

00779

CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LA LENGUA

**ADOLFO BELEÑO ECHEVERRIA
CIELO MACIAS MOLINA
LIDA MARTIN GARCIA
FABIAN NOPE FORERO
DANILO PINZON SANCHEZ
SANDRA VARGAS GUTIERREZ
YAMILE VILLAMIZAR OSORIO**

18-7-01-100

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
1999**

CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LA LENGUA

**ADOLFO BELEÑO ECHEVERRIA
CIELO MACIAS MOLINA
LIDA MARTIN GARCIA
FABIAN NOPE FORERO
DANILO PINZON SANCHEZ
SANDRA VARGAS GUTIERREZ
YAMILE VILLAMIZAR OSORIO**

**DIRECTOR CIENTIFICO
ARMANDO ROA NAVARRO
OD. CIRUGIA, IMPLANTOLOGIA
Y PATOLOGIA ORAL**

**DIRECTOR METODOLOGICO
SANDRA TOVAR VALENCIA
OD. EPIDEMIOLOGA**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA D.C.**

1999

CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LA LENGUA

**ADOLFO BELEÑO ECHEVERRIA
CIELO MACIAS MOLINA
LIDA MARTIN GARCIA
FABIAN NOPE FORERO
DANILO PINZON SANCHEZ
SANDRA VARGAS GUTIERREZ
YAMILE VILLAMIZAR OSORIO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para
optar al Título de odontólogos**

**Asesor científico
Armando Roa Navarro
OD. Cirugía, Implantología
y Patología Oral**

**Asesor metodológico
Sandra Tovar Valencia
OD. Epidemióloga**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA D.C.**

1999

El trabajo de grado **CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LA LENGUA**, elaborado por los alumnos **ADOLFO BELEÑO, CIELO MACIAS, LIDA MARTIN, FABIAN NOPE, DANILO PINZON, SANDRA VARGAS, YAMILE VILLAMIZAR**, ha sido aprobado como requisito de grado parcial para optar al título de odontólogo.

Director de la investigación

Asesor metodológico


Director del departamento de
Investigación y Salud Pública

Santafé de Bogotá D.C, Noviembre de 1999.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION

1. ASPECTOS TEORICOS	1
1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACION	1
1.3. PROPOSITO	1
1.4. MARCO TEORICO	2
1.4.1. Características de Tumores Benignos y Malignos	4
1.4.2. Patogenia del Cáncer	4
1.4.3. Etiología del Cáncer	5
1.4.4. Carcinoma Escamocelular en Cavidad Oral	10
1.4.4.1. Carcinoma Escamocelular de Labio	10
1.4.4.2. Carcinoma Escamocelular de Piso de Boca	12
1.4.4.3. Carcinoma de Encía	13
1.4.4.4. Carcinoma de Paladar	14
1.4.4.5. Tratamiento del Cáncer en Cavidad Oral	15
1.4.4.6. Epidemiología	21

1.5. OBJETIVOS	23
1.5.1. Objetivo General	23
1.5.2. Objetivos Específicos	23
2. ASPECTOS METODOLOGICOS	24
2.1. TIPO DE ESTUDIO	24
2.2. OBJETO DE ESTUDIO	24
2.3. UNIDADES TEMÁTICAS	24
2.4. FUENTES DE INFORMACIÓN	25
3. RESULTADOS	26
3.1. CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LENGUA	26
3.1.1. Etiología	26
3.1.2. Diagnóstico y Medios	27
3.1.3. Manifestaciones Clínicas	28
3.1.4. Características Histopatológicas	32
3.1.5. Diagnóstico Diferencial	33
3.1.6. Pronóstico	33
3.1.7. Tratamiento	34
4. CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

El Carcinoma Escamocelular de la Lengua es una de la neoplasia maligna más frecuentes de la cavidad oral, por lo tanto es imprescindible que el odontólogo tenga una información clara y concisa de su etiología, manifestaciones clínicas, características histopatológicas para determinar su diagnóstico, tratamiento y su debida remisión, para lograr una reducción de mortalidad por esta causa.

1. ASPECTOS TEORICOS

1.1. PROBLEMA

Ante la presencia del Carcinoma Escamocelular de la Lengua ¿el odontólogo se encuentra en capacidad de interpretar y evaluar su etiología, manifestaciones clínicas, características histopatológicas y en consecuencia poder determinar el manejo a seguir en el tratamiento y remisión ?.

1.2. JUSTIFICACION

La información de las manifestaciones clínicas del Carcinoma Escamocelular de la Lengua, en el estudiante y profesional de odontología, es imprescindible para llegar a un diagnóstico que permita una reducción de la mortalidad por esta causa.

1.3. PROPOSITO

Brindar la información necesaria para identificar la presencia de Carcinoma Escamocelular de la Lengua, a fin de ofrecer un tratamiento oportuno al paciente.

1.4. MARCO TEORICO

Neoplasia significa "Nuevo crecimiento". La oncología (del griego oncoe-tumor), es el estudio de los tumores o neoplasias y cáncer, se aplica a todos los tumores malignos.

Según el oncólogo británico Sir Rupertwillili: " Una neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede al de los tejidos normales y no está coordinado con el mismo y persiste de esa misma manera excesiva tras el cese de los estímulos que dieron lugar al cambio". A esta definición se puede añadir que la masa anormal no sirve a ningún propósito; consume a aquello que la alberga porque el crecimiento del tejido neoplásico compite con células y tejidos normales para la obtención de suministros energéticos y sustratos nutritivos. Esta masa tumoral es virtualmente autónoma. (S. L. Robins).

