

# Carcinoma epidermoide semidiferenciado de piso de boca y reborde residual. Reporte de un caso.

[Semi differentiated squamous cell carcinoma of floor of the mouth and residual rim. A case study.]

## **Autores:**

Dr. Ressia, Ernesto Ariel [1]  
Dr. Agüero, Mauricio Gerardo [2]  
Dr. Polero, Carlos Sebastián [3]  
Dr. Ranieri, Daniel [4]

## **Fecha de recepción:**

07/10/2013

## **Fecha de aprobación:**

25/10/2013

[1] *Magíster en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial. Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial. Cirujano buco maxilofacial del Servicio Penitenciario Bonaerense. Docente de la Asignatura Cirugía A.F.O.U.N.L.P. Ex docente de la Asignatura Anatomía F.O.U.N.L.P.*

[2] *Especialista en clínica quirúrgica. Especialista en cirugía de cabeza y cuello. Cirujano de planta del Hospital H.O.G.A.M. U 22 - Servicio Penitenciario Bonaerense. Cirujano de planta del Hospital Mi pueblo, de la localidad de Florencio Varela. Cirujano de planta del Hospital Español de la ciudad de La Plata.*

[3] *Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial. Dictante del curso anual de Cirugía Buco Maxilofacial de baja y mediana complejidad. H.I.G.A. General San Martín de la ciudad de La Plata. Cirujano Buco maxilofacial H.I.G.A. La Plata.*

[4] *Cursante del curso anual de Cirugía Buco Maxilofacial de baja y mediana complejidad H.I.G.A. General San Martín de la ciudad de La Plata.*

## **Autor de correspondencia:**

E-mail: arielressia@hotmail.com

## **RESUMEN**

El carcinoma epidermoide, es una neoplasia maligna de mayor incidencia de la cavidad bucal que representa el 55% de todos los tumores de esta región. El 68-72% de los pacientes presentan etapas locoregionales avanzadas en el momento del diagnóstico.

El objetivo de este trabajo, es el de presentar un caso de un carcinoma epidermoide semidiferenciado de piso de boca y reborde residual mandibular anterior, tratado con submandibulectomía segmentaria y reconstrucción con osteosíntesis rígida.

## **PALABRAS CLAVE**

Carcinoma epidermoide; mandíbula/cirugía; reconstrucción post mandibulectomía.

## **SUMMARY**

The carcinoma, squamous cell, is a malignant neoplasm of higher incidence in the buccal cavity, representing 55% of all tumors in this region. 68-72% of patients present with advanced locoregional stages upon diagnosis.

The purpose of this work is to present the case of a semidifferentiated carcinoma, squamous cell, at the anterior residual mandibular ridge, treated with a segmental submandibulectomy and a reconstruction by rigid osteosynthesis.

## **KEY WORDS**

Carcinoma, squamous cell; mandible/surgery; mandibular reconstruction.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de los cánceres de la cavidad oral, se localiza con mayor frecuencia en la lengua y en suelo de boca, según afirman Godoy [8] y Calvalh [2-3]. Quintero [16] reporta al carcinoma epidermoide como variedad histológica más frecuente en los tumores malignos de la boca y detectó una baja incidencia de otros tipos histológicos, fundamentalmente los que afectan a glándulas salivales menores localizadas en paladar duro y carrillos, lo cual concuerda con los autores anteriores. Díaz Villanueva [4] refiere que según los resultados de una pesquisa que abarcó al 90 % de todos los casos de la Costa Atlántica Colombiana (1584 casos), la localización más frecuente fue en el paladar blando y el velo del paladar. En nuestro país, en un estudio que incluyó 267 informes de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital "Celia Sánchez", se hace referencia a la lengua como sitio prevalente en la localización de estas neoplasias. Autores como Busquets [14] concuerdan en que este padecimiento es más frecuente a partir de los 60 años de edad. Sundefeld, [15] en un estudio que abarcó un total de 50 000 fichas de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal, no encontró concordancia con la literatura mundial; reportó una incidencia mayor en el sexo femenino y a partir de los 40 años de edad, más temprano que en el resto de los estudios.

