

Lesiones tumorales en región oral: carcinoma verrucoso y carcinoma oral de células escamosas. Reporte de un caso

Tumor lesions in the oral region: verrucous carcinoma and oral squamous cell carcinoma. A case report

Carlos Fernando García Gutiérrez ^{1,a}, Francisco Gerardo García González ^{1,b}, Alfredo Salinas Noyola ^{1,c}

¹ Universidad de Monterrey, Escuela de Odontología, Nuevo León, México.

^a Médico, Cirujano Dentista.

^b Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial.

^c Magíster en Odontopediatría y en Ciencias de la Educación.

Correspondencia:

Alfredo Salinas Noyola: alfredo.salinas@udem.edu
Av. Morones Prieto 4500, San Pedro Garza García, Nuevo León, México, C.P. 66238
ORCID: 0000-0003-4205-6478

Coautores:

Carlos Fernando García Gutiérrez: carlos.garciag@udem.edu

ORCID: 0000-0003-1832-0531

Francisco Gerardo García González: franciscog.garcia@udem.edu

ORCID: 0000-0002-7230-907X

Editora:

Rosse Mary Falcón-Antenucci
Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Perú

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: autofinanciado.

Recibido: 10/11/21

Aceptado: 10/03/22

Publicado: 11/04/22

Resumen

El carcinoma oral de células escamosas representa un problema en la salud pública a nivel mundial. Siendo la neoplasia maligna más frecuente en la cavidad oral y uno de los diez cánceres más comunes en todo el mundo. El carcinoma verrucoso es una variante del carcinoma oral de células escamosas que presenta un alto grado de invasión local y baja posibilidad de extenderse. Además, representa del 2 al 12% de todos los carcinomas orales, con una tasa de supervivencia de 5 años. El presente artículo reporta el caso de un paciente masculino de 79 años, después de realizados los exámenes extra e intraoral, así como los complementarios, se observa un aumento de volumen en la porción anterior de la mandíbula, crateriforme irregular, doloroso a la palpación. Se diagnosticó carcinoma verrucoso involucrando a los órganos dentarios 3.3-4.3 y la mucosa circundante. El tratamiento consistió en la remoción quirúrgica completa, sin alteración o daño a las zonas circundantes, con seguimiento postoperatorio. El conocimiento de este tipo de patología puede orientar al odontólogo a la sospecha de diferentes lesiones cancerígenas, lo que permitirá prevenir complicaciones y así brindar la mejor opción de tratamiento a los pacientes afectados.

Palabras clave: Carcinoma verrucoso; Cirugía bucal; Diagnóstico (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Oral squamous cell carcinoma represents a worldwide public health problem. Being the most common malignant neoplasm in the oral cavity and one of the ten most common cancers worldwide. Verrucous carcinoma is a variant of oral squamous cell carcinoma that has a high degree of local invasion and low possibility of spreading. In addition, it represents 2 to 12% of all oral carcinomas, with a 5-year survival rate. This article reports the case of a 79-year-old male patient, after performing the extra and intraoral exams, as well as the complementary ones, an increase in volume is observed in the anterior portion of the mandible, irregular crateriform, painful on palpation. Verrucous carcinoma was diagnosed involving teeth 3.3-4.3 and the surrounding mucosa in the oral cavity. The treatment consisted of complete surgical removal, without alteration or damage to the surrounding areas, with postoperative follow-up. Knowledge of this type of pathology can guide the dentist to the suspicion of different cancerous lesions, which will prevent complications and thus provide the best treatment option for affected patients.

Keywords: Verrucous carcinoma; Oral surgery; Diagnosis (source: MeSH NLM).

Introducción

El carcinoma en cabeza y cuello se desarrolla a partir del epitelio de la mucosa en la cavidad oral, faringe y laringe¹, es el quinto cáncer más común en el mundo con una incidencia que supera el medio millón de personas afectadas. El carcinoma oral de células escamosas (COCE) llega a representar el 95% de los carcinomas malignos de cabeza y cuello^{2,3}.

El carcinoma verrucoso (CV) fue descrito por primera vez por Ackerman en 1948^{4,5}, como un subtipo poco frecuente de enfermedad maligna que afecta la cavidad oral⁴, presentando lesiones como crecimientos exofíticos con forma de coliflor, siendo distintos de las características nodulares ulcerantes de tumores de células escamosas^{2,5}.

