

Carcinoma epidermoide de carrillo

Squamous cell carcinoma of the cheek

José Ángel Llerena Suárez¹ <https://orcid.org/0000-0001-7879-0602>

Yisel Cintra Castro^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2990-3778>

Yiney Toledo Roque¹ <https://orcid.org/0000-0001-7311-244X>

¹Hospital Universitario Docente Clínico Quirúrgico “Faustino Pérez Hernández.”
Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yiselcc.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El carcinoma epidermoide de cavidad oral es un tumor maligno epitelial de etiología desconocida, pero que estaría relacionado con factores químicos, físicos, biológicos y genéticos cuya representatividad a nivel mundial y en América ha aumentado considerablemente.

Objetivo: Describir un caso con carcinoma epidermoide de carrillo.

Caso clínico: Se trata de paciente femenina de 78 años de edad, con antecedentes de ser fumadora inveterada, que presenta una lesión en mejilla izquierda acompañada de dolor y sangramiento de aproximadamente 6 meses de evolución, Al examen físico se encuentra lesión exofítica, ulcerada, con áreas de necrosis.

Conclusiones: La importancia de un diagnóstico temprano es fundamental para identificar estas lesiones malignas y así contribuir a una mejor calidad de vida del paciente. A diferencia de los tumores cutáneos, el cáncer de la cavidad bucal tiene peor pronóstico y más elevada mortalidad debido a la intensa vascularización de esta zona, que favorece la diseminación de las células transformadas y a su escasa sintomatología.

Palabras clave: carcinoma epidermoide; tumoración de carrillo, disección radical de cuello.

ABSTRACT

Introduction: Squamous cell carcinoma of the oral cavity is a malignant epithelial tumor of unknown etiology, but that would be related to chemical, physical, biological and genetic factors whose representativeness worldwide and in America has considerably increased.

Objective: To describe a case with squamous cell carcinoma of the cheek.

Clinical case: This is case of a 78-year-old female patient, with history of being a persistent smoker, who had a lesion on the left cheek accompanied by pain and bleeding of approximately 6 months of evolution. On physical examination, an exophytic, ulcerated lesion is found, with necrosis areas.

Conclusions: The importance of a premature diagnosis is fundamental to identify these malignant injuries and that way contributing to a patient's better quality of life. Unlike the cutaneous tumors, the cancer of the buccal cavity has worse prognosis and more lofty mortality due to the intense vascularization of this zone, favorable the dissemination of the transformed cells and to his scarce symptomatology.

Keywords: squamous cell carcinoma; cheek tumor, radical neck dissection.

Recibido: 28/09/2020

Aceptado: 12/10/2020

Introducción

El cáncer de cabeza y cuello corresponde a una neoplasia maligna que afecta principalmente al tracto aéreo digestivo superior y se subdivide según la región anatómica comprometida, clasificándose en cáncer de; cavidad oral (dos tercios de la lengua, revestimiento interior de mejillas y labios, base de la boca, paladar duro), faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), laringe (glótica, supraglótica e infraglótica), glándulas salivales, fosas nasales y senos paranasales.^(1,2) De acuerdo con la “*International Agency for Research on Cancer*” (IARC), más de 630 000 personas son diagnosticadas anualmente por este cáncer. Más del 90 % son de histología escamosa, teniendo comportamientos agresivos,

incluso comprometiendo órganos y tejidos en etapas posteriores al tratamiento. En relación al resto de las histologías, 2 % son sarcomas y 7 % son adenoescamosos, melanomas y no especificados.⁽³⁾

El cáncer bucal representa 2 % de todos los cánceres y casi 30 % de los tumores de cabeza y cuello. Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la cavidad bucal se reportan en Pakistán, Brasil, India y Francia, en algunos casos asociados a la ingestión de brebajes.⁽⁴⁾

En Cuba, en el año 2013, la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en ambos sexos fue de 6,5 por 100 000 habitantes, donde ocupó el quinto lugar dentro de las diez primeras localizaciones. Esas cifras se elevan con el envejecimiento.⁽⁵⁾

