

Carcinoma oral de células escamosas diagnosticado precozmente: Reporte de caso y revisión de literatura

Oral Carcinoma of Squamous Cells with Early Diagnosis: Case Report and Literature Review

Yadira V. Boza Oreamuno DDS, MSc¹

1. Especialista y Máster en Patología y Medicina Oral. Profesora adjunta de la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Autor para correspondencia: Dra. Yadira V. Boza Oreamuno - yadira.boza@ucr.ac.cr

Recibido: 1-II-2017

Aceptado: 24-II-2017

Publicado Online First: 28-II-2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.28074>

RESUMEN

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es la neoplasia maligna más común de origen epitelial en la cavidad bucal, suele afectar en su mayoría a hombres mayores de 40 años de edad. Los sitios de localización más frecuentes son la lengua y el piso de la boca. La etiología es multifactorial siendo el tabaco y el alcohol los factores de riesgo más importantes. La presentación clínica es variable y aunque es precedido por cambios visibles en la mucosa oral el diagnóstico suele realizarse de forma tardía. Un diagnóstico precoz es de importancia crítica para mejorar la sobrevida y los resultados del tratamiento. El tamizaje del cáncer bucal es efectivo al reducir la mortalidad y morbilidad de cáncer bucal. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de COCE y evidenciar la importancia de un diagnóstico precoz utilizando el tamizaje de cáncer bucal, así como la revisión de literatura en cuanto a esta patología.

PALABRAS CLAVE

Cáncer; Carcinoma oral de células escamosas; Diagnóstico precoz.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma (OSCC) is the most common malignant neoplasm of epithelial origin in the oral cavity, usually affecting men over 40 years of age. The most frequent localization sites are the tongue and the floor of the mouth. The etiology is multifactorial being tobacco and alcohol the most important risk factors. The clinical presentation is variable and although it is preceded by visible changes in the oral mucosa, the diagnosis is usually made late. An early diagnosis is critically important to improve survival and treatment outcomes. Oral cancer screening is effective in reducing the mortality and morbidity of oral cancer. The purpose of this study was to present a case of OSCC and to highlight the importance of an early diagnosis using oral cancer screening, and the review of the relevant literature as for this pathology.

KEYWORDS

Cancer; Oral squamous cell carcinoma; Early diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) representa el 90% de los cáncer en cavidad oral (1), se presenta en personas mayores de 40 años y alcanza sus mayores índices en el grupo de 60 y más años (2). Los factores de riesgo más importantes son el consumo de tabaco y de alcohol (2,3), los cuales sinérgicamente aumentan el riesgo hasta en un 50% (3).

En Costa Rica predomina en los varones en una proporción de 2:1 con respecto a las mujeres (4). Sin embargo, a nivel mundial existen informes de una leve disminución de la tasa de cáncer oral en el hombre y aumento en las mujeres (5), esto relacionado a un incremento en el consumo de tabaco y alcohol por parte del sexo femenino (6).

El COCE puede aparecer en cualquier parte de la cavidad oral, siendo más frecuente en la lengua, principalmente en los bordes laterales y superficie ventral (7).

Previo al desarrollo de COCE se pueden presentar en la mucosa oral determinadas alteraciones morfológicas, conocidas como desórdenes potencialmente malignos (DPM), dentro de los cuales,

algunos pueden tener un potencial aumentado de sufrir transformación maligna (8,9). Clínicamente la eritroplasia, la leucoplasia o la combinación de ambas son las lesiones más relevantes (10,11,12). La serie de alteraciones celulares y tisulares compatibles con carcinoma, están restringidas al epitelio, denominada displasia epitelial (13), mientras más severa es la displasia epitelial, mayor probabilidad de transformación maligna (14,15).

La tasa de transformación maligna de los DPM a COCE varía principalmente según la población, sus hábitos y la localización de la lesión (9,10). La tasa más alta de progresión a cáncer se observa en las lesiones tipo eritroplasia o eritroleucoplasia, irregulares y con textura granular o verrugosa (11).

