

Espinalioma de lengua. Informe de un caso clínico

Tongue spinalioma. Clinical case report

Presentado: 9 de noviembre de 2015
Aceptado: 18 de agosto de 2016

Víctor Ricardo Fernández,^a Jacqueline Du Bois Goitia,^a Elena Soledad Ortiz Barreto,^a María Susana Briend^b

^aCátedra de Clínica Estomatológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

^bCátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Resumen

Objetivos: Concientizar sobre la importancia de la consulta estomatológica y educar en la autodetección de lesiones facultativamente cancerizables.

Caso clínico: Paciente con antecedentes traumáticos locales de larga data, producidos por piezas dentarias con bordes filosos, obturaciones desbordantes y el consumo de tabaco, factores predisponentes e incidentes en el desencadenamiento de la lesión neoplásica.

Conclusión: El caso presentado pone en evidencia las deficientes medidas de prevención primaria y la falta de acciones conducentes a la práctica de autoevaluaciones orales periódicas.

Palabras clave: Autodetección, bordes de la lengua, prevención, trauma crónico.

Abstract

Aim: To raise awareness about the importance of pathology consultation and patient education in self detection of potentially cancerous lesions.

Clinical case: We report the case of a patient with a long history of local traumatism generated by tooth lesions with sharp edges, over contoured restorations and tobacco consumption, all of which are considered risk factors in the

generation of neoplastic processes.

Conclusion: The case that is reported shows lack of use of primary preventive and self detections conducts that could prevent the development of cancerous lesions.

Key words: Prevention, risk factors, self detection, tongue edges.

Introducción

La neoplasia maligna diagnosticada como carcinoma espinocelular, epidermoide o de células escamosas tiene su origen en las células escamosas del epitelio que recubren la mucosa. Es una de las neoplasias más prevalentes de la cavidad bucal, y las zonas anatómicas más frecuentes son los bordes de la lengua y el piso de boca.¹⁻³

Caso clínico

Un individuo del sexo masculino, de 62 años de edad, desocupado, residente en la ciudad de Corrientes se presentó a la consulta estomatológica por padecer sintomatología dolorosa severa. Los antecedentes hereditarios no son relevantes. Entre los antecedentes personales se destaca hipertensión arterial y diabetes tipo 2, controlada mediante una dieta adecuada y frecuentes mediciones del nivel de glucemia.

En los antecedentes de la enfermedad actual, el paciente relató que la lesión se inició en el borde de la lengua, del lado izquierdo, en el tercio posterior, con sintomatología dolorosa, hace aproximadamente 7 años. Por tal motivo, sólo realizó buches con clorhexidina tres veces al día, y se automedicó con analgésicos y antiinflamatorios. El dolor se presentaba con frecuencia y aumentaba su intensidad al transcurrir el tiempo. El paciente consume, desde los 26 años de edad, un paquete de 20 unidades de cigarrillos rubios por día, lo cual da un total de 262.800 cigarrillos fumados. La inspección extraoral no presentó particularidades.

La lesión se ubica en la lengua, cara dorsal, en el borde izquierdo en sus tres tercios. Se manifiesta como un tumor ligeramente redondeado, de 5 cm en su eje longitudinal mayor y 2,5 cm en su eje menor.

Posee diferentes coloraciones: rosada y eritematosa, rosada similar a la mucosa en su base (si trazamos una línea en el borde inferior de la lesión a 1 cm de piso de boca, observamos esta coloración), y hacia el borde superior su coloración es eritematosa a modo de puntillado.

En el tercio posterior, en el límite de la lesión a 0,4 mm del borde, se encuentra una zona umbilicada, lineal oblicua, de 1,2 cm, exofítica y terebrante.



Figura 1. Extensión de la lesión en los tres tercios del borde izquierdo de la lengua y cara dorsal. Nótese la desviación hacia el lado sano.



Figura 2. Obsérvese la extensión de la lesión en el plano lingual y en piso de boca.

La base de implantación es sésil, y la zona fibrosa presenta coloración rosada similar a la mucosa normal que se separa 2 mm de la mucosa del borde de la lengua. Las piezas dentarias adyacentes al tumor tienen bordes filosos traumáticos. A la palpación, posee consistencia fibrosa.



Figura 3 A-B. Presencia de factor traumático: piezas dentarias con atrición, bordes filosos y coloración amarillenta por el hábito nocivo del tabaquismo.

La repercusión ganglionar en la cadena pericervical submaxilar es de una adenopatía única crónica.

Al momento del examen estomatológico, se observaron movimientos limitados de la lengua. El paciente padecía dolor cuando efectuaba los movimientos de lateralidad.



Figura 4. Movimientos de lateralidad con sintomatología dolorosa.

Para establecer un diagnóstico certero, se indicaron exámenes complementarios: hemograma completo, recuento y fórmula, glucemia, uremia, colesterolemia. Se realizó una biopsia incisional con el correspondiente estudio histopatológico, los que revelaron numerosas atipias celulares. En la zona ulcerada se observaron nidos y cordones infiltrativos neoplásicos entre los haces musculares. Se estableció como diagnóstico de certeza carcinoma epidermoide ulcerado e infiltrante.