Para el diagnóstico existen síntomas que los médicos deben de tener en cuenta: dolor crónico en lengua o en cualquier sitio de la boca y/o garganta, ronquera persistente, úlceras que no cicatrizan, manchas blancas o rojizas, dolor o dificultad para tragar alimentos⁶. A pesar de las nuevas modalidades de diagnóstico y detección de cáncer oral; la biopsia y el análisis histopatológico siguen siendo el estándar de oro para diagnosticar COCE y CV⁷. No obstante los avances tecnológicos en diagnóstico y tratamiento, el 50% de pacientes con COCE fallecen en un plazo de 5 años; incluso después de una intervención quirúrgica satisfactoria⁸.

Existe una etiología compleja la cual depende de una variedad de factores². Además, puede presentarse como resultado del deterioro de lesiones pre-malignas, incluyendo: leucoplasia verrucosa oral, fibrosis submucosa oral y liquen plano⁹⁻¹².

El tratamiento de elección para la mayoría de los tumores malignos como CV y COCE (etapa temprana) que afectan el área maxilar y mandibular es la resección quirúrgica^{1,13-15}, dependiendo del tamaño, localización y el estado del tumor³. Sin embargo, es importante recalcar que el tratamiento para el CV es más conservador debido a que presenta una baja posibilidad de metástasis, contrario al tratamiento de COCE donde está indicada una cirugía radical amplia en combinación con radioterapia¹⁶.

Las opciones de tratamiento secundario a una primera cirugía pueden ser intervenciones quirúrgicas de rescate en combinación con quimioterapia y/o radioterapia^{14,17,18}. La extirpación quirúrgica completa se vuelve fundamental porque los márgenes afectados perjudican el pronóstico^{19,14}. El tratamiento para los cánceres localmente avanzados requiere de cirugía seguida de quimiorradiación; según lo indiquen las características patológicas o la quimiorradiación definitiva¹⁵.

Se ha demostrado que la tasa de supervivencia global a 5 años es de aproximadamente 90% para los casos que involucran el labio inferior, 40% para los casos involucrado en la parte posterior de la lengua y el 20-30% en los casos en paladar blando. Este comportamiento está dado por los sitios anatómicos y sus estructuras, como

la cadena linfática y el tipo de abordaje que debe ser realizado³.

El objetivo de este artículo es crear consciencia en el odontólogo para tener conocimiento de las patologías de características malignas en la cavidad oral ya que el pronóstico es considerablemente mejor cuando estas lesiones se diagnostican y se tratan en estadios tempranos. Será también de vital importancia eliminar cualquier factor irritante en las restauraciones que tenga el paciente o las que vayan a tener en un futuro.

Reporte del caso

Diagnóstico y etiología. Paciente masculino de 79 años de edad acudió a la Clínica de Atención Dental Avanzada (CADA) de la Universidad de Monterrey (UEM), Nuevo León México. El paciente refirió: "Tengo dolor en los dientes de abajo, de adelante", al interrogatorio refiere dolor a la palpación, masticación y deglución, mencionando que no ha podido comer de manera regular durante dos semanas debido al dolor.

En relación a los antecedentes sistémicos presenta hipertensión arterial controlada por su médico cardiólogo. Al examen físico extraoral no se encontraron datos clínicos de interés. Al examen intraoral se observó una lesión con aumento de volumen en la región del reborde alveolar inferior incluyendo mucosa labial, dicha lesión presentaba una extensión de órgano dentario 3.3 a 4.3, con bordes irregulares, crateriforme, eritematosa y una forma característica a coliflor (Figura 1 A y B). Además, se observó un puente fijo de coronas 3/4 fracturado, sin el ajuste adecuado, presentando ausencia de los órganos dentarios 3.1, 3.2 y 4.1.

Debido a que esa primera consulta fue por dolor, no se indagó si el paciente desarrolló primero una lesión leucoplásica, siendo estas pre-malignas, o si se inició una úlcera en reborde alveolar por el desajuste y fractura que presentaba el puente fijo.