Un diagnóstico precoz es de suma importancia, ya que los estadios iniciales del cáncer bucal permiten un tratamiento menos agresivo y, por lo tanto, disminuye la morbilidad (16). El tamizaje periódico de la cavidad oral, puede reducir en 32% la mortalidad por cáncer oral (17). Este tamizaje consiste en inspeccionar y palpar de manera secuencial todos los tejidos blandos de la cavidad oral y ganglios de cabeza y cuello, poniendo atención especial en las lesiones eritematosas o blancas, ulceraciones y/o

lesiones induradas, manteniendo presente que, la biopsia de tejido sospechoso es el estándar de oro para el diagnóstico de DPM (18).

A pesar de la accesibilidad de la cavidad oral al examen clínico directo estudios demuestran que el COCE no se detecta hasta una fase tardía (14,19,20). En Costa Rica la tasa de mortalidad del cáncer bucal es de 0.91 por 100.000 habitantes (4).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de COCE y evidenciar la importancia de un diagnóstico precoz utilizando el tamizaje de cáncer bucal.

REPORTE DE CASO

Mujer de 49 de años, costarricense, casada, diseñadora de ropa, vecina de Granadilla-Curridabat. La historia médica no reporta antecedentes ni contraindicaciones sistémicas. No toma medicamentos actualmente. Refiere beber cerveza (350 ml) o whisky (45 ml) máximo 4 por mes, fumó 7 cigarrillos diarios durante 5 años, hace tres años lo dejó. Es paciente en la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica, como tal se le realiza tamizaje de cáncer bucal rutinario.

Al realizar el examen clínico se observó cicatriz lineal en borde lateral derecho de lengua (paciente refiere que hace un año le biopsiaron leucoplasia con displasia leve, márgenes libres); en el extremo más anterior de la cicatriz presentaba lesión tipo placa eritematosa de 5 mm, superficie lisa y aterciopelada, la paciente refería “ardor” como si tuviera una herida abierta en la zona, sin embargo, ni los signos ni los síntomas se asociaban a trauma ni otro factor causal (Figura 1a). No se palparon adenopatías, ni se observaron alteraciones de contorno facial ni en piel.

Bajo el diagnóstico clínico de eritroplasia y tomando en cuenta el diagnóstico histopatológico

de hace un año, se procedió a realizar biopsia excisional, se aplicó bloqueo mandibular derecho con anestesia 2% con vasoconstrictor 1:100000, se realizó incisión oval a 2 mm del borde de la lesión, se profundizó 5 mm, se envió el espécimen para estudio histopatológico en formalina al 10%, se realizó hemostasia y se suturó con catgut 6/0 (Figura 1b). Se dieron recomendaciones a la paciente para efectuar una adecuada higiene oral que incluía enjuagues con clorhexidina al 0,12 %, además de ibuprofeno en tabletas de 400 mg cada 6 horas por tres días.

