

CASO CLÍNICO

RECIDIVA DE CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS. REPORTE DE CASO

Sánchez Gutiérrez, Carlos^{1 †} (Cs3081190@gmail.com); Hernández, Jonathan² (jonathan8412@gmail.com); Cañas, Jennifer³ (jaaj2703@gmail.com); Sosa, Darío⁴ (dario.sosa@gmail.com)

1 Profesor jubilado activo. Cátedra de Patología Clínica y Terapéutica Estomatológica. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela

2 Instructor. Cátedra de Patología Clínica y Terapéutica Estomatológica. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela

3 Odontólogo. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.

4 Grupo de Estudios Odontológicos, Discursivos y Educativos. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.

Autor de contacto: Darío Sosa

e-mail: dariososafoula@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Sánchez Gutiérrez C, Hernández J, Cañas J, Sosa D. Recidiva de carcinoma oral de células escamosas. Reporte de caso. IDEULA. 2023;(11): 4-17.

APA: Sánchez Gutiérrez, C., Hernández, J. Cañas, J. y Sosa, D. Recidiva de carcinoma oral de células escamosas. Reporte de caso. IDEULA, (11), 4 -17.

Recibido: 15/8/2022

Aceptado: 6/12/22

RESUMEN

Introducción: El carcinoma oral de células escamosas (COCE) se considera la neoplasia maligna con mayor incidencia en cavidad bucal. La prevención tiene un rol importante para evitar los índices de mortalidad; sin embargo, no hay avances significativos, por lo cual es considerado un problema de salud pública. **Reporte de caso:** Se presenta una paciente de 60 años de edad, con hábitos predisponentes, la cual refiere aumento de volumen en zona mandibular derecha a nivel de premolares y molares. Al examen clínico se observa una lesión en reborde edéntulo una lesión roja, brillante, crateriforme en aspecto, bordes exofíticos de 1 cm de tamaño, con áreas de leucoplasia con extensión a piso de boca. Se realizó biopsia confirmatoria de (COCE) y se procedió a realizar hemimandibulectomía. Meses después, la lesión recidivó comunicando la cavidad bucal con el medio externo, desmejorando la calidad de vida de la paciente. **Conclusión:** La prevención siempre tendrá una importancia fundamental para evitar la progresión de la enfermedad, además de utilizar tratamientos menos invasivos sobre los pacientes.

Palabras clave: carcinoma oral de células escamosas, recidiva, cáncer oral.

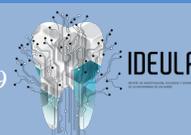


RECURRENCE OF ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA. CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Oral squamous cell carcinoma (OSCC) is considered the malignant neoplasm with the highest incidence in the oral cavity. Prevention plays an important role in avoiding mortality rates; however, there are no significant advances, which is why it is considered a public health problem. **Case Description:** A 60-year-old patient with predisposing habits is presented, who reports an increase in volume in the right mandibular area at the level of premolars and molars. On clinical examination, an edentulous rim lesion is observed, a bright red lesion, crater-like in appearance, exophytic edges 1 cm in size, with areas of leukoplakia with extension to the floor of the mouth. A confirmatory biopsy of (COCE) was performed and hemimandibulectomy was performed. Months later, the lesion recurred, communicating the oral cavity with the external environment, impairing the patient's quality of life. **Conclusion:** Prevention will always be of fundamental importance to avoid the progression of the disease, in addition to using less invasive treatments on patients.

Keywords: oral squamous cell carcinoma, recurrence, oral cancer.



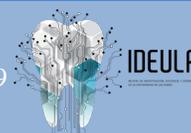
INTRODUCCIÓN

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es una neoplasia maligna que afecta la cavidad bucal, piso de boca, parte anterior de la lengua, rebordes alveolares, trigono retromolar, paladar óseo y labios ¹⁻³. La literatura reporta que el 90% de los cánceres se originan de células escamosas ^{1,4}. Es categorizado como un cáncer de cabeza y cuello y ocupa el lugar 16 en malignidad en todo el mundo ^{1,4}.