Se tomó muestra incisional bajo anestesia local, tomando tejido suficiente para el correcto estudio anatomopatológico para el diagnóstico por patología oral. El corte histopatológico fue mediante laminillas teñidas con Hematoxilina y Eosina (HE) mostrando tejido epitelial escamoso estratificado con transformación neoplásica maligna invadiendo tejido conectivo fibroso (Figura 2). El resultado indicó un diagnóstico de CV, por lo que se optó por realizar la extirpación quirúrgica del tumor.

Objetivos del tratamiento. Se optó por realizar intervención quirúrgica con anestesia local tratando de realizar la resección completa y evitando una remoción excesiva; con la finalidad de impedir la aceleración de crecimiento del tumor como menciona Peng *et al.*²

Cumpliendo con erradicar el tumor con el mínimo daño de función en las estructuras cercanas, pero retirando la totalidad del tumor con un margen de seguridad de al menos 5 mm como menciona Panarese *et al.*², (Figura 3). Obteniendo tres especímenes (Figura 4). Posteriormente se retiraron las espículas óseas y el hueso

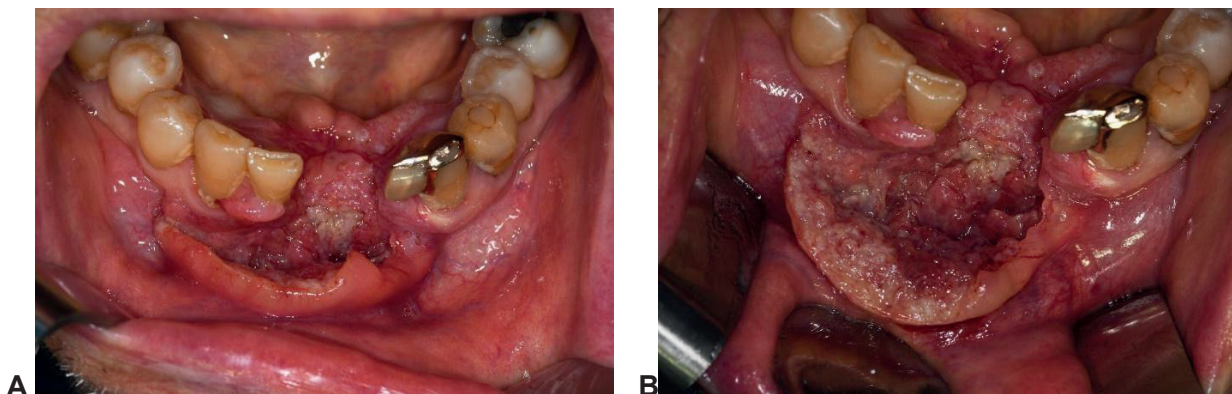


Figura 1. A. Área de reborde alveolar y labio inferior. B. Lesión de bordes irregulares, crateriforme y eritematosa

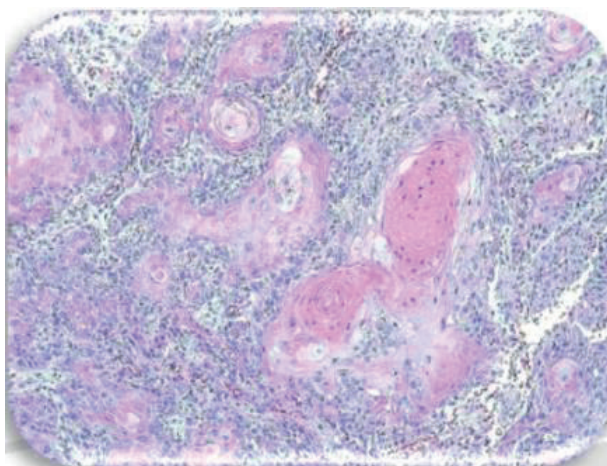


Figura 2. Tejido epitelial escamoso estratificado, el cual presenta transformación neoplásica maligna hacia la superficie en forma rugosa e invadiendo hacia el tejido conectivo fibroso



Figura 3. Incisión Inicial con electrobisturí para excisión de tejido patológico y cauterización

probablemente infectado, de manera manual con una lima para hueso (Figura 5). Una vez retirado el tejido maligno y el hueso probablemente infectado; se observó el lecho quirúrgico limpio (Figura 6). Finalmente, se trató de regresar las estructuras anatómicas restantes a su posición original, intentando lograr un cierre adecuado para evitar el acúmulo de alimentos y posibles infecciones a futuro (Figura 7).