Todos los tumores malignos y benignos tienen los siguientes componentes básicos:

1 – Parénquima, constituido por células neoplásicas. Es el responsable de su proliferación.

2 - Estroma, (estructura de soporte) constituido por tejido conectivo, vasos sanguíneos y posiblemente vasos linfáticos que nutren el tumor.

El estroma determina el crecimiento de la neoplasia.

El parénquima determina la actividad biológica de la neoplasia y además determina la siguiente nomenclatura:

- **ADENOMA:** Es una neoplasia epitelial benigna que tiene un patrón glandular.

- **PAPILOMA:** Neoplasia epitelial benigna que tiene en la superficie prolongaciones digitiformes o verrugosas visibles microscópicamente y macroscópicamente.

- **CISTOADENOMAS:** Las que forman masas quísticas voluminosas.

- **POLIPO:** Excrecencia macroscópica visible por encima de una superficie mucosa.

- **SARCOMA:** Cáncer que nace en el tejido mesenquimatoso, tienen escaso estroma de tejido conectivo y por ello son carnosos.

- **CARCINOMA:** Neoplasia maligna originada en células epiteliales, que provienen de cualquiera de las tres capas germinativas. (S. L. Robins).

1.4.1. Características de Tumores Benignos y Malignos

	Tumor benigno	Tumor maligno
DIFERENCIACION ANAPLASICA	Bien diferenciados. La estructura puede ser típica del tejido de origen.	Falta de diferenciación con anaplasia. La estructura es a menudo típica.
INDICE DE CRECIMIENTO	Lento y progresivo, puede detenerse o invertirse. Las figuras mitóticas son infrecuentes y normales.	Puede ser lenta o rápida. Las figuras mitóticas pueden ser numerosas y anormales.
ENCAPSULACION INVASION	Por lo general encapsulados aunque en raras ocasiones no hay cápsulas. Compacto y expansivo.	Invasivo sin encapsulación es infiltrante, puede tener un aspecto compacto y expansivo.
METATASIS	Ausentes	A menudo presentes. Cuanto mayor y más diferenciado sea el tumor primario, es más probable que halla metástasis.

(S. L. Robbins)

1.4.2. Patogenia del Cáncer

Aunque aún no se conocen los acontecimientos moleculares exactos responsables de la oncogénesis en el hombre, hay sugerencias que la transformación maligna es el resultado de una expresión anormal de genes normalmente presentes en el genoma de la célula huésped o de alguna

modificación de algún gen o genes endógenos, formándose productos del gen como proteínas transformadoras que alteran la diferenciación celular, actividad reproductiva y comportamiento social. Aún no se ha resuelto la cuestión de si son mutaciones somáticas o mecanismos epigenéticos los que permiten que se manifieste el funcionamiento modificado del gen o, como parece más probable, si los cambios genéticos interactúan con los fenómenos epigenéticos.

La neoplasia surge como resultado de algún deterioro en la diferenciación y maduración celulares, debido a anomalías en los mecanismos de regulación epigenéticos.

Es probable que factores del huésped jueguen un papel en la aparición del cáncer; la presencia de una mutación potencialmente transformadora no obliga a su expresión. Además de los controles intracelulares o locales ya tratados, pueden existir controles sistémicos, como el sistema inmune. Muchas observaciones clínicas, indican que los individuos que padecen una inmunodeficiencia corren mayor riesgo de desarrollar un cáncer. (S. L. Robins).

1.4.3. Etiología del Cáncer

Los factores causantes de esta enfermedad son:

- Factores químicos.

- Factores virales y radioactivos.
- Factores geográficos y raciales.
- Factores dietéticos.
- Factores ambientales.
- Factores genéticos y hereditarios.

FACTORES QUIMICOS

Estos representan aproximadamente entre el 2 y el 4 % de los cánceres, por la exposición a productos químicos cuyas concentraciones en ocasiones son mil veces superiores a la que está expuesta la población. (R. Y. García). La incidencia de agentes químicos en los diferentes tipos de cáncer depende de la dosis administradas. Entre ellos se encuentran:

- De acción directa: Son cancerígenos débiles que no necesitan transformación metabólica en el organismo.
- De acción indirecta: Son los que necesitan ser metabolizados en el organismo para producir procarcinógeno; se unen a un mol con aumento diferencial de electrones como DNA y RNA produciendo mutaciones genéticas entre ellos están: hidrocarburos polixíclicos que se pueden obtener como combustión del tabaco, cigarrillo y comidas ahumadas, produciendo cáncer de pulmón y cáncer

gástrico respectivamente; aminas aromáticas y colorantes azodiáticos, nitrosaminas entre otros.

FACTORES VIRALES Y RADIOACTIVOS

- Virus: (Oncogénos), existen dos tipos:
 - VIRUS RNA: Tiene en su interior una transcriptasa interna para convertir RNA viral en DNA viral el cual se une al genoma o DNA de células normales y allí produce mutación genética.
 - VIRUS DNA: Se une directamente al DNA de las células.
- Radiación: Puede producir mutaciones genéticas y muerte celular. Entre estas radiaciones están: Rayos solares, rayos X, elementos radiactivos de radiación terapéutica.

FACTORES GEOGRAFICOS Y RACIALES

El cáncer difiere de región a región, de país a país, de continente a continente. Las diferencias en América son más pronunciadas que en Europa de un país a otro y dentro de cada país en particular. (R. Y. García).