Dentro de su etiología se menciona el consumo de tabaco en todas sus formas, incluyendo las libres de humo, masticable, entre otros; también se menciona el consumo de alcohol, factores socioeconómicos, trauma crónico, nuez de betel, mala higiene bucal, infecciones, stress, condiciones predisponentes propios del paciente, al igual que predisposición genética ^{1,2,4-6}. También se reporta una relación del COCE con el virus de papiloma humano (VPH) ^{1,7,8}.

Según el Observatorio Global de Cáncer (Globocan) ⁹ en 2020 se registraron más de 377.000 nuevos casos en ambos sexos y en todas las edades; de igual forma fueron registradas más de 177.000 muertes por cáncer oral. Es el tipo de cáncer con mayor prevalencia en el sudeste de Asia, y las regiones pacíficas debido al alto consumo de nuez de betel masticable ^{1,5,6,9,10}. Tiene predilección por el sexo masculino en una proporción 2:1, presentando mayor incidencia entre la 5ta y 7ma década de la vida ^{7,10}.

Es imprescindible una historia clínica detallada, haciendo especial énfasis en hábitos psicobiológicos, antecedentes médicos familiares y personales del paciente ^{8,11}. El diagnóstico clínico es facilitado por las características anatómicas de la cavidad bucal; hay que tomar en cuenta: estadio y evolución de la lesión, sitio, tamaño, sangrado, dolor, parestesia, presencia lesiones blancas o rojas, presencia de ganglios involucrados, si existen metástasis a distancia ⁷.

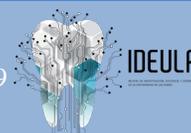


La imagenología es una herramienta complementaria a la hora de evaluar la presencia y gravedad de lesiones³. Las radiografías intra y extraorales, resonancia magnética, tomografía computarizada de haz cónico y la tomografía médica con contraste juegan un rol esencial en la evaluación inicial y planificación del tratamiento. En etapas tempranas, la detección y delineamiento preciso de la lesión primaria. También puede ser utilizada para detectar posibles focos metastásicos^{1,12}.

Finalmente, la biopsia (Aspiración con aguja fina¹, incisional o excisional) se realizará dependiendo de la localización y tamaño de la lesión. La histopatología con tinción de hematoxilina eosina es el gold estándar para precisar la presencia de COCE. En casos pobremente diferenciados pueden utilizarse técnicas de inmunohistoquímica^{1,10}. En las muestras pueden observarse atipia celular y focos de células escamosas, con células maduras organizadas en capas de queratinización irregular y presencia de perlas de queratina. En casos de tumores poco diferenciados, existe presencia de pleomorfismo nuclear con mitosis atípicas, con pobre estratificación y queratinización.

Sin embargo, la mayoría de los diagnósticos son realizados tardíamente, lo que se traducen en tratamientos más agresivos para el paciente, que pueden afectar su calidad de vida o aumenta el riesgo de mortalidad ^{1,4,7}. Cabe destacar que el clínico tiene la responsabilidad de realizar un diagnóstico temprano de cáncer bucal, por lo cual debe prepararse correctamente y tener las herramientas necesarias para encaminar al paciente a tiempo; además, debe brindar todo paciente la educación necesaria para que realice su autoexamen bucal para detectar lesiones en etapas tempranas, al igual que promover la disminución de la exposición a factores de riesgo ^{7,10,13}.