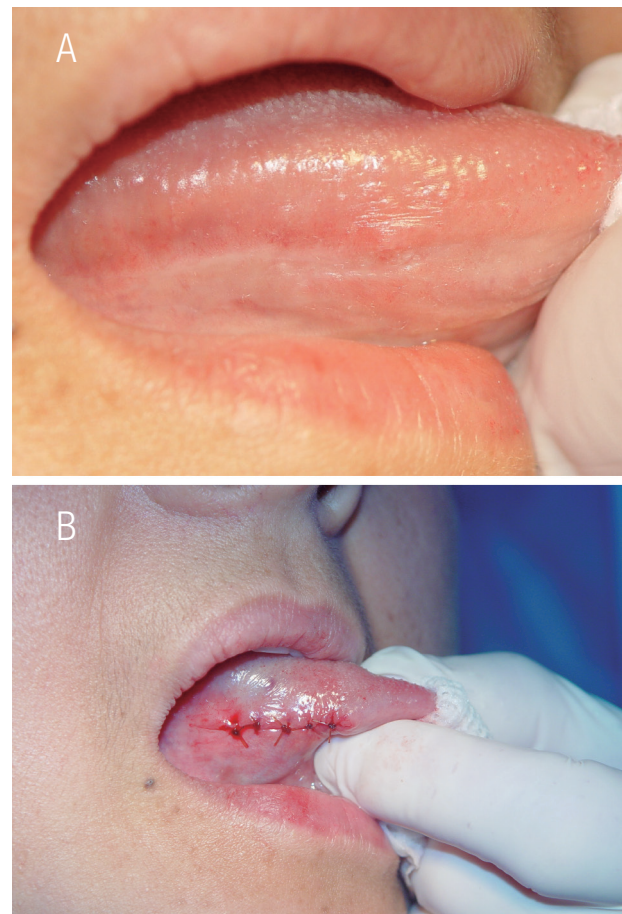


Figura 1. Borde lateral derecho de lengua con cicatriz lineal que en el extremo anterior presenta lesión tipo placa eritematosa de 5 mm, superficie lisa y aterciopelada (A), se realizó biopsia excisional y se suturó con catgut 6/0 (B).

El análisis histopatológico reveló COCE invasor muy bien diferenciado, tumor de 2 mm de diámetro mayor, sin permeación de vasos linfáticos

ni venosos, márgenes de resección libres de lesión (Figura 2).

Ultrasonido de cuello no mostró lesiones focales ni adenopatías sugestivas de metástasis. Se le indica a la paciente que el COCE que presenta es estadio I, T1NXMX, que deberá estar en controles periódicos cada 3 meses o acudir antes si presenta signos o síntomas.

Al control de los tres meses paciente refiere sensación áspera y quemante en borde lateral derecho de lengua, clínicamente se observó sobre la cicatriz de la primera biopsia lesión tipo placa levemente más pálida que los tejidos circundantes, de 2 cm x 0.5 cm, límites definidos, superficie

áspera con líneas que daban la impresión de una "hoja de árbol", no se removía con gaza (Figura 3).

Bajo el diagnóstico clínico de leucoplasia y tomando en cuenta los dos diagnósticos histopatológicos anteriores, se procedió a realizar biopsia excisional, de igual forma que hace tres meses.

El análisis histopatológico reveló hiperqueratosis con displasia epitelial leve, márgenes de resección libres de lesión (Figura 4).

Se le han realizado controles estrictos cada 3 meses durante 4 años y no han aparecido lesiones nuevas en ninguna parte de la cavidad oral (Figura 5).

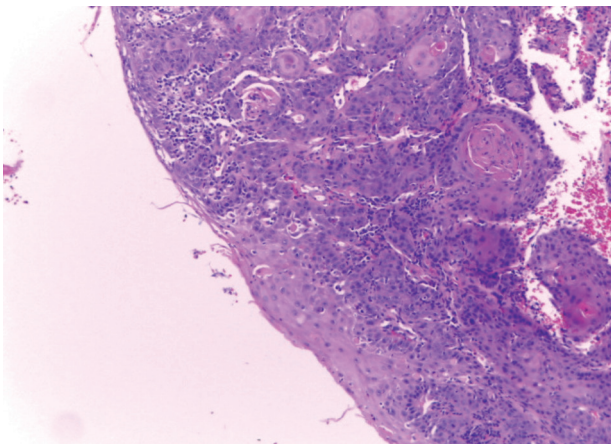


Figura 2. Carcinoma oral de células escamosas. Nidos invasivos de tumor rodeados por exudado inflamatorio crónico y queratinización.



Figura 3. Leucoplasia en borde lateral derecho de lengua sobre cicatriz de biopsia.

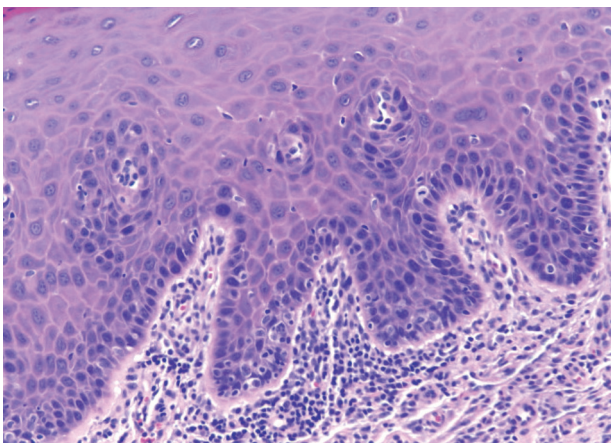


Figura 4. Displasia epitelial leve asociada a infiltrado inflamatorio crónico en banda.