La posición geográfica de un país se asocia con el porcentaje de cáncer de labio y piel, debido a la exposición constante a los rayos solares. Estos tipos de cáncer se presentan con mayor frecuencia en la raza blanca que en la raza negra.

FACTORES DIETETICOS

Los alimentos ingeridos por el ser humano pueden tomar comportamientos cancerígenos debido a las modificaciones que sufren en el organismo. Un producto no carcinógeno puede transformarse en maligno si se encuentra con el sistema enzimático adecuado. La cicosina, sustancia presente en la nuez de cicadales, que es un alimento básico en algunas islas del pacífico se transforma en un producto carcinógeno solo si se encuentra en algunas bacterias en el tracto digestivo. En caso contrario permanecería en el organismo como producto inactivo. Junto con los alimentos se pueden introducir en el organismo algunos componentes carcinógenos tan poderosos como la aflataxina u otros productos formados durante la combustión de sustancias orgánicas o se pueden introducir precursores capaces de dar origen a carcinógenos como las aminas o los nitritos. (R. Y. García).

FACTORES AMBIENTALES

La predisposición al cáncer es factible cuando se presentan exposiciones frecuentes al sol, consumo de alcohol y tabaco, nuez de betel, así como

exposición al asfalto, la radiación ultravioleta y la exposición a los campos electromagnéticos. Los agentes tóxicos del cigarrillo, por ejemplo, en su paso por la boca hacia el aparato respiratorio irritan las encías, mucosa oral y la faringe provocando la descamación de sus células y haciéndolas susceptibles al cáncer. Por efectos de la nicotina la mucosa oral va perdiendo su color hasta tornarse blanca, lesión que se conoce como leucoqueratosis nicotínica. La excesiva exposición solar tiene la tendencia a producir cáncer en el labio. (R. Y. García).

FACTORES GENETICOS Y HEREDITARIOS

Los datos indican que para el mayor tipo de cánceres entre los que se incluyen las formas más frecuentes existen no solo influencias del entorno sino también predisposiciones hereditarias. Por tanto parece que las influencias genéticas pueden contribuir al desarrollo del cáncer incluso cuando hay factores ambientales claramente definidos. Se ha propuesto una teoría de doble mutación para explicar la predisposición del cáncer a través de la herencia. La herencia de un gen mutante en las células germinales aumenta ligeramente el riesgo de padecer un tipo específico de cáncer pero se necesita una segunda mutación somática para aumentar de manera sustancial este riesgo. En ausencia de la mutación germinal transmitida por la herencia, se requerirían dos mutaciones somáticas para potenciar la carcinogénesis. Así pues, la herencia de una predisposición a un cáncer o a la subsiguiente mutación somática no implica la inevitabilidad del cáncer.

Para el desarrollo de un tumor aún serían necesarios otros factores, posiblemente del entorno. En muchos casos de predisposición hereditaria pueden identificarse pautas de transmisión autosómicas dominantes, pero a menudo la predisposición no sigue patrones estrictamente mendelianos.

1.4.4. Carcinoma Escamocelular en cavidad oral

Es todo cambio anárquico en la división celular en cavidad oral que produce un aceleramiento tanto en el protoplasma como en el núcleo de las células, generando una mutación en los tejidos de dicha cavidad. Se inicia como una lesión blanca o roja de textura que puede ser de lisa a rugosa, de consistencia que puede ir de blanda a indurada, úlceras induradas, crateriformes, asintomáticas.

La cavidad oral incluye las dos terceras partes del frente de la lengua, las encías superiores e inferiores, el recubrimiento del interior de las mejillas y labios (mucosa bucal), el piso de la boca, el paladar duro y blando y el área del triángulo retromolar. (R. Y. García).

1.4.4.1 Carcinoma escamocelular de labio

Es una lesión bastante frecuente. Se encuentra en un 25 y 30% de los cánceres de la región oral, afectando un 95% el labio inferior.

- **Características**

El carcinoma de labio muestra notable presencia en el sexo masculino, siendo más frecuente en pacientes entre 50 y 70 años y es raro en pacientes de raza negra.

Aparece como una zona engrosada y localizada que puede estar recubierta por una costra; algunas veces exhiben una leucoplasia generalizada de todo el borde labial. La mucosa está a menudo seca, atrófica con numerosas fisuras; puede presentarse verrugoso o exofítico, siendo éste el más común.

El carcinoma labial ulcerado, empieza como una úlcera pequeña que infiltra hacia estructuras profundas más rápido que el exofítico.

Cuando la lesión es de evolución prolongada puede haber una invasión a los músculos del labio, piel de cara y maxilar inferior.

La metástasis del carcinoma labial, no se produce tan precozmente ni con tanta frecuencia como en los carcinomas más epidermoides de otras localizaciones.

Los ganglios submaxilares, son la principal localización de la metástasis. Los carcinomas que afectan las comisuras dan con mayor probabilidad metástasis que las que se encuentran en el labio propiamente dicho. (R. Y. García).

1.4.4.2 Carcinoma Escamocelular de Piso de Boca

El Carcinoma Escamocelular de Piso de Boca constituye alrededor del 15% de los casos de cáncer oral y se produce en el mismo grupo cronológico que los otros cánceres orales.

- Características

Predomina en los hombres en una proporción hombre-mujer 4 a 5 veces superior. Se presenta entre los 50 y 60 años. Más común en la región anterior que en la posterior, hay mayor incidencia en la raza negra.

Aparece como una lesión de aspecto inofensivo, como una mancha localizada de mucosa enrojecida o como una zona de leucoplasia. A medida que avanza, aparece la clásica ulceración de bordes levantados.

