

# Carcinoma epidermoide en labio inferior

**CMF. Efrén Trujillo Viveros**

Cirujano Oral y Maxilofacial, certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial A.C. Práctica privada

## Resumen

**E**l presente es un reporte de un caso clínico de una paciente femenina de 70 años de edad. La cual fue atendida en el Hospital General Estatal Toluca en el servicio de Cirugía Maxilofacial. Se valoró una lesión presente en labio inferior, con características clínicas de malignidad; se realizó biopsia incisional y se reporto en estudio histopatológico un carcinoma epidermoide bien diferenciado, se realizó tratamiento de resección quirúrgica y la reconstrucción labial de forma inmediata.

## Introducción

El carcinoma epidermoide llamado también carcinoma espinocelular, representa el 4% de la incidencia total del cáncer en el hombre.

Este tipo de carcinoma es la neoplasia maligna más frecuente en cavidad bucal. Deriva del epitelio estratificado malpighiano de la boca, es decir de los queratinocitos.

El carcinoma epidermoide según la OMS es un tumor consistente en nidos o columnas irregulares de células epiteliales malignas que se infiltran debajo del epitelio (membrana basal). Puede existir una considerable variación histológica, aunque normalmente es una neoplasia moderadamente bien diferenciada que presenta alguna queratinización. Deben estar, aunque raramente, formas anaplásicas que tienen un poder metastático temprano y de forma extensa lo que causa la muerte con rapidez.

La diferenciación tumoral se clasifica en tres grados (bien diferenciados, moderadamente diferenciados e indiferenciados) o siguiendo los grados de Broders ( I,II,III y IV ). Aunque actualmente se prefieren valorar distintos parámetros como las características de las células tumorales ( grado de queratinización, pleomorfismo nuclear, número de mitosis), el modo y grado de invasión y la respuesta inflamatoria.

El sistema más profusamente empleado para el estudio clínico de los tumores de la cavidad bucal es el sistema TNM propuesto por la UICC ( Unión Internacional contra el cáncer. Codificamos los tumores en su categoría T ( tumor primitivo), N ( adenopatías regionales ) y M ( Metástasis a distancia ). El estudio clínico del tumor se realiza por la combinación de sus categorías T, N y M.

El carcinoma epidermoide en estadio I, es decir, T1 ( Tumor igual o inferior a 2 cm en su dimensión mayor ) No ( no presenta signos de invasión ganglionar cervical) y Mo ( no hay signos de metástasis a distancia ) tienen muy buen pronóstico y con el tratamiento adecuado puede curar en el 80 - 90% de los casos.

## Etiología y factores de riesgo

Se considera al cáncer oral como una enfermedad de etiología multifactorial, ocasionada por los efectos combinados de factores predisponentes y causales que en algún momento determinado y oportuno pueden ver ejecutado su efecto.

Dos factores de riesgo, a los que se relaciona con la mayor parte de la mortalidad por cáncer son el alcohol y el tabaco, pero también hay otros muchos condicionantes que al actuar simultáneamente ejercerían un proceso de interacción más que de adición de efectos.

Factores de riesgo ligados al cáncer ( National Institute of Cancer)

- Alimentación.
- Tabaco.
- Factores genéticos.
- Virus.
- Factores laborales.
- Radiación actínica.
- Alcohol.
- Contaminación ambiental.
- Fármacos.

## Carcinoma epidermoide de labio

Es más frecuente en poblaciones blancas o poco pigmentadas, se presenta con mayor predisposición en adultos y ancianos, el sexo masculino es el más afectado (10/1) y se presenta en un 90% en el labio inferior.

### *Aspectos clínicos*

El carcinoma epidermoide de labio suele ser asintomático durante los primeros meses, cuando la lesión se ulcera puede aparecer dolor, sangrado etc. El síntoma más frecuente es una molestia o irritación en la cavidad bucal y

en la mayoría de los casos es el médico y no el odontólogo el que es consultado por primera vez. El cáncer bucal en un estadio precoz aparece como una pequeña, aparentemente inofensiva, área de induración o bien como un cambio erosivo, eritematoso o queratósico localizado, y se manifiesta con una sintomatología muy variada que puede inducir a errores diagnósticos.