El carcinoma epidermoide presenta un crecimiento agresivo, invasión local y diseminación a los ganglios linfáticos cervicales. A pesar de los avances en el tratamiento, no se han mejorado las tasas de supervivencia debido a su recurrencia, las metástasis a distancia y al diagnóstico tardío. El cáncer epidermoide afecta la mucosa bucal, encía, paladar duro y blando, lengua y piso de la boca.^(6,7)

Caso clínico

Paciente femenina, de piel blanca, 78 años de edad, procedencia urbana con antecedentes de ser fumadora inveterada. Acude a consulta de oncología de cabeza y cuello proveniente de su área de salud, por presentar una lesión en mejilla izquierda acompañada de dolor y sangramiento de aproximadamente 6 meses de evolución. Al examen físico se encuentra lesión exofítica, ulcerada, con áreas de necrosis y bordes irregulares, de aproximadamente 12 cm de diámetro en carrillo izquierdo, que infiltra piel de la cara (Fig. 1). Al examen físico del cuello se observa adenopatía de 3 cm de diámetro, por delante del músculo esternocleidomastoideo de consistencia dura, fija, en el nivel IIa izquierdo.



Fig. 1 - Lesión exofítica, ulcerada, en carrillo izquierdo

Se le realizaron estudios hematológicos como: hemograma, eritrosedimentación, hemoquímica (glicemia, creatinina), coagulograma completo, electrocardiograma, todos se encontraban dentro de parámetros normales. Se realizó además una tomografía computarizada contrastada de cabeza y cuello donde se observó: masa hiperdensa en región del carrillo izquierdo que mide 10 por 2,6 cm, que capta contraste e infiltra partes blandas a ese nivel, asociado a presencia de adenopatía de diámetro aproximado de 2,8 mm por delante de la carótida, que corresponde con el nivel II a. En los rayos X de tórax se observó aumento de la trama bronco-vascular bilateral.

Técnica quirúrgica empleada en el caso presentado

En el primer tiempo quirúrgico se realizó la disección radical de la región izquierda del cuello, la incisión sencilla trifurcada en forma de T fue la que se utilizó en esta paciente. (Fig. 2)



Fig. 2 - Disección de adenopatías en la región izquierda del cuello.

La incisión cutánea se practicó con escalpelo y el resto de la disección se llevó a cabo con bisturí eléctrico. Esta incisión se profundizó a través del músculo platisma, donde se elevó el colgajo superficial y se sacrificó el mismo.

Se comenzó con la disección del borde superior de delante hacia atrás desde el mentón, resecando todo el tejido celuloganglionar que existía por delante de la glándula submaxilar, y que se encontraba entre el músculo cutáneo y el milohioideo. Se extrajo la glándula submaxilar, y se ligaron los vasos faciales, se extirpó la fascia de la glándula hasta ver por completo el músculo digástrico, primero se ligó la vena que es superficial y posteriormente la arteria que es profunda.

Se resecó el polo inferior de la glándula parótida guiándose por una línea horizontal que va desde el ángulo de la mandíbula hasta el vientre posterior del digástrico, se ligó la vena yugular interna en su extremo más alto. Se hace la sección alta del esternocleidomastoideo a nivel de la apófisis mastoides y hacia arriba alcanzando el borde anterior del trapecio; se extirpa el digástrico.

Se palpa la apófisis transversa del atlas indicándose que delante estaban primero el nervio espinal y luego la vena yugular interna. Se disecciona todo el tejido celuloganglionar que había por detrás de dicha apófisis hasta el borde anterior del trapecio y se profundiza hasta el músculo elevador de la escápula y el esplenio. Se disecciona y extirpa el nervio espinal, y se realiza una disección de 2 cm de la vena yugular interna para realizar ligadura y resección segura.

Se realiza disección del borde inferior desde la línea media hasta el borde anterior del trapecio, un centímetro por encima de la clavícula. A este nivel se comienza con la sección inferior del esternocleidomastoideo, después de separarlo del esternohioideo, se hace una buena hemostasia a consecuencia de la abundante vascularización del esternocleidomastoideo. Se efectúa la ligadura inferior de la vena yugular interna por debajo de la vena tiroidea media e identificando

previamente el neumogástrico y carótida primitiva. Se practica la exéresis de todo el tejido celuloganglionar que había a este nivel.