Frecuentemente la mucosa vecina ofrece alteraciones leucoplásicas y mientras más evoluciona, aumenta más la induración. Se puede caracterizar más por su invasión e induración que por cambios superficiales.

Tiene un crecimiento de tipo ulcerado e infiltrativo. Se pueden observar carcinomas papilares aunque son relativamente raros.

Los síntomas son mínimos: el primero es la aparición de una zona dura que el paciente la siente con la punta de la lengua. Si afecta el frenillo lingual puede provocar dolor al principio del proceso.

Las grandes úlceras carcinomatosas están casi siempre infectadas y los ganglios regionales pueden sufrir hiperplasia inflamatoria, lo que puede dificultar la consideración y evolución de una metástasis real o no. (R.Y. García).

1.4.4.3. Carcinoma de encía

Este carcinoma es de extrema importancia porque es de cierta frecuencia y porque sus características clínicas pueden confundirse con otros procesos inflamatorios benignos que suceden en estas áreas. Dicha similitud ha llevado a la demora del diagnóstico o incluso al diagnóstico equivocado; por lo tanto se retrasa la iniciación del tratamiento y el pronóstico final del tratamiento es peor.

- Características

Pacientes mayores de 60 años y con una frecuencia de 5:1 para los hombres, se asocian al consumo de rapé como a los otros factores. Incide en una proporción sobre el maxilar inferior dos o tres veces mayor que sobre el superior, difícil a veces determinar la incidencia del maxilar superior ya que a veces va cambiando con el carcinoma del seno maxilar. Se origina más frecuentemente en la zona molar inferior, el ubicado en la zona del surco alveolar aparece en zonas

desdentadas con mayor frecuencia. La lesión aparece como una formación pequeña nodular y de superficie granular, con menor frecuencia adopta el aspecto de una úlcera indolora con escasos signos de inflamación alrededor de los bordes.

Van acompañados de zonas leucoplásicas y con frecuencia se asocian a éstas; cuando se encuentra en un estado avanzado aparece como una masa algo exofítica con ulceración central ligera, los bordes ligeramente elevados y con un aspecto incurvado.

El carcinoma gingival muestra un aspecto verrugoso. Este tipo de carcinoma se presenta como una masa proliferativa sin ulceración aparente y puede simular hiperplasias gingivales inflamatorias localizadas. La invasión del hueso alveolar provoca la pérdida de dientes adyacentes y se produce en más de 50% de los pacientes.

El examen radiográfico muestra una destrucción lítica del hueso irregular. La lesión inicial presenta una erosión superficial de la cresta alveolar. Cuando el cáncer está muy avanzado puede producir fracturas patológicas. (R.Y. García).

1.4.4.4. Carcinoma de Paladar

El carcinoma de células escamosas del paladar es una lesión común. Tiene aproximadamente igual porcentaje de aparición que el de piso de boca y encía. (R. Y. García).

- Características

Los carcinomas del paladar blando y duro se consideran por separado debido a que hay diferencias clínicas importantes entre ellos. (J. Regezzi). Afecta más al paladar blando en una relación 3:1 que al paladar duro. Afecta a los hombres en una relación de 4:1 que a las mujeres. Se presenta después de los 50 años.

Aparece inicialmente como una zona de leucoplasia o erosión irregular superficial. Es más común la leucoplasia en el paladar duro que en el blando; cuando está avanzado, acostumbra a presentarse como una mancha granulosa, ligeramente exofítica con ulceración central que invade los procesos palatinos y seno maxilar o pisos de fosas nasales.

El del paladar blando invade pilares anteriores al velo palatino y la fosa pterigoidea del paladar duro; raramente tiene síntomas y la dificultad del uso de prótesis es el motivo de consulta del paciente. En la fase inicial provocan dolor, disfagias y trismus. Estos carcinomas se deben diferenciar con los del seno maxilar, pues éstos pueden aparecer irrumpiendo por el paladar. (R.Y. García).

1.4.4.5. Tratamiento del Cáncer en cavidad oral

El tratamiento del cáncer depende de diferentes factores como la ubicación, el tamaño, la etapa de la enfermedad, la edad, el estado de salud del paciente.

Incluyen cirugías, terapias de radiación y en muchos casos una combinación de las dos. Algunos pacientes reciben quimioterapia.

Se debe realizar un examen oral antes de iniciar el tratamiento pues el paciente se vuelve susceptible a infecciones, presenta sensibilidad dentaria, etc.

Los pacientes con cáncer oral son tratados por un grupo de especialistas que pueden incluir un cirujano oral, terapeuta del lenguaje, odontólogo, otorrinolaringólogo, oncólogo médico, oncólogo de radiación, prostodoncista, cirujano plástico, dietista, trabajador social, enfermera. (R.Y. García).

- Radioterapia

La terapia de radiación consiste en el uso de rayos x de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir los tumores. La radiación puede provenir de una máquina situada fuera del cuerpo (radioterapia externa) o de materiales que producen radiación (radioisótopos) introducidos por medio de tubos delgados en el área donde se encuentran las células cancerosas (radioterapia interna).

El uso de radioterapia 2 veces por día, puede ofrecer ventajas teóricas en el caso de tumores de mayor tamaño, para evitar la restauración de las lesiones en el interior del tumor eliminadas por efecto de la radiación. En el caso de los cánceres avanzados al nivel de las glándulas salivales sobretodo asociado con

extenso compromiso de los tejidos blandos, la terapia con rayo de neutrones puede ofrecer ciertas ventajas terapéuticas. Esta forma de radiación focalizada con precisión permite aplicar una mayor dosis de radiación a volúmenes tumorales específicos sin afectar las estructuras vecinas.