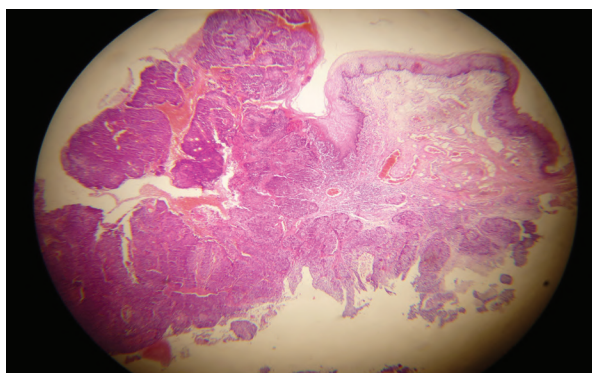


Figura 5. Vista panorámica de margen de la lesión. Carcinoma epidermoide ulcerado e infiltrante (H/E 40X).

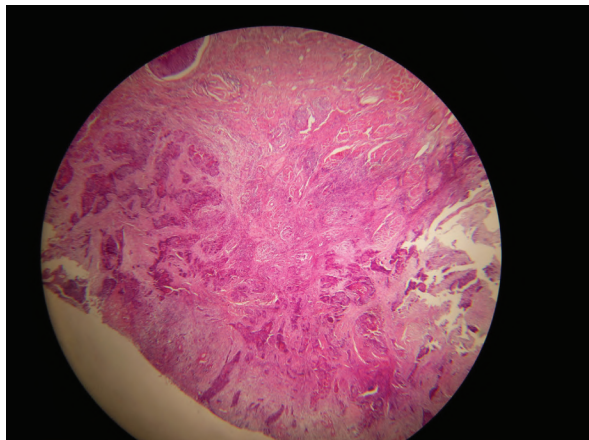


Figura 6. Zona ulcerada con nidos y cordones infiltrativos neoplásicos entre haces musculares (H/E 40X).

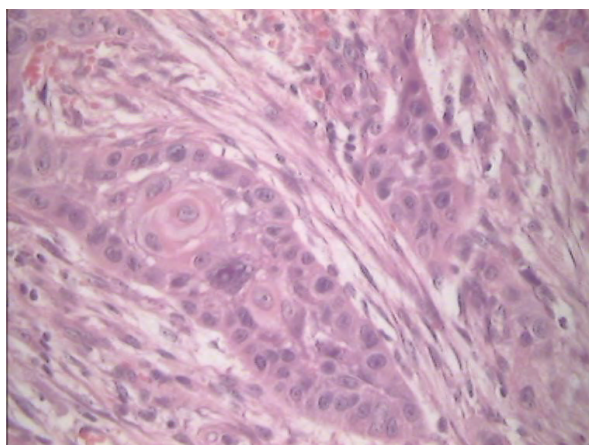


Figura 7. Cordones epiteliales infiltrativos donde se observan atipias citológicas y esbozos de perlas córneas (H/E 100X).

El pronóstico del paciente es reservado, dada la infiltración severa y terebrante de las estructuras anatómicas que se ubican en el órgano lingual y los tejidos adyacentes. La posibilidad de sobrevida es relativamente baja.

Discusión

La incidencia de cáncer intraoral en los grupos etarios de la tercera y la cuarta década de vida ha aumentado a nivel mundial.^{2,3} Su etiopatogenia no está determinada, pero se vincula con una mayor incidencia de los factores predisponentes y de riesgo.⁴ Por ejemplo, la nueva tendencia de realización de piercings en la lengua¹ está directamente relacionada con un trauma crónico,⁴ que además de las lesiones puede desencadenar alteraciones funcionales en la dicción y en el nivel de saliva dentro de la cavidad

bucal.⁵ Las alteraciones pueden ser intraoperatorias, posoperatorias, inmediatas y mediatas.⁶⁻⁸ En estudios histopatológicos de las lesiones, realizados con la técnica de citologías exfoliativas, Lupi *et al.*⁹ describieron citólisis bacteriana de las células epiteliales, micosis, hiperqueratosis, paraqueratosis, infiltración de granulocitos, formaciones de calcio y flora bacteriana. Rosenquist *et al.*¹⁰ y Meyer *et al.*¹¹ afirman lo que han relatado diversos autores en la bibliografía actualizada acerca de la influencia directa del estado de la cavidad bucal. El paciente que padece la patología descrita en el presente artículo posee un estado de salud deficiente. Por lo tanto, los focos infecciosos activos predisponen a la colonización masiva y a la permanencia de la flora patógena.¹²

Las alteraciones posteriores a la instalación de un piercing incluyen lesiones en tejidos blandos como la lengua, las encías, el paladar, y en los tejidos mineralizados como el hueso alveolar y las piezas dentarias, además de alteraciones nerviosas, sensitivas y funcionales.¹³

Por otra parte, es preciso mencionar los trastornos sistémicos, como la posible contaminación con HIV o el virus de la hepatitis B, entre las enfermedades más destacadas.