Toda lesión bucal que no responda a las medidas terapéuticas habituales en un plazo de 1 a 2 semanas deberá considerarse maligna hasta que no se compruebe lo contrario; para ello, la biopsia es el único medio de diagnóstico definitivo del cáncer bucal.

### Caso clínico

Se presenta una paciente de sexo femenino de 70 años de edad, originaria del Estado de México, la cual refiere iniciar con una lesión en labio inferior de lado derecho con dos años de evolución. Sin recibir tratamiento alguno acude al servicio de cirugía maxilofacial del Hospital estatal Toluca para valoración y tratamiento.

- Antecedentes hereditarios familiares.
- Sin importancia para su padecimiento actual.
- Antecedentes personales no patológicos.

Pertenece a nivel socioeconómico bajo, vivienda con servicios básicos. Higiene general regular, cepillado dental deficiente. Alimentación regular en calidad y cantidad. Cuadro de inmunización sin referencia.

- Antecedentes personales patológicos.

Antecedentes alérgicos, transfuncionales, quirúrgicos, son interrogados y negados

#### *Padecimiento actual*

Refiere iniciar hace dos años con aumento de volumen en la región de labio inferior lado derecho, asintomático en un inicio. Sin recibir tratamiento alguno. Con crecimiento lento, en ocasiones con presencia de úlceras y sangrado espontáneo. Actualmente con ligero dolor y sangrado a la presión.

#### *Exploración física*

Paciente de la octava década de su vida, consiente, cooperadora, con presencia de tegumentos con ligera palidez. Cráneo normocéfalo sin alteraciones, audición y visión conservada. Fosas nasales sin alteraciones. Labio superior deshidratado. Intraoralmente desdentada parcial, sin alteraciones en paladar duro, blando y lengua. Presenta lesión de aproximadamente 2 cm. en región de labio inferior de lado derecho con bordes irregulares, cambio de coloración, con huellas de sangrado, indurado a la palpación, fijo a planos profundos, cadenas ganglionares negativas. (FIG. 1) Cuello sin alteraciones. Cardiopulmonar sin compromiso. miembros torácicos y pélvicos con movilidad sin alteraciones.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

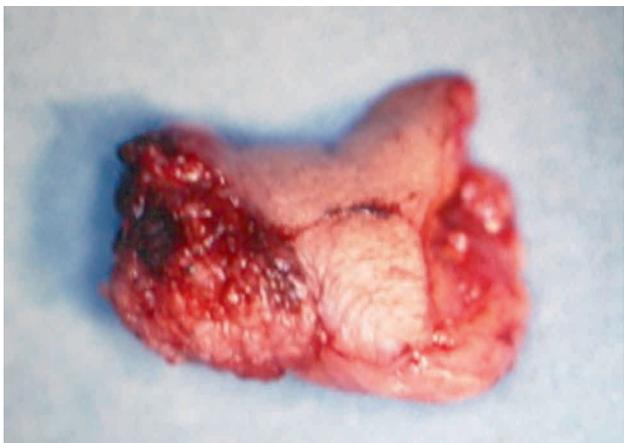


Figura 4.



Figura 5.

## Auxiliares de diagnóstico

Biopsia incisional de lesión labial con diagnóstico histopatológico de: carcinoma epidermoide bien diferenciado.

## Tratamiento

Se comenta con paciente necesidad de realizar tratamiento en servicio de oncología; decidiendo paciente y familiares no poder acudir a dicho servicio; motivo por el cual en base al reporte histopatológico se planea realizar en nuestra unidad intervención quirúrgica de resección de la lesión con reconstrucción inmediata.

Se inicia procedimiento quirúrgico bajo anestesia general, observamos la lesión en la región labial inferior lado derecho. (Figura 2 )

Se realiza el diseño de la resección dejando un centímetro de margen a cada lado de la lesión. Se diseña el colgajo para la reconstrucción que en este paciente se utilizó el colgajo de Abbé - Slander (Figura 3).

