

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LENGUA

Dr. Carlos Hernández Avila¹ / Dr. Pablo Hernández Avila² / Dra. Teresa Lahoz³

¹ Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Médico especialista en Radiodiagnóstico

³ Médico adjunto de Otorrinolaringología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

INTRODUCCION

El carcinoma epidermoide o de células escamosas, de cavidad oral, también llamado carcinoma de células planas, se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio plano, cuyo origen son las células escamosas que recubre la mucosa oral, como consecuencia de la transformación de células normales a anormales (displasia epitelial por mutación genética) (Fig. 3 - 4) que conduce a una multiplicación desordenada, que rompen la membrana basal e invaden el tejido conjuntivo de tejidos cercanos con capacidad de diseminarse a otras regiones a través del sistema circulatorio y linfático^{1,2}.

Es la más frecuente de la cavidad oral. Ocupa el número 12 de todas las neoplasias malignas en el mundo³, "que representa un 3 %" ⁴, con variación de porcentaje según la región, con importantes diferencias clínicas, epidemiológicas y patológicas entre las localizaciones labial, intraoral y orofaríngea^{3,4}.

El cáncer de la cavidad oral, faringe y laringe, representa el 85 % de cánceres de cabeza y cuello, de éstos el 90% a 94 % son epidermoides y el 14 % restante corresponde a tumores de glándula tiroidea, piel, huesos del esqueleto facial, cartílago y partes blandas. Desde el punto de vista oncológico se divide en cavidad oral, orofaringe, rinofaringe, hipofaringe y laringe^{1,4}. La cavidad oral se divide en los siguientes subsitios: labio, encía, reborde alveolar, paladar duro, piso de la boca, mejilla intraoral y trígono retromolar. La orofaringe se subdivide en paladar blando, base de la lengua, amígdala y pared faríngea.

La lengua es un órgano móvil situado en el interior de la boca, impar, medio y simétrico que desempeña importantes funciones como la masticación, deglución, lenguaje y el sentido del gusto. Es un músculo potente, considerado el más poderoso de todo el cuerpo en relación a tamaño y fuerza².

Entre los principales factores de riesgo para el carcinoma intraoral y orofaríngeo se encuentran los causales exógenos como el alcohol, tabaco, leucoplasia, eritroplasia y la exposición a toxinas, y como causales endógenos la herencia, malnutrición, factores hormonales y de riesgo tipo profesional como exposición a fibras textiles, refinamiento del níquel y trabajo con madera. La infección del virus papiloma humano, en especial los genotipos de alto riesgo oncogénico 16 y 18, son una causa potencial de cáncer oral, además de ser una fuente común de infección de transmisión sexual, planteándose una estrecha relación entre sexo oral y esta patología^{4,5}. Entre otros se encuentra la infección por sífilis, líquen plano bucal, VIH, irritantes mecánicos, higiene bucal deficiente, factores hereditarios³. A pesar de que la causa de lesiones premalignas y malignas es multifactorial, encontramos los efectos por separado y combinados de estos factores predisponentes. La localización en cavidad oral produce un alto grado de morbilidad y deformidades, además de la incapacidad, convirtiendo en ocasiones al afectado en un ser marginado y repulsivo para la sociedad⁵.

Su incidencia es mayor a partir de la 5ª y 6ª década de vida, aunque últimamente se ha reportado casos en menores de 30 años^{5,6}. En términos generales las tres cuartas partes de carcinoma epidermoide o de células escamosas o epiteloma espinocelular, se localizan en los bordes laterales (Fig. 2-4) y en el tercio medio de la lengua (porción libre), siendo raro encontrar en otras localizaciones de la lengua como la unión con el suelo de la boca y el dorso², podrían no presentar manifestaciones clínicas evidentes debido a que los músculos intrínsecos de la lengua producen un mínimo de barrera, que facilita el crecimiento del tumor y retarda su manifestaciones clínicas, pudiendo empezar como una lesión ulcerada e indolora (Fig. 3 y 4), de aparición espontánea que no cura en más de 20 días y que a medida que crece comienza a ejercer presión en los órganos cercanos, vasos sanguíneos y ner-

vios que ocasionan algunos de los signos y síntomas del cáncer tales como dolor local, otalgia ipsilateral, dolor mandibular, trismus y síntomas generales como fiebre extrema, cansancio extremo y pérdida de peso^{2,6}.

