

Manejo del paciente oncológico con cáncer de suelo de boca

Manejo del paciente oncológico con cáncer de suelo de boca

Yazmila Rodríguez Fernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6299-1637>

Johannes Rene Maestre Cabello²

Alejandro Naranjo Amaro¹

Yaimelis Martínez Revol¹

¹Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

²Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yazmila70@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: El cáncer del piso de la boca representa unos de los tumores más frecuentes de la cavidad bucal. En la mayoría de las ocasiones está relacionado con el alcoholismo y el tabaquismo.

Objetivo: Presentar un caso cuya sintomatología correspondió a un cáncer del piso de la boca en estadio avanzado, su tratamiento y posterior evolución.

Caso clínico: Paciente masculino, de raza blanca, de 57 años de edad con antecedentes de ser fumador y bebedor inveterado, que después de una extracción dentaria comenzó con aumento de volumen en la boca. Al exámen físico se observa lesión mixta ulcero-infiltrante y vegetante en suelo de la boca y reborde alveolar derecho.

Conclusiones: Por la frecuencia del carcinoma del suelo de la boca es importante la vigilancia de los factores de riesgo, además de la actuación médica oportuna, para evitar intervenciones quirúrgicas complejas.

Palabras clave: suelo de la boca; carcinoma; reborde alveolar.

ABSTRACT

Introduction: The floor of the mouth cancer represents one of the most frequent tumors of the oral cavity. In most cases it is related to alcoholism and smoking.

Objective: To present a case that symptomatology corresponded to an advanced stage of floor of the mouth cancer, treatment and subsequent evolution.

Case report: A 57-year-old male, white patient with a history of being an incorrigible smoker and drinker began to suffer increased volume in his mouth after a dental extraction. The physical examination showed mixed ulcero-infiltrating and vegetative lesion on the floor of the mouth and right alveolar ridge.

Conclusions: Due to the frequency of carcinoma of the floor of the mouth, it is important to monitor risk factors, in addition to timely medical actions to avoid complex surgical interventions.

Keywords: floor of the mouth cancer; carcinoma; alveolar flange.

Recibido: 12/05/2019

Aceptado: 16/06/2019

Introducción

En Cuba el cáncer bucal representa, después del laríngeo, el segundo más frecuente de cabeza y cuello. Cerca del 40 % de los carcinomas epidermoides intrabucuales tienen su comienzo en el suelo de la boca o en las superficies lateral y ventral de la lengua.

El carcinoma epidermoide bucal afecta cerca de 30 000 personas en los Estados Unidos por año, lo que representa el 3 % de los cánceres en los varones y el 2 % en las mujeres.^(1,2)

Los cánceres del piso de la boca representan unos de los tumores más frecuentes de la cavidad bucal. Es habitual que estos tumores se desarrollen a partir de lesiones precancerosas preexistentes, por lo que requieren una vigilancia y un tratamiento adecuados.

El suelo de la boca es un área en forma de herradura, limitada externamente por la cara posterior de la mandíbula (superficie lingual). Se extiende hasta la unión del pilar amigdalino anterior con el surco glosamigdalino y se relaciona medialmente con la superficie inferior de la lengua móvil. Está recubierta por una fina mucosa a través de la cual se transparentan las venas sublinguales o raninas. El músculo milohioideo conforma el diafragma de la boca que separa el suelo de la boca de los triángulos cervicales submentoniano y submandibular

La mandíbula conforma el borde externo del suelo de la boca, en los casos de tumor puede ser necesaria su sección (mandibulotomía) o su resección parcial. La posición del orificio mentoniano es importante a la hora de planificar una intervención quirúrgica, ya que por él discurre los nervios que inervan el labio inferior; también es de interés la línea por donde se inserta el milohioideo. Cuando se planifica una mandibulectomía hay que tener en cuenta la altura del cuerpo de la mandíbula y la inserción de las raíces dentales.