Figura 5. Control clínico a los 4 años, donde se observa cicatriz pero libre de lesiones.

DISCUSIÓN

Más de 120.000 muertes se pueden atribuir a COCE por año (21). En nuestro país la tasa de mortalidad se incrementa con la edad en ambos sexos, especialmente a partir de los 50 años (4).

Se ha reportado la lengua, especialmente las caras lateral y ventral, como la ubicación más frecuente de COCE, seguido de piso de boca (22,23,24). Estas áreas podrían estar en mayor riesgo porque los agentes carcinógenos se mezclan con la saliva, acumulándose en esta zona y bañándola constantemente, además el epitelio en estos sitios es más delgado y no queratinizado, lo cual brinda menor protección contra agentes carcinógenos (25).

En definitiva el diagnóstico precoz del COCE es la clave y se debe tener presente que la biopsia de tejido sospechoso es el estándar de oro para el diagnóstico de DPM (18). La presencia de displasia epitelial sigue considerándose el predictor más fuerte de una futura transformación maligna (10). Se considera que un paciente que muestra displasia epitelial en una biopsia de la mucosa oral tiene 5 veces más riesgo de desarrollar un COCE que uno que no la presenta (26). No obstante, presentar displasia epitelial no es sinónimo de malignización segura de la lesión. Se recomienda un seguimiento riguroso en los primeros 2-3 años después de la detección de un DPM (27).

Lo descrito anteriormente concuerda con el caso presentado, donde a la paciente un año antes se le había encontrado una leucoplasia en el borde lateral derecho de la lengua asociada a displasia epitelial leve, gracias a que se mantuvo periódicamente con tamizajes para cáncer bucal se logró detectar en forma precoz el COCE y posteriormente la nueva leucoplasia con displasia leve. Aunque no todas las leucoplasias progresan a cáncer, el potencial de transformación maligna es bien conocido, estudios más recientes sugieren

una tasa de transformación maligna del 8% al 18 % (28). Los factores asociados con un mayor riesgo de progresión a malignidad son la presencia de displasia en la biopsia inicial, localización en la lengua o en el piso de la boca, el aspecto clínico no homogénea, tamaño > 200 mm², la edad avanzada, el sexo femenino y la ausencia de factores de riesgo conocidos (12,27,29).

El pronóstico para cáncer oral depende del estadio de la enfermedad, del tamaño de la tumoración, de la afectación de las cadenas ganglionares y de las metástasis a distancia (30,31). Por lo tanto, en este caso el diagnóstico precoz fue esencial para establecer un tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico, manteniéndose la paciente libre de nuevas lesiones durante estos 4 años, pero continuando con los tamizajes como punto de control.

Los pacientes pueden ser asintomáticos y tener lesiones orales ocultas, que pueden ser detectadas con el tamizaje de rutina (32), mediante la inspección y palpación del cuello y de la cavidad oral (bimanual) (18), es un procedimiento sencillo, económico y fácilmente aceptado por los pacientes ya que no produce molestias (16), además de efectivo al reducir la mortalidad y morbilidad de cáncer oral (33,34).

Howard y Castillo (35) reportaron que el odontólogo por lo general, no realiza exámenes clínicos completos que le permitan diagnosticar precozmente el cáncer bucal, únicamente al 10% de los pacientes entrevistados le habían realizado un examen de cabeza y cuello, y tan solo el 9.7% reportó que su odontólogo le revisaba otras partes de la boca, además de los dientes y tejido periodontal.

Definitivamente, se debe extender la capacitación para que los odontólogos realicen como parte de su práctica rutinaria un tamizaje de cáncer bucal (18), frente a sospecha de DPM saber que una biopsia es necesaria y que sólo así

se podrá dar un tratamiento precoz, ya que este depende en definitiva del primer profesional que ve la lesión (20).

CONCLUSIONES

El COCE por su localización anatómica es uno de los pocos cánceres que pueden ser detectados en sus primeros estadios, por lo tanto, el diagnóstico precoz es el principal factor para lograr un pronóstico favorable del mismo. El odontólogo debe tomar conciencia de la responsabilidad del diagnóstico oportuno y efectivo de esta afección y la necesidad de una correcta apreciación de los síntomas iniciales, así como realizar un rápido diagnóstico y el tratamiento adecuado.