Es de fundamental importancia que los pacientes seleccionados para radioterapias sean capaces de sobrellevar la toxicidad inicial de la mucosa y la abolición de la ingesta oral que acompaña al tratamiento.

Las modificaciones del tratamiento como consecuencia de la falta de cooperación del paciente o de la intolerancia del tratamiento, resultarán en la prolongación del tiempo de la administración de la dosis prescrita de radiación y un elevado índice de fracaso local. La radioterapia combinada con la cirugía, puede ser aplicada pre y post quirúrgica con el fin de lograr la eliminación total de las células tumorales en el área.

La radioterapia puede causar efectos tóxicos significativos tanto en el corto como en el largo plazo. La toxicidad inicial incluye ulceraciones y dolor en mucosa oral, pérdida del apetito y del sentido del gusto hasta 6 meses después del tratamiento.

Infecciones bacterianas y fúngicas locales, espesamiento de las secreciones locales. Efecto retardado, es la pérdida de la función salival y la xerostomía, aceleración de la formación de cargas, y del desarrollo de infecciones gingivales,

necrosis de los tejidos blandos o de los huesos, y una incidencia reducida de cáncer inducido por radiación. (R. Y. García).

- Quimioterapia

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas. Puede ser administrada por vía oral o parenteral. Se dice que es un tratamiento sistémico porque los medicamentos que se introducen en el torrente sanguíneo, viajan a través del cuerpo y pueden destruir las células cancerosas del mismo.

La quimioterapia administrada después de una operación a una persona que no tiene células de cáncer visibles, se llama quimioterapia coadyudante. Administrada antes de la cirugía para tratar de reducir el cáncer, para que pueda removerse, se llama quimioterapia neoadyuvante.

Se está evaluando su uso actualmente. El objetivo de la quimioterapia auxiliar, es reducir el tamaño del tumor antes de la irradiación y la cirugía y destruir la metástasis a distancia microscópica llama fotoquimioterapia.

El tratamiento puede inducir a náuseas y vómito, ulceraciones en mucosa oral y granulocitopenia o trombocitopenia grave.

En la quimioterapia se emplean drogas como:

- PBM (cisplatino, bleomicina, metoxato)
- PF (cisplatino, 5 fluoruracilo)
- MF (metotrexato, 5 fluoruracilo)
- COB (cisplatino, Vincristina y bleomicina)

Las combinaciones de PBM y PF presentan un 30 a 50% de mejoría, administrándose de 8 a 12 semanas. (R. Y. García).

- Hipertermia

La hipertermia es un tratamiento nuevo que se está probando en ciertos pacientes. En ella se emplea una máquina especial para calentar el cuerpo durante un período determinado de tiempo con el fin de destruir las células cancerosas. Puesto que estas células suelen ser más sensibles al calor que las células normales, mueren y el cáncer se reduce. (R. Y. García).

- Cirugía

Ningún tumor a excepción de los nasofaríngeos, presenta contraindicación absoluta para la resección quirúrgica. En casos como la laringectomía o resección de una fracción importante de la lengua, presentará problemas estéticos y de

función, por lo cuál se deberá pensar en una terapia de radiación primaria y dejar la cirugía como medio de salvación. (R. Y. García).

- **Consideraciones para terapias de apoyo**

A nivel odontológico en cualquiera de sus etapas, se deberá mantener al paciente con enjuagues bucales debido a la susceptibilidad a la infección, uso de saliva artificial por la resequedad ocasionada por la quimioterapia y la radioterapia, uso de cepillo especial, fluorización en los dientes presentes con el fin de eliminar e inactivar las caries presentes en boca.

La colocación de aparatos como obturadores con el fin de reemplazar las porciones como paladares que han sido eliminados por medio de cirugías. Estos aparatos consisten en crear con acrílico la porción faltante, devolviendo la respiración nasal al paciente y evitar la acumulación de placa y comida.

Se recomienda el uso de placas neofuncionales para protección del área afectada y el empleo de prótesis totales en caso de avulsión total de los dientes.

Es indispensable antes de colocar cualquier aparato o prótesis restauradora, mantener el periodonto en condiciones óptimas para un mayor éxito en la rehabilitación.

El odontólogo deberá estar en la capacidad de identificar métodos para prevenir el cáncer oral, así como diagnosticarlo, pero hoy en día se hace énfasis en dichos métodos con el fin de reducir hasta un 50% la incidencia de la enfermedad durante el próximo siglo. (R. Y. García).

1.4.4.6. Epidemiología

Los hombres se encuentran afectados con una frecuencia siete (7) veces superior a la registrada por la mujeres entre los 50 y 75 años. El 80% de los tumores es del tipo de carcinoma escamocelular, originados en el epitelio de las vías aerodigestivas superiores. Las glándulas salivales representan el 10% de la incidencia, siendo la más común la glándula Parótida.

El diagnóstico de éstas lesiones en etapas tempranas presentan una probabilidad de prolongación de vida de unos 5 años del 70% o más. De los pacientes entre los cuáles los tratamientos no han tenido éxito y fallecen como consecuencia de la enfermedad el 40% de ellos presentan metástasis a distancia en el momento de la muerte.

Alrededor de un 15% de los pacientes con la enfermedad controlada en el sitio y etapa primaria, desarrollará la metástasis en un sitio lejano.