Se seccionan las inserciones claviculares del omohioideo en la región más externa del campo quirúrgico para observar el plexo braquial, y se disecciona el tejido celuloganglionar que se encontraba en la posición externa del plexo braquial y se llevó este hacia arriba. Se separa el músculo escaleno anterior, observando el nervio frénico el cual es conservado. Se liga y seccionan los vasos cervicales transversos. Se disecciona el tejido linfático que se encontraba por debajo de la arteria carótida primitiva, se lleva hacia arriba previa sección de la vaina que lo recubría. Se separa la pieza hacia arriba hasta la cuarta raíz cervical.

Se realiza disección del borde anterior desde la línea media hasta las ramas de la carótida. Se despegan la aponeurosis cervical superficial y media de la musculatura prelaríngea y se secciona el omohioideo de su inserción hioidea.

Se realiza el despegamiento profundo de la pieza de atrás hacia delante, seccionando las ramas del plexo cervical superficial de los músculos profundos. Se secciona la vaina de la carótida en su parte anterior y externa separándola del neumogástrico. Una vez liberada la carótida en su parte posterior, se une a la disección anterior y se extrae la pieza quirúrgica. Finalmente se realiza la hemostasia pertinente, la colocación de drenajes aspirativos mediante incisiones separadas, se suturó la herida en dos planos con puntos sueltos de catgut-crómico 3-0 para el platismo y suturas de nylon 5-0 para la piel y se realizó vendaje compresivo.

En el segundo tiempo quirúrgico se realizó una resección tridimensional de manera circular que comprometió casi toda la mejilla, incluyendo piel, tejido celular subcutáneo, músculo y mucosa de la comisura labial. El cierre del defecto quirúrgico se realizó en dos capas, con suturas invertidas sueltas de catgut crómico 3-0 para la capa subcutánea y nylon 5-0 para la piel.

La evolución fue favorable, se observaron las heridas quirúrgicas con bordes afrontados y sin signos de sepsis. (Fig. 3)



Fig. 3 - Heridas quirúrgicas bien afrontadas y sin signos de sepsis.

Se realizó la retirada de la sutura a los diez días y no se observaron complicaciones de los colgajos (hematomas, sepsis, ni dehiscencias). (Fig. 4)



Fig. 4- Aspecto final de la intervención quirúrgica

En el Departamento de Anatomía Patológica se diagnosticó: carcinoma epidermoide bien diferenciado infiltrante, ganglios 2/10, bordes quirúrgicos libres de tumor.

Discusión

Los principales factores de riesgo reportados en la literatura son: el hábito de fumar y el consumo de alcohol, aproximadamente el 75 % de los cánceres de cavidad oral, faringe y laringe se producen por estos agentes, generando su combinación un efecto sinérgico.⁽⁸⁾ Además en publicaciones recientes se muestra

la importancia que cumple el virus del papiloma humano en estas lesiones, principalmente el serotipo 16, quien cumple un rol relevante en el cáncer orofaríngeo y cáncer oral de células escamosas.^(9,10)

Se estima que el riesgo de cáncer de cabeza y cuello por el consumo de cigarrillo es 10 veces mayor al compararlo con los no fumadores.⁽¹¹⁾ Aquellos pacientes que continúan fumando durante el tratamiento, principalmente en la radioterapia, son más propensos a desarrollar osteoradionecrosis y requieren de hospitalización durante el tratamiento. Si los pacientes dejan de fumar en un periodo de uno a cuatro años, la reducción del riesgo es 30 % comparado con los fumadores habituales.^(12,13,14)

El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal.⁽¹⁵⁾ Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, pipa o mascado o aspirado o por fumar invertido. El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también de la calidad y la técnica de consumo.^(15,16)

El consumo de alcohol es un factor de riesgo, siendo un indicador de mala calidad de vida e impacto en la sobrevida. Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto cáustico sobre la mucosa bucal y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que interfiere con la síntesis y reparación del ADN.^(17,18,19)

A pesar de que el cáncer bucal se localiza en regiones asequibles a la exploración física, la mayoría de los pacientes en el mundo entero, y Cuba no es la excepción, se diagnostican en estadios avanzados cuando las posibilidades de curación son remotas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico. A esto contribuyen los pocos síntomas en sus etapas iniciales y al carácter inespecífico de las lesiones. Con mayor frecuencia son tumores voluminosos en cavidad bucal con ganglios metastásicos en el cuello lo cual no sólo implica tratamientos mutilantes, como el practicado en la paciente presentada, sino pobres resultados terapéuticos, dando como consecuencia muchos años de vida productivos perdidos.

