

Carcinoma verrucoso en lengua de paciente geriátrica. Informe de caso clínico

Verrucous carcinoma in the tongue of a geriatric patient. Clinic case report

*Manuel Amed Paz Betanco, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua,
manuel.paz@fo.unanleon.edu.ni*

RESUMEN

Se informa el caso de un paciente femenino de 80 años de edad, la cual presenta un crecimiento exofítico en el borde lateral izquierdo de la lengua con dolor a la masticación y deglución de alimentos y bebidas; es referida por el odontólogo del Hospital Primario del municipio de Villanueva, departamento de Chinandega, Nicaragua, al área de Diagnóstico en Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN-León). A la exploración clínica se observa lesión exofítica en la zona posterior del borde lateral izquierdo de la lengua de aspecto papilomatoso, y ocupa además el reborde alveolar del mismo lado. El diagnóstico definitivo histopatológico fue carcinoma verrucoso.

PALABRAS CLAVE

Carcinoma verrucoso, virus del papiloma humano.

ABSTRACT

We report the case of an 80-year-old female patient, who presents an exophytic growth on the left lateral border of the tongue with pain when chewing and swallowing food and drinks; who is referred by the Dentist of the Primary Hospital of the municipality of Villanueva, department of Chinandega, Nicaragua to the area of Oral Pathology Diagnostics of the National Autonomous University of Nicaragua, Dental School León (UNAN-León). An exophytic lesion was observed in the posterior area of the left lateral border of the papillomatous aspect of the tongue, occupying in addition the alveolar ridge on the same side. The definitive histopathological diagnosis was Verrucous carcinoma.

KEYWORDS

Verrucous Carcinoma, Human Papilloma Virus.

Recibido: 15 junio, 2018

Aceptado para publicar: 12 marzo, 2019

INTRODUCCIÓN

El carcinoma verrucoso (CV) es una variante poco frecuente del carcinoma espinocelular bien diferenciado, que fue descrito por primera vez por Lauren Ackerman en 1947; sin embargo; en las lesiones extensas ésta tiene un excelente pronóstico con el tratamiento apropiado. (Mauri, 1998).

EPIDEMIOLOGÍA

Adorno D. (2010) refiere que esta neoplasia presenta mayor predilección por el sexo masculino y Rosa L.N. (2003) menciona que estos tumores suelen aparecer después de la quinta década de vida.

Es considerado como un carcinoma con capacidad limitada para invadir y dar metástasis, según Adorno D. (2010) en cavidad oral el CV representa solamente del 2% al 12% de todas las neoplasias epiteliales, y López A. (2000) informa que los diferentes estudios realizados expresan que esta neoplasia representa un 6,2% de todos los carcinomas espinocelulares bucales.

Este tumor es de crecimiento lento, es agresivo localmente, pero bien delimitado siendo su crecimiento predominantemente horizontal con mayor tendencia a la erosión que a infiltrar. (Zanini M, 2004)

ETIOLOGÍA

Es de etiología desconocida. Migliorisi J. (2006) menciona que se ha observado una asociación directa con el consumo de tabaco y alcohol como factores irritantes locales, malas condiciones bucales con sepsis y prótesis desajustadas, agregándose la relación con agentes virales como virus del papiloma humano. Adorno D. (2010) hace mención que dentro de las variedades relacionadas al virus papi-

loma humano se encuentran los subtipos 16, 18 y, raramente, 6 y 11.

Zanini M (2004) y Ferrari M (2006) hacen mención de casos de liquen plano asociados con CV.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se presenta como una lesión papilomatosa, única o multifocal, blanca o roja, como una masa blanda o de consistencia fibrosa. Crece infiltrando los tejidos blandos, y a veces hasta el hueso maxilar por simple penetración mecánica. Puede perforar la mejilla. La comisura suele estar afectada. (Ceccotti L, 2007)

En cavidad bucal se encuentra principalmente en región vestibular de la maxila, yugal, paladar duro y blando, lengua y labio. (Rosa LN, 2003)

La infección secundaria es frecuente y puede encontrarse en la boca un olor desagradable y en la región del cuello linfadenopatía reactiva (Zanini M, 2004)