El periodo medio de tiempo que pasa entre el comienzo de los síntomas y la consulta al médico especialista es de unos 5 meses, siendo el más frecuente la presencia de molestias inespecíficas en la cavidad oral⁵. De hecho pacientes con carcinomas primarios con hábitos de fumar y beber alcohol, pueden presentar múltiples lesiones cancerosas y precancerosas, conocido con el nombre de cancerización de campo, a través del tracto digestivo superior³. Por lo tanto ante cualquier lesión o herida de la lengua que no duela, (Fig. 2-4) pero que no cure en 15 días, (duele si ya esta infiltrado o ulcerado), en un paciente fumador o bebedor, con higiene dental deficiente o alguna pieza dental en mal estado o rozadura de prótesis, así como síntomas únicos o acompañantes como dolor local, dolor de oído y dolor en la mandíbula con presencia de bulto en el cuello, debe ser remitido al especialista^{2,5,7,8}. Es imposible hacer el diagnóstico solo por el aspecto de las lesiones tempranas, por lo que es preciso realizar una biopsia para determinar si se trata de una lesión maligna².

La supervivencia global a los 5 años es in-

ferior al 50 %, si el diagnóstico es tardío y si presenta diseminación metastásica cervical asciende hasta un 85%. Los factores que determinan el riesgo de afección cervical son la localización, tamaño y profundidad tumoral⁹. Por tanto, la terapéutica a utilizar está determinada por lo anterior, así como el grado de diferenciación histológica y la presencia o no de metástasis. Sin embargo se estima una recurrencia de cáncer en un tercio de los pacientes, por lo que no siempre el tratamiento propuesto intenta la curación del enfermo, debido al pronóstico ominoso de la enfermedad⁷.

La Meta en el tratamiento de estos pacientes es obtener control local y regional de la neoplasia, siendo el factor pronóstico mas importante el estado histológico ganglionar, así como la disección del cuello como única forma de estadiaje (Tabla 1), por lo que debe ser incluida de forma rutinaria como método de diagnóstico y estratificación en todo paciente con neoplasias epiteliales originadas en la mucosa de la cavidad oral¹⁰.

La recurrencia loco-regional es la principal causa de mortalidad en pacientes con cáncer de lengua¹¹. Por tanto, omitir la linfadenectomía cervical, incrementa la tasa de recurrencias regionales, evita el adecuado estadiaje de los pacientes con carcinoma epidermoide invasor de la cavidad

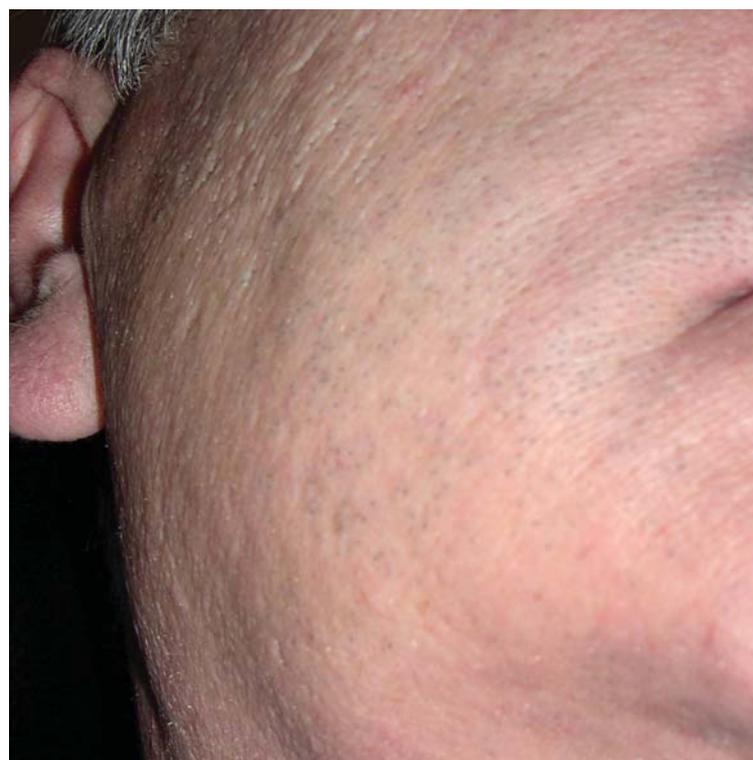


Fig. 1 y 2



Fig. 3 y 4

oral e impide la identificación de pacientes con riesgo elevado de recurrencia¹⁰.