El cáncer bucal produce secuelas permanentes en el complejo bucal, capaces de afectar psicológicamente al enfermo, repercutir en su entorno familiar y social, así como crear dificultades para diversas funciones como la fonación, articulación de la palabra, dificultades para la deglución, problemas de olfacción, entre otras.⁽²⁰⁾

En las lesiones de la cavidad oral, la cirugía debe abarcar adecuadamente toda la diseminación macroscópica, así como la presunta diseminación microscópica de la enfermedad. La disección cervical radical clásica ha sido el método de elección para el tratamiento quirúrgico de los ganglios metastásicos cervicales clínicamente evidentes, método que se empleó en la paciente presentada.

Para realizar las disecciones radicales se han descrito varias incisiones. Sin embargo, es preferible la incisión sencilla trifurcada en forma de T que fue la utilizada en el caso presentado. El brazo transversal de la T comienza en la apófisis mastoides y sigue una línea de incisión cutánea en la parte superior del cuello, manteniéndose al menos dos dedos por debajo del ángulo de la mandíbula. La incisión se extiende a través de la línea media hasta el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo opuesto. El brazo vertical de la incisión en T se inicia aproximadamente en el punto medio de la incisión transversal cerca del

borde posterior del músculo esternocleidomastoideo. Este brazo vertical es curvo y termina en la línea claviclar media.

Sin embargo, debido a la significativa deformidad estética y discapacidad funcional postoperatoria, la operación sólo se recomienda actualmente cuando existen las indicaciones adecuadas. Las indicaciones específicas consisten en pacientes con afectación N3 (metástasis en ganglios linfáticos > 6 cm en su dimensión mayor), afectación extensa de las partes blandas apreciada clínicamente o demostrada radiológicamente, o enfermedad recurrente en la parte superior del cuello tras radioterapia, previa diseminación extraganglionar macroscópicamente evidente con invasión del nervio accesorio, o la vena yugular interna en la base del cráneo. Con los enfoques modernos, el cirujano puede extirpar exitosamente los tumores posteriores grandes de la cavidad oral, y con los métodos reconstructivos puede lograr resultados funcionales satisfactorios.⁽²¹⁾ Estas alternativas fueron logradas con el método quirúrgico empleada en el caso en cuestión, obteniéndose una evolución clínica y estética adecuada.

Teniendo en cuenta que por protocolo en cirugía oncológica de cabeza y cuello se operan primero las metástasis y no el tumor primario, pues si se hace viceversa se corre el riesgo de enviar émbolos tumorales a través del sistema linfático y sanguíneo, en el caso presentado se siguió este proceder, según lo revisado en la literatura.^(1,8)

El pronóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer bucal depende de la etapa, la identificación de la población en riesgo y de las lesiones precursoras, así como el diagnóstico precoz, aspectos que disminuyen la tasa de mortalidad.⁽²⁰⁾

Se concluye que la importancia de un diagnóstico temprano es fundamental para identificar estas lesiones malignas y así contribuir a una mejor calidad de vida del paciente. A diferencia de los tumores cutáneos, el cáncer de la cavidad bucal tiene peor pronóstico y más elevada mortalidad debido a la intensa

vascularización de esta zona, que favorece la diseminación de las células transformadas y a su escasa sintomatología.