HISTOPATOLOGÍA

En el reporte histológico hay un pronunciado engrosamiento epitelial, densamente queratinizado, con prolongaciones hacia la profundidad anchas, romas y bulbosas. La escasa o nula presencia de atipias son características. La membrana basal permanece intacta. (Ferrari MN, 2006).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Dentro de los diagnósticos diferenciales podemos incluir a la leucoplasia, carcinoma espinocelular bien diferenciado, papiloma escamoso, hiperplasia verrugosa y condiloma acuminado. (López, 2000) Así también autores como Zanini M. (2004) incluyen a la verruga vulgar, melanoma amelanótico, histoplasmosis, sífilis secundaria, enfer-

medad de Darier, nevo esponjoso blanco y lupus eritematoso.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Según Ceccotti L. (2007) en el tratamiento están indicadas la cirugía o la quimioterapia. La mayoría de autores contraindica la radioterapia por el riesgo de transformación en un carcinoma espinocelular invasor. Otros estudios orientan la electrocauterización y la criocirugía con buenos resultados, (López, 2000). Tiene un buen pronóstico y las metástasis son raras, (Zanini M, 2004).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 80 años de edad, originaria de una zona rural del municipio de Villanueva, departamento de Chinandega, Nicaragua; es remitida por el odontólogo de este Centro Asistencial al área de Diagnóstico en Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN-León).

Al interrogatorio refiere presentar dolor a la masticación y deglución de alimentos y bebidas, también afirma que cuando logra masticar percibe una sensación picante en la lengua. Relata que su mayor preocupación es que siente que no se está alimentando bien por el dolor que causa comer con las "placas", razón que la obliga visitar un dentista.

En los antecedentes sistémicos refiere haber padecido hace 35 años de carcinoma cérvico-uterino, el que fue diagnosticado a tiempo y manejado quirúrgicamente. También informó que hace 5 años fue tratada por tuberculosis pulmonar y actualmente padece de neumonía y asma, las que son manejadas por su médico internista.

En el examen físico extraoral de cabeza y cuello no se encontraron datos de interés.



Fotografía 1. Prótesis total inferior desajustada.



A



B

Fotografías 2. A: Aspecto de la lesión que involucra el borde lateral izquierdo de la lengua y el reborde alveolar. B: Aspecto de la lesión con proliferaciones exofíticas.

En el examen clínico de la cavidad bucal se observó presencia de prótesis totales en ambos maxilares con más de 30 años de uso continuo; en el maxilar inferior la prótesis se encontraba desajustada. La paciente afirmó sentir dolor a la oclusión de alimentos por lo que desde hace unos 15 días solo se está alimentando con líquidos.

Así mismo se observó una masa exofítica con una base sésil de 7 cm de longitud, 5 cm de diámetro por 4 cm de altura, en la zona posterior del borde lateral izquierdo de la lengua, de aspecto papilomatoso, ocupando además el reborde alveolar del mismo lado.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Para la toma de biopsia se orientó la realización de biometría hemática completa, tiempo de protombina y tiempo de tromboplastina parcial; y para orientarnos acerca del estado inmunológico del paciente también se envió: hematócrito y hemoglobina, todos con resultados en los rangos normales. Se realizó biopsia incisional en la lesión tomando un solo bloque de tejido lesionado y sano.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el carcinoma verrucoso de Ackerman es una variante del carcinoma espinocelular, se diferencia de este último precisamente por su aspecto verrucoso o fungiforme, dando el aspecto de una coliflor, por lo que se tiende a confundir con cualquier lesión producto del virus del papiloma humano, (Ceccotti L, 2007).

Una de las principales características de su aparición es la afección crónica de los tejidos principalmente por el tabaco, aunque en este caso la paciente no tenía antecedentes de fumado, ni de tomar



Fotografía 3. Localización de la lesión en el tercio posterior del reborde lateral izquierdo de la lengua.



A



B

Fotografías 4. A: Lugar de donde se obtuvo el tejido. B: Material biológico para estudio histopatológico.



Fotografía 5. Corte histológico que muestra hiperqueratosis, acantosis, papilomatosis y fuerte infiltrado inflamatorio crónico en el tejido conectivo. La lámina basal se encuentra intacta. Tomada con Tel Samsung Modelo SM-G950FD usando Carson HookUzp 2.0 Smartphone Optics Adapter en Microscopio American Optical One-Sixty objetivo 10/0.25.

licor, así que el crecimiento exofítico de la masa fue debido al traumatismo crónico de la prótesis total inferior desajustada en la mucosa alveolar, (López, 2000).