El fracaso terapéutico y la pobre supervivencia de estos enfermos, está determinado por diagnóstico a veces tardío, debido a la evolución oligosintomática inicial y mayoritariamente por el poco conocimiento de la enfermedad entre pacientes y profesionales de la salud¹¹.

CASO CLINICO

Se presenta un caso clínico de un paciente varón de 48 años de edad, con antecedentes fumar más de 20 cigarrillos diarios de tabaco negro, bebedor habitual y con mala higiene bucodental, que fue remitido por su médico de atención primaria al servicio de otorrinolaringología, tras no mejorar una lesión a nivel de encías y de borde libre izquierdo de la lengua, tratado con antibióticoterapia en varias tandas y antiinflamatorios, con diagnóstico de flemón dentario secundario a caries dental.

En el servicio de Otorrinolaringología, se evidencia neoformación ulcerada en borde libre de la lengua, de bordes duros y sobreelevados, con presencia de adenopatía submaxilar derecha asociada (Fig. 1-4), y se realiza biopsia de lengua,

con resultado anatomopatológico de carcinoma epidermoide.

En TAC de cuello se informa de T4N2Mx, con afección ganglionar contralateral y rebosamiento del tumor primitivo de la línea media de la lengua llegando hasta la base. Adenopatía submaxilar derecha y submentoniana.

Se propone protocolo de conservación de órgano con tratamiento de inducción (NEOTAX con tres ciclos), seguido de radioterapia concomitante, con cisplatino con intención radical. Se solicita TAC de reevaluación tras finalizar la inducción, con informe de regresión parcial de neoformación lingual, con adenopatía submaxilar derecha. (buena respuesta clínica). Se cursa propuesta de canalización para radioterapia radical.

DISCUSION

La alta incidencia y prevalencia de carcinoma epidermoide de cavidad oral, en pacientes con malos hábitos de higiene oral y el consumo de sustancias (alcohol y tabaco), entre las más frecuentes, hace imprescindible trabajar con mucho interés sobre sus causales directos, fomentando la importancia del abandono de sus

hábitos, mediante la correcta educación de la población, y del personal sanitario de primer nivel, quiénes son los primeros en tomar contacto con los paciente en riesgo, para una correcta valoración, y remisión temprana al especialista ante lesiones precancerosas sospechosas¹.

La detección temprana de estas lesiones, evita su desarrollo hacia fases avanzadas de la enfermedad (ver imagen), que oscurecen su pronóstico, por medio de una atención rápida y adecuada, biopsia oportuna, y tratamiento precoz, evitando que los pacientes sean mutilados, sufran o mueran por esta causa^{3,6}. Una adecuada exploración física (inspección, palpación), tanto extra oral en busca de asimetrías, cambios de volumen o hundimientos en cabeza y cuello, regiones submaxilar, supraclavicular, de tejidos periorales; como intraoral mediante la inspección y palpación secuencial de todos los tejidos blandos (cara dorsal, lateral y ventral de la lengua, piso de la boca, mucosa yugal) conductos salivares y paladar, evitará que los pacientes en riesgo pasen inadvertidos y sean beneficiarios de una buena conducta sanitaria¹.

La alta frecuencia de presentación en el hombre respecto a las mujeres, se ha reducido progresivamente en las últimas décadas, debido en parte a la exposición más equitativa de ambos sexos a estos reconocidos carcinógenos (alcohol, tabaco) así como la reducción de consumo de alimentos que tendrían un efecto protector (frutas y verduras frescas), que aportarían folatos y antioxidantes⁴.

