

# Carcinoma epidermoide de lengua

## Squamous cell carcinoma of the tongue

Vanessa E. Mendez-Mathey<sup>1,a</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El carcinoma epidermoide (CE) denominado también de células escamosas, epitelioma espinocelular o carcinoma de células planas es el tumor de la cavidad oral más frecuente, seguido del adenocarcinoma; representa el 3% de todos los cánceres del mundo (7,7: 100 000 habitantes), y entre un 2% y 5% de los tumores malignos del organismo. **Reporte de caso:** paciente masculino de 64 años de edad, quien consulto por una lesión en cavidad oral de 5 meses de evolución, la cual aumento de volumen en las últimas semanas, localizado en el borde lateral izquierdo de la lengua que dificultaba su alimentación. En la exploración intraoral se observa lengua con aumento de volumen en tercio medio del borde lateral izquierdo con tumoración exofítica de aproximadamente 1,5 x 1,5 cm., lobulada y bordes delimitados, consistencia firme, dolorosa a la palpación media y profunda; se realiza TAC de cabeza, cuello y tórax sin evidencia de metástasis ganglionar y pulmonar. Se realiza biopsia tipo incisional para estudio histopatológico en donde se le estadifico como un carcinoma epidermoide de lengua poco diferenciado T1 N0 M0, estadio I. **Conclusión:** El carcinoma epidermoide es una neoplasia frecuente, que cursa con escasos síntomas lo cual origina que se presente en estadios avanzados al momento del diagnóstico, su importancia radica en la elevada mortalidad que presenta debido a la diseminación metastásica cervical.

**Palabras clave:** Cáncer oral; cáncer de lengua; carcinoma epidermoide (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Introduction:** Squamous cell carcinoma (SCC), also called squamous cell carcinoma, squamous cell epithelioma or flat cell carcinoma, is the most common oral cavity tumor, followed by adenocarcinoma; it represents 3% of all cancers in the world (7.7: 100 000 population), and between 2% and 5% of malignant tumors of the organism. **Report case:** male patient of 64 years of age, who consulted for a lesion in the oral cavity of 5 months of evolution, which increased in volume in recent weeks, located on the left lateral edge of the tongue that made it difficult their feeding. In the intraoral examination, tongue with volume increase was observed in the middle third of the left lateral border with exophytic tumor of approximately 1.5 x 1.5 cm, lobed and delimited edges, firm consistency, painful to medium and deep palpation; CT of the head, neck and thorax is performed without evidence of lymph node and pulmonary metastasis. An incisional type biopsy was performed for histopathological study where he was classified as a squamous cell carcinoma with a poorly differentiated tongue T1 N0 M0, stage I. **Conclusion:** Squamous cell carcinoma is a frequent neoplasm, which presents with few symptoms, which causes it to present in advanced stages. At the time of diagnosis, its importance lies in

the high mortality it presents due to cervical metastatic dissemination.

**Keywords:** Oral cancer; tongue cancer; squamous cell carcinoma (Source: DeCS-BIREME).

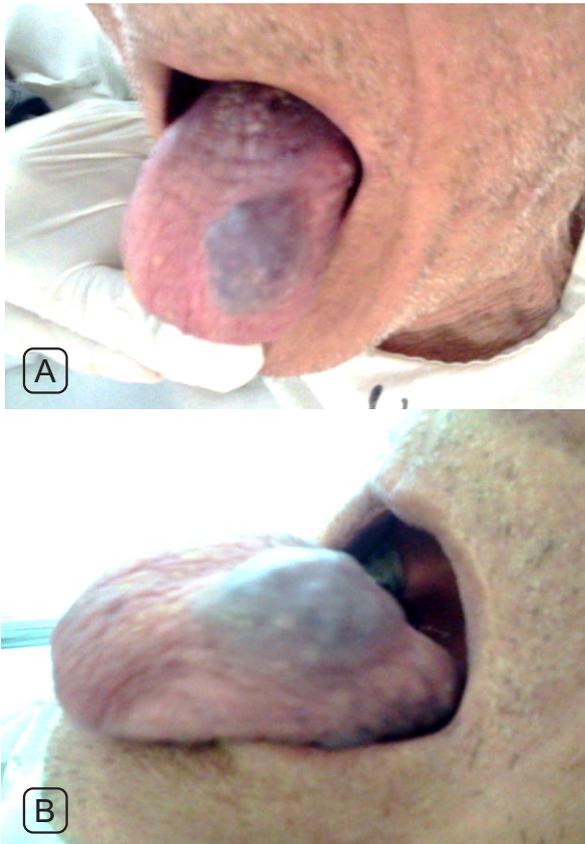
### INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide (CE) denominado también de células escamosas, epitelioma espinocelular o carcinoma de células planas es el tumor de la cavidad oral más frecuente, seguido del adenocarcinoma; representa el 3% de todos los cánceres del mundo, y entre un 2% y 5% de los tumores malignos del organismo. La incidencia de cáncer oral en varones es de 1,3 a 10 veces mayor que en mujeres. En Estados Unidos entre el 0,4% y 3,6% de los carcinomas epidermoides se presentan en menores de 40 años<sup>(1)</sup>, aumentando progresivamente a una incidencia de 6.7% en menores de 45 años<sup>(2)</sup>. Inicia como una lesión ulcerada no dolorosa en un comienzo, de aparición súbita que no cura y a medida que va creciendo produce dolor local, otalgia, dolor a nivel mandibular, trismus y pérdida ponderal de peso; se define como una neoplasia maligna que deriva del epitelio plano cuyo origen son las células escamosas que revisten la mucosa oral, debido a la transformación celular (displasia epitelial por mutación genética); se presenta la mayoría de las veces entre la 5° y la 6° década de la vida<sup>(3)</sup>.