Los pacientes con enfermedad en una etapa avanzada tienen la probabilidad de prolongación de vida reducida y menos del 50% sobrevive los 5 años, a pesar de tener tratamiento con cirugía y radiación. (R. Y. García).

1.5. OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Describir las diferentes formas de manifestaciones clínicas, características histopatológicas y etiología en pacientes con carcinoma escamocelular de la lengua.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Dar a conocer aspectos teóricos que permitan una descripción clara de las lesiones de carcinoma escamocelular presentes en la lengua.
- Establecer la etiología del carcinoma escamocelular de la lengua.
- Determinar los signos y síntomas más comunes del carcinoma escamocelular de la lengua.
- Diferenciar las características histopatológicas de carcinoma escamocelular de la lengua.
- Informar acerca de los diversos tratamientos utilizados en carcinoma escamocelular de la lengua.

2. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Carcinoma escamocelular de la lengua.

2.3. UNIDADES TEMATICAS

- Etiología.
- Diagnóstico y Medios.
- Manifestaciones Clínicas.
- Características Histopatológicas.
- Pronóstico.
- Diagnóstico Diferencial.
- Tratamiento.

2.4. FUENTES DE INFORMACION

- Biblioteca del Colegio Universitario Colombiano
- Biblioteca Luis Angel Arango
- Biblioteca del Instituto Nacional de Cancerología
- Hemeroteca Nacional
- Internet

3. RESULTADOS

3.1. CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LA LENGUA

Se podría decir que de todas las muertes dolorosas, esta se encuentra dentro de una de las más agonizantes.

El carcinoma lingual de células escamosas es el más frecuente entre los carcinomas de la boca, si se excluyen las lesiones de los labios. (J. Regezzi).

Es más frecuente en hombres que en mujeres y en edades de los 50 a los 80 años. No obviando el incremento en gente joven menores de 30 años de edad en los últimos años. (R. Jeanneret).

Su localización se da generalmente en los bordes posterolaterales de la lengua y en el tercio posterior o base de esta. En el dorso y en la punta son inusuales o poco frecuentes. (J. Regezzi).

3.1.1. Etiología

La etiología del carcinoma escamocelular es multifactorial.

Sin embargo se considera el consumo del tabaco y alcohol, como principal factor de riesgo para el desarrollo de dicha enfermedad.

La relación entre el tiempo y la dosis de los carcinógenos del humo del tabaco y del tabaco en sí mismo, es de importancia primordial en la producción de este cáncer. El riesgo aumenta en proporción al tiempo y la cantidad de tabaco que se fume. (J. Regezzi).

Recientemente se han visto pacientes jóvenes entre 20 y 30 años que nunca han fumado y que desarrollan cáncer de lengua; en quienes no se ha podido documentar exposición a irradiaciones o a químicos, lo cual hace pensar en un factor etiológico nuevo aún no reconocido. (R. Jeanneret).

3.1.2. Diagnóstico y Medios

El carcinoma temprano de la lengua puede no ser obvio. Se requiere de buena luz y excelente exposición para ver un área de displasia epitelial o de malignidad. Generalmente son indoloras y el paciente se queja de rugosidad o inflamación que asocia posiblemente a trauma local. Sin embargo una mordedura de la lengua cura en 4 a 5 días y no persiste por semanas.

Si una lesión oral en un fumador persiste por más de 10 días debe biopsiarse.

La lengua anterior se examina mejor al estar protuida. La tracción del labio expone los bordes, el surco alveololingual y el triángulo retromolar. Se requiere de palpación bimanual para examinar los ganglios regionales.

En un estudio de Mashbergi Meyer de cáncer temprano de la cavidad oral los sitios más comunes fueron los bordes de la lengua seguidos por la cara ventral y la unión con el pilar amigdalino anterior.

La palpación de toda la lengua y el examen con espejo son partes fundamentales del examen. (R. Jeanneret).

Los medios de diagnóstico utilizados para la confirmación histológica del carcinoma escamocelular de la lengua son: La citología y la biopsia, siendo este último el más importante.

3.1.3. Manifestaciones Clínicas

El carcinoma de lengua generalmente es asintomático, pero en las etapas tardías cuando se produce invasión puede causar dolor o disfagia. En términos clínicos aparece como una úlcera indurada que no cicatriza, de bordes elevados.

Un porcentaje pequeño de la leucoplasias de la lengua corresponde a, o se convierte en carcinoma de células escamosas y la mayor parte de las eritroplasias

de la lengua corresponden a carcinoma de células escamosas *in situ* o invasor. (J. Regezzi).

El carcinoma de la base de la lengua presenta sintomatologías tales como dolor faríngeo en paciente fumadores, otalgia persistente, sialorrea y aspiraciones frecuentes. (R. Jeanneret).

Cuando el dolor se simula al de la faringítis, es el síntoma más importante del carcinoma del tercio posterior de la lengua. Y si se incluye al nervio glosofaríngeo, puede provocar un dolor referido al oído. La disfagia o presencia de una masa en el cuello puede ser la primera manifestación. Aparece el carcinoma de los 2/3 anteriores como una zona de englosamiento localizada, o como una zona indolora de ulceración. A medida que la lesión aumenta, se úlceras y queda con unos bordes encorvados y grisáceos.

La posterior evolución clínica se realiza bajo dos patrones principales: Infiltrativos o Exofíticos. Los infiltrativos pueden llevar hasta una invasión extensa de la musculatura a pesar, que superficialmente sea pequeña, excepto en casos avanzados. Las exofíticas adoptan una forma de masa fungosa y ulcerada, son menos propensos a la invasión.