La paciente afirmó no desalojar las prótesis en ningún momento del día, ni aún para dormir por las noches y que solo las higienizaba una vez al día. Un dato muy interesante fue el tiempo de uso de esas prótesis por más de 30 años, lapso propicio para la adhesión de biopelícula y hongo en cantidades considerables, así como, los usos continuos de estas, lo que ha causado reabsorción de los rebordes alveolares y consecuentes desajustes produciendo maceración de los tejidos y creando un nicho propicio para el acúmulo de restos alimenticios. (Migliorisi J, 2006).

Al ser la primera consulta por dolor en más de 30 años, no se conoce si la paciente desarrolló primero alguna lesión leucoplásica, ya que son premalignas; o si experimentó

alguna úlcera en el reborde alveolar por desajuste de la prótesis inferior o molestias en la mucosa del piso de la boca. Sin embargo, en la revisión bucal, a la presión presentaba dolor, eritema en los bordes de la lesión y la paciente refería sensación de chile al deglutir.

La toma de la biopsia se realizó con base en los parámetros notificados por los familiares y orientados por el médico internista, debido a que la paciente no podía conseguir posiciones totalmente acostada en la unidad dental, así que se procedió a colocar el respaldar del sillón en 90 grados, creando un ángulo recto con las piernas y de esta manera se ubicó en una posición adecuada para realizar el acto quirúrgico. Se usó Mepivacaína 3% sin vasoconstrictor y se tomó una muestra de tejido que abarcara completamente la lesión del borde lateral de la lengua y reborde alveolar edéntulo y tejido sano perilesional. Patología informó de la presencia de un carcinoma verrucoso.

CONCLUSIÓN

Las lesiones en la mucosa oral de carácter maligno no son bien conocidas por los odontólogos generales de práctica pública y privada, por sus características peculiares tanto clínicas como histopatológicas.

El cáncer oral causa desde molestias como dolor, disfonía, disfagia u otras, hasta afectar la calidad de vida de los pacientes y afectándolos en todos los ejes de la personalidad. ■■■

Autor:

Manuel Amed Paz Betanco.
Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
Autor para correspondencia:
Dirección: Complejo Docente de la Salud (UNAN-León). Edificio Principal 3er piso, Departamento de Medicina Oral.
Teléfono 00 (505) 2311-4136, Extensión 2071.
Correo: manuel.paz@fo.unanleon.edu.ni

NICARAGUA

BIBLIOGRAFÍA

Adorno D, M. A. (2010). *Carcinoma verrucoso oral: Reporte de un caso clínico y revisión de 20 casos del Instituto de Referencia en Patología Oral (IREPO), Chile*. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 132-135.

[https://doi.org/10.1016/S0718-5391\(10\)70055-0](https://doi.org/10.1016/S0718-5391(10)70055-0)

Ceccotti L, S. R. (2007). *El diagnóstico en la clínica estomatológica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Ferrari M.N., S. A. (2006). *Líquen plano oral, carcinoma de células escamosas y carcinoma verrugoso de Ackerman: reporte de un caso*. *Acta Odontológica Venezolana*.

Ferrari, M. (2008). *Carcinoma verrugoso de Ackerman*. *Rev. Circ. Argent. Odontol.*, 6-8.

González D, G. J. (2010). *Carcinoma verrucoso*. *Piel*, 81-90. <https://doi.org/10.1016/j.piel.2009.10.004>

López, A. (2000). *Factores de riesgo etiopatogénicos del carcinoma verrugoso en cavidad bucal*. *Acta Odontológica Venezolana*.

Mauri, I. T. (1998). *Carcinoma verrugoso de Ackerman*. *Acta Odontológica Venezolana*.

Migliorisi J, J. I. (2006). *Carcinoma verrucoso. Caso clínico de rehabilitación multidisciplinaria quirúrgico-protésica*. *Actas Odontológicas*, 5-12.

Rosa, L.N., G. L. (2003). *Carcinoma verrugoso en paciente joven*. *Av Odontoestomatol*, 119-122.

<https://doi.org/10.4321/S0213-12852003000300002>

Zanini M, D. M. (2004). *Carcinoma verrucoso: una variante clínico-histopatológica do carcinoma espinocelular*. *Anais Brasileiros de Dermatología*, 619-621. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962004000500013>



Derechos de Autor © 2019 Manuel Amed Paz Betanco. Esta obra se encuentra protegida por

una [licencia Creative Commons de Atribución Internacional 4.0 \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)