Una vez realizado el diagnóstico definitivo, se debe establecer un correcto plan de tratamiento, seleccionando entre opciones quirúrgicas o no quirúrgicas de acuerdo al caso: quimioterapia, radioterapia o combinación, antes o después de la cirugía²⁴. Según la clasificación TNM 8va

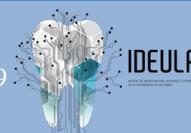


edición, el clínico puede tener una guía para seleccionar el tratamiento adecuado¹. Se debe establecer una filosofía del caso, dirigido por un equipo multidisciplinario compuesto por oncólogo, imagenólogo, cirujano de cabeza y cuello, además del odontólogo y cirujano oral y maxilofacial. El apoyo psicológico, tanto del paciente como de los familiares del mismo, es importante tanto antes como durante y posterior al tratamiento definitivo.

La cirugía es radical, con margen de seguridad, pudiendo dejar secuelas funcionales y estéticas. La radioterapia y quimioterapia pueden provocar mucositis, dermatitis, osteorradionecrosis, osteonecrosis asociada a medicamentos, xerostomía, disgeusia y disfagia en el paciente^{1,2}. El pronóstico depende del estadio de la patología.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 60 años de edad, casada, cuyo motivo de consulta fue sufrir de molestia y asimetría facial en el maxilar inferior lado derecho de su cara autodetectada en octubre de 2018. A la anamnesis manifestó: antecedentes de cáncer de ovario y tía materna con cáncer (desconocido). En sus antecedentes personales refiere alcoholismo y tabaquismo por 43 años x 15 cigarrillos hasta la actualidad, diabetes mellitus desde 2013 posterior a una pancreatitis crónica controlada con insulina, hipertensión arterial tratada con Candesartan de 8mg y Amlodipina de 5 mg, previamente fue diagnosticada por un posible foco canceroso en pulmón en el año 2018. Manifiesta que se estuvo tratando con un profesional de la homeopatía. Refiere ser y estar muy nerviosa, para lo cual se propuso calmarla mediante hipnosis, realizada por el autor, la cual la paciente acepta, fue exitosa cumpliendo cinco sesiones, profundas de hipnoterapia. Fue realizado un consentimiento informado donde la paciente autoriza la toma de fotografías y divulgación científica posterior.



A finales de 2018, la paciente refiere haber asistido a consulta con cirujano bucal, donde se le realizó una primera biopsia Incisional cuyo resultado fue carcinoma epidermoide bien diferenciado infiltrante al corion de la mucosa. Se enviaron exámenes de laboratorio, los cuales estaban dentro de los parámetros normales y fue referida para valoración oncológica e imagenológica.

En 2019 se realizó otra biopsia por incisión, cuyo resultado fue: carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado con invasión perineural, grado de inflamación linfo-plasmocitario denso, numerosas mitosis atípicas y patrón cohesivo. Vuelve a consulta a los tres meses, presentando gran asimetría facial por expansión de las tablas óseas del lado afectado. Para ese momento, el médico homeópata tratante presentó un diagnóstico equivocado de osteomielitis, con recomendaciones de consultar con un inmunólogo, infectólogo y bacteriólogo con resultado no satisfactorios

Se realizó radiografía panorámica (Figura 1), tomografía computarizada de haz cónico (Figura 2) y TC de cara, cuello y tórax con contraste, (Figura 3) donde se evidencia irregularidad de la cortical en el lado afectado. En la resonancia magnética, fue reportada una lesión ocupante de espacio en región afectada, ovalada, expansiva de bordes irregulares definidos, heterogénea a predominancia de la isodensidad en T2, hipointensa en T1, con realce homogéneo leve posterior a la administración del contraste de 4.78cm x 4cm x 5 cm con volumen de 53 cc. Fue descrita de aspecto maligno.