Las lesiones del 1/3 posterior son difíciles de visualizar y tienen tendencias a infiltrar profundamente, estas son complicadas porque progresan con lentitud en

un área de difícil visualización, por esta razón con frecuencia presenta metástasis en el momento de descubrirlas. Se identifican con palpación profunda. A veces presenta ulceración superficial. (R. Y. García).

En general se producen metástasis a los cambios linfáticos ipsolaterales del cuello; los primeros cambios afectados son el submandibular o el yugulodigástrico del ángulo de la mandíbula. Es muy usual que se produzcan metástasis distantes a pulmón o hígado. (J. Regezzi).

En resumen los signos más comunes del carcinoma escamocelular de lengua son:

- Ulceraciones y erosiones
- Eritema
- Induración
- Fijación
- Cronicidad
- Linfanodepatía
- Leucoplasia

(R. Jeanneret).

Se ha podido determinar que los signos enunciados anteriormente no dan un diagnóstico determinante con respecto a dicha enfermedad.

CLASIFICACION TNM

Se diseñó un sistema numérico para clasificar la etapa evolutiva del tumor a fin de unificar los criterios clínicos, denominados sistema TNM, donde la T corresponde al tamaño del tumor primario, la N es una estimación de las metástasis regionales a los ganglios linfáticos y M es una determinación de las metástasis a distancia.

La siguiente es la clasificación de la UICC para cáncer de lengua:

TUMOR PRIMARIO

- . Tx: Tumor primario no puede ser evaluado.
- . T0: Sin evidencia de tumor primario.
- . Tis: Carcinoma in situ.
- . T1: Tumor de 2 cms., o menos en su dimensión mayor.
- . T2: Tumor más de 2 cms., pero menos de 4 cms en su mayor dimensión.
- . T3: Tumor de más de 4 cms., en su mayor dimensión.
- . T4: Tumor que invade estructuras adyacentes (cortical del hueso, músculos, extrínsecos de la lengua, piel, etc.).

GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

- . Nx: Ganglios no evaluables.
- . No: Sin metástasis a linfáticos regionales

- . N1: Metástasis en un ganglio linfático único homolateral de 3 cms., o menos.
- . N2: Metástasis en un ganglio linfático homolateral de más de 3 cms., pero menos de 6 cms., o ganglios bilaterales o contra laterales ninguno de ellos de más de 6 cms., en su mayor dimensión.
- . N2a: Metástasis en un ganglio linfático único homolateral de más de 3 cms., pero no más de 6 cms., en su mayor dimensión.
- . N2b: Metástasis en ganglios linfáticos múltiples homolaterales, ninguno de más de 6 cms., en su mayor dimensión.
- . N2c: Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno de más de 6 cms., en su mayor dimensión.
- . N3: Metástasis en ganglios linfáticos de más de 6 cms., en su mayor dimensión.

METASTASIS A DISTANCIA

- . Mx: Presencia de metástasis a distancia no puede ser evaluada.
 - . Mo: Sin metástasis.
 - . M1: Metástasis a distancia.
- (R. Jeanneret).

3.1.4. Características Histopatológicas

Generalmente, el Carcinoma Escamocelular de la Lengua es una lesión regular o bien diferenciada. Se observan perlas de queratina y disqueratosis. Penetran a

las estructuras vecinas en forma de nidos de células hipercromáticas. Se presenta gran variedad en el número de mitosis y puede existir pleomorfismo, núcleos o queratinización abundante. Alrededor de los nidos de células tumorales se encuentra una reacción inflamatoria importante, en la cual pueden existir gran número de linfocitos, macrófagos y plasmocitos. (J. Regezzi).

3.1.5. Diagnóstico Diferencial

Cuando el Carcinoma de células escamosas se presenta en forma clínica típica de úlceras crónicas que no cicatrizan, la enfermedad se considera infecciosa hasta que se pruebe lo contrario mediante biopsia, porque en la clínica es imposible diferenciar tumor benigno, sífilis o infecciones micóticas profundas de las lesiones ulceradas de un cáncer bucal. Además, debe diferenciarse de traumatismos crónicos, lo que incluye lesiones artificiales; en este caso la historia clínica debe ser cuidadosa y el diagnóstico puede confirmarse, mediante una biopsia. (J. Regezzi).

3.1.6. Pronóstico

Depende tanto del subtipo histológico (grado) como de la extensión clínica (fase) del tumor aunque la etapa clínica es el factor más importante. Otros factores que afectan la evolución clínica incluyen edad, sexo, situación general de salud, estado del sistema inmunitario y actitud mental del paciente. El grado de una neoplasia

se establece por el examen microscópico de la diferenciación de las células tumorales. Las lesiones bien diferenciadas por lo general, presentan una evolución menos agresiva; que aquellas mal diferenciadas. El indicador pronóstico más importante es el estado clínico de la enfermedad. (J. Regezzi).

3.1.7. Tratamiento

Por lo general, el tratamiento de los cánceres orales se realiza con cirugía, radioterapia o ambas. Las lesiones pequeñas se tratan sólo con cirugía y la radioterapia se utiliza en caso de recurrencia, pero también puede administrarse como único tratamiento. Los factores que determinan que terapéutica utilizar incluyen la ubicación de la lesión, el tipo histológico, los patrones de referencia y el conocimiento del médico. Las lesiones grandes pueden tratarse con cirugía seguida de radioterapia; se recomienda disección o radioterapia profiláctica del cuello a fin de eliminar metástasis subclínicas y ocultas.