Existen una serie de factores de riesgo que favorecen la aparición del carcinoma epidermoide bucal, entre los que se encuentran los pacientes del sexo masculino, alrededor de la sexta década de la vida y que tienen como hábitos tóxicos el alcoholismo y el tabaquismo.^(1,2,3) La infección por virus del papiloma humano también juega un papel importante en el desarrollo de esta afección.⁽⁴⁾ Otros factores como las deficiencias vitamínicas, irritaciones crónicas por dentaduras defectuosas o prótesis desajustadas, dientes filosos, alimentos calientes y picantes se consideran hoy de poca relevancia.^(5,6)

En sus inicios estas lesiones pueden ser asintomáticas, luego aparecen molestias bucales, dificultades al colocarse la prótesis o molestias al masticar, en estadios más avanzados puede haber dolor local, otalgia, odontalgia, sangrado y halitosis⁽⁷⁾

La inspección y la palpación son en el examen físico las bases para el diagnóstico clínico. Se observan lesiones de aspecto vegetante, infiltrante o mixto; también puede presentar forma nodular submucosa. A la palpación se puede definir la extensión submucosa, grado de induración, friabilidad, entre otras. El exámen del cuello puede reflejar adenopatías en regiones de los niveles I y II, duras de crecimiento progresivo e indoloras.⁽⁸⁾

Para corroborar el diagnóstico clínico se debe realizar estudio anatomopatológico mediante biopsia por ponche; aunque en lesiones muy pequeñas clínicamente evidentes puede usarse la biopsia exéretica.⁽²⁾

Para la mayoría de los cánceres de la cavidad oral, la cirugía es el tratamiento de elección inicial; la radiación o la quimio radiación se añaden después de la operación si la enfermedad está más avanzada o tiene características de alto riesgo.^(1,6)

El objetivo de este trabajo fue presentar un caso cuya sintomatología correspondió a un cáncer del piso de la boca en estadio avanzado, su tratamiento y posterior evolución, por ser un caso complejo que puede servir de referencia en situaciones similares.

Caso clínico

Se presenta un paciente masculino, de raza blanca, de 57 años de edad, con antecedentes de ser fumador y alcohólico, además de asma Bronquial controlada. Este refirió que después de una extracción dentaria comenzó con aumento de volumen en la boca, que le dificultaba la alimentación y la masticación. Acudió a consulta de clasificación en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) en el mes de agosto de 2018, donde fue atendido por la especialidad de Cabeza y Cuello y discutido en colectivo, se decidió su remisión al servicio de Otorrinolaringología del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. Por el estado avanzado y complicado de su enfermedad oncológica se acordó seguimiento en conjunto.

Al examen se encontró (Fig. 1):

- Cara: aumento de volumen en rama mandibular derecha.
- Cavidad bucal: lesión mixta ulcero-infiltrante y vegetante con zonas de necrosis que ocupa región retromolar derecha, reborde alveolar derecho inferior, suelo de boca derecho e infiltración a piel, lengua móvil.
- Cuello: adenopatía nivel II pética, poco móvil de aproximadamente 2cm, no dolorosa.



Fig. 1 - Aumento de volumen en rama mandibular derecha y lesión mixta ulcero-infiltrante en suelo de la boca.

Se indicaron complementarios para realizar biopsia por ponche de la lesión. En espera de los resultados anatomopatológicos se orientaron estudios para valorar extensión tumoral, ya que es una lesión con características clínicas sugestivas de malignidad.

Complementarios:

- Ultrasonido de partes blandas: se explora el área de la lesión de la cara y se observa lesión “T” heterogénea, muy vascularizada que sobrepasa los 82 x 54 mm.
- Ultrasonido de cuello: se exploran las cadenas ganglionares y se evidencian adenopatías del lado izquierdo predominantemente inflamatorias, otras con pobre mediastino, redondeadas menores de 1 cm. Del lado derecho se observan adenopatías inflamatorias con mediastino.
- Ultrasonido abdominal: hígado de tamaño y ecoestructura normal. Vesícula escleroatrófica con litiasis en su interior. Páncreas, bazo y riñones normales.
- Tomografía computarizada contrastada de cabeza, cuello y tórax (Fig. 2): masa tumoral hiperdensa (50-70 UH), de localización submaxilar derecha de aproximadamente 70 x 66 x 63 mm, heterogénea de contornos lobulados que se extiende al suelo de la boca e infiltra la musculatura a ese nivel. Así como destrucción del hemicuerpo mandibular derecho que realza aproximadamente 20-40 UH, de forma heterogénea con necrosis central, y presencia de masas peritumorales y adenopatías escasas adyacentes.