1. Facultad de Medicina, Universidad Privada San Juan Bautista (UPSJB), Lima, Perú.  
a. Estudiante de Medicina.

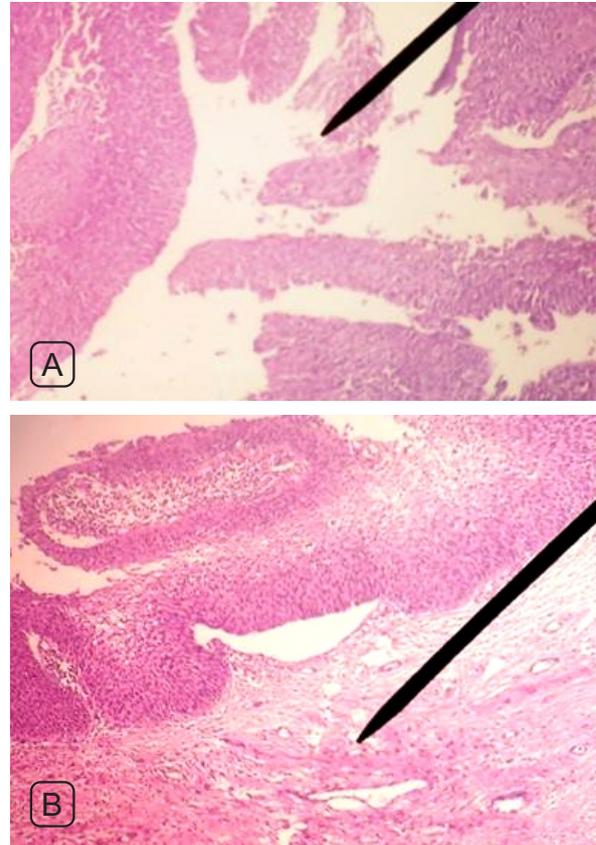
## REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 64 años de edad con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en tratamiento, con hábito tabáquico durante 20 años (10 cigarrillos diarios) y mala higiene dental, manifiesta además pérdida de peso aproximadamente 6 kg. en 2 meses. Acude a consulta, donde refiere una lesión de 5 meses de evolución la cual aumento de volumen en las últimas semanas, localizado en el borde lateral izquierdo de la lengua que dificultaba su alimentación. A la exploración extraoral no se observa asimetría facial, en la exploración intraoral se observa lengua con aumento de volumen en tercio medio del borde lateral izquierdo con tumoración exofítica de aproximadamente 1,5 x 1,5 cm., lobulada y bordes delimitados, consistencia firme, dolorosa a la palpación media y profunda (Figura 1A y 1B); no hay trismus, mucosas poco hidratadas, la movilidad lingual se mantiene conservada así como la sensibilidad; las demás estructuras valoradas dentro de los parámetros normales, en la exploración cervical, sin presencia de adenopatías palpables tanto en área I, II y III, cuello cilíndrico con tráquea central desplazable no dolorosa; TAC de cabeza, cuello y tórax sin evidencia de metástasis ganglionar y pulmonar.