A pesar de que la cavidad bucal es una zona de fácil acceso a la exploración, el período medio de tiempo que pasa entre el comienzo de los síntomas y la consulta al profesional especialista es de unos 5 meses. Aunque los pacientes no acuden al odontólogo hasta presentar síntomas importantes, siendo más frecuente la presencia de molestias inespecíficas en la cavidad oral. Normalmente las lesiones pequeñas no producen dolor, este aparece cuando se hacen infiltrantes y se ulceran. Estos autores concuerdan con Danesis y nosotros en que la sintomatología más frecuente que lleva al paciente a la consulta es la presencia de dolor [17,21,22]. Herranz González - Botas [17] asegura que el 95 % de las neoplasias malignas de la boca son carcinomas epidermoides. Las localizaciones más frecuentes fueron el borde lateral de la lengua móvil, el suelo de la boca y el triángulo retromolar. Las características clínicas de esta enfermedad (oligosintomática) propician que el diagnóstico se realice en etapas tardías, lo cual compromete los resultados terapéuticos de

la misma (Muñoz Herrera [25]). En 94 pacientes con carcinomas de células escamosas de la cavidad oral, demostró que la mayoría de los pacientes se encontraban en estadios III y IV, lo cual incide en la supervivencia y calidad de vida. Lamaroon [13] encontró en una serie de 587 pacientes, el 56,2% de casos en estadio IV de la enfermedad, resultados que coinciden con los de autores como Costa, [26] Carvalho [23]. Quintero González [16] refiere que el 65% de 1.037 casos de su estudio, presentaron lesiones ulcero-vegetantes al diagnóstico. El diagnóstico tardío y en etapas avanzadas del cáncer de la cavidad oral impide en más del 60% de los pacientes el tratamiento quirúrgico. [27] Lamaroon [13] encontró en una muestra de 587 pacientes con la enfermedad, que el 79,4% recibió tratamiento con radioterapia sola, o combinada con cirugía (64,4%), lo que en total suma el 87,2% de los pacientes con tratamiento radiante. Luukkaa [28] opina que la radioterapia, incluso en el preoperatorio, puede administrarse con seguridad en los pacientes portadores de cáncer de la cavidad oral, de la orofaringe e hipofaringe. El carcinoma epidermoide semidiferenciado, en nuestro país, es el cáncer bucal que se encuentra entre las 10 primeras causas de incidencia en los hombres y representa el 4% de todas las neoplasias malignas reportadas en este sexo, y según datos del Registro Nacional de Cáncer, ocupando en el año 2002 el décimo lugar como causa de muerte, con un total de 283 fallecidos, para el 4,92%, alcanzando su mayor tasa en pacientes por encima de los 60 años de edad. [5]

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de los cánceres de la cavidad bucal, se localiza mayoritariamente en la porción libre de la lengua y el suelo de la boca. [8] La terapéutica a utilizar estará determinada por la extensión, localización, grado de diferenciación histológica y la presencia o no de metástasis, y a pesar del empleo de estos parámetros, se estima una recurrencia del cáncer de la boca en una tercera parte de los enfermos, por lo que no siempre el tratamiento propuesto intenta la curación del enfermo, dado que el pronóstico de la enfermedad es ominoso. [8-10]. Existen múltiples causas del carcinoma epidermoide de la boca y estos son factores externos e internos. Externo se refiere a la acción principalmente del tabaco, alcohol, sífilis y radiación actínica. Internos son factores sistémicos o condiciones generalizadas que favorecen al desarrollo de un carcinoma epidermoide y esto puede ocurrir en el sida, déficit nutricional, anemia ferro priva-