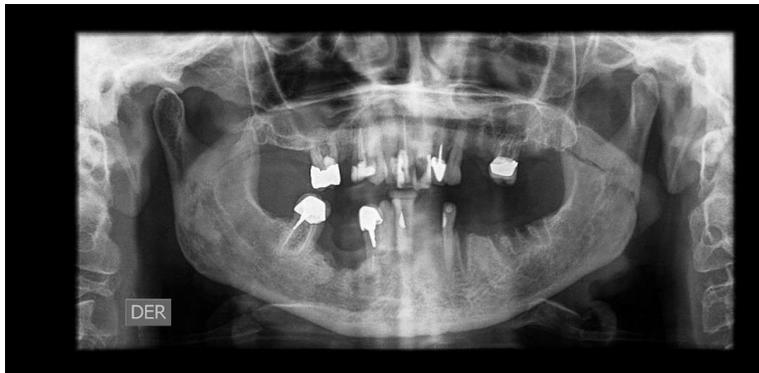


Figura 1: radiografía panorámica. Se observa patrón de destrucción ósea en el reborde alveolar edéntulo inferior derecho.

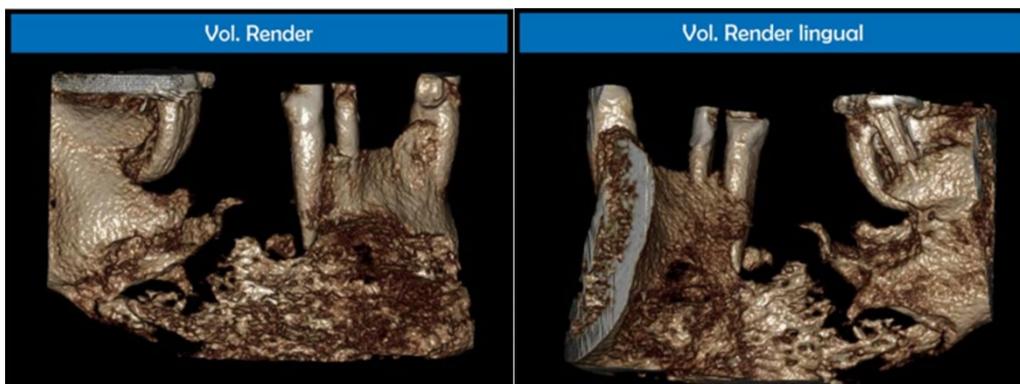


Figura 2: tomografía computarizada de haz cónico. Reconstrucción volumétrica de la zona afectada.

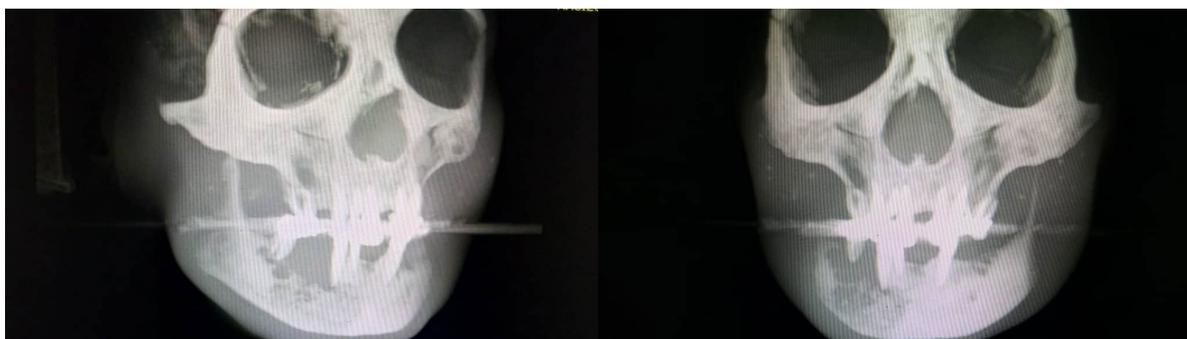


Figura 3. tomografía computarizada de cara. Se aprecia un patrón de destrucción ósea en la zona afectada.