Referencias bibliográficas

1. Abreu de Aquino R, Lopes Timóteo M, Carneiro R, Rodrigues M. Epidemiologic aspects of mortality from oral cancer: understanding the risks to enable the early detection of changes in communication. *Revista CEFAC*. 2015;17(4):1254-61. Sao Paulo. Brasil [acceso 15/03/2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000401254
2. Mendenhall W, Mancuso A, Amdur R. Squamous cell carcinoma metastatic to the neck from an unknown head and neck primary site. *American Journal of Otolaryngology*. 2001; 22(4):281-87.
3. Gillison M, D'Souza G, Westra W. Distinct risk factors profiles for human papillomavirus type 16-positive and human papillomavirus type-16 negative head and neck cancers. *Journal of the National Cancer Institute* 2008; 100(6):407-420.
4. Genden E, Ferlito A, Silver C, Takes R, Suárez C, Owen R, et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. *Eur. Arch Otorhinolaryngol*. 2010 [acceso 28/08/2015]; 267:1001-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874025>
5. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2013 [base de datos en Internet]. [acceso 20/08/2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas>
6. Escalona R. Diagnóstico histopatológico de cáncer bucal en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". *MEDISAN*. 2015 [acceso 22/03/2016];19(2):223-28. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200011&lng=es
7. 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 [acceso 31/03/2016];66(6):568-76. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000600010&lng=es

8. Hashibe M, Brennan P, Benhamou X, Castell S. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Journal of the National Cancer Institute*. 2007; 99(10), 777-89 DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/djk179>
9. Shaw R, Beasley N. Aetiology and risk factors for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016;130(2): S9-S12. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0022215116000360>
10. Carcamo M. Epidemiology, generalities of the head, neck tumor. *Revista clínica médica*. Las Condes.2018;29(4):388-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.009>
11. Erich M, Sturgis M, Paul M, Cinciripini M. Trends in head and neck cancer incidence in relation to smoking prevalence: an emerging epidemic of human papillomavirus-associated cancers? *American Cancer Society. ACS Journals* 2007;110(7):1429-35. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.22963>.
12. Tang M, Oakley R, Dale C, Purushotham A, Møller H, Gallagher J. A surgeon led smoking cessation intervention in a head and neck cancer centre. *BMC Health Services Research*. 2014;14:636. [acceso 05/04/2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301942/>
13. Mehanna H, Paleri V, West C, Nutting C. Head and neck cancer- Part 1: Epidemiology, presentation, and prevention. *BMJ*. 2010; 341:c4684. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.c4684>
14. Saito A, Nishina M, Murai K, Mizuno A, Ueshima F, Makiishi T, et al. Health professional's perceptions of and potential barriers to smoking cessation care: a survey study at a dental school hospital in Japan. *BMC Research Notes* [revista en Internet]. 2010 [acceso 20/08/2018]; 3:329. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/329>
15. Vargas F, Nedel F, Etges A, Gomes A, Furuse C, Chaves S. Etiologic factors associated with oral squamous cell carcinoma in non-smokers and non-alcoholic drinkers: a brief approach. *Brazilian Dental Journal*. 2012;23(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-64402012000500020>

16. Mateo S, Antón M, Somacarrera M. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Avances en Odontoestomatol. Madrid. España. 2015; 31(4):247-59. [acceso 12/07/2019]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400002&lng=es
17. Batista K, Peña A, Martínez M. Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal. Rev. CCM. 2014;18(3):516-21. [acceso 24/08/2018]. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300014&lng=es
18. Zygogianni A, Kyrgias G, Karakitsos P, Psyrris A, Kouvaris J, Kelekis N, et al. Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking. Head Neck Oncol. 2011;3(2). [acceso 20/08/2018] Disponible en: <http://www.headandneckoncology.org/content/3/1/2>. © 2011
19. Kocaelli H, Apaydin A, Aydil B, Ayhan M, Karadeniz A, Ozel S, et al. Evaluation of potential salivary acetaldehyde production from ethanol in oral cancer patients and healthy subjects. Hippokratia [revista en Internet]. 2014;18(3):269-74. [acceso 22/08/2018] Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309150>
20. Sousa F, Silva M, Fernandes C, Silva P, Alves A. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. Brazilian Oral Research [revista en Internet]. 2014; 28(Spe):1-8. [acceso 16/11/2019]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000200006&lng=en
21. Quintana J, Fernández M, Laborde R. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev. Cubana de estomatología. 2004; 41(3).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses de ningún tipo.

Contribuciones de los autores

José Ángel Llerena Suárez: Idea original del trabajo, estudio del caso y revisión bibliográfica.

Yisel Cintra Castro: Estudio del caso y revisión bibliográfica.

Yiney Toledo Roque: Revisión bibliográfica, redacción del texto final.