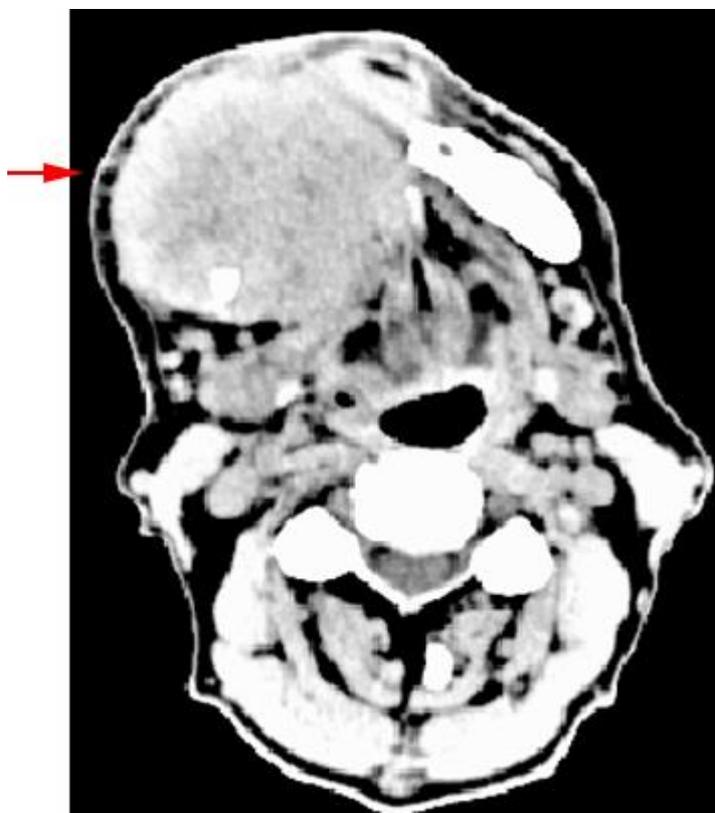


Fig. 2 - Imagen tumoral en la Tomografía Computarizada.

Al recibir resultado de la biopsia B18-2415 (28-8-18) que informó fragmento de tejido con carcinoma epidermoide tipo basaloide, infiltrante se discutió en el servicio y se clasificó como un T4aN0M0 para una etapa IVA y se decidió tratamiento quirúrgico.

Fue llevado a salón de operaciones donde se le realizó una traqueostomía, pelviglosectomía con mandibulectomía total, disección radical de cuello derecha, reconstrucción con colgajo pectoral (Fig. 3). No hubieron complicaciones transoperatorias. Salió del salón con sonda nasoesofágica, traqueostomía permeable con cánula plástica número 9 y drenajes de aspiración negativa en pectoral y cuello derecho.



Fig. 3 - Resultado de la intervención quirúrgica.

Durante su estadía en la terapia quirúrgica se realizaron diariamente los procedimientos de enfermería y las curas por parte de los médicos de asistencia. Se cambió a cánula metálica de traqueostomía número 13 al día siguiente de la cirugía. Se revisaron los drenajes y se curaron las heridas quirúrgicas con solución yodada o ácido acético 2 %. La alimentación se realizó por sonda nasoesofágica y los medicamentos se administraron de acuerdo con las normas y horarios establecidos. Se retiró la sonda vesical a las 24 h de la cirugía.

Al quinto día de la cirugía comenzó a observarse un cambio de coloración del colgajo muy discreto. Se retiraron los drenajes dos días después y se observó dehiscencia del colgajo en su 1/3 superior, así como coloración de la piel rojo violáceo y salida de saliva en región anterior del cuello (Fig. 4).



Fig. 4 - Necrosis del tejido, con la presencia de una fístula.

Se comenzaron a realizar curas más intensas en consulta y al no observar mejoría, sino progresión de la dehiscencia, así como un aumento de la salida de saliva, se decidió llevar a salón de operaciones nuevamente, donde se realizó cura bajo anestesia general y cierre de la fístula bucocutánea. Se observó a los días tejido de granulación y coloración normal de la piel (Fig. 5).



Fig. 5 - Resultado de la intervención quirúrgica para resolver la complicación posoperatoria; nótese la aparición de tejido de granulación.

El resultado de la biopsia informó lesión tumoral de suelo de boca y mandíbula, carcinoma epidermoide tipo basaloide infiltrante, permeación linfática y vascular según cortes estudiados, áreas de hemorragia, muestra constituida por tumor en su totalidad.

Por tal motivo, se decidió tratamiento adyuvante y concurrente de quimioterapia (cisplatino y 5 FU) y radioterapia (60-70 Gy) una vez cicatrizada la herida quirúrgica.