Al examen clínico extraoral se observó: normocéfala, asimetría facial del lado derecho, por crecimiento de la lesión en maxilar inferior (Figura 4), ganglios sub maxilares, sub linguales y cervicales indurados. En el examen intra bucal se observaron anodoncias quirúrgicas varias, mala higiene oral, caries dentales múltiples. Se aprecia una lesión roja, brillante, crateriforme en aspecto, bordes exofíticos de 1 cm de tamaño, con áreas de leucoplasia localizada en la zona edéntula a nivel de premolares y molares inferiores derechos. La lesión se extendía hacia el piso de la boca. Se realizó palpación, notándose induración de tejido sub-lingual, en piso de boca extendiéndose hacia la orofaringe.



Figura 4. fotografía extraoral donde se observa aumento de volumen mandibular de lado derecho.

La paciente dejó de tratarse con homoterapia y aceptó el tratamiento quirúrgico, el cual fue realizado por un equipo quirúrgico calificado. Previo a la intervención quirúrgica recibió una sesión de hipnosis (Figura 5), para después recibir anestesia general, se procedió al acto quirúrgico con abordaje extra-bucal (Figura 6), eliminando la tumoración de los tejidos blandos (Figura 7 y 8) y resección ósea hemimandibular (Figura 9 y 10), suplantando el hueso extirpado con material de osteosíntesis (Figura 11 y 12).



Figura 5. sesión de hipnosis previo a la cirugía.

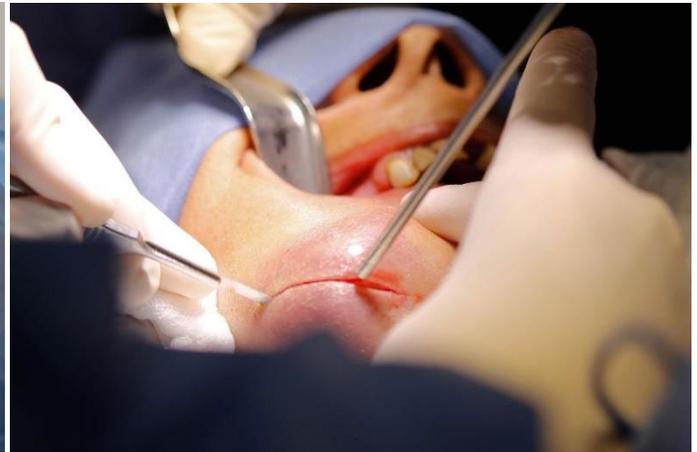


Figura 6. incisión para acceder a la lesión

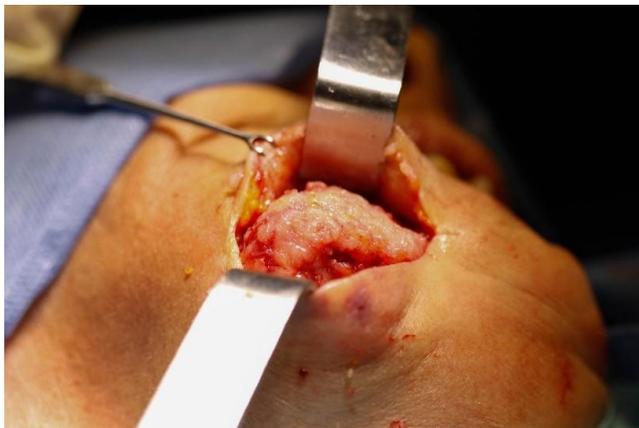


Figura 7. exposición de la lesión.



Figura 8. eliminación de la lesión.



Figura 9. resección mandibular



Figura 10. hemimandibulectomía.



Figura 11. Reconstrucción con placas de osteosíntesis.



Figura 12. Postoperatorio inmediato.