La sospecha debe ser clínica, epidemiológica (de acuerdo a sus hábitos), así como de las características macroscópicas de la lesión (tamaño, aspecto) y microscópicas (grado, diferenciación) de la neoplasia⁴. La utilización de azul de toluidina mejora la probabilidad de diagnóstico clínico, y la biopsia para tejido sospechoso¹.

Castellsague y colaboradores en un estudio multicéntrico realizado en España, con un total de 345 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de cavidad oral, observó un aumento de riesgo 2 a 4 entre sujetos que consumían tabaco negro y ron, en comparación con los que consumían tabaco rubio y vino o cerveza, respectivamente⁵.

La biopsia consiste en la toma de un tro-

zo de tejido lesionado con anestesia local, para realizar un análisis microscópico y determinar si hay cáncer de lengua y si se confirma, de que tipo de cáncer se trata. Además se incluyen otros métodos de diagnóstico como la tomografía computarizada (TAC), ultrasonografía o Resonancia Magnética (RM) (es más exacta que la TAC en tumores de cavidad oral). La TAC y la RM tienen exactitud similar en la detección de metástasis en ganglios cervicales. A todos los paciente con cáncer de cabeza y cuello de alto riesgo (tabaquismo severo, tumores T3 –T4 o síntomas asociados) se debe realizar TAC de tórax^{1,2}.

La selección de la terapia adecuada depende del paciente, del tumor y la institución tratante (experiencia, recursos y filosofía). Se divide en quirúrgicas y no quirúrgicas, o una combinación de ambas. El tratamiento quirúrgico se divide en técnicas ablativas y reconstructivas. El manejo no quirúrgico incluye la radioterapia y quimioterapia³.

El tratamiento quirúrgico es muy agresivo y mutilante, por lo que debe fundamentarse en un buen estudio histopatológico previo, (ver tabla 1) apoyo psicológico y explicación clara sobre la intervención y sus secuelas⁶.

La conducta quirúrgica varía según el estadio de la lesión⁸. Hemiglosectomía con vaciamiento ganglionar profiláctico o terapéutico en estadios tempranos y en estadios más avanzados se recomienda las resecciones radicales, glosectomía total y la laringectomía con vaciamiento linfoganglionar del cuello con radioterapia posoperatoria^{7,8}. Aunque se utiliza también radioterapia como único tratamiento, así como también combinada con cirugía o preoperatoria. Radioterapia cuando el cáncer se localiza detrás de la lengua y tumores pequeños de menos de 4 cm, que pueden ser tratados también con cirugía. Tumores de más de 4 cm, deben ser tratado con cirugía y radioterapia posoperatoria^{2,7,8},

El uso de quimioterapia y radioterapia adyuvante en estadio III y IV resecaos y con riesgo de recaída lo reduce a un 41%. El uso de quimioradioterapia posoperatoria se asocia a mayor toxicidad aguda que la radioterapia sola. Se recomienda el uso de cisplatino concomitante con radioterapia en pacientes operados y presencia de factores de riesgo por recaída¹.

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO

Estadio I	T1, NO, MO
Estadio II	T2, NO, MO
Estadio III	T3, NO, MO, T1, T2, T3, N1, MO
Estadio IV	T4 NO, N1, MO
	Cualquier T, N2, N3, MO
	Cualquier T, cualquier N, M1

Fuente: Squamous cell carcinoma of the head and neck: ESMO. Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 19 (Supplement 2): ii79-ii80, 2008

CLASIFICACIÓN TNM PARA ESTADIFICACIÓN

Tumor primario (T)	
TX	Sin información de tumor primario
T0	Sin evidencia de tumor primario
TIS	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor = < 2 cm de diámetro
T2	Tumor entre 2 y 4 cm de diámetro
T3	Tumor de más de 4 cm de diámetro
T4	Tumor de más de 4 cm de diámetro con afectación del antro, los músculos pterigoideos, la base de la lengua o la piel
Ganglios linfáticos regionales (N)	
NX	Los ganglios pueden ser valorables o no
N0	Sin ganglios clínicamente positivos
N1	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral y de diámetro < 3cm
N2a	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral y de diámetro entre 3 y 6 cm
N2b	Múltiples ganglios homolaterales clínicamente positivos, ninguno mayor de 6 cm de diámetro
N3a	Ganglios positivos homolaterales y mayores de 6 cm
N3b	Ganglios positivos clínicamente bilaterales y mayores de 6 cm
N3c	Ganglios positivos clínicamente contralaterales y mayores de 6 cm
Metástasis a distancia (M)	
MX	No se valoró las metástasis a distancia
M0	Sin evidencia de metástasis a distancia
M1	Con metástasis a distancia

