

Carcinoma de células escamosas en reborde alveolar con extensión ósea. Reporte de un caso.

Bruno Pier Doménico¹, Rubén Muñoz², David Ordosgoiti

¹Departamento de Ciencias Básicas Odontológicas-Imagenología.

²Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.
bipierdomenico@uc.edu.ve, rubenmg88@hotmail.com, dj_palomo19@hotmail.com

Recibido: 09/06/2009
Aceptado: 24/11/2009

Resumen

El carcinoma de células escamosas es un tumor no odontogénico, maligno, que cuando es diagnosticado precozmente y tratado de inmediato con los métodos terapéuticos adecuados, tiene gran posibilidad de ser extirpado y erradicado completamente. Caso: paciente masculino de 70 años de edad que acude a la consulta manifestando molestia en hemiarcada superior izquierda. Al examen clínico presentó pápula de centro eritematoso acompañado de halo blanquecino difuso, brillante, circunscrita y consistencia blanda, de aproximadamente 1 cm de diámetro e irradiación hacia la región frontomalar izquierda. Presencia de restos radiculares, movilidad y ausencia dentaria. Radiográficamente borramiento de la pared lateral y piso del seno maxilar izquierdo. La biopsia demostró presencia de invasión de luces aisladas a vasculares linfáticas, ausencia de invasión a luces vasculares hemáticas, infiltrado perineural focal y severa inflamación crónica acompañada de perlas corneas, masas de células tumorales de aspecto epitelial, trabéculas de células tumorales y áreas de necrosis, propias del carcinoma de células escamosas. Se realizó ínter consulta con el cirujano bucomaxilofacial para su evaluación y tratamiento. Los resultados demostraron que el trabajo de un equipo transdisciplinario, así como la evaluación clínica, radiográfica e imagenológica temprana, permiten el diagnóstico y tratamiento eficaz en este tipo de tumores malignos.

Palabras Clave: carcinoma epidermoide, carcinoma de células escamosas, tumor no odontogénico.

Summary. Squamous cell carcinoma in alveolar ridge with bone extension A case report.

The squamous cell carcinoma is a not odontogenic, malignant tumor, that when it is diagnosed prematurely and treated at once with the therapeutic suitable methods, has great possibility of being extirpated and eliminated completely. Case: 70 year old male patient who comes to the consultation demonstrating inconvenience in half face top left side. To the clinical examination he presents a soft papule with erythematous center accompanied of a whitish diffuse, brilliant halo, circumscribed, approximately of 1 cm. The patient complains of irradiated pain to the left front molar area. Presence of radicular rests mobility and dental absence. Radiographically erasing of the lateral wall and floor of left maxillary sinus. The anamnesis does not present any relation with the diagnosed

pathology. The biopsy demonstrated presence of invasion of lights isolated to vascular lymphatic, it does not demonstrate it from invasion to vascular hematical lights, focal per neural invasion and severe chronic inflammation, accompanied of keratin pearls, masses of tumor cells of epithelial aspect, tumor cells organized as trabecules and areas of necrosis, carcinoma classical features of squamous cell. The patient was sent to the oral and maxillofacial surgeon, for his evaluation and treatment. The results demonstrated that the work of the transdisciplinary team, as well as the early clinical and imageneologic evaluation allows the effective diagnosis and treatment in this type of malignant tumors.

Key Words: Epidermoide carcinoma, Squamous cell carcinoma, Non-odontogenic tumors.

Introducción

Actualmente, el cáncer no es considerado como una enfermedad incurable, como piensa la mayoría de la población. Cuando este tipo de patologías malignas, son diagnosticadas precozmente y tratadas de inmediato con los métodos terapéuticos adecuados, tienen muy buen pronóstico. Pero es importante acotar, que el periodo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento juega un papel primordial, tanto en la completa eliminación de la lesión, como en la completa recuperación y supervivencia del paciente (1).

Los tumores malignos representan un crecimiento incontrolado de los tejidos y al contrario de las neoplasias benignas, son más invasivos localmente, presentan grados elevados de anaplasia y además tienen capacidad de hacer metástasis a ganglios linfáticos regionales y a distancia. Es así, como los tumores malignos se clasifican en primarios y secundarios, siendo los primarios las formaciones nuevas mientras que los que se originan de estas lesiones primarias a distancia se conocen como secundarios o metástasis malignas (2).

