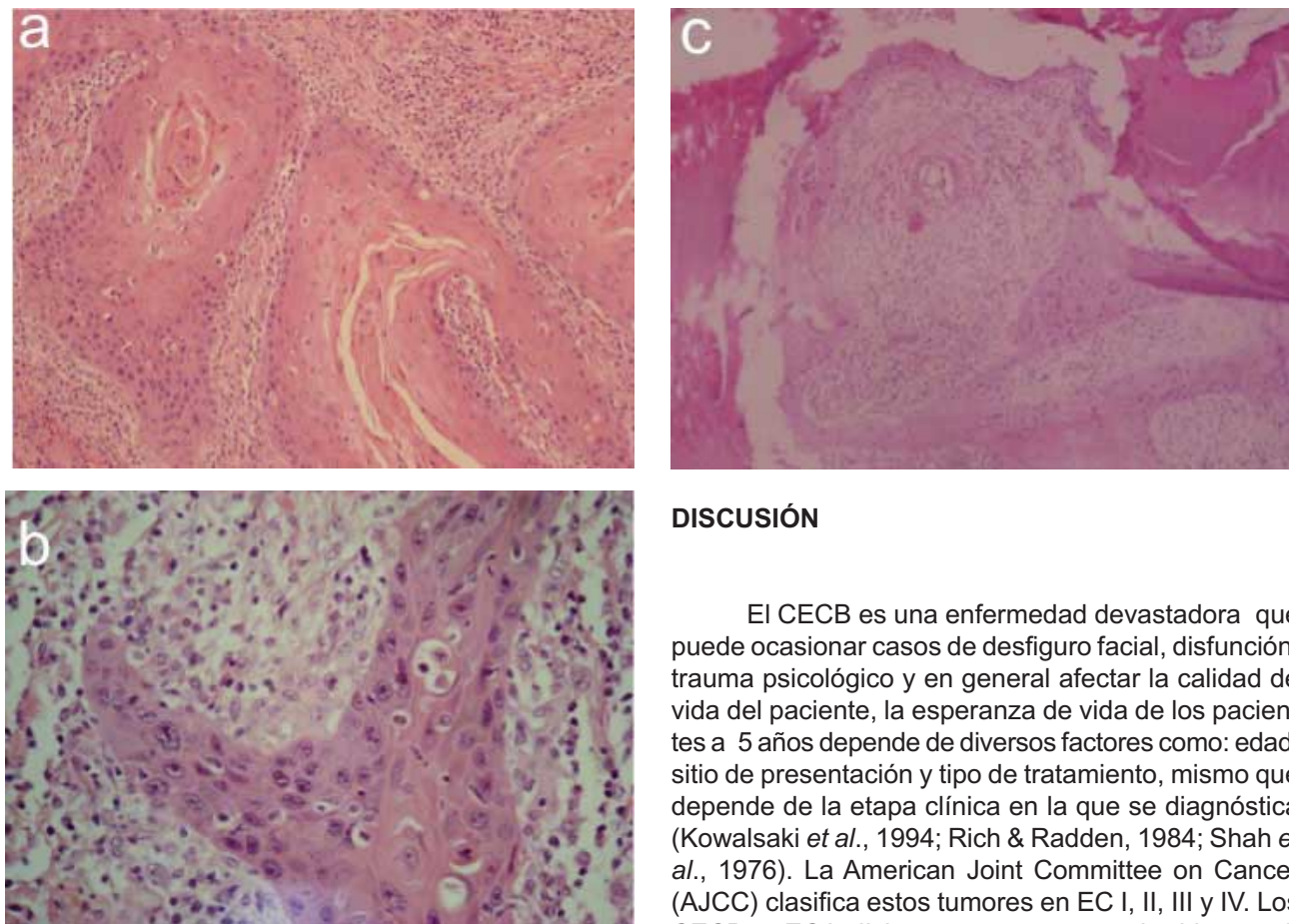


Fig. 3. a y b. Carcinoma epidermoide bien diferenciado, a. Islas de células epiteliales atípicas con aumento de relación núcleo citoplasma y perlas de queratina (4X), b. Isla epitelial con mitosis atípicas, nucléolos prominentes, pérdida relación núcleo – citoplasma, estroma con infiltrado linfo – plasmocitario, c) Sínfisis mentoniana (borde medial) libres de tumor.