Fuente: Prieto Ignacio. Cáncer oral. Med Clin (Barc) 2006;127(7):258-64

En el caso que nos ocupa, el paciente presenta factores de riesgo importantes como el fumar cigarrillos negros, consumo de alcohol de manera habitual y el mal estado de higiene de sus piezas dentales, sumado a ello, el diagnóstico tardío como consecuencia de un tratamiento médico previo, hace de él presa fácil para el desarrollo del cáncer epidermoide de grado histológico avanzado (Tabla 1), por lo que se propone tratamiento de inducción, seguido de radioterapia concomitante con cisplatino con intención radical.

El dato de peor pronóstico previo al tratamiento es la presencia de metástasis en el cuello, siendo la causa más frecuente de muerte en estos pacientes, la reaparición del tumor en la len-

gua o la aparición de metástasis en el cuello².

A pesar de las numerosas formas de tratamiento y el descubrimiento de los distintos factores de riesgo para carcinoma epidermoide de la cavidad bucal, si se diagnostica en estadio avanzado los pacientes tendrán mal pronóstico.

Como conclusión recalamos la importancia de un diagnóstico temprano de lesiones bucales sospechosas de premalignas y malignas de cavidad oral, mediante la canalización adecuada del paciente al especialista para realizar un diagnóstico temprano y oportuno tratamiento según sea el caso, que mejore su pronóstico y calidad de vida¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Martínez G, et. al, diagnóstico y tratamiento de cáncer epidermoide de la cavidad oral en pacientes mayores de 18 años. Evidencias y recomendaciones IMSS-323-10. Mexico: Secretaria de Salud 2010.
2. Alfaya Salgueiro B, González Rivera A, Mulero Fernandez R, Valencia Conejo M. Carcinoma epidermoide de lengua: Presentación de un caso y revisión de literatura. 2009-2010. Recuperado de: http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2009-2010_G08.pdf
3. Mesa Garcia G, Muñoz Ibarra J, Páez Valencia C, Cruz Legorreta B, Aldape Barrios B, Carcinoma de células escamosas en cavidad bucal, avances de odontoestomatología Vol 25, N 1-2009.
4. Guzman G.P., Villesca M, Antonio L, Araya J, Aravena P, Cravero C, Pino P, Roa J. Carcinoma epidermoide oral y orofaríngeo. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 63. N . 3 . Julio 2011; pág. 250-256.
5. Peña Gonzales A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev. Cubana Estomatol Vol. 43, N 1, enero- marzo 2006.
6. Fuentes Yunes C, Alvarado Suarez R, Aldape Barrios B. Carcinoma de lengua tardío. Asociación mexicana de cirugía bucal y maxilofacial. Vol. 5. N 2, Mayo – Agosto 2009. Pp. 79-82.
7. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento Clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Revista de estomatología. Vol 43. N 1 .
8. Vélez Chinga A, Bohórquez Velasquez M. Carcinoma epidermoide de lengua. Reporte de un caso. Rev Med Santiago de Guayaquil. Vol 13. N 2. 2008.
9. Sanchez lopez J, Chamorro Santos C, López Cuervo J, Valencia Laseca E. Factores Histopatológicos en el carcinoma lingual de células escamosas. Rev Esp Patología. Vol 39. N 2, 2006.
10. Gallegos Hernández José, Tratamiento del carcinoma epidermoide de cavidad oral: el valor de la estadificación quirúrgica. Vol 10. N 2. Marzo- Abril 2011.
11. Mantilla Quispe R, Torres Vega F. Análisis de la recurrencia de cáncer de lengua considerando la presencia de eventos competitivos. Rev Med Hered. Vol. 19. N 4. Lima. 2008.