Alternativas de tratamiento. Si hubiera presencia de nódulos linfáticos inflamados, Neville indica realizar una terapia combinada con cirugía y radioterapia, existe también la posibilidad de cirugía radical de cuello en casos de una extensión amplia de la lesión ¹⁶.

Progreso del tratamiento. Se realizó control a los 7 días posterior a la cirugía y el paciente mostraba una mejora



Figura 4. Muestras de tejido extirpado 30x10 mm, 10x10 mm y 25x7 mm

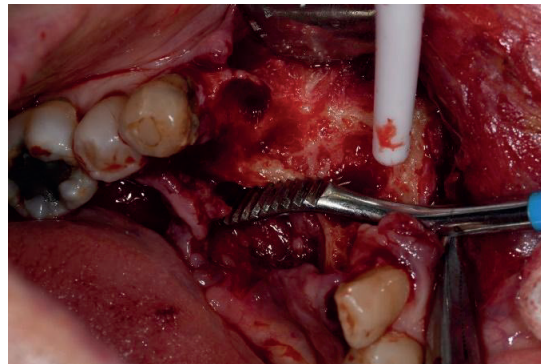


Figura 5. Osteotomía retirando espículas de hueso

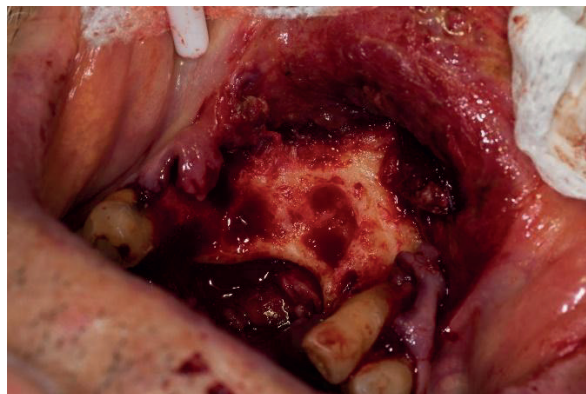


Figura 6. Lecho quirúrgico libre de tejido patológico

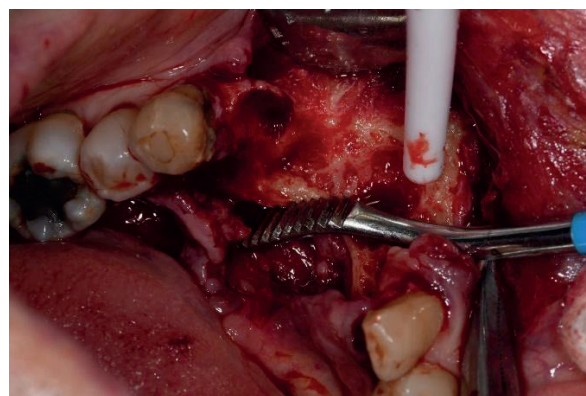


Figura 7. Sutura Vicryl (4-0) colocados de tal manera que se aproximen los bordes de la herida y recupere su funcionalidad



Figura 8. Cita control 15 días después de la cirugía

notable, mencionando que el dolor había disminuido. Se realizó un segundo control a los 15 días y se observó la cicatrización adecuada de la mucosa; se retiraron los puntos de sutura, presentando un área limpia de tejido maligno en la zona de la extirpación del tumor (Figura 8).

Después de un mes y 15 días el paciente comenta tener una leve picazón en el área de la zona. Clínicamente no presentó algún cambio, se mantuvo al paciente bajo observación.

A los 3 meses el paciente regresó con un aumento de volumen en el área de mentón, según refirió la noche anterior al último control comenzó a sentir irritación y prurito. Debido a esto, se le deriva a una clínica especializada en oncología para continuar con el tratamiento.

En la clínica especializada de oncología se le diagnosticó COCE (segundo diagnóstico). Se comenzó el tratamiento de quimioterapia y se le realizaron las valoraciones para una intervención quirúrgica con remoción de la porción anterior de mandíbula.