En general, los carcinomas de células escamosas son resistentes a la quimioterapia y los efectos se miden en términos de regresión del tumor más que de la eliminación del mismo, aunque a veces los medicamentos anticancerosos reducen el tamaño del tumor y retardan su diseminación, la morbilidad relacionada con su administración no justifica su empleo, por lo que se utiliza sólo como tratamiento auxiliar en los casos avanzados. (J. Regezzi).

En conclusión las opciones de tratamiento para el carcinoma escamocelular de la lengua ofrecidos en la actualidad son:

- . Extirpación local.
 - . Radioterapia del primario: Externa e intersticial.
 - . Radioterapia electiva del cuello: Suprahioideo, de todo el cuello.
 - . Irradiación o tratamiento local del primario seguido de linfadenectomía.
 - . Extirpación radical del primario en continuidad con linfadenectomía.
 - . Extirpación combinada y técnicas reconstructivas.
 - . Radioterapias preoperatorias.
 - . Radioterapia postoperatoria.
 - . Quimioterapias postoperatorias.
 - . Quimioterapia de inducción seguida por cirugía y/o radioterapia.
- (R. Janneret).

4. CONCLUSIONES

- La etiología del Carcinoma Escamocelular de la lengua, es multifactorial, sin embargo, el consumo prolongado del tabaco y alcohol se consideran importantes factores de riesgo para la presencia de este tipo de cáncer.
- El principal signo del Carcinoma de células escamosas de la lengua, es la aparición de una úlcera de largo tiempo de evolución con bordes indurados.
- Los medios de diagnóstico más utilizados para la detección son la citología y la biopsia, siendo este último el más importante.
- Los tratamientos usados para esta clase de cáncer es la cirugía, la radioterapia, o la combinación de ambos.

BIBLIOGRAFIA

- CANCER OF THE TONGUE IN PATIENTS YOUNGER THAN 40 YEARS - Sari Atula,MD;Reidar Grenman,MD;Pekka Laippala,PhD;Stina Syrjanen,DDS,PhD. En: Arch etelaryn gol Head Neck Surg. Tampere, Finland Vol 122 (December 1996). P. 1313 – 1319.
- TUMOR DNA CONTENT AS A PROGNOSTIC INDICADOR IN SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE ORAL CAVITY AND TONGUE BASE – Pilar Rubio Bueno,MD, PhD, Luis Naval Gias,MD,PhD, Rosa Garcia Delgado,BSc,PhD,Javier Domingo Cebollada,MD,Francisco J Diaz Gonzalez,MD,PhD. En: Journal Head y Neck. Zaragoza, Spain Vol 20 (May 1998). P. 232 – 239.
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE GINGIVA PRESENTING AS AN ENDOPERIODONTIC LESION – Allen N,Heller,Allan Kleian,and Arthur Barocas. En: Journal Periodontal. New York Vol 62 (September 1991). P. 573 – 575.

- ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN ASSOCIATION WITH DENTAL OSSEOINTEGRATED IMPLANTS – Cynthia Clapp,MD,Julia C.Wheeler;Andrew B. Martof,DDS;Paul A.Levine,MD. En: Arch etelaryn gol Head Neck Surg . Virginia Vol 122 (December 1996). P. 1402 – 1403.
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF DE TONGUE IN YOUNG PATIENTS: A MATCHED-PAIR ANALYSIS – Paul L. Frieddlander, MD, Stimson P. Schantz, MD, Ashok R. Shaha, MD, Gopei Yu, PhD, Jatin P. shah, MD. En: Journal of Head y Neck. New York Vol 20 (August 1998). P. 363 – 368.
- CAN WE DETEC OR PREDICT THE PRESENCE OF OCCULT NODAL METASTASES IN PATIENTS WITH SQUAMOUS CARCINOMA OF THE PRAL TONGUE? – Robert M. Byers, MD, - Adel K. El-Naggar, Md; - Ya-yen Lee, MD. En: Journal of Head y Neck. Houston, Texas Vol 20 (March 1998). P. 138 – 144.
- LONG TERM RESULTS OF PRIMARY RADIOTHERAPY WITH/WITHOUT NECK DISSECTION FOR SQUAMOUS CELL CANCER OF THE BASE OF TONGUE- Louis B. harrison, MD, - Henry J. Lee, MD, PhD, - David G. Pfister, MD. En: Journal of Head y Neck. New York Vol 20 (December 1998). P. 668 – 673.

- SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE TONGUE ASSOCIATED WITH CINNAMON GUM USE: A CASE REPORT – William H. Westra,MD,J.Scott McMurray,MD,Joseph Califano,MD,Paul W.Flint,MD,Russel L.Corio,DDS,MS. En: Journal of Head y Neck. Baltimore, Maryland Vol 20 (August 1998). P. 430 – 433.
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE GINGIVA WITH AN ATYPICAL APPEARANCE – Marshall L. Wallage and Broad W. Neville. En: Journal Periodontal. South Carolina, Charleston Vol 67 (November 1996). P. 1245 – 1248.
- PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. S. L. Robins. Eolic EE. P. 209 – 269.
- PATOLOGIA BUCAL – Joseph A.Regezzi,DDS,MS,James J.Sciubba,DMD,PhD. Eolic. 1991. P. 72 – 85.
- CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LENGUA. Robert Jeanneret. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. 1990.
- MANEJO DE PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LENGUA Y PISO DE BOCA. Trabajo de Grado U. Javeriana. 1998.