De todos estos factores el tabaco es el más importante, pero generalmente en un mismo paciente se observa que además de fumar, existen otros agentes como la ingestión excesiva de alcohol, desnutrición, higiene oral deficiente u otra condición. En general la etiología es multifactorial, ya que cuando se analiza el consumo de alcohol y abuso del tabaco en largos periodos, se observa un riesgo de más de 15 veces. En poblaciones que tienen prohibido el uso de alcohol y tabaco (los mormones en Utah), la incidencia de cáncer oral es bajísima. Por otra parte los grupos de personas que fuman al revés (la parte encendida hacia la boca), como ocurre en algunos grupos de negros en Colombia, Ecuador, el Caribe y la India, la incidencia del carcinoma epidermoide del paladar es muy alta. Existe una incidencia alta de pacientes que además de carcinoma epidermoide presentan diabetes mellitus, Upjal M. recientemente encontraron cierta asociación entre estas enfermedades, ellos observaron más neoplasias malignas y premalignas en pacientes diabéticos que en pacientes no diabéticos y lo relacionan con estudios celulares y moleculares; debido a que en la diabetes se rompe el equilibrio de la oxidación, la elevada concentración de glucosa, la excesiva formación de radicales libres y la glucosilación de proteínas disminuyen la actividad antioxidante de algunas enzimas. También se ha demostrado que un defecto en el primer paso en el mecanismo de defensa, disminuye la migración quimiotáctica de los leucocitos polimorfonucleares en los diabéticos, también disminuye la respuesta inmune por defectos de la función de los linfocitos T. Además, se ha demostrado hipoxia celular en pacientes diabéticos, lo cual rompe el equilibrio oxidativo, todos estos procesos pueden tener un papel importante en el desarrollo de lesiones bucales malignas y premalignas. [30] También se debe enfocar a que los clínicos identifiquen los factores de riesgo que se conocen, como el consumo de tabaco, alcohol y la interacción de estos, se encontró a los antecedentes heredofamiliares y a la diabetes mellitus como probables factores que se asocian a esta enfermedad y que pueden tener importancia en la supervivencia. [31] El carcinoma epidermoide de cabeza y cuello crece de forma local progresivamente, extendiéndose típicamente como primera etapa a los ganglios cervicales y mucho más infrecuente al resto del organismo, generalmente a posteriori, siendo su principal diana el pulmón con un 52% de las metástasis a distancia, seguido por hueso (18%), corazón (13,4%) y glándula adrenal (13,4%).



Fig. 1, 2 y 3: Imágenes clínicas pre quirúrgicas. Fig. 4 y 5: Imágenes tomográficas pre quirúrgicas. Fig. 6: Imagen intra quirúrgica.

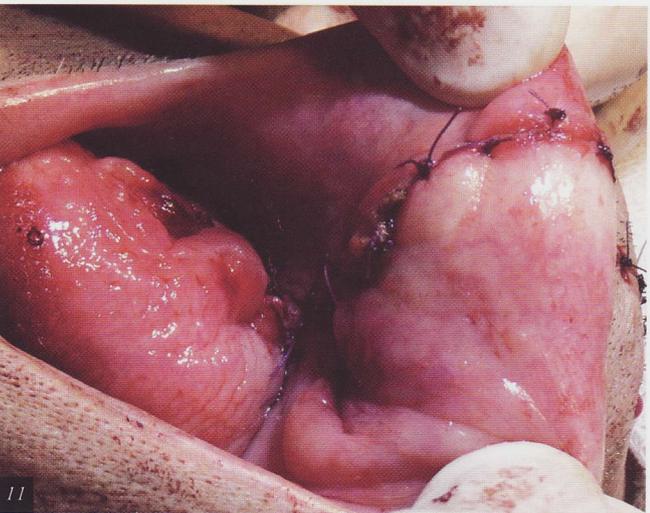
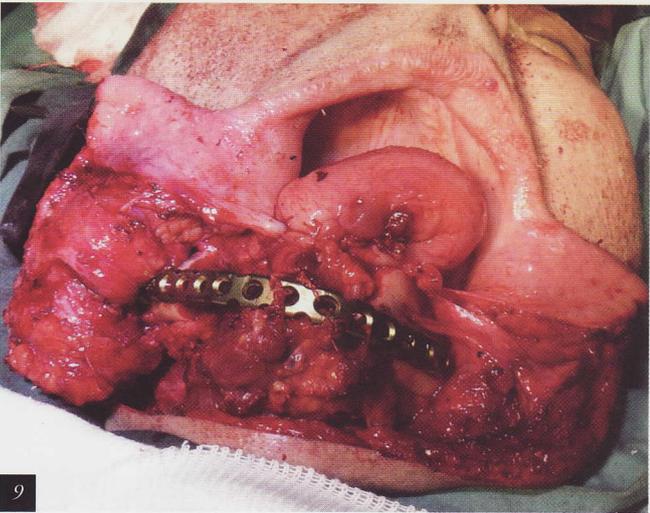
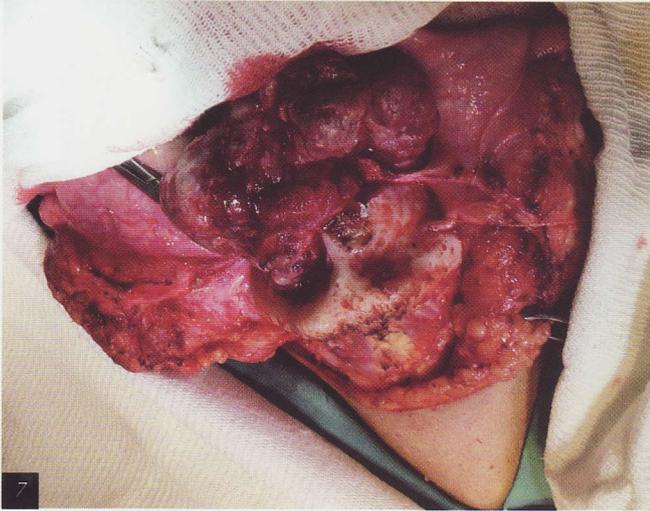