### *Colgajo de Abbé (1898)*

Consiste en un colgajo triangular de todo el espesor del labio, preferentemente tallado en la unión del tercio lateral con el tercio medio. Los colgajos del labio superior transferidos al inferior son uno de los más útiles cuando el defecto es mayor del 30 %. El complejo central del labio superior, filtrum y pliegues, debe ser respetado siempre que sea posible por considerarlo una estructura anatómica irremplazable. El colgajo se transfiere con un pedículo lateral que se seccionará de forma diferida al cabo de un par de semanas, aunque casi siempre necesita cirugía secundaria debido a las ligeras discrepancias de la línea bermellón. El sitio dador suele curarse con una cicatriz muy poco visible, y ha sido demostrada la reinervación del colgajo al cabo del tiempo. Tiene el inconveniente de que puede aportar zona demasiado pilosa a otra zona donde normalmente existe menos pelo. Se puede utilizar también de manera bilateral para la reconstrucción de defectos centrales del 75 - 80 % del labio, o bien de forma combinada con otra técnica reconstructiva.

Se realiza la resección de la lesión con bordes macroscópicos libres de lesión. Se observa pieza quirúrgica (Figura 4).

Se aplica la reconstrucción inmediata mediante el colgajo de Abbe-Slander modificado, se sutura por planos el tejido muscular y posteriormente piel (Figura 5 ).

Finalmente, se puede observar el pos-operatorio a la semana de evolución. El colgajo muestra una adecuada coloración y los movimientos del labio superior e inferior se realizan de forma adecuada. ( Figura 6 )

El reporte histopatológico confirma que la pieza quirúrgica presenta bordes libres de lesión y la paciente se mantiene en observación para valorar su evolución.

## Conclusiones

Es de suma importancia que el odontólogo de práctica general tenga conocimientos sobre el cancer en cavidad oral y las siguientes recomendaciones son de suma importancia para poder diagnosticar en etapas iniciales las lesiones malignas, y poder brindar tratamientos oportunos y mejorar la calidad de vida de nuestra población.

## Recomendaciones

El odontólogo debe estar atento a este tipo de lesiones y actuar convenientemente ante la presencia de:

- Molestias o irritaciones en la cavidad oral.
- Ulceras que no remitan en un periodo de 15 días.
- Áreas de induración o ulceración aunque sean pequeñas y de aspecto inofensivo.
- Zonas con cambios erosivos, eritematosos y queratósicos.
- Mucosa con cambios de coloración.
- Retraso en la cicatrización postexodoncia.
- Dificultad o dolor inexplicable en la masticación o en la deglución.
- Presencia de ganglios cervicales. 🚫



Figura 6.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGELIS E.: Fonoaudiología el reabilitacao do cancer de boca. Parise Junior, Orlando. Cáncer de boca: aspectos básicos e terapéuticos. Sao Paulo. Sarvier; 242-52. 2000.
2. BERMUDA.A.L. Atlas de Cirugía Oral. Instituto Lácer de Salud Buco dental,159-166.2001
3. DEL REGATO J. SPJUT H.: Oral cavity en: cancer diagnosis, treatment and prognosis. 5.a edición. St. Louis the Cv Mosby Company. 68-254. 1987.
4. DÍAZ P.J. y col.: Carcinoma epidermoide en cavidad oral y orofaringe. Revista Diagnóstico. Lima Vol. 35, 3: 14-21. 1996.LYNCH M.

- A.: Medicina bucal de Burket diagnóstico y tratamiento. Editorial Interamericana. 374: 391. 1986.
5. PATTON, L.; Brahim, J.S. and Baker, A.R. 1994. Malignant melanoma of the oral cavity: a retrospective study. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. 78: 51-56.
6. PINDBORG T.: Cáncer y precáncer bucal. Ed. Médica Panamericana. 27: 88. 1981.
7. REGEZI J. SCIUBBA J.: Patología bucal. Ed. Interamericana 1: 72-128. 1991
8. SHAFER- LEVY: Tratado de patología bucal. N.Y. 113: 133. 1991.
9. UMEDA, M.; Mishima, Y., Teranobu, O., Nakanishi, K. and Shimada, K. 1988. Heterogeneity of Primary malignant melanomas in oral mucosa: an analysis of 43 cases in Japan. Pathology. 20: 234-24.