Discusión

La detección temprana es un factor clave para mejorar el pronóstico y aumentar la tasa de supervivencia del paciente. Aunque la cavidad oral se puede evaluar y examinar fácilmente mediante inspección visual y palpación de manera directa, la mayoría de los casos de COCE o CV no se logran identificar en etapa temprana. Esto probablemente se produce porque los pacientes, no buscan atención dental de manera regular y la mayoría de los cánceres orales en las primeras etapas son asintomáticos⁷, como fue en este caso, que el paciente se presentó a consulta solo cuando tuvo dolor intenso.

Se optó por realizar la extirpación quirúrgica ya que el tratamiento de elección para la mayoría de los tumores malignos (en etapa temprana) que afectan el área maxilar y mandibular es la atención quirúrgica^{1,14,15}; dependiendo del tamaño, localización y estado del tumor³. La extirpación quirúrgica completa se vuelve fundamental ya que los márgenes afectados perjudican el pronóstico^{1,9,15}. Los márgenes quirúrgicos y recurrencia locorregional pueden estar condicionados por el tratamiento, la invasión perineural y linfovascular, la infiltración microscópica del tejido muscular y el estado de los márgenes quirúrgicos. Los márgenes quirúrgicos mayores a

5 mm (márgenes limpios) se relacionan con una baja recurrencia y el 78% de la supervivencia general es a 5 años, y los márgenes menores a 4 mm se asocian a un mayor riesgo de recurrencia y menor supervivencia general, siendo 61 a 50% respectivamente³.

El tratamiento para los cánceres localmente avanzados requiere de cirugía seguida de quimiorradiación; según lo indiquen las características patológicas o la quimiorradiación definitiva¹⁵. La combinación de quimioterapia en combinación de radioterapia se considera como segunda opción cuando la cirugía por sí sola no erradica el tumor, el paciente no es candidato para la cirugía por complicaciones de estructuras anatómicas, rechaza tratamiento, o las características del tumor no permiten la intervención quirúrgica^{10,13}. La quimioterapia y radioterapia suelen tener respuestas pobres y en ocasiones sufren transformaciones neoplásicas, por lo tanto, se cuestiona su efectividad^{2,3}.

Dillon *et al.*,¹⁹ menciona que una vez limpia el área de tejido patológico se deben de llevar los bordes a una zona en donde pueda ser funcional evitando dejar un lecho quirúrgico con riesgo a infección por no presentar un cierre adecuado y buscando una óptima cicatrización. Este tipo de abordaje fue aplicado en el paciente, visualizando resultados positivos en las siguientes citas control, tales como: área limpia, libre de infección, así como una adecuada fijación de tejido blando.

Se ha demostrado que la tasa de supervivencia global a 5 años es de aproximadamente 90% para los casos que involucran el labio inferior, 40% para los casos involucrados en la parte posterior de la lengua y el 20-30% en los casos en paladar blando. Este comportamiento está dado por los sitios anatómicos y sus estructuras, como la cadena linfática y el tipo de abordaje que debe ser realizado³. El riesgo de la recurrencia con estos tumores se estima entre el 40 y 60% para los pacientes con enfermedad local avanzada y la mayoría de los casos ocurren dentro de los primeros 2 años después del diagnóstico primario⁶.

Conclusión

Una adecuada historia clínica junto con los exámenes extraorales e intraorales son vitales para la detección, diagnóstico y tratamiento de este tipo de patologías. Se

debe contar con un patólogo de cabecera con la finalidad de tener un diagnóstico adecuado y a tiempo, de modo que nos permita actuar de manera oportuna en la remoción de la patología presente, buscando una mejora en la calidad de vida de la persona.