Las neoplasias malignas crecen rápidamente y de igual modo invaden al tejido adyacente, debido a que las células penetran en los vasos sanguíneos y conductos linfáticos y se diseminan a partir de su lugar

de origen, formando y produciendo focos secundarios de malignidad (3).

Un gran porcentaje de los tumores malignos, se presentan como una imagen radiolúcida, produciendo destrucción de estructuras anatómicas adyacentes, como la lámina dura, piso de las fosas nasales, piso y techo del conducto mandibular, senos maxilares, entre otros. Estas lesiones presentan bordes y márgenes irregulares y en la mayoría de los casos, la superficie del hueso se encuentra destruida a lo largo de toda la extensión de la lesión (4). El carcinoma de células escamosas se puede presentar en diversos sitios anatómicos, siendo los más comunes: labio inferior, lengua, encía/ cresta alveolar, mucosa del carrillo, suelo de la boca y paladar blando.

Estas lesiones pueden ser causadas por múltiples factores, tales como: virus, exposición excesiva a una radiación, por defectos genéticos y por la exposición a agentes carcinogénicos químicos. El consumo de tabaco, se asocia de una manera clara y precisa con el carcinoma bucal, más específicamente, el carcinoma de células escamosas. Se define como un tumor maligno que tiene su origen en el epitelio de superficie. Se caracteriza inicialmente, por la invasión de las células epiteliales malignas del tejido conectivo, con la subsiguiente diseminación hacia los tejidos blandos profundos y en ocasiones puede llegar a afectar el hueso adyacente, a los ganglios linfáticos regionales y

finalmente a órganos distantes y vitales, tales como el pulmón, el hígado y el esqueleto (2).

En la mayoría de los casos, se presenta en personas mayores, pero en ocasiones, se pueden observar en jóvenes. Pueden aparecer en cualquier sitio de los maxilares, pero cuando es intraóseo, su frecuencia es mayor en la región del tercer molar mandibular y tuberosidad del maxilar (4).

El carcinoma de células escamosas es una enfermedad poco frecuente, sin embargo, se refiere como uno de los tumores malignos comunes en cavidad bucal, presentándose en adultos de más de 50 años de edad y con predominio mayor en el género masculino, que en el femenino, con una proporción de 2:1. Cuando aparece en la arcada superior, se origina en el seno maxilar, pero su sitio preferido de aparición es en mandíbula (5).

Clínicamente, el carcinoma de células escamosas, se presenta en su estadio inicial, como lesiones irregulares, blancas o rojas y en algunas ocasiones mixtas, afectando al epitelio. Posteriormente, estas lesiones se ulceran en el centro pudiendo aparecer un borde indurado o redondeado, el cual representa la invasión por células malignas, e incluso una expansión palpable del hueso o músculo adyacente. El dolor puede variar y pueden aparecer linfadenopatías regionales, con ganglios duros que pueden o no estar adheridos a planos profundos (2).

Es frecuente que comprometa los ganglios linfáticos regionales, principalmente, los submandibulares y los de la cadena yugulocarotídea (1). A medida que la lesión siga avanzando y no es tratada a tiempo, se pueden presentar otras características clínicas, tales como: una masa de partes blandas, parestesia, dolor, mal olor, trismus, movilidad dentaria o sangrado.

Las lesiones más grandes pueden obstruir las vías aéreas, el paciente refiere una pérdida de peso significativa, malestar general y si no es tratada a tiempo, la enfermedad es habitualmente mortal (2).

Desde el punto de vista radiográfico, son lesiones radiolúcidas y su radiodensidad va a depender del grado de invasión ósea de forma variable en donde dicha área puede tener forma de platillo en su etapa inicial. Así mismo, presentan bordes irregulares y apolillados, no precisos y sin corteza definida.

En lo que respecta a los efectos que producen en las estructuras adyacentes, se pueden mencionar las siguientes: desplazamiento y movilidad dentaria, resorción ósea tan agresiva que los dientes quedan sin soporte óseo (dientes flotantes) y además, la destrucción del hueso circundante puede provocar fracturas patológicas (5).

El presente caso clínico evidencia como a través de una correcta anamnesis, evaluación clínica, radiológica, imagenológica e histopatológica, se puede lograr un diagnóstico definitivo y lo que es más importante, la identificación temprana de la lesión maligna para su posterior tratamiento y la posibilidad de salvar la vida del paciente.

Reporte del caso

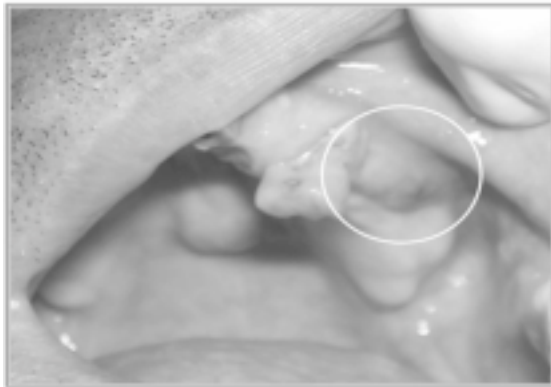
Se presentó a la consulta odontológica, en el área de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, paciente de género masculino de 70 años de edad, natural y procedente del Municipio Miguel Peña del Estado Carabobo, acusando molestia en la hemiarcada superior izquierda (Fig. 1).

Figura 1. Imagen fotográfica extrabucal del paciente con molestia en la hemiarcada superior izquierda



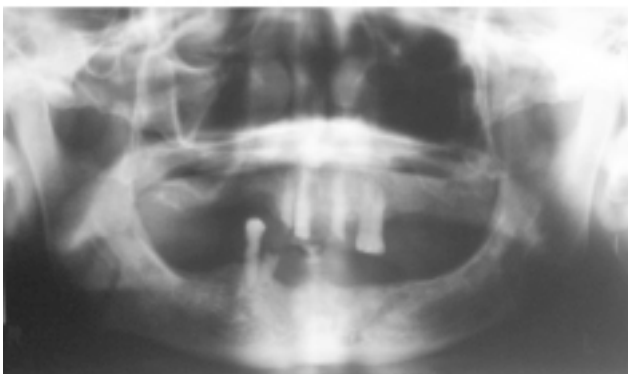
A la anamnesis familiar no presentó ningún dato de relevancia. Durante la evaluación clínica se evidenció una pápula de centro eritematoso, acompañado de un halo blanquecino difuso, brillante, circunscrito y de consistencia blanda de aproximadamente 1 cm de diámetro, al mismo tiempo manifiesta irradiación en la región frontomalar izquierda (Fig. 2).

Figura 2. Imagen fotográfica intrabucal donde se muestra el aspecto clínico de la lesión



Concomitantemente a nivel dentario, presenta restos radiculares, movilidad y ausencia dentaria. Se le indicaron exámenes radiográficos convencionales, como la radiografía panorámica, donde se pudo observar el borramiento de la pared lateral y parte del piso del seno maxilar del lado afectado (Fig. 3).

Figura 3. Imagen de radiografía panorámica se observa el borramiento de la pared lateral y parte del piso del seno maxilar del lado afectado



Se le indicaron estudios imagenológicos, tales como la tomografía computarizada de senos paranasales. Se practicó la exploración tomográfica de los senos paranasales con cortes milimétricos axiales y coronales. En el lado afectado, se observó engrosamiento marginal de la mucosa, observándose ausencia de la pared lateral y parcialmente del piso del seno maxilar izquierdo con destrucción de la estructura ósea. El tabique nasal se encuentra desviado a la derecha en su parte anterior y superior. Así mismo se observó, neumatización del cornete medio derecho y cornete inferior derecho aumentado de tamaño.

El diagnóstico presuntivo basado en la anamnesis, la evaluación clínica, radiológica e imagenológica, evidenció la presencia de una lesión maligna, más específicamente, un carcinoma de células escamosas, el cual fue corroborado con el estudio histopatológico posteriormente realizado, el cual arrojó el siguiente resultado: presencia de invasión de luces aisladas a vasculares linfáticas, la no evidencia de invasión a luces vasculares hemáticas, infiltrado perineural focal y severa inflamación crónica acompañada de perlas corneas, masas de células tumorales de aspecto epitelial (Fig. 4), trabéculas de células tumorales y áreas de necrosis (Fig. 5), propias del carcinoma de células escamosas.

Figura 4. Imagen histopatológica de la lesión con presencia de infiltrado perineural focal, abundantes células inflamatorias, perlas corneas y masas de células tumorales de aspecto epitelial

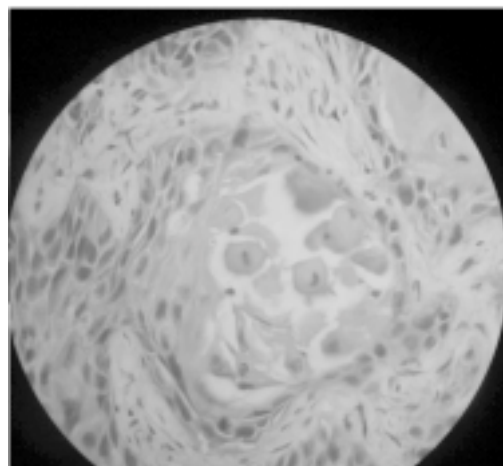
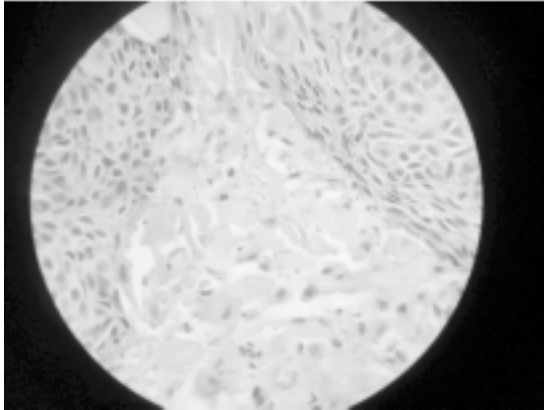


Figura 5. Imagen histopatológica de la lesión con trabéculas de células tumorales y áreas de necrosis



Se realizó interconsulta con el cirujano bucomaxilofacial para su evaluación y posterior tratamiento quirúrgico. El mismo consistió en la sedación completa del paciente, posteriormente se realizó la anestesia infiltrativa de la zona, se procedió a realizar la hemimaxilectomía izquierda para la extirpación de la tumoración, la cual se realizó con márgenes de seguridad para evitar las recidivas (Fig. 6). Una vez eliminada toda la lesión maligna, se realizó la sutura de la zona afectada. Recuperado el paciente del acto quirúrgico, se indicó radioterapia y quimioterapia como tratamiento coadyuvante. Para finalizar, se le recomendó al paciente, la rehabilitación protésica y terapia psicológica para mejorar su calidad de vida.

Figura 6. Imagen fotográfica del procedimiento quirúrgico en el que se extirpo la lesión tumoral con la hemimaxilectomía izquierda



Discusión

El diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento son la parte más importante del quehacer profesional odontológico. El posterior control y seguimiento de lo realizado completa el ciclo de la actividad. El conocimiento de las patologías que afectan al ser humano, como por ejemplo; los tumores malignos de los maxilares, y sus métodos de diagnóstico, son fundamentales para el logro del objetivo, que en este caso sería la completa eliminación de la lesión y por ende, preservar la vida del paciente (6).

Los tumores no odontogénicos malignos se pueden clasificar en las siguientes categorías: 1) carcinomas; son neoplasias de origen epitelial, 2) lesiones metastásicas a distancia, 3) sarcomas; lesiones de origen mesenquimal y 4) lesiones malignas del sistema hematopoyético (2).

Dentro de los carcinomas, ya sean primarios (lesión inicial) o secundarios (focos metastásicos), uno de los más frecuentes en la cavidad bucal se denomina: carcinoma de células escamosas. Estas neoplasias representan alrededor del 4 % de la incidencia total de cáncer en hombres y un 2 % en mujeres. Sin embargo, en los últimos años, la proporción entre hombres y mujeres aumento de 3:1 a 2:1, debido al aumento en el número de mujeres fumadoras y a sus mayores expectativas de vida (7).

La incidencia del carcinoma de células escamosas en diversas localizaciones anatómicas es manifiesta de manera distinta; algunas áreas parecen ser relativamente inmunes, mientras que otras parecen ser especialmente proclives al mismo. Los sitios más comunes son: labio inferior, lengua, encía/ cresta alveolar, mucosa del carrillo, suelo de la boca y paladar blando.

Así tenemos que en el labio inferior representa: del 30% al 40% del total de carcinomas en boca. Es más frecuente en hombres con edades comprendidas entre la quinta a octava década. Esta lesión aparece en el

bermellón del labio pudiendo ser del lado derecho o izquierdo y rara vez en la línea media.

En lo que respecta a la lengua, aparece frecuentemente en bordes laterales, forman parte de la zona intrabucal en forma de U y son altamente riesgosas para el desarrollo del carcinoma. Las demás áreas que abarca esta zona son partes anteriores, derecha e izquierda del suelo de la boca, el triángulo retromolar y las áreas adyacentes del paladar blando. El dorso de la lengua y el paladar duro son relativamente resistentes al inicio de nuevas lesiones.

En tercer lugar y tal como se evidenció en el caso reportado, las lesiones que se presentan en la encía/cresta alveolar representan el 6% del carcinoma intrabucal y tienen el aspecto inicial de una leucoplasia verrugosa o de una úlcera con bordes arrollados, estas lesiones aparecen del lado posterior en su mayoría. Las lesiones suelen ser bien diferenciadas e invaden el hueso subyacente a menudo por la membrana periodontal cuando existen dientes, cuyos signos son movilidad y pérdida prematura del diente en ausencia de enfermedad periodontal avanzada (8).

Debido a estas características clínicas se ha tratado de relacionar el carcinoma de células escamosas con otras lesiones bucales, tales como el líquen plano que aunque algunos estudios prospectivos y retrospectivos han documentado que el líquen plano tiene un incremento en su nivel de malignidad que varía del 0 % al 9 %, algunos autores critican las evidencias de la transformación de la lesión porque los casos están inadecuadamente documentados en relación a los criterios histopatológicos (9). En los carcinomas de células escamosas, se presenta una considerable variación histológica, aunque en general tienden a ser tumores o neoplasias moderadamente bien diferenciadas que pueden presentar algunos rastros de queratinización (10).

Una investigación realizada por diversos autores, entre los cuales se destaca Rivera, analizaron los casos diagnosticados de cáncer bucal y orofaríngeo en una

población venezolana, y el sitio anatómico más común donde se presentaban las lesiones orofaríngeas, fue la base de la lengua (22.3 %), seguido de las amígdalas (13.9 %) y en lo que se refiere al cáncer bucal, el sitio de predilección fue la lengua (19.2 %), seguido de la encía/mucosa alveolar (10.8%) y por último el piso de boca (7.7 %). Igualmente, la mayoría de los tumores fueron diagnosticados en un 77 % en su etapa avanzada y las metástasis ocurrieron en un 53.1 % de los casos (11).

Otros estudios realizados por Umeda y cols., reportaron tres casos de pacientes con carcinoma de células escamosas sin la presencia de metástasis secundarias, pero durante la observación de los pacientes, se produjo la invasión posterior del paladar blando y orofaríngeo. Las lesiones se localizaron en la encía de la región incisiva superior, encía de la región premolar inferior y en el hueso maxilar de la región incisiva superior (12).

Como puede observarse y en comparación con el caso clínico, el carcinoma de células escamosas aquí reportado, a pesar de ser el que se presenta con mayor incidencia en la cavidad bucal, su sitio de aparición no fue el más frecuente, ya que en los estudios anteriores se reporta que el lugar anatómico de predilección de este tipo de carcinoma es en la lengua y en nuestro caso, la lesión se presentó en la encía/mucosa de la hemimaxila del lado izquierdo.

De igual manera, el riesgo de aparición de lesiones secundarias o metástasis a partir de la lesión inicial es bastante bajo, sin embargo el riesgo existe, por lo que se recomienda realizar controles periódicos hasta los diez años aproximadamente después de haber eliminado o extirpado la neoplasia primaria (13).

Ahora bien, gracias a la exploración radiológica, a través de la radiografía panorámica convencional, se pudo interpretar y diagnosticar la existencia de una lesión tumoral en la hemiarca superior izquierda del paciente, objeto de este estudio, y es ahí donde la radiología juega un papel importante en el diagnóstico

y manejo del paciente con cáncer, ya que cuando se requiera de una imagen que incluya todas las estructuras del maxilar, mandíbula y de sus elementos periféricos, tales como: piso de orbita, tabique nasal, cornetes, senos maxilares, estructuras dentarias superiores e inferiores, cuerpo y rama mandibular, cóndilos, patologías, entre otros, por ello indicar en primer lugar una radiografía panorámica es fundamental para la interpretación de la lesión (14).

La interpretación radiográfica es considerada como un elemento esencial del proceso de diagnóstico (15) y es por ello que en los últimos años, la tecnología digital, computarizada ha incorporado un sinnúmero de equipos para diagnóstico por imagen, tales como la tomografía computarizada, resonancia magnética, gammagrafía ósea, entre otros, que permiten adquirir unas imágenes mucho más nítidas, claras y con menor distorsión, a través de los diferentes software que proporcionan (16). En este sentido, la interpretación radiográfica se constituye en un factor que contribuye de manera importante al diagnóstico definitivo (17).

Estos métodos de diagnóstico por imagen también son de gran utilidad para establecer el diagnóstico inicial de un tumor, así como para saber el estadio de la enfermedad, desde tumores pequeños y tempranos, hasta grandes tumores diseminados; al ser empleados de la manera adecuada ayudan al cirujano, al oncólogo o al radioterapeuta a conocer las dimensiones exactas del tumor con el fin de realizar una apropiada excisión quirúrgica. La exploración radiológica puede detectar la presencia de afección ósea en tumores de partes blandas y permite al médico descubrir la presencia de la enfermedad ganglionar además de comprobar los resultados del tratamiento (2).

Toda esta evidencia demuestra que el trabajo de un equipo transdisciplinario, a través de una buena evaluación clínica, radiográfica, imagenológica e histopatológica temprana, permiten un tratamiento eficaz, a tiempo en este tipo de tumores malignos, para evitar complicaciones futuras, como en este tipo de neoplasias sino son diagnosticadas a tiempo y oportunamente tratadas, comprometen y ponen en

riesgo la vida del paciente.

Referencias

1. De Freitas A, Edu Rosa J, De Sousa F. Radiología Odontológica. 5ta ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda; 2002.
2. White SC, Pharoah MJ. Radiología oral. Principios e Interpretación. 4ta ed. Madrid: Harcourt; 2002.
3. Gibilisco JA, Turlington EG. Diagnóstico Radiológico en Odontología. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1985.
4. Poyton HG, Pharoah MJ. Radiología Bucal. 2da ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1992.
5. Whaites E. Fundamentos de Radiología Dental. 4ta ed. España: Elsevier Masson; 2008.
6. Ramirez J, Nuñez MP, Esguep A. Imágenes radiográficas de las patologías del área bucomaxilofacial. Visión sinóptica. 1ra ed. Chile; 2000.
7. Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal. 1ra ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 1991.
8. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología Oral y Máxilofacial Contemporánea. 1ra ed. Madrid España: Elsevier Imprint.; 2004.
9. Ferrari De Delgado MN, Soria De Gonzales A, Ansonaud AM, Wierna AI, Arias NN. Liquen plano oral, carcinoma de células escamosas y carcinoma verrugoso de Ackerman. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana. 2006; 4 (3).
10. Shafer WG, Hine MK, Levy BM, Tomich CE. Tratado de patología bucal. 4ta ed. México: Interamericana; 1986.

11. Rivera H, Nikitakis NG, Correnti M, Maissi S, Ponce JG. Oral and oropharyngeal cancer in a Venezuelan population. *Acta Odontol Latinoam.* 2008; 21(2):175-80.
12. Umeda M, Shigeta T, Takahashi H, Kataoka T, Oguni A, Minamikawa T, et al. Metastasis to the node of lateral lymph retropharyngeal of carcinoma of cell squamous of the mouth cavity: Report of three cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009.
13. Van der Haring IS, Schaapveld MS, Roodenburg JL, De Bock GH. Second primary tumours after a squamous cell carcinoma of the oral cavity or oropharynx using the cumulative incidence method. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 38(4)332-8.
14. Sotelo G, Soto E. *Radiología Bucal y Máxilofacial.* México: McGraw-Hill; 2005.
15. Haring J, Jansen L. *Radiología Dental. Principios y técnicas.* 2da ed. México: McGraw-Hill; 2002.
16. Urzúa R. *Técnicas Radiográficas Dentales y Maxilofaciales. Aplicaciones.* Colombia: Artes finales. Amolca; 2005.
17. Basrani E, Cañate M. *Radiología en Endodoncia. Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericana;* 1988.