AGRADECIMIENTOS

Se le agradece al Dr. Diego Guillén Colombari por las fotos de los cortes histológicos.

CONFLICTO DE INTERESES

La paciente dio por escrito su consentimiento libre e informado para la publicación de su caso.

REFERENCIAS

1. Bagan J., Sarrion G., Jimenez Y. Oral cancer: Clinical features. *Oral Oncol.* 2010; 46 (6): 414-417.
2. Hashibe M., Brennan P., Chuang S. C., Boccia S., Castellsague X., Chen C., Curado M. P., Dal Maso L., Daudt A. W., Fabianova E., Fernandez L., Wünsch-Filho V., Franceschi S., Hayes R. B., Herrero R., Kelsey K., Koifman S., La Vecchia C., Lazarus P., Levi F., Lence J. J., Mates D., Matos E., Menezes A., McClean M. D., Muscat J., Eluf-Neto J., Olshan A. F., Purdue M., Rudnai P., Schwartz S. M., Smith E., Sturgis E. M., Szeszenia-Dabrowska N., Talamini R., Wei Q., Winn D. M., Shangina O., Pilarska A., Zhang Z. F., Ferro G., Berthiller J., Boffetta P. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009; 18: 541-550.
3. Anantharaman D., Marron M., Laggiou P., Samoli E., Ahrens W., Pohlmann H., Slamova A., Schejbalova M., Merletti F., Richiardi L., Kjaerheim K., Castellsague X., Agudo A., Talamini R., Barzan L., Macfarlane T. V., Tickle M., Simonato L., Canova C., Conway D. I., McKinney P. A., Thomson P., Znaor A., Healy C. M., McCartan B. E., Hashibe M., Brennan P., Macfarlane G. J. Population attributable risk of tobacco and alcohol for upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol.* 2011; 47:725-731.
4. Barboza I., Camacho A., Gutiérrez G., Tacsan L. Epidemiología del cáncer bucal en Costa Rica en el período de 1981-1994. Seminario de graduación. Costa Rica: Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, 1997.
5. Jemal A., Thomas A., Murray T et al. *Cancer Statistics 2002.* *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 6-7.
6. Gaitán Cepeda L. A., Peniche Becerra A. G., Quezada Rivera D. Trends in frequency and prevalence of oral cancer and oral squamous cell carcinoma in Mexicans. A 20 years retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011; 16 (1): 1-5.
7. Brandizzi D., Gandolfo M., Velazco M. L., Cabrini R. L., Lanfranchi H. E. Clinical features and evolution of oral cancer: A study of 274 cases in Buenos Aires, Argentina. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13:544-548.
8. Dost F., Le Cao K., Ford P. J., Ades C., Farah C. S. Malignant transformation of oral epithelial dysplasia: a real-world evaluation of histopathologic grading. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014; 117 (3): 343-52.
9. Warnakulasuriya S., Reibel J., Bouquet J, Dabelsteen E. Oral epithelial dysplasia

- classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. *J Oral Pathol Med* 2008; 37 (3): 127-33.
10. Warnakulasuriya S., Johnson N.W., van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2007; 36:575-580.
 11. Epstein Joel B., Gorsky Meir, Cabay Robert J., Day Terry and Gonsalves Wanda. Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma. Role of primary care physicians. *Can Fam Physician* 2008; 54: 870-875.
 12. Napier S. S., Speight P. M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med*. 2008; 37:1-10.
 13. Dost F., Le Cao K., Ford P. J., Ades C., Farah C. S. Malignant transformation of oral epithelial dysplasia: a real-world evaluation of histopathologic grading. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014; 117 (3): 343-52.
 14. Neville B. W., Day T. A. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002; 52 (4): 195-215.
 15. Sperandio M., Brown A. L., Lock C., Morgan P. R., Coupland V. H., Madden P. B., et al. Predictive value of dysplasia grading and DNA ploidy in malignant transformation of oral potentially malignant disorders. *Cancer Prev Res (Phila)* 2011; 6 (8): 822-31.
 16. Epstein J. B., Scully C. Assessing the patient at risk for oral squamous cell carcinoma. *Spec Care Dent*, 1997, 17:120-128.
 17. Sankaranarayanan R., Ramadas K., Thomas G., Muwonge R., Thara S., Mathew B. and others. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet* 2005; 365(9475):1927-1933.
 18. British Columbia Oral Cancer Prevention Program, BC Cancer Agency; College of Dental Surgeons of British Columbia. Guideline for the early detection of oral cancer in British Columbia 2008. *J Can Dent Assoc*. 2008; 74 (3): 245-253.
 19. MARTINEZ, Carolina; HERNANDEZ, Marcela; MARTINEZ, Benjamín y ADORNO, Daniela. Frecuencia de displasia epitelial y carcinoma escamoso en mucosa oral y orofaríngea en Chile, entre los años 1990 y 2009. *Rev. méd. Chile*. 2016; 144(2): 169-174.
 20. Boza Y. Carcinoma oral de células escamosas: Reporte de caso y revisión de literatura. *Odovtos- Int J Dent Sc*. 2016; 18(1.1) Clinical Issue: 61-67.
 21. Das B. R., Nagpal J. K. Understanding the biology of oral cancer. *Med Sci Monit* 2002; 8:258-267.
 22. Hirata RM, Jaques D. A., Chambers R. G., Tuttle J. R., Mahoney W. D. Carcinoma of the oral cavity. An analysis of 478 cases. *Ann Surg*. 1975; 182:98-103.
 23. Dahlstrom K. R., Little J. A., Zafereo M. E., Lung M., Wei Q, Sturgis E. M. Squamous cell carcinoma of the head and neck in never smoker-never drinkers: a descriptive epidemiologic study. *Head Neck*. 2008; 30: 75-84.
 24. Ariyoshi Y., Shimahara M., Omura K., Yamamoto E., Mizuki H., Chiba H., et al; Japanese Society of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2002. Epidemiological study of malignant tumors in the oral and maxillofacial region: survey of member institutions of the Japanese Society of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2002. *Int J Clin Oncol*. 2008; 13:220-228.
 25. Narayan T. V., Shilpashree S. Meta-analysis on clinicopathologic risk factors of leukoplakias undergoing malignant transformation. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology: JOMFP*. 2016; 20 (3): 354-361.
 26. Aguirre Echebarria, P. Aguirre Urizar, J.M. Displasia epitelial: Concepto y significación. *Av Odontoestomatol* . 2008; 24 (1): 81-88.
 27. Ho P-S, Chen P-L., Warnakulasuriya S., Shieh T-Y, Chen Y-K, Huang I-Y. Malignant transformation of oral potentially malignant

- disorders in males: a retrospective cohort study. *BMC Cancer*. 2009; 9: 260.
28. Brouns E., Baart J., Karagozoglu K., Aartman I., Bloemena E., van der Waal I. Malignant transformation of oral leukoplakia in a well-defined cohort of 144 patients. *Oral Dis*. 2014; 20:19-24.
29. Van der Waal I. Oral potentially malignant disorders: is malignant transformation predictable and preventable? *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal*. 2014; 19: 386-390.
30. Ortega F. E., González M. A., Ruiz I. Gradación histopatológica de la malignidad y pronóstico del cáncer de cabeza y cuello . *Med Oral*. 1998; 3:148-62.
31. Carvalho F. C. R., Dias E. P., Cabral M. G. Fatores prognósticos de câncer bucal. *RBO*. 2003; 60 (1): 21-3.
32. Kademani, D. "Oral cancer." *Mayo Clin Proc*, 2007; 82 (7): 878-887.
33. Burzynski N. J., Firriolo F. J., Butters J. V., Sorrel C. L. Evaluation of oral cancer screening. *J Cancer Educ*, 1997, 12: 95-7.
34. Sankaranarayanan R., Mathew B., Jacob B. J. et al. Early findings from community-based, cluster-randomized, controlled oral cancer screening trial in Kerala, India. *Cancer*, 2000, 88: 664-73.
35. Howard M., Castillo J. Cáncer bucal: conocimiento básico de la población en Costa Rica. *Odovtos*, 2004, 6: 94-102.



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.