Referencias bibliográficas

1. Johnson DE, Burtneß B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE, Grandis JR. Head and neck squamous cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(92):1-22. DOI: 10.1038/s41572-020-00224-3.
2. Peng Q, Wang Y, Quan H, Li Y, Tang Z. Oral verrucous carcinoma: From multifactorial etiology to diverse treatment regimens (Review). *Int J Oncol*. 2016;49(1):59-73. DOI: 10.3892/ijo.2016.3501.
3. Panarese I, Aquino G, Ronchi A, Longo F, Montella M, Cozzolino I, et al. Oral and Oropharyngeal squamous cell carcinoma: prognostic and predictive parameters in the etiopathogenetic route. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2019;19(2):105-19. DOI: 10.1080/14737140.2019.1561288.
4. Candau-Alvarez A, Dean-Ferrer A, Alamillos-Granados FJ, Heredero-Jung S, García-García B, Ruiz-Masera J-J, et al. Verrucous carcinoma of the oral mucosa: an epidemiological and follow-up study of patients treated with surgery in 5 last years. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19(5):e506-e511. DOI: 10.4317/medoral.19683.
5. Alonso JE, Kuan EC, Arshi A, St John MA. A population-based analysis of verrucous carcinoma of the oral cavity. *Laryngoscope*. 2018;128(2):393-7. DOI: 10.1002/lary.26745.
6. Machiels JP, René Leemans C, Golusinski W, Grau C, Licitra L, Gregoire V Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx: EHNS-ESMO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2020;31(11):1462-75. DOI: 10.1016/j.annonc.2020.07.01.
7. Bugshan A, Farooq I. Oral squamous cell carcinoma: metastasis, potentially associated malignant disorders, etiology and recent advancements in diagnosis. *F1000Res*. 2020;9:229. DOI: 10.12688/f1000research.22941.1.
8. Thomson PJ. Perspectives on oral squamous cell carcinoma prevention-proliferation, position, progression and prediction. *J Oral Pathol Med*. 2018;47(9):803-7. DOI: 10.1111/jop.12733.
9. Yao CMKL, Chang EI, Lai SY. Contemporary approach to locally advanced oral cavity squamous cell carcinoma. *Curr Oncol Rep*. 2019;21(11):99. DOI: 10.1007/s11912-019-0845-8.
10. Echanique KA, Desai SV, Marchiano E, Spinazzi EF, Strojjan P, Baredes S, et al. Laryngeal verrucous carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156(1):38-45 DOI: 10.1177/0194599816662631.
11. Walvekar RR, Chaukar DA, Deshpande MS, Pai PS, Chaturvedi P, Kakade A, et al. Verrucous carcinoma of the oral cavity: A clinical and pathological study of 101 cases. *Oral Oncol*. 2009;45(1):47-51. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2008.03.014.
12. Sonalika WG, Anand T. Oral verrucous carcinoma: A retrospective analysis for clinicopathologic features. *J Cancer Res Ther*. 2016;12(1):142-5. DOI: 10.4103/0973-1482.172709.
13. Wang N, Huang M, Lv H. Head and neck verrucous carcinoma: A population-based analysis of incidence, treatment, and prognosis. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(2):e18660. DOI: 10.1097/MD.00000000000018660.
14. Slieker FJB, de Bree R, Van Cann EM. Oral squamous cell carcinoma involving the maxillae: Factors affecting local recurrence and the value of salvage treatment for overall survival. *Head Neck*. 2020;42(8):1821-8. DOI: 10.1002/hed.26108.
15. Marur S, Forastiere AA. Head and neck squamous cell carcinoma: Update on epidemiology, diagnosis, and treatment. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(3):386-96. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.12.017.
16. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Epithelial Pathology*. En: *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3er ed. EUA: Saunders ELSEVIER. 2008. p. 362-452
17. Hosseinpour S, Mashhadiabbas F, Ahsaie MG. Diagnostic biomarkers in oral verrucous carcinoma: A systematic review. *Pathol Oncol Res*. 2017;23(1):19-32. DOI:10.1007/s12253-016-0150-x.
18. Gokavarapu S, Chandrasekhara Rao LM, Patnaik SC, Parvataneni N, Raju KVVN, Chander R, et al. Reliability of incision biopsy for diagnosis of oral verrucous carcinoma: A multivariate clinicopathological study. *J Maxillofac Oral Surg*. 2015;14(3):599-604. DOI: 10.1007/s12663-014-0715-8.
19. Dillon JK, Brown CB, McDonald TM, Ludwig DC, Clark PJ, Leroux BG, et al. How does the close surgical margin impact recurrence and survival when treating oral squamous cell carcinoma?. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015;73(6):1182-8. DOI: 10.1016/j.joms.2014.12.014.