Se mantuvo la realización de curas en consulta diariamente con Merbromín y Hebermin, así como ozono oral, hasta lograr un tejido de granulación con buena vitalidad, momento en el cual se decidió su alta hospitalaria. Durante su egreso acudió a consulta a realizar curas días alternos y se percibió una recuperación progresiva. Se determinó retirar cánula de traqueotomía metálica y la sonda nasoesofágica y se inició la alimentación oral.

Días después, se observó una herida quirúrgica completamente cicatrizada y se suspendieron las curas, por lo que se inició tratamiento adyuvante (Fig. 6).



Fig. 6 - Paciente recuperado de la intervención quirúrgica.

Discusión

El cáncer de suelo de boca se origina en la mucosa y en su crecimiento se extiende superficialmente en sentido medial hacia la cara ventral de la lengua; hacia afuera se dirige contra la cara interna de la mandíbula, e invade la mucosa de la cara lingual de la encía o del reborde alveolar.^(9,10)

Cuando la lesión se extiende en profundidad toma hacia dentro los músculos del diafragma del suelo de la boca y los músculos de la lengua, por lo que se produce fijación de esta. Otras estructuras como las carúnculas salivales y los conductos de Wharton pueden verse afectadas por el tumor y producirse sialoadenitis secundaria de la submaxilar.⁽¹¹⁾

Las glándulas sublinguales se ven con frecuencia también afectadas. La invasión ósea de la mandíbula es un fenómeno relativamente frecuente, y puede producirse mediante ruptura de la cortical interna o penetración del tumor a través de los alvéolos dentarios, lo que provoca molestias de la movilidad dentaria y dolor.^(12,13,14)

Una vez dentro del hueso se produce la diseminación intramedular en ambos sentidos y la toma del nervio dentario inferior, que inicialmente da un cuadro neurálgico y posteriormente se produce la anestesia del labio inferior. El tumor en su progresión llega a invadir la piel del mentón y del labio inferior que causa de inicio fijación y edema de la piel, y después eritema y ulceración con presencia evidente de la masa tumoral.^(15,16)

La diseminación regional se produce a los ganglios submentales en las lesiones anteriores y a los submaxilares en las lesiones más laterales. Con frecuencia la diseminación es bilateral,

los ganglios más afectados en segundo lugar son los del tercio superior de la cadena yugular interna.⁽²⁾

Dentro de los estudios complementarios de extensión tumoral se indica una radiografía panorámica que informa la relación del tumor con la mandíbula. Además, es importante realizar una evaluación endoscópica de la vía aerodigestiva, radiografía de tórax, ultrasonido abdominal, así como una tomografía computarizada contrastada y/o resonancia magnética nuclear contrastada de cabeza, cuello y tórax; todas ellas ayudan a determinar la diseminación local, regional y a distancia.^(2,17,18)

También deben analizarse la presencia de los factores de comorbilidad del paciente y determinar su operabilidad.⁽⁵⁾ Se indica la disección selectiva del cuello si el riesgo de enfermedad ganglionar supera el 15 a 20 %.⁽¹⁾

La reconstrucción quirúrgica sistemática es la clave para reducir las discapacidades bucales posoperatorias. Los procedimientos varían de los colgajos de tejido local a transferencias de tejido libre. Después de practicar resecciones importantes, pueden necesitarse logoterapia y la terapia de la deglución.^(19,20)

Los objetivos quirúrgicos de este tipo de operación se encuentran bien establecidos: márgenes quirúrgicos libres, evitar una fístula oro-cervical, preservar la funcionalidad y la estética o mantener la longitud y movilidad de la lengua, evitar la retención de secreciones y comida en el neosuelo de boca, evitar la obstrucción de los conductos de drenaje salivares, evitar lesionar el nervio hipogloso, mantener la integridad y grosor de la mandíbula, reemplazar las piezas dentales exodonciadas.⁽²¹⁾

Con excepción de los tumores que se extienden posteriormente y envuelven la vaina carotidea, muy pocos tumores del suelo de boca son irreseccables. Lo anterior depende de la morbilidad quirúrgica, lo que a su vez se relaciona con la complejidad de la reconstrucción y su viabilidad.