DISCUSIÓN

El CECB es una enfermedad devastadora que puede ocasionar casos de desfiguración facial, disfunción, trauma psicológico y en general afectar la calidad de vida del paciente, la esperanza de vida de los pacientes a 5 años depende de diversos factores como: edad, sitio de presentación y tipo de tratamiento, mismo que depende de la etapa clínica en la que se diagnóstica (Kowalski *et al.*, 1994; Rich & Radden, 1984; Shah *et al.*, 1976). La American Joint Committee on Cancer (AJCC) clasifica estos tumores en EC I, II, III y IV. Los CECB en EC I y II tienen una esperanza de vida aproximada a 5 años que va de 53-68% si el tumor es relativamente pequeño (< 4cm) y si no existen metástasis al tiempo de diagnóstico. En EC III existe una esperanza de vida del 27-41%, es decir, si el tumor es > 4 cm con o sin presencia de metástasis linfática cervi-

cal única ipsilateral menor a 3cm, mientras que la EC IV tienen una esperanza de vida del 12-27% entrando en esta etapa todos aquellos pacientes que presentan un tumor que invade estructuras adyacentes a través de hueso cortical, nervio alveolar inferior, piso de boca, piel de cara, mentón o nariz y que puedan presentar metástasis a sitios distantes o múltiples de 3-6cm o únicas >6cm en cadena cervical linfática (Chi; Rich & Radden; Susuki *et al.*).

En el caso reportado se diagnosticó un CEBB histológicamente bien diferenciado. De acuerdo a las definiciones de la AJCC presentaba un TNM (Tumor, Nódulos linfáticos y Metástasis) de T4aN0M0 (Edge *et al.*, 2010), sin embargo debido a las características clínicas agresivas propias del tumor que invadía hueso cortical mandibular y área de mentón, fue clasificado en EC IV por lo tanto la esperanza relativa a 5 años podría ser del 12-16% (Edge *et al.*). El tratamiento, en la mayoría de los casos para este tipo de carcinomas es cirugía radical o cirugía en combinación con radioterapia dependiendo de las características propias de cada tumor, además si es reportada presencia de márgenes positivos cercanos a la resección marginal con metástasis regionales, histopatología de alto grado, invasión perineural y/o angiolímfática, está indicado el tratamiento con RT y QT, o ambas.

Nuestro paciente mencionó hábito de tabaquismo desde hace 20 años o probablemente más; en un estudio realizado en 161 pacientes con diagnóstico de CECB en diferentes etapas se encontró una asociación directa entre el estadio clínico con el consumo de tabaco, ya que los pacientes con hábito crónico y periodos de exposición al tabaco prolongado presentaron etapas más avanzadas del tumor (EC III, IV). Es conocido que el alcohol es un potencializador en el desarrollo del CECB, los autores Kerdpon & Sriplung (2001) reportan que 65 (40,37%) pacientes de 161 estudiados con consumo habitual de alcohol fumadores o no fumadores presentaron desarrollo de CECB en EC III, IV. En el caso reportado se desconoce por historia clínica si el paciente era consumidor habitual de alcohol.

La formación de úlcera, con forma crateriforme, bordes indurados, aumento de volumen, firme y dolorosa suelen ser características clínicas de CECB, por lo tanto el odontólogo tiene que descartar este posible diagnóstico en todas aquellas lesiones ulcerativas sin etiología evidente que no sanen o remitan en un periodo mayor a las dos semanas. A veces esas características anteriormente mencionadas no son tan

evidentes por lo cual hay que tener particular atención en distinguir leves cambios en coloración y textura de la mucosa bucal sobretodo en aquellas lesiones eritroplásicas o leucoplásicas.

El carcinoma de encía y reborde alveolar usualmente se presentan asintomáticos y frecuentemente se originan en las regiones posteriores de la mandíbula, el CECB puede llegar a imitar procesos inflamatorios benignos o lesiones reactivas como granuloma piógeno o enfermedad periodontal. Cuando el CECB se desarrolla en áreas edéntulas se puede presentar como aumento de volumen que envuelve a la mucosa de la zona afectada y puede llegar a semejar hiperplasia fibrosa inflamatoria (*Epulis Fisuratum*). Cuando el CECB se presenta en estas zonas anatómicas puede invadir estructuras óseas adyacentes causando movilidad dental y puede no evidenciarse hasta después de la extracción dental, que es cuando prolifera fuera del alveolo imitando tejido de granulación (Kerdpon & Sriplung). En el caso reportado, el paciente refirió 5 años atrás extracción de los OD 46 y 47 para colocación de la prótesis, aunque no lo mencionó es de suponer que los OD presentaban movilidad, nosotros suponemos que posiblemente el paciente ya presentaba cambios neoplásicos antes de la extracción dental inicial debido al periodo de evolución y al gran tamaño que presentaba la lesión cuando acudió a consulta dermatológica.

En conclusión el odontólogo es el profesional encargado de la salud bucal integral, esto incluye no solamente órganos dentarios y tejido de soporte si no todas las estructuras y tejidos que se encuentran en la cavidad bucal, por ende una inspección rutinaria y completa con los conocimientos adecuados de las estructuras sanas y alteradas son básicas en cualquier formación odontológica profesional. En el caso presentado un diagnóstico o una sospecha diagnóstica inicial, el podría haber significado una detección temprana de la lesión y así evitado tratamientos agresivos que pone en riesgo la calidad de vida del paciente.