Fig. 7, 8, 9, 10, 11, 12: Imágenes intra quirúrgicas.

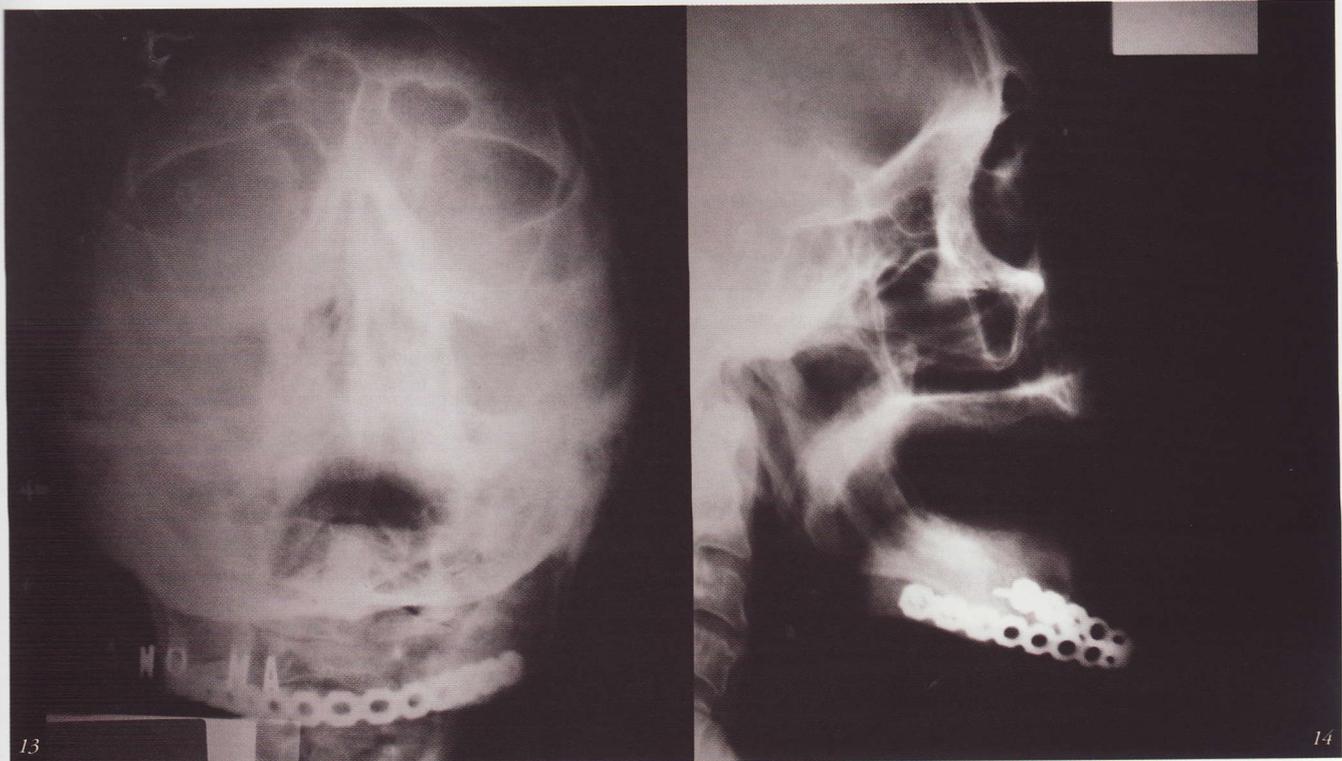


Fig. 13 y 14: Rx post quirúrgicas.