La paciente evolucionó satisfactoriamente, no aceptando ser sometida a quimio y radioterapia. A los 4 meses de intervenida reapareció la lesión, inicialmente en forma de fistula granulomatosa, para después crecer e invadir tejidos blandos del lado afectado, incluyendo piel, manifestándose con una comunicación con el exterior de la cavidad bucal. La lesión rápidamente creció hasta 6 cm de diámetro, con bordes exofíticos, granulomatoso, desfiguración facial, disfunción, trauma

psicológico con afectación de calidad de vida de la paciente (Figura 13). Además, presentó dolor, parestesia, disminución de peso. Falleció de paro respiratorio meses después.

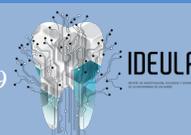


Figura 13. Fotografías realizadas por la paciente. Recidiva de la lesión a los 4 meses de la intervención quirúrgica. Se observa comunicación del medio bucal con el exterior a través de una fistula de gran tamaño.

DISCUSIÓN

El COCE es considerado un problema de salud pública ^{3,4}. El diagnóstico precoz del COCE es la mejor herramienta para disminuir su mortalidad ^{4,7,10,13}, es por ello que se debe tener en cuenta que la lucha contra el cáncer es contra el reloj: mientras más rápido se obtenga el diagnóstico presuntivo, se tendrá mejor pronóstico y un diagnóstico definitivo. Si se trata a tiempo el COCE, resultará más beneficioso para el paciente¹⁴.

El papel del odontólogo es fundamental a la hora de la detección de lesiones potencialmente malignas⁷. Cuenta con las herramientas necesarias: historia clínica, donde puedan determinarse hábitos psicobiológicos de riesgo tales como enfermedad tabáquica y consumo de alcohol, son indicios que al ser correlacionados con el examen minucioso intra y extraoral en busca de lesiones blancas o rojas, aumentos de volumen o tejidos que no tengan apariencia común dentro y fuera de cavidad bucal, dan indicios de una lesión posiblemente maligna ^{7,8,10}. En el presente caso clínico, la



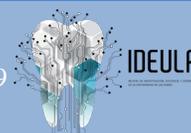
paciente manifestó tener estos hábitos, lo que pudo haber precipitado la aparición y evolución del COCE.

La epidemiología refleja que el COCE se presenta mayormente en hombres entre la 5ta y 7ma década de la vida, a diferencia del presente caso donde la paciente es de sexo femenino. Dentro de los sitios más comunes de aparición del COCE se encuentran labios, lengua y reborde alveolar^{4,7,8} coincidiendo con el presente caso, donde la lesión se ubicó en el reborde alveolar edéntulo a nivel de premolares y molares inferiores del lado derecho, que posteriormente avanzó destruyendo tejido óseo.

El tratamiento radical en etapas avanzadas es el ideal ^{2,3}, dejando márgenes de seguridad de al menos 2 cms para contener la lesión. Dependiendo del caso, puede que el paciente necesite radioterapia, quimioterapia o ambos, ya sea antes o después de la cirugía¹. Esto con el fin de evitar procesos de recidiva. Como se observó en este caso, la paciente decidió no someterse al tratamiento oncológico, lo que conllevó a que la lesión recidivara a pesar de haberse tomado los márgenes de seguridad anteriormente mencionados. Eguchi et al¹⁵ mencionan el desarrollo de un carcinoma adenoescamoso producto de la recidiva de un COCE, a pesar de que el paciente fue sometido a tratamiento oncológico complementario pero tuvo que ser detenido por problemas renales, lo que finalmente tuvo un desenlace mortal en el mismo.

CONCLUSIONES

Se destaca la necesidad de realizar un diagnóstico precoz; una historia clínica exhaustiva, examen clínico intra y extraoral adecuado, exámenes complementarios y ante la presencia de lesión sospechosa, realizar toma de biopsia para estudio histopatológico. Es necesario que el equipo multidisciplinario de atención considere al enfermo de cáncer, el cual se suele encontrar muy



deprimido, junto a los familiares. Es notorio conocer que la palabra cáncer significa posible muerte, sobre todo cuando el diagnóstico es tardío.