MARTÍNEZ-CORTEZ, I. A.; MARTÍNEZ-MEJÍA, V. J.; AMEZCUA-ROSAS, G.; GONZALEZ-GONZALEZ, R.; CARREON-BURCIAGA, G.; PALACIO-GASTELUM, M. G. & BOLOGNA-MOLINA, R. Delayed diagnosis of squamous cell carcinoma in the mouth. Case report. *Int. J. Odontostomat.*, 5(3):240-244, 2011.

ABSTRACT: It is important, the dentist should be prepared in early detection of any lesion of the oral cavity, specially, if there is a premalignant lesion. The dentist is the

health professional that first has contact with the mouth of the patient. Therefore preserving the health of dental organs and all tissues of the mouth. The case we report, is a 72 year old male who presented at the dermatological institute of Jalisco, "Dr. Jose Barba Rubio, with an ulcerated exophytic lesion of approximately five years of development, surgical excision is performed, the histopathological diagnosis of squamous cell carcinoma, well differentiated originated in the oral cavity, the latter invading soft tissue and skin. The patient was referred to the Instituto Jalisciense de Cancerología, to continue treatment.

KEY WORDS: squamous cell carcinoma, malignant neoplasms, prognosis, diagnosis, histopathology, treatment.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Rawi, N. H. & Talabani, N. G. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: a case series analysis of clinical presentation and histological grading of 1,425 cases from Iraq. *Clin. Oral Investig.*, 12:15-8, 2008.
- Altini, M.; Peters, E. & Hille, J. J. The causation of oral precancer and cancer. *J. Dent. Assoc. S. Afr., Suppl.* 1:6-10, 1989.
- Binnie, W. H.; Rankin, K. V. & Mackenzie, I. C. Etiology of oral squamous cell carcinoma. *J. Oral Pathol.*, 12:11-29, 1983.
- Blot, W. J.; McLaughlin, J. K.; Winn, D. M.; Austin, D. F.; Greenberg, R. S.; Preston-Martin, S.; Bernstein, L.; Schoenberg, J. B.; Stemhagen, A. & Fraumeni, J. F. Jr. Smoking and drinking in relation to oral pharyngeal cancer. *Cancer Res.*, 48:3282-7, 1988.
- Boyle, P.; Zheng, T.; Macfarlane, G. J.; McGinn, R.; Maisonneuve, P.; LaVecchia, C. & Scully, C. Recent advances in the etiology and epidemiology of head and neck cancer. *Curr. Opin. Oncol.*, 2:539-45, 1990.
- Chi, A. C. Epithelial Pathology In: Neville, B. W.; Damm, D. D.; Allen, C. M. & Bouquot, J. E. (Eds.). *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3rd ed. St. Louis, Saunders Elsevier, 2009. pp.362-452.
- Graham, S.; Dayal, H.; Rohrer, T.; Swanson, M.; Sultz, H.; Shedd, D. & Fischman, S. Dentition, diet, tobacco, and alcohol in the epidemiology of oral cancer. *J. Natl. Cancer Inst.*, 59:1611-8, 1977.
- Kerdpon, D. & Sriplung, H. Factors related to advanced stage oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. *Oral Oncol.*, 37:216-21, 2001.
- Kowalski, L. P.; Franco, E. L.; Torloni, H.; Fava, A. S.; de Andrade Sobrinho, J.; Ramos, G.; Oliveira, B. V. & Curado, M. P. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur. J. Cancer B Oral Oncol.*, 30B:167-73, 1994.
- Edge, S. B.; Byrd, D. R.; Compton, C. C.; Fritz, A. G.; Greene, F. L. & Trotti, A. *Lip and oral cavity. AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York, Springer, 2010. pp.29-35.
- Rich, A. M. & Radden, B. G. Prognostic indicators for oral squamous cell carcinoma: a comparison between the TNM and STNMP systems. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 22:30-6, 1984.
- Shah, J. P.; Cendon, R. A.; Farr, H. W. & Strong, E. W. Carcinoma of the oral cavity: factors affecting treatment failure at the primary site and neck. *Am. J. Surg.*, 132:504-7, 1976.
- Susuki, K.; Shingaki, S.; Nomura, T. & Nakajima, T. Oral carcinomas detected after extraction of teeth: a clinical and radiographic analysis of 32 cases with special reference to metastasis and survival. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 27:290-4, 1998.
- Young, T. B.; Ford, C. N. & Brandenburg, J. H. An epidemiologic study of oral cancer in a statewide network. *Am. J. Otolaryngol.*, 7:200-8, 1986.

Dirección de correspondencia:
Dr. Bologna Molina Ronell
Universidad Juárez del Estado de Durango
Predio Canoas s/n, Col. Los Ángeles
C.P. 34070. Durango
MÉXICO

Teléfono: 01 (618) 8138709

Email: research_department@yahoo.com

Recibido : 19-08-2011

Aceptado: 11-10-2011