Otras series refieren otro orden de preferencia. Kowall (1987) en una serie postmortem de 387 pacientes encontró metástasis en pulmón (80%), ganglios mediastínicos (34%), hígado (31%), hueso (30%), ganglios abdominales (20%) y otras localizaciones como riñón, glándulas adrenales, pleura y corazón con menor frecuencia. [1] Las metástasis ganglionares cervicales son importantes en la valoración del carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, ya que su presencia tiene una clara implicación pronóstica, empobreciendo la supervivencia de los pacientes, especialmente cuando se tiene más de 3 ganglios afectados. Además, la existencia de las mismas también influye en el tratamiento al que se va a ser sometido el paciente. Su presencia no es siempre fácil de determinar, bien sea por métodos clínicos o de imagen, máxime sabiendo el alto porcentaje (37%) de micrometastasis que presentan estos pacientes. [1]

### CASO CLÍNICO

Paciente de género masculino de 68 años de edad, lúcido, activo, ubicado en tiempo y espacio, hemodinámicamente compensado, afebril, normotenso, derivado por pre-

sentar una tumoración intraoral la cual no le permitía poder alimentarse. Según refiere el paciente, el tumor comenzó con una molestia en la encía inferior y que nunca le prestó importancia pensando que se le iba a curar sola. Al pasar el tiempo comenzó a ver que cada vez crecía más y al no poder alimentarse, decidió hacer una interconsulta quedando internado por el estado desnutricional que presentaba.

A la inspección clínica, se aprecia tumor de crecimiento exofítico, lobulado, de 5 x 6 cm aproximadamente, friable, con sectores hemorrágicos producto del traumatismo masticatorio, hiperálgico e imposibilitado de poder cerrar la boca en su totalidad. (Fig. 1, 2 y 3).

A la palpación, se aprecia que la tumoración invade el reborde residual mandibular anteroinferior, inmóvil, indurado que no compromete la movilidad lingual. Adenopatías en nivel I derecho (+), siendo el resto de los ganglios linfáticos del cuello (-). Se tomó una biopsia incisional para realizar diagnóstico histopatológico, cuyo resultado fue el de carcinoma semidiferenciado invasor de reborde mandibular y mediante interconsulta con el servicio de oncología se determinó realizar el tratamiento quirúrgi-

co a fin de extirpar la tumoración para poder brindarle al paciente una alimentación adecuada y mejor calidad de vida.

Al examen de la T.A.C. se informó la presencia de una imagen de bordes irregulares, que invade el maxilar inferior en su sector anterior, con expansión de los tejidos blandos hacia vestibular observándose la presencia de adenopatías en región submaxilar derecha. (Fig. 4 y 5). T.A.C. de tórax y abdomen negativos.

Realizados los estudios pre quirúrgicos, bajo anestesia general nasotraqueal se realizó la intervención quirúrgica mediante abordaje submandibular derecho con componente labio mentoniano, exeresis de la lesión con submandibulectomía segmentaria anteroinferior, vaciamiento suprahemoideo y submaxilectomía bilateral. Para la reconstrucción, se utilizó una placa para reconstrucción mandibular sistema 2.4 con tornillos bicorticales, sutura plano por plano y drenaje aspirativo por 72 hs. (Fig. 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12). Control rx post quirúrgico. (Fig. 13 y 14). Obtenidos los resultados anatomopatológico, el paciente fue derivado al servicio de oncología, quedando bajo tratamiento y controles post quirúrgicos a distancia.

## CONCLUSIÓN

Los estadios I y II, tienen mejor pronóstico, mientras que los estadios III y IV no sobrepasan el 35% de éxitos. El tratamiento del cáncer bucal es combinado con cirugía y radioterapia, esta última puede ser pre o post quirúrgica dependiendo del estadio en que encuentre el paciente. El tratamiento quirúrgico radical, con márgenes de seguridad, puede dejar secuelas funcionales y estéticas. La radioterapia puede provocar radiomucositis, radiodermatitis, osteorradionecrosis, xerostomía, disgeusia y disfagia. El fracaso terapéutico y la pobre supervivencia de estos enfermos están determinados por el diagnóstico a veces tardío, y constituye la causa más importante del atraso en el diagnóstico del cáncer de la

boca y de la orofaringe la evolución oligosintomática inicial y en la inmensa mayoría de los países subdesarrollados, el poco conocimiento sobre la enfermedad entre pacientes y profesionales de la salud, así como la dificultad para acceder a los medios de diagnóstico en las instituciones de salud.

El cáncer oral afecta fundamentalmente a pacientes de 60 años de edad.

El sexo masculino es afectado en mayor proporción que el femenino.

El tabaco y el consumo de alcohol son los factores de riesgo más importantes.

La enfermedad es oligosintomática. El dolor como primer síntoma aparece en estadios avanzados.

Las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron la lengua y el piso de boca.

El carcinoma epidermoide constituye el

tipo histológico predominante.

La radioterapia es la modalidad terapéutica más utilizada, ya fuera como único tratamiento o como proceder combinado. Lamentablemente la mayoría de los pacientes que presentan cáncer oral acuden cuando las lesiones han alcanzado gran tamaño y el tratamiento es más complicado y el pronóstico peor.

El odontólogo no puede dejar de diagnosticar una lesión de este tipo y es imperdonable que no la detecte por no haber examinado en forma adecuada al paciente. De ahí que recomendamos que si ven estos cambios, tomen una biopsia, la cual no representa riesgo para el paciente y puede establecerse un diagnóstico de una lesión inicial y el pronóstico será totalmente diferente para el paciente e incluso salvarle la vida.

## Bibliografía

- [1] Navarro Vila, Carlos. (2004) *Tratado de cirugía oral y maxilofacial. T. III. Valoración y predilección de metástasis en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello*. Barcelona: Arán. Cap. 69. pp 1111 - 1112.
- [2] Organización Mundial de la Salud (1998) Recent advances in oral health. Geneva: WHO Technical Report. Series 826.
- [3] García Jordán M, Lence Anta JJ, Sosa Rosales M, Martín Moya LA, Fernández Garrote L. (1999) Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). *Rev. Cubana Oncol*, 15(3): 170-5.
- [4] Díaz Villanueva D, Sánchez Maya MP, Aparicio Carrasco GG. (2001) Frecuencia de carcinoma epidermoide en cavidad bucal en el Hospital Central Militar de 1987 a 1997. *Rev. Sanid Mil*, 55(5):186-9.
- [5] García Jordán M, Lence Anta JJ, Sosa Rosales M, Martín Moya LA, Fernández Garrote L. (2000) Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). *Rev. Cubana Oncol*, 15(2):114-8.
- [6] Bittencourt ME, Lourerio CA, Coimbra WH, Palmier AZ, Guilhaume PA. (2001) Validation of the meticulous clinical exam (MCE) for the screening of oral cancer. *Rev. Facultad de Odontología Univ. Passo Fundo*, 6(1):71-7.
- [7] Castellsague X, Quintana MJ, Martínez MC, Nieto A, Sánchez MJ, Monner A, et al. (2004) The role of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int J Cancer*, 108(5):741-9.
- [8] Godoy Ramón H, Tamanaha RA. (2003) Carcinoma epidermoide en cavidad oral. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.*, 91(3):190-3.
- [9] Castellanos Suárez JL. (2002) Displasias y carcinomas de la mucosa bucal. *Rev. ADM*, 59(4): 155-6.
- [10] Scola B, Fernández Vega M, Ramírez C, Fernández Vega S. (2000) Carcinomas de la cavidad oral y orofaringe. *Rev Esp Oncol*, 84(6):348-9.
- [11] González Aguilar O, Pardo HA, Simkin DO, Vanelli A, Rossi A, Rubino A. (2002) Tratamiento de salvataje en el cáncer bucal recurrente. *Rev Argent Cir.*, 82(1/2):40-7.
- [12] Restrepo Ospina DP, Correa Arenas CA, Martínez CE, Álvarez Gómez GJ, Molina Saldarriaga H. (2001) Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los pacientes con cáncer bucal de la Unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatológica del HUSVP (Medellín) entre enero de 1996 y junio de 2000. *Rev. Facultad de Odontol Universidad de Antioquia*, 13(1):58-64.
- [13] Lamaroon A, Pattanaporn K, Pongsiriwet S, Wanachantararak S, Prapayasatok S, Jitridecharaks S, Chitapanarux I, Lorvidhaya V. (2004) Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 33(1):84-8.
- [14] Busquets JM, García HA, Trinidad-Pinedo J, Baez A. (2003) Clinicopathologic characteristics of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *PR Health Sci.*, 22(3):259-64.
- [15] Sundefeld MM, Saliba O, Saliba N. (1993) Descriptive study of occurrence of oral cancer in the 9th Administrative Region of State of Sao Paulo. *Rev. Odontol UNESP*, 22(1):135-45.
- [16] Quintero González J. (1985) Carcinoma epidermoide de cavidad oral en la Costa Atlántica Colombiana. *Unimetro*, 1(1):26-34.
- [17] Herranz González-Botas J. (2001) Diagnóstico precoz del cáncer de cavidad oral. *Guía Clínica*, 1(20):35-47.
- [18] Santana JC, Miranda YJ. (2000) Consideraciones sobre algunos posibles factores en el carcinoma de la lengua. *Rev. Cubana Estomatol*, 13(1): 131.
- [19] Rodríguez T, Altieri A, Chatenoud L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, et al. (2004) Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncol*, 40(2):207-13.
- [20] Franco EI. (2000) Risk factors for second cancer of the upper respiratory and digestive system. *J Clin Epidemiol*, 44(3):615.
- [21] Danesi Cristiane C, Marconato M C, Spara L. (2000) Oral Cancer a Santa Maria University Hospital study. *Rev. Bras Cancerol*, 46(2):179-82.
- [22] Humphris GM, Field EA. (2004) An oral cancer information leaflet for smokers in primary care: Results from two randomised controlled trials. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32(2):143-9.
- [23] Carvalho C. Crece incidencia de cáncer da boca no Brasil. (2003) *Rev. Bras Odontol*, 60(1): 36-9.
- [24] Corzo L. (1989) Prevalencia de neoplasia de la cavidad bucal en el Hospital Clínico Quirúrgico "Celia Sánchez": años 1982 a 1985. *Rev. Cubana Estomatol*, 26(3):235-41.
- [25] Muñoz Herrera A, Santa Cruz Ruiz S, Fonseca Sanchez. E, Nieto Palacios A, Blanco Pérez P, Gómez González JL. (2001) Survival rate in epidermoid carcinoma of the oral cavity. *Acta Otorrinolaringol Esp.*, 52(5):381-6.
- [26] Costa Antonio de Lisboa L, Pereira JC, Nunes AA, Arruda ML. (2002) Correlation between TNM classification, histological grading an anatomical location in oral squamous cell carcinoma. *Pesqui Odontol Bras.*, 16(3):216-20.
- [27] Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Jonson NW, Warnakulasuriya S. (2004) An analysis of risk factors for oral cancer in young people: A case-control study. *Oral Oncol*. 40(3):304-13.
- [28] Luukka M, Minn H, Aitasalo K, Kronqvist P, Kulmala J, Pyrhonen S, Grenman R. (2003) Treatment of squamous cell carcinoma of the oral cavity, oropharynx and hypopharynx- an analysis of 174 patients in south western Finland. *Acta Oncol.*, 42(7):756-62.
- [29] Rodríguez Calzadilla, Orlando L. (2002) Manifestaciones mucocutáneas del liquen plano. Revisión bibliográfica. *Rev. Cubana Estomatol*. 39(2): 157-186.
- [30] Upjal M, Matos O, Bibok G, Somoyi A, Szabo G, Suba Z. (2004) Diabetes and Oral Tumors in Hungary. Epidemiological Correlations. *Diabetes Care*, 27: 770.
- [31] Carvalho A, Sing B, Spiro RH, Kowalski L, Shah JP. (2004) Cancer of the oral cavity: A comparison between institutions in a developing and developed nation. *Head & Neck*, 26:31-8.