RECOMENDACIONES

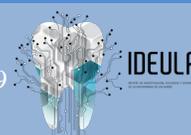
Se recomienda a odontólogos, estudiantes de Odontología y médicos en general, realizar una correcta historia clínica, hacer uso de exámenes complementarios, y realizar biopsia para establecer un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de acuerdo al caso en particular. La relevancia de realizar biopsias correctamente y enviar al patólogo bucal son esenciales para brindar al paciente la ayuda necesaria para sobrellevar su enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo multidisciplinario: Dr. Manuel Molina, Dra. Norma Martínez, Dr. Ricardo Felzani, Dr. Leonel Castillo, Dr. José Luis Valderrama, Dra. Mariana Villarroel, Dra. Fabiola Torres, por su colaboración en la realización de este caso.

REFERENCIAS

1. Chamoli A, Gosavi AS, Shirwadkar UP, Wangdale K V., Behera SK, Kurrey NK, et al. Overview of oral cavity squamous cell carcinoma: Risk factors, mechanisms, and diagnostics. *Oral Oncol* [Internet]. 2021;121(July):105451. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2021.105451>
2. Yao CMKL, Chang EI, Lai SY. Contemporary Approach to Locally Advanced Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma. *Curr Oncol Rep*. 2019;21(11):1-9.
3. Cabral Ramos J, Silva LC, Pereira Faustino IS, Evangelista Colafemina AC, de Pauli Paglioni M, Almeida Leite A, et al. A rare case of squamous cell carcinoma of the gingiva : A diagnostic challenge. *Oral Oncol* [Internet]. 2022;132(June):2-4. Disponible en:



- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837522002846?casa_token=wJyK1zqShGQAAAAA:ZaM0CulgG1UD6k2UrKMjIh0F7CLfrzQkZFKvbKX4nLs7ZviLyGB6xTkSwJQC PDziPkOZDk2Z
4. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(9):11884-94.
 5. McDermott JD, Bowles DW. Epidemiology of Head and Neck Squamous Cell Carcinomas: Impact on Staging and Prevention Strategies. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20(5):1-13.
 6. Panta P, Dhopathi SR, Gilligan G, Seshadri M. Invasive oral squamous cell carcinoma induced by concurrent smokeless tobacco and creamy snuff use: A case report. *Oral Oncol*. 2021;118(xxxx).
 7. Furtado LSFA, Sales JLAM, Fontes NM, Batista MIH de M, Carvalho AAT, Paulino MR. Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: uma revisão integrativa. *Rev Família, Ciclos Vida e Saúde no Context Soc*. 2019;7(4):479.
 8. Muñoz M.A, Abaroa C, Bello F GM. Carcinoma escamocelular bucal . Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(1):85-90.
 9. OMS. Lip , oral cavity. *Globocan 2020* [Internet]. 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
 10. Johnson DE, Burtneß B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE, Grandis JR. Head and neck squamous cell carcinoma. *Nat Rev Dis Prim*. 2020;6(1):1-49.
 11. Corti M, Sosa D. Estructura de la Historia Clínica utilizada en la práctica odontológica privada en la ciudad de Mérida, Venezuela. *Rev Odontológica Los Andes*. 2020;15(2):48-64.
 12. Gage KL, Thomas K, Jeong D, Stallworth DG, Arrington JA. Multimodal imaging of head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer Control* [Internet]. 2017;24(2):172-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/107327481702400209>
 13. D'souza S, Addepalli V. Preventive measures in oral cancer: An overview. *Biomed Pharmacother*. 2018;107(July):72-80.
 14. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. 2022 [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#:~:text=Elcáncerbucalabarcaloscasopor100000personas> .
 15. Eguchi T, Basugi A, Kanai I, Miyata Y, Suzuki T, Hamada Y. Adenosquamous carcinoma development as a recurrence of squamous cell carcinoma in the oral floor: A case report. *Med (United States)*. 2019;98(43):1-5.