La cirugía para los cánceres que son grandes o difíciles de alcanzar puede ser muy complicada. En este caso, los efectos secundarios pueden incluir infección, apertura espontánea de la herida, problemas para comer, respirar o hablar; en casos muy poco comunes, la muerte durante el procedimiento o poco después de este. Además, la cirugía puede causar desfiguración, especialmente si es necesario remover los huesos de la cara o la mandíbula. La pericia del cirujano al extirpar todo el cáncer es muy importante para minimizar estos efectos secundarios.⁷

Se concluye, que por la frecuencia del carcinoma del suelo de la boca es importante la vigilancia de los factores de riesgo, además de la actuación médica oportuna para evitar intervenciones quirúrgicas complejas. No obstante, una vez establecida la enfermedad y en casos avanzados el tratamiento quirúrgico es la elección. El diagnóstico precoz de las complicaciones y el manejo especializado de las acciones de enfermería, permiten la favorable evolución posoperatoria del paciente y el poder recibir el tratamiento adyuvante y concurrente de quimioterapia y radioterapia.

Referencias bibliográficas

1. Martínez S, Alonso A, Aparicio G, Parga N, Prieto I. Cambios epidemiológicos en el cáncer epidermoide de lengua. a propósito de un caso. MEDIFAM. 2003;13(4):320-24.
2. Vokes E, Weichsalbaum R, Lippman S. Head and neck cáncer. N Engl J Med. 2013;32(8):184-94.
3. Boring C, Squires T, Tong T. Cáncer statistics. Cáncer Center J Clin. 2015;41: 19-36.
4. Sanchís J, Forriol F, Sanchos C. Localización anatómica del cáncer oral. Estudio epidemiológico sobre una muestra de 782 casos de Carcinoma Epidermoide. Arch de Odont Estom. 2006;2:187-9.
5. Blot W, Mclaughlin J, Winn D, Austin F, Greenberg R. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cáncer. Cáncer Res. 2008;48:3282-7.
6. Depuet P. Rising mortality from cancer of the tongue in young adults. N Engl J Med. 2016;31(5):647-51.
7. Pitman K, Johnson J, Wagner L, Myers E. Cancer of the tongue in patients less than forty. Head Neck. 2010;22:297-302.
8. Davis S, Severson R. Increasing incidence of cancer of the tongue in young adults. Lancet. 2017;2(1):910-15.
9. Myers J, Elkins T, Roberts D, Byers R. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults: increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;12(2):44-51.
10. Almadori G, Palodetti G, Cerullo M, Ottaviani F, D'Alairi L. Marihuana smoking as a possible cause of tongue carcinoma in young patients. J Laryngol Otol. 2014;10(4):896-9.
11. Cabello A, Fernández J, Cariati P, Martínez I, Román M, Sánchez D. Carcinoma epidermoide del suelo de la boca. ¿Es suficientemente seguro el vaciamiento cervical

supraomohioideo para tratar clínicamente a los pacientes N 0? *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2019;70(2):68-73.

12. Nam S, Rodriguez F, Muñoz M, Sastre J. Melanoma of the oral mucosa. Clinical cases and review of the literature. *Patol Oral and Cir Bucal.* 2005;10:264-71.

13. Castell X, Quintana M, Martínez M, Nieto A, Sánchez M, Monner A, et al. The role of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int J Cancer* 2004; 108(5):741-9.

14. Godoy H, Tamanaha R. Carcinoma epidermoide en cavidad oral. *Rev. Asoc Odontol Argent.* 2003;91(3):190-3.

15. Díaz J, Santana J, Cuevas I. Cáncer bucofaríngeo en menores de 30 años. *Rev cubana Oncol* 2002;11(3-4):71-2.

16. Luukka M, Minn H, Aitasalo K, Kronqvist P, Kulmala J, Pyrhonen S, Grenman R. Treatment of squamous cell carcinoma of the oral cavity, oropharynx and hipopharynx- an analysis of 174 patients in south western Finland. *Acta Oncol.* 2003;42(7):756-62.

17. Muñoz A, Santa S, Fonseca E, Nieto A, Blanco P, Gómez J. Survival rate in epidermoid carcinoma of the oral cavity. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001;52(5):381-6.

18. Costa L, Pereira J, Nunes A, Arruda M. Correlation between TNM clasification, histological grading an anatomical location in oral squamous cell carcinoma. *Pesqui Odontol Bras.* 2002;16(3):216-20.

19. Pauloski B. Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Phys Med Rehabil. Clin North America.* 2008;19(4):889-92.

20. Mercado V, Gómez G. Vaciamiento cervical, desde una perspectiva general. *Rev. Otorrinolaringol. Cir Cabeza Cuello (México).* 2015;65:123-9.

21. Sciubba J. Alterations of mucosa at the premalignant level. *Surgical Pathology: Considerations in Diagnosis and Management. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America.* 2014;12(6):421-9.

Conflicto de intereses

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.