

Masa intraoral de rápido crecimiento. A propósito de un caso

Intraoral tumor with rapid growing. Report of a case

Javier González Martín-Moro ⁽¹⁾, Jose Luis Cebrián Carretero ⁽²⁾, Elena Gómez García ⁽²⁾, Jose Luis del Castillo Pardo de Vera ⁽¹⁾, Daniel del Val ⁽³⁾

(1) Médico residente. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial

(2) Médico adjunto. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial

(3) Médico residente. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Correspondencia / Address:

Secretaría de Cirugía Oral y Maxilofacial, 7ª planta del Hospital General.

Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana 261. 28046 Madrid

Teléfono: 679224393/616415881

E-mail: javigmoro@hotmail.com

jgonzalezma.hulp@madrid.salud.org

Recibido / Received: 21-03-2004 Aceptado / Accepted: 11-02-2005

Indexed in:

-Index Medicus / MEDLINE / PubMed

-EMBASE, Excerpta Medica

-Índice Médico Español

-IBECs

González-Martín-Moro J, Cebrián-Carretero JL, Gómez-García E, del Castillo-Pardo de Vera JL, del Val D. Intraoral tumor with rapid growing. Report of a case. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:440-3.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

RESUMEN

La aparición de una masa intraoral supone un motivo de consulta frecuente en nuestra especialidad. La mayoría de los casos corresponden a lesiones benignas y, dentro de las malignas, a tumores primarios intraorales. Las metástasis suponen menos del 1 % de las lesiones malignas.

Presentamos el caso de una mujer de 86 años de edad, sin antecedentes oncológicos, que acudió a nuestro servicio presentando una masa intraoral asintomática, de crecimiento rápido y volumen considerable, sin otros hallazgos de interés a la exploración. La lesión se acompañaba de erosión ósea subyacente. El resultado de la biopsia fue de adenocarcinoma metastático de probable origen abdominal, si bien el tumor primario no pudo ser identificado con las técnicas diagnósticas no invasivas que se llevaron a cabo.

Valorando el estado deteriorado de la paciente, así como el mal pronóstico de dichas lesiones, se optó por un tratamiento únicamente sintomático, consiguiendo una adecuada calidad de vida y sin aparición de recidivas locales en el momento actual.

Palabras clave: Metástasis mandibulares, masas intraorales, metástasis orales.

INTRODUCCION

Dentro de la gran variedad de masas intraorales pediculadas derivadas de tejidos blandos, las metástasis constituyen apenas

ABSTRACT

The appearance of an intraoral mass is common in our speciality. Most are benign lesions, but some are primary malignancies. Metastases account for less than 1% of all oral malignancies.

An 86 year old woman was referred to our department with a large, asymptomatic, intraoral, fast-growing mass. She had no previous cancer history or other relevant physical findings. The radiology studies showed underlying bone erosion. The histological study showed a metastatic adenocarcinoma with a suspected origin in the abdomen. We were unable to identify it by non invasive diagnostic procedures.

Given the patient's general status and despite the ominous prognosis of such lesions, we decided not to perform any aggressive therapy beyond removing the oral mass, in order to maintain her quality of life. There have been no local recurrences until this time.

Key words: Mandibular metastasis, intraoral mass, oral metastasis.

INTRODUCTION

Among the great variety of intraoral pedunculated soft tissue masses, benign primary lesions such as pyogenic granuloma or fibroma the most frequent ones, and metastatic tumors account for approximately 1% of all oral malignant tumors (1). Definitive diagnosis requires histological study by biopsy or mass

el 1% de todos los tumores malignos (1), siendo las lesiones primarias benignas como el granuloma piogénico o el fibroma mucho más frecuentes (2). Su escasa frecuencia es responsable de que la mayoría de las referencias encontradas en la literatura internacional recojan casos aislados o series muy limitadas. A pesar de ello, es obligado el estudio sistemático de todas las masas intraorales ya que su diagnóstico definitivo es el anátomo-patológico tras biopsia o extirpación de la masa.

La localización más frecuente de las metástasis intraorales es el hueso (región molar), con una relación 2.5:1 respecto a partes blandas. No hay diferencias entre sexos en cuanto a la frecuencia, pero sí en lo que respecta a su origen y localización: en hombres el foco primario más frecuente es el pulmón y se localizan en partes blandas, mientras que en mujeres las metástasis del cáncer de mama son intraóseas (3-5). La edad media de aparición es entre 40 y 70 años.

Una vez conocido el tumor primario y otros posibles focos de diseminación metastásica, se decidirá un tratamiento individualizado, ya sea con fines curativos, o más frecuentemente paliativos.

CASO CLINICO

Una mujer de 86 años fue remitida al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario La Paz de Madrid para valorar una masa intraoral de crecimiento rápido, de un mes de evolución. Entre sus antecedentes personales destacaban sordera congénita, hipertensión arterial e infarto lacunar en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. A la exploración presentaba una masa asintomática, eritematosa, de 2x2 cm, pediculada en la encía mandibular correspondiente al incisivo lateral izquierdo. La sensibilidad en el territorio del nervio mentoniano estaba conservada. No se palpaban adenopatías cervicales ni existían alteraciones analíticas. Con el diagnóstico de sospecha de lesión inflamatoria o reactiva, se realizó biopsia excisional bajo anestesia local, sin otros estudios complementarios. Los estudios preliminares anátomo-patológicos revelaron la presencia de una proliferación tumoral de naturaleza epitelial, con patrón de crecimiento sugestivo de adenocarcinoma (Fig. 1).