Conclusión

A nivel mundial, los carcinomas de la mucosa oral –a los que nos referiremos como cáncer bucal– representan del 2 al 5% del total de los cánceres de todo el organismo, y están entre los diez más frecuentes. Por ende, cada mil personas afectadas por cáncer, la incidencia oral ronda entre veinte y cincuenta personas con cáncer en la cavidad bucal, con marcadas diferencias geográficas según la OMS, y en relación con las variaciones locales de los factores de riesgo.

La frecuencia de cáncer bucal ha escalado posiciones debido a factores traumáticos, infecciosos, y a hábitos predisponentes como el tabaco, el alcohol, las prótesis mal adaptadas, la sepsis bucal.¹⁵ Éstos inciden directamente en la cronicidad de las lesiones manifiestas en el carcinoma espinocelular del caso clínico expuesto.^{16,17}

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

1. Meza García G, Muñoz Ibarra J, Páez Valencia C, Cruz Legorreta B, Aldape Barrios B. Oral cavity squamous cells carcinoma, 5 years experience in a third level social

assistance center, in Mexico. *Avances en Odontostomatología* 2009;25:19-28. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/odontov25n1/original2.pdf

2. Miranda R, Cuba S, Gamarra A. Úlcera en lengua causada por remanentes radiculares: Reporte de caso. *Rev Med Hered* 2014;25:223-6. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2014000400007&script=sci_arttext
3. Muñante Cárdenas J, Passeri L. Carcinoma espinocelular: Prevención y diagnóstico precoz en odontología. *Odontología Sanmarquina* 2014;16:36-9.
4. García Kass A, Domínguez Gordillo A, García Núñez J, Cancela Rivas G, Torres Salcines J, Esparza Gómez G. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. *Av Odontostomatol* [en línea]. 2013, octubre [citado 26 de octubre 2015]; 29:255-69. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013005500005
5. Piemonte E, Lazos J, Brunotto M. Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer. *J Oral Pathol Med* 2010;39:513-7.
6. Ziebolz D, Hildebrand A, Proff P, Rinke S, Hornecker E, Mausberg R. Long-term effects of tongue piercing. A case control study. *Clin Oral Invest* 2012;16:231-7.
7. Mackenzie J, Ah-See K, Thakker N, Sloan P, Maran A, Birch J, *et al.* Increasing incidence of oral cancer amongst young persons: What is the aetiology? *Oral Oncol* 2000;36:387-9.
8. Stanko P, Poruban D, Mracna J, Holly D, Janicek B, Pinakova Z, *et al.* Squamous cell carcinoma and piercing of the tongue. A case report. *J Craniomaxillofac Surg* 2012;40:329-31.
9. Lupi S, Zaffe D, Rodríguez y Baena R, Rizzo S, Botticelli A. Cytopathological and chemico-physical analyses of smears of mucosa surrounding oral piercing. *Oral Dis* 2010;16:160-6.
10. Rosenquist K, Wennerberg J, Schildt E, Bladstrom A, Goran Hansson B, Andersson G. Oral status, oral infections and some lifestyle factors as risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. A population-based case-control study in southern Sweden. *Acta Otolaryngol* 2005;125:327-36.
11. Meyer M, Joshipura K, Giovannucci E, Michaud D. A review of the relationship between tooth loss, periodontal disease, and cancer. *Cancer Causes Control* 2008;19:895-907.
12. Selig WK, Jenkins KL, Reynolds SL, Benson D, Daven M. Examining advocacy and comprehensive cancer control. *Cancer Causes and Control* 2005;16:61-8.
13. Inchingolo F, Tatullo M, Abenavoli F, Marrelli M, Inchingolo A, Palladino A, *et al.* Oral piercing and oral diseases: A short time retrospective study. *Int J Med Sci* 2011;8:649-52.
14. Cancer Control WHO Guide for Effective Programmes. Disponible en: www.who.int/cancer/FINAL-Advocacy-Module%206.pdf
15. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Prevention. Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes; 2007 (módulo 2).

16. Petersen P. Oral cancer prevention and control. The approach of the world health organization. *Oral Oncol* 2009;45:454-60.
17. Momares D, Contreras C, Martínez R, Ávalos J, Carmona R. Sobrevida en carcinoma espinocelular de mucosa oral: Análisis de 161 pacientes. *Rev Chil Cir* 2014;66:568-76. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rchcir/v66n6/art10.pdf.
18. Neamatollahi H, Ebrahimi M. Oral health behavior and its determinants in a group of Iranian students. *Indian J*

Dent Res 2010;21:84-8. Disponible en: www.ijdr.in/text.asp?2010/21/1/84/62820

Contacto:

JACQUELINE DU BOIS GOITIA
jacqueduboisgoitia@hotmail.com
Rivadavia 551 (W3400AFE)
Corrientes, Argentina