**Figura N°1.** Imagen ectoscópica de la lengua (A y B): se observa lengua con aumento de volumen en tercio medio del borde lateral izquierdo con tumoración exofítica de aproximadamente 1,5 x 1,5 cm., lobulada

Se solicita biometría hemática y analítica de laboratorio reportándose dentro de los parámetros normales; se realiza biopsia tipo incisional para estudio histopatológico (Figura N°2A y 2B).



**Figura N°2.** Microfotografía en tinción hematoxilina-eosina (HE), a diferentes aumentos (Figura A x 10 y B x 40).

Por lo anterior se estadifico como un carcinoma epidermoide de lengua poco diferenciado T1 N0 M0, estadio I.

En el post operatorio inmediato a biopsia incisional el paciente evoluciono favorablemente siendo referido a un centro hospitalario nivel IV para hemiglossectomía, y terapia adyuvante.

## DISCUSIÓN

Los tumores de la cavidad oral representan entre un 25% a 30% de todas las neoplasias de cabeza y cuello, con una incidencia aproximada de 7,7 casos por cada 100 000 habitantes. Suele localizarse con mayor frecuencia en los bordes laterales y en el tercio medio de la lengua (porción libre), pudiendo aparecer en otras zonas como la unión con el suelo de la boca (dos tercios en la parte anterior), el dorso y la encía inferior, que en general son ubicaciones poco frecuentes<sup>(4)</sup>; asimismo, presentan una incidencia de 15% al 75% respecto a

metástasis ganglionares regionales en relacion con otras neoplasias que afectan cabeza y cuello<sup>(5)</sup>.

El carcinoma epidermoide es una neoplasia frecuente, que cursa con escasos síntomas lo cual origina que se presente en estadios avanzados al momento del diagnostico, alto indice de enfermedad regional, pobre diferenciación histopatológica y recurrencia local; su importancia radica en la elevada mortalidad que presenta debido a la diseminación metastásica cervical<sup>(6)</sup>. Aproximadamente cerca del 70% de pacientes con tumores limitados a la cavidad oral no presentan ganglios palpables en el momento del diagnostico<sup>(7)</sup>. El dolor es uno de los síntomas mas comunes, convirtiendose en la expresión de infiltración profunda del tumor<sup>(8)</sup>.

Macrosópicamente puede tener dos patrones uno exofítico y otro endofítico; el primero interfiere con la deglución por obstrucción y el segundo lo hace disminuyendo la movilidad por fijación de la zona afectada en el caso de tumores de base de lengua o paladar blando. La afectación compromete estructuras tales como la laringe, trigono retromolar, el paquete vascular y pares craneales como V, VII, IX, X, y XII.

Con la clínica se puede identificar al carcinoma epidermoide en etapas iniciales, estas suelen ser las leucoplasias (manchas o placas de color blanco) y las eritropias (lesiones eritematosas papulares o maculares) en lengua y mucosas. En estados avanzados se observa una lesión ulcerada e indolora o una excrecencia verrucosa. La biopsia determina finalmente el diagnostico.

Las moléculas de adhesión CD44 y CD 44var V6 están presentes en el epitelio normal de cabeza, cuello y laringe, su función parece ser el mantenimiento de la integridad del epitelio, de forma que su perdida es un indicador de transformación maligna del epitelio escamoso y se relaciona con la progresión de los carcinomas de cabeza y cuello<sup>(9)</sup>.

Se sabe que la alteracion del oncogen supresor que codifica para la proteina p53 esta muy relacionada con la aparicion de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, ademas estan involucrados otros genes como el erb-b1 y el c-myc<sup>(10)</sup>.

Entre los factores de riesgo en su etiología tanto exógena (tabaco, alcohol, exposición a agentes tóxicos, irritantes mecánicos, higiene oral deficiente) como endógena (herencia, leucoplasias, eritropias, malnutrición entre otros); se debe estimar también la asociación con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en particular los genotipos VPH-16 y VPH-18 altamente oncogénicos en la aparición de cáncer oral debido a practicas sexuales, planteandose estrecha relación con esta patología<sup>(11)</sup>.

Cabe remarcar que en esta neoplasia, en el diagnostico diferencial se debe tener en cuenta lesiones del epitelio escamoso, glándulas mucosas, vasos sanguineos, cartilago, músculo y hueso<sup>(12)</sup>. Así como otros tipos de lesiones como linfomas, melanomas, carcinoma verrugoso, sarcoma de Kaposi (frecuente en el SIDA), metástasis de tumores primarios a distancia o neoplasias de las glándulas salivales.

Cuando se considera la profundidad tumoral como elemento diagnostico esto hace referencia al espesor máximo de un tumor medido en milímetros, desde la superficie tumoral hasta el punto mas profundo de invasión tumoral<sup>(13)</sup>, determinando un aspecto cualitativo en lo respecta a la agresividad de infiltración local.

El sistema TNM brinda una clasificación de los carcinomas orales y orofaríngeos al contemplar factores descriptivos de los mismos, en lo concerniente al tamaño tumoral (T), afectación cervical (N) y metástasis a distancia (M), siendo una descripción tanto tipográfica como clínica<sup>(14)</sup>.

En algunos reportes se da cuenta de una variante histológica del carcinoma epidermoide de cavidad oral como es el carcinoma sarcomatoide el cual podría tener mejor pronostico<sup>(15)</sup>.

El tratamiento de los pacientes con carcinoma epidermoide de lengua en etapas iniciales y loco-regional avanzada pero resecable es el abordaje quirúrgico y posterior a ello terapia adyuvante (radioterapia / quimioterapia).

**Conflictos de interés:** La autora declara no tener conflicto de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Aspectos Éticos y Legales:** En cuanto a la confidencialidad y publicación de los datos, la autora del presente artículo, declara seguir los protocolos sobre la difusión de datos y reproducción de imágenes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ariosa, J; Gonzalez, F.; Rodriguez, G. Cáncer bucal. Estudio de cinco años. . Revista Médica Electrónica. Cuba 2006;28 (6).
2. Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Johnson NW, Warnakulasuriya S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. Oral Oncol 2004; 40(3): 304-13.
3. Peña Gonzales A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev. Cubana Estomatol 2006, 43(1):xx.
4. Alfaya Salgueiro B, González Rivera A, Mulero

- Fernández R, Valencia Conejo M. Carcinoma epidermoide de lengua: Presentación de un caso y revisión de literatura. [Internet]. 2010. [citado el 22 de febrero del 2019]. Disponible en: [http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2009-2010\\_G08.pdf](http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2009-2010_G08.pdf)
5. Persky MS, Lagmay VM. Treatment of the clinically negative neck in oral squamous cell carcinoma. *Laryngoscope* 1999; 109:1160-4.
  6. Umeda M, Yokoo S, Take Y, y cols. Lymph node metastases cell carcinoma of the oral cavity: Correlation between histologic features and the prevalence of metastasis. *Head Neck* 1993;14:263-72.
  7. Boyle JO, Strong EW. Oral cavity cancer. In: Shah JP. *Cancer of the head and neck*. BC Decker editores. 2001. Hamilton. 100-126.
  8. L Harrison, Roy B Sessions, Waun KI, Aong Oropharyngeal Cancer. Lippincot Raven 1999, 445-480.
  9. Hudson D, Speight P, Watt F. Altered expression of CD44 isoforms in squamous cell carcinomas and cell lines derived from these. *Int J Cancer* 1996;66: 457-63.
  10. Soukka T, Salmi M, Joensuu H, Hakkinen L, Sointu P, Koulu L et al. Regulation of CD44 var v6 containing isoforms during proliferation of normal and malignant epithelial cells. *Cancer Res* 1997;57:2281-9.
  11. Martins Filho Prs, Santos T de S, Silva Lcf da, P MR. Oral cancer in Brazil: a secular history of Public Health Policies. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*. 2014;62(2):159-164.
  12. Thompson LDR. *Head and Neck Pathology*. Churchill Livingstone. Elsevier, Philadelphia, pp124-132; 2006.
  13. Yuen APW, Lam KY, Chan ACL, y cols. Clinicopathological analysis of local spread of carcinoma of tongue. *Am J Surg* 1998;175:242-4.
  14. Vokes EE, Weichselbaum RR, Lippman SM. Head and neck cancer. *New Engl J Med* 1993;328:184-94.
  15. Thompson L. Squamous cell carcinoma variants of the head and neck. *Current Diagnostic Pathology* 2003;9:384-96.

#### Correspondencia

Vanessa E. Mendez Mathey

Dirección: Ave. José Antonio Lavalle, Chorrillos 15067 Lima-Perú

Correo: [ymmattthey@hotmail.com](mailto:ymmattthey@hotmail.com)

#### Revisión de pares

Recibido: 30/10/2018

Aceptado: 10/02/2019