

Diagnóstico tardío de carcinoma de lengua. Reporte de un caso

Late diagnosis of tongue carcinoma. A case report

Neira Trinidad Chaparro González,
Andrés Eduardo Quiñones Boscón,
María Fernanda Sánchez Gómez,
Arianny Carolina Villalobos Chaparro.

Instituto de Investigaciones, Facultad de Odontología,
Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Correo electrónico: neirachaparro61@gmail.com, neirach@yahoo.com

Resumen:

Menos del 4% del carcinoma de células escamosas (CCE) de la cavidad bucal ocurre en pacientes menores de 40 años, pero su aparición en esta edad muestra diferente presentación clínica y progresión de la enfermedad. El objetivo del caso fue describir las características de un carcinoma de células escamosas invasivo de lengua con diagnóstico tardío, en paciente masculino de 36 años de edad. El paciente acudió por una lesión de varios meses de evolución. Extrabucalmente presentó dolor a la palpación de ganglios submandibulares y dificultad para hablar y deglutir. La exploración intrabucal presentó lesión ulcerada en borde lateral izquierdo de lengua, indurada, dolorosa a la palpación y que atravesaba la línea media. La biopsia incisional informó carcinoma epidermoide infiltrante, ulcerado bien diferenciado. Fue rehabilitado odontológicamente y remitido al Servicio de Oncología. Se puede concluir que el cáncer de lengua en pacientes jóvenes posee un comportamiento agresivo, especialmente si el diagnóstico es tardío.

Palabras clave: carcinoma de células escamosas de lengua, invasivo, paciente joven, diagnóstico tardío.

Overview:

Less than 4% of the squamous cell carcinoma (SCC) of the oral cavity occurs in patients younger than 40 years old, but the appearance of SCC at this age displays different clinical presentation and progression of the disease. The aim of the case was to describe the characteristics of an invasive squamous cell carcinoma in the tongue with late diagnosis, in a 36 year old male patient. The patient went for an injury that has evolved over several months. He presented pain extra-orally on palpation of the submandibular glands and difficulty speaking and swallowing. Intraoral exploration presented ulcerated injury along the left edge of the tongue, indurated, painful to palpation and that crossed the middle line. Incisional biopsy reported invasive, ulcerated well-differentiated squamous cell carcinoma. He rehabilitated dentally and referred to the Oncology service. It can be concluded that the cancer of the tongue in young patients has an aggressive behavior, especially if the diagnosis is late.

Key words: squamous cell carcinoma in the tongue, invasive, Young patient joven, late diagnosis.

Introducción

El cáncer bucal es uno de los más frecuentes de todo el mundo, teniendo una proporción más alta en el número de muertes por caso que el cáncer de seno o el cáncer de cuello uterino, por su tardía detección. Un retraso en el diagnóstico ha demostrado ser un factor significativo en la progresión de la enfermedad. Algunos estudios han demostrado que aproximadamente en 6 meses, una lesión premaligna puede transformarse en maligna (Ching et al., 2010).

El carcinoma de células escamosas (CCE) de la cavidad bucal es el sexto más común en el mundo y se presenta generalmente después de la quinta década de la vida (Parkin et al., 2005). El cáncer de lengua fue descrito por primera vez por Read en 1635 y es el más frecuente dentro de las lesiones malignas (Solano, García & Martínez, 2010), representando del 25-50% de los casos de CCE de la cavidad bucal (Albuquerque et al., 2011). Cada año existen más de 275.000 nuevos casos alrededor del mundo, siendo los principales factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad el consumo de tabaco y alcohol (Parkin, Bray, Ferlay & Pisani, 2005; Boffetta & Hashibe, 2006). La edad de presentación más frecuente oscila de los 60 a los 80 años (Albuquerque, López, Jane-Salas, Rosa & Ibrahim, 2012). Menos del 4% de estas lesiones ocurren en pacientes menores de 40 años (Park et al., 2010). Sin embargo, el número de pacientes jóvenes afectados ha aumentado, especialmente en mujeres que no consumen alcohol o tabaco (Chitapanarux et al., 2006). Estos pacientes muestran diferentes características y progresión de la enfermedad en comparación con pacientes mayores (Park et al., 2010). Los sitios más frecuentes donde se asienta esta patología son los bordes laterales y los dos tercios anteriores de la lengua (Albuquerque et al., 2011). Aproximadamente el 50% de los casos que involucran la base de la lengua son diagnosticados en estadios avanzados,

mientras que la mayoría de los tumores en los dos tercios anteriores son en estadios tempranos, teniendo tipos de células mejor diferenciadas que las lesiones que se encuentran en la base. El dolor local es la manifestación característica de esta lesión, otros síntomas asociados son nódulos cervicales, disfagia, dolor de oído y pérdida de peso (Meir et al., 2004).

El tratamiento primario está asociado a una alta morbilidad y pérdida de función del órgano, mientras que el 50% muere por recurrencia de la enfermedad (Monneret, Favre, Ternam, Bourhis & Raymond, 2002). A pesar de los avanzados tratamientos que existen hoy en día como cirugía, radioterapia, quimioterapia, o la combinación de estos tres, no existe gran evolución para la supervivencia de los pacientes (Cooper et al., 2004). La cirugía y radioterapia representan las dos modalidades óptimas de tratamiento para pacientes con este tipo de lesión en estadios I y II. Los pacientes en estadios III y IV con bajo índice de malignidad, son tratados exitosamente utilizando radioterapia por sí sola o con quimioterapia concomitante, mientras que, aquellos con alto nivel de malignidad tienen poca posibilidad de cura utilizando estos tratamientos (Shim et al., 2010); Mendenhall, Morris, Amdur, Hinerman & Mancuso, 2003).

Del 20 al 30% de los casos presentan metástasis ganglionares al momento del diagnóstico. El pronóstico para el cáncer bucal depende en gran medida de la localización y la etapa de la lesión al momento del diagnóstico, además de su tamaño, el acceso del paciente a servicios médicos y la capacidad del paciente de lograr y mantener una respuesta inmunológica (Recep, Cigdem, Fahri & Cemal 2005). Algunos estudios han demostrado, que la tasa de supervivencia a los 5 años para los pacientes que fueron tratados con cirugía y radioterapia coadyudante, oscila entre 44-65% (Yip et al., 2010).

El objetivo de esta investigación fue describir

las características de un carcinoma de células escamosas invasivo de lengua con diagnóstico tardío, en paciente masculino de 36 años de edad.

Presentación del caso

Paciente masculino de 36 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes para su padecimiento actual, que asistió a consulta de Medicina Bucal del Servicio de Odontología del Hospital Universitario de Maracaibo, por presentar lesión en lengua de dos años de evolución, la cual inició como una placa blanquecina y fue biopsiada en 2 oportunidades arrojando como resultado "inflamación crónica severa" y "leucoplasia localizada" respectivamente, al interrogatorio no se determinaron hábitos relacionados con la enfermedad, sin embargo, refirió trabajar operando máquinas de gas. Al examen físico no se observaron alteraciones aparentes y sus signos vitales se encontraban dentro de los parámetros normales. En el examen extrabucal (Fig.1) presentó adenopatía submandibular ipsilateral fija a planos profundos de aproximadamente 2 cm de diámetro, dolorosa a la palpación. Intrabucalmente presentó úlcera sangrante en borde lateral izquierdo de la lengua con bordes irregulares, eventidos, indurada, eritematosa con áreas blanquecinas, de aproximadamente 6 x 4 cm, que atravesaba la línea media, muy dolorosa a la palpación (Fig. 2) y que dificultaba la deglución, fonación y el cepillado dental.

Fig.1

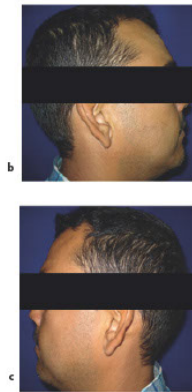


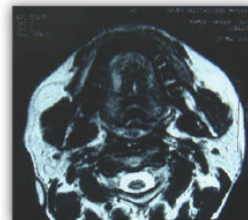
Figura 1a, 1b y 1c: de frente, perfil derecho e izquierdo respectivamente

Fig.2



medad actual. Se indicó además detección en saliva de Virus de Papiloma Humano (VPH) por PCR, obteniéndose un resultado negativo. Por otra parte, los estudios imagenológicos revelaron lesión ocupante de espacio, sólida, localizada a nivel de la región de la lengua y piso de boca (Fig. 3). Se procedió a realizar toma de biopsia incisional de la lesión (Fig. 4), con un postoperatorio sin complicaciones. El estudio anatomopatológico reveló fragmentos de mucosa lingual con proliferación de células neoplásicas de mediano a gran tamaño, con citoplasma amplio eosinófilo con núcleos voluminosos, pleomórficos e hiper cromáticos y algunos vesiculosos con nucléolos evidentes. Dichas células se encontraban dispuestas en trabéculas y nidos, infiltrando el estroma e incluso fibras musculares estriadas. Se observó además mitosis atípicas en moderada cantidad y algunas perlas corneas, moderado infiltrado linfoplasmocitario e infiltrado polimorfonuclear difuso y áreas de necrosis y hemorragia intersticial (Fig. 5); determinando como diagnóstico definitivo, Carcinoma de Células Escamosas infiltrante, ulcerado bien diferenciado asociado a inflamación aguda y crónica.

Fig. 3



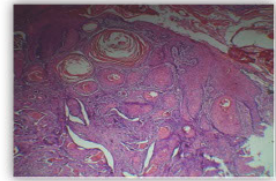
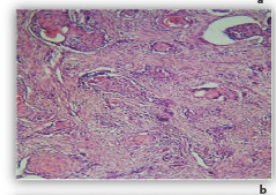
Resonancia Nuclear Magnética que revela lesión ocupante de espacio, sólida, localizada en lengua lado izquierdo.

Fig. 4



muestra de tejido obtenido por biopsia incisional.

Fig. 5



5a. Microfotografía de cortes histopatológicos con H&E que muestran proliferación neoplasia de células de mediano a gran tamaño con núcleos voluminosos, pleomórficos e hiper cromáticos, algunos vesiculosos y citoplasma amplio eosinófilo, además se aprecian mitosis atípicas en cantidad moderada. 5b. Dichas células se disponen en trabéculas y nidos infiltrando el estroma e incluso fibras musculares estriadas remiñidas, acompañadas de moderado infiltrado linfoplasmocitario e infiltrado polimorfonuclear difuso. Pueden evidenciarse también algunas perlas corneas y áreas de necrosis e hemorragia intersticial.

Se remitió a la consulta de Atención Odontológica para Pacientes Sistémicos (SAOPES) de nuestro Servicio de Odontología, para rehabilitación bucal y al Servicio de Oncología del mismo hospital, este último indicó quimiorradioterapia concomitante, tratamiento que consistió en 6 quimioterapias con Eributix (Cetuximab) más sales de platino y 33 radioterapias en tres campos, el primero abarcaba la región orofaríngea con una dosis de 200 centigrays (cGy) por sesión, hasta llegar a una dosis total de 6600 cGy, el segundo englobaba parte posterior y base de la lengua y el tercero comprendía parte del cuello, ambos con una dosis total de 4600 cGy. Aproximadamente 2 meses y medio después de realizada la biopsia, el paciente requirió la colocación de una sonda gástrica debido a la incapacidad para alimentarse ocasionada por las lesiones provocadas de la radiación, lo que generó una pérdida de peso de alrededor de 15 kilos. En los siguientes controles se observó estabilización de la lesión y recuperación del paciente, sin embargo, 6 meses después del tratamiento se observó recidiva de la lesión, fue reevaluado por oncología y actualmente este servicio estudia las posibles opciones terapéuticas que puedan ser ofrecidas al paciente.

Discusión

El despistaje de lesiones bucales mediante la inspección visual, es el método más apropiado para el diagnóstico precoz de las diferentes patologías de la región bucal y maxilofacial, especialmente en pacientes con factores de riesgo asociados, como consumo de tabaco y alcohol. El diagnóstico precoz del cáncer bucal es el único factor que ha logrado reducir la tasa de morbilidad y mortalidad en estos pacientes (Subramanian et al., 2009). Sin embargo, Ching et al. (2010) refieren que las lesiones cancerosas pueden pasar desapercibidas, debido a que la inspección visual podría ser incapaz de detectar efectivamente cambios en la cavidad bucal. En el caso presentado, el

paciente había sido evaluado y sometido a toma de biopsia en 2 oportunidades antes de acudir a nuestro servicio, sin obtener en ninguna de estas el diagnóstico adecuado. Debido a que no fue posible recuperar las muestras de tejido tomadas con anterioridad, es difícil precisar cuáles fueron las razones que produjeron estos errores en el y comprometieron el pronóstico del paciente, ya que al momento del examen se evidenció una clara falta de correlación entre los hallazgos clínicos y los anatomopatológicos aportados por el paciente, observándose una lesión de gran tamaño y con características clínicas compatibles con una lesión maligna.

El grupo que con más frecuencia presenta CCE en la cavidad bucal es de 60 a 70 años de edad (Liuzzi, Estanga, Núñez, Pacheco & Gardie, 2007), hallazgos que coinciden con los resultados encontrados en un estudio realizado por Kruse, Bredell & Gratz (2013) en el cual, sólo el 3% de los pacientes con esta patología sin antecedentes de consumo de tabaco o alcohol, se encontraron por debajo de este rango etario. Por otra parte, algunos estudios han reportado un incremento en el porcentaje de aparición de este tipo de lesiones en adultos jóvenes (Yip et al., 2010) y un comportamiento más agresivo en comparación con los de mayor edad (Sasaki, Moles, Imai & Speight, 2005). En este caso, el paciente se encontró por debajo del grupo etario reportado encontrándose en un estadio IV al momento del diagnóstico, sin embargo, no podemos responsabilizar únicamente al tipo de tumor, ya que quizá pudiera haberse encontrado en estadios inferiores si el diagnóstico no se hubiera realizado de manera tardía.

En una revisión sistemática realizada por Puñal, Varela, Barros, Juiz & Ruano, (2010) se evaluó la ocupación laboral como factor de riesgo del cáncer bucal y de faringe, observando que la exposición a partículas de productos químicos, humo de combustibles, la quema de madera, de aceite de motor y

otros en un lapso mayor a 8 años aumenta el riesgo.

Por su parte el paciente en estudio, estuvo en contacto con diferentes tipos de gases relacionados con la industria del petróleo por más de 10 años en periodos intermitentes. Esta exposición podría estar relacionada con la etiología de la lesión, ya que no pudimos encontrar en la historia del paciente, otros factores de riesgo como consumo alcohol, tabaco o antecedentes familiares a los cuales el paciente pudo haber estado expuesto.

El VPH, es la principal causa del cáncer de cuello uterino, también ha sido relacionado con el CCE de cabeza y cuello. Dentro de las biopsias de este tipo de lesión la prevalencia del ADN de VPH es imprecisa, pero algunos estudios han estimado que hasta el 60% de los CCE de cabeza y cuello pueden ser VPH positivos (Aimee, Clifford, Boyle & Franceschi, 2005). Una de las pruebas realizadas al paciente de este caso, fue el análisis de identificación genómica del VPH por PCR en muestra recolectada con citobrush (CB), el cual resultó negativo. Melo, Roa, Montenegro, Capurro & Roa, (2011) en su estudio comparativo de detección del VPH, reportaron que la obtención de ADN de alta calidad es crítica para métodos genético-moleculares, resultando el CB ser el mejor método para la detección de VPH, obteniéndose 100% de coincidencia en muestras con diagnóstico de lesión.

William et al. (2006) describen el tratamiento de radioterapia ideal para pacientes con CCE de cabeza y cuello, con una dosis inicial de 200 cGy por sesión en un curso continuo, la dosis total depende de la probabilidad y densidad de la enfermedad residual oculta, la cual usualmente varía desde 6000 hasta 6600 cGy, con respecto a la quimioterapia Huang & O'Sullivan, (2013) reseñan que la terapia dirigida hacia el factor de crecimiento epidérmico, en pacientes con CCE, con medicamen-

tos como el cetuximab, ha emergido como un tratamiento prometedor, mejorando el resultado en conjunto con la radioterapia para aumentar el control de la enfermedad, tratamiento de quimiorradioterapia que coincide con el protocolo indicado al paciente en estudio por el Servicio de Oncología.

Los efectos adversos o secundarios a la radioterapia en los tejidos orales pueden ser agudos como las mucositis o la pérdida del sentido del gusto, o crónicos como la xerostomía, la caries dental, la aparición de trismo o la osteoradionecrosis. Se ha reportado que dosis pequeñas de radiación, en torno a 20 Gy, podrían dar inicio a pequeñas lesiones, sin embargo pueden aparecer con mayor frecuencia y severidad a medida que se incrementa la dosis (Silvestre & Puente, 2008). Algunas de las secuelas de la radioterapia observadas en nuestro paciente fueron el dolor, el trismo y la mucositis, las cuales provocaron incapacidad severa para la alimentación por vía oral, razón por lo cual ameritó la colocación de una sonda gástrica para evitar una mayor pérdida de peso y deterioro del paciente y la implementación de un protocolo de atención para las complicaciones presentadas.

Se puede concluir que el cáncer de lengua en pacientes jóvenes posee un comportamiento agresivo, especialmente si el diagnóstico es tardío como pudo constatarse en este caso, donde la falla en el examen provocó invasión importante a los tejidos y un pronóstico desfavorable para el paciente.



Referencias bibliográficas

- Aimee K, Clifford G, Boyle P and Franceschi S. (2005). Human Papillomavirus Types in Head and Neck Squamous Cell Carcinomas Worldwide: A Systematic Review. [Versión Electrónica]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev February, 14:467-475.
- Albuquerque R, Lopez J, Mari-Roig A, Jane-Salas E, Rosello X and Rosa J. (2011). Oral tongue squamous cell carcinoma (OTSCC): alcohol and tobacco consumption versus non-consumption. A study in a Portuguese population. [Versión Electrónica]. Brazil Dental Journal, vol.22, n.6
- Albuquerque R, Lopez J, Jane-Salas E, Rosa J and Ibrahim C. (2012). A pioneering epidemiological study investigating the incidence of squamous cell carcinoma of tongue in a Portuguese population. [Versión Electrónica] Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 17 (4):e550-4.
- Boffetta P, Hashibe M. (2006). Alcohol and cancer. [Versión Electrónica] Lancet Oncology, 7(2):149-156.
- Ching CT, Sun TP, Huang SH, Hsiao CS, Chang CH, Huang SY, et al. (2010) A preliminary study of the use of bioimpedance in the screening of squamous tongue cancer. [Versión Electrónica]. International Journal of Nanomedicine, 5:213-20.
- Chitapanarux I, Lorvidhaya V, Sittitirai P, Pattarasakulchai T, Tharavichitkul E, Sriuthairiwong P, et al. (2006). Oral cavity cancers at a young age: analysis of patient, tumor and treatment characteristics in Chiang Mai University Hospital. [Versión Electrónica]. Oral Oncol, 42(11):83-88.
- Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Campbell BH, Saxman SB, et al. (2004). Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma

- of the head and neck. [Versión Electrónica]. N Engl J Med, 350(19):1937-1944.
- Huang SH and O'Sullivan. (2013). Oral cancer: Current role of radiotherapy and chemotherapy. [Versión Electrónica]. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 18(2):e233-40.
- Kruse A, Bredell M and Gratz K. (2013). Oral squamous cell carcinoma in non-smoking and non-drinking patients. [Versión Electrónica]. Head Neck Oncol, 2: 24.
- Liuzzi J, Estanga N, Núñez C, Pacheco C y Gardie J. (2007). Factores pronósticos en el carcinoma de células escamosas de cavidad oral. [Versión Electrónica]. Revista venezolana de oncología, 2007, vol.19, no.2, p.129-134.
- Meir G, Epstein JB, Oakley C, Le ND, Hay J and Stevenson-Moore P. (2004). Carcinoma of the tongue: A case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome. [Versión Electrónica]. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. Volume 98, Issue 5, Pages 546-552.
- Melo A, Roa I, Montenegro S, Capurro I y Roa J. (2011). Estudio comparativo de detección del virus papiloma humano (VPH) en muestras citológicas y biopsias de cuello uterino. [Versión Electrónica]. Rev. méd. Chile, 133(6): 639-644.
- Mendenhall WM, Morris CG, Amdur RJ, Hinerman RW, Mancuso AA. (2003). Parameters that predict local control after definitive radiotherapy for squamous cell carcinoma of the head and neck. [Versión Electrónica]. Head Neck, 25(7):535-42.
- Monnerat C, Faivre S, Temam S, Bourhis J, Raymond E. (2002). End points for new agents in induction chemotherapy for locally advanced head and neck cancers. [Versión

- Electrónica]. Ann Oncol, 13(7):995-1006.
- Park JO, Dong S, Kwang Ch, Young J, Hwa-Jong Y and Min-Sik K. (2010). Clinical Outcome of Squamous Cell Carcinoma of the Tongue in Young Patients: A Stage-Matched Comparative Analysis. [Versión Electrónica]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 3(3):161-165
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J and Pisani P. (2005). Global cancer statistics, 2002. [Versión Electrónica]. CA Cancer J Clin, 55:74-108.
- Puñal J, Varela L, Barros J, Juiz M y Ruano A. (2010). La ocupación como factor de riesgo del cáncer oral y de faringe. [Versión Electrónica]. Acta Otorrinolaringol Esp, 61 :375-83 -vol.61 núm. 05.
- Recep O, Cigdem B, Fahri K and Cemal G. (2005). Poor oral hygiene and dental trauma as the precipitating factors of squamous cell carcinoma. [Versión Electrónica]. Oral Oncology Extra, Volume 41, Issue 6, Pages 109-113.
- Sasaki T, Moles DR, Imai Y and Speight PM. (2005). Clinic-pathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age. [Versión Electrónica]. J Oral Pathol Med. 34(3):129-33.
- Shim SJ, Cha J, Koom WS, Kim GE, Lee CG, Choi EC, et al. (2010). Clinical outcomes for T1-2N0-1 oral tongue cancer patients underwent surgery with and without postoperative radiotherapy. [Versión Electrónica]. Radiation oncology London England, 5:43.
- Silvestre FJ y Puente A. (2008). Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. [Versión Electrónica]. Av Odontostomatol, 24 (1): 111-121.
- Solano P, García V y Martínez B. (2010). ¿Existe suficiente evidencia en la literatura para considerar el tabaco y el alcohol como principales factores de riesgo del cáncer de

- lengua? [Versión Electrónica]. Av Odontostomatol, 26(1): 31-44.
- Subramanian S, Sankaranarayanan R, Bapat B, Somanathan T, Thomas G, Mathew B, et al. (2009). Cost-effectiveness of oral cancer screening: results from a cluster randomized controlled trial in India. [Versión Electrónica]. Bull World Health Organ, 87(3):200-6.
- William, M Hinerman RW, Amdur RJ, Malaypa RS, Lansford CD, Werning JW, et al. (2006). Postoperative Radiotherapy for Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. [Versión Electrónica]. Clinical medicine & research, 4(3): 200-208.
- Yip CS, Charn TC, Wee JT, Tan TW, Goh C, Tan HK, et al. (2010). Outcomes of oral tongue cancer: does age matter? [Versión Electrónica]. Department of Radiation Oncology, National Cancer Center. Ann Acad Med Singapore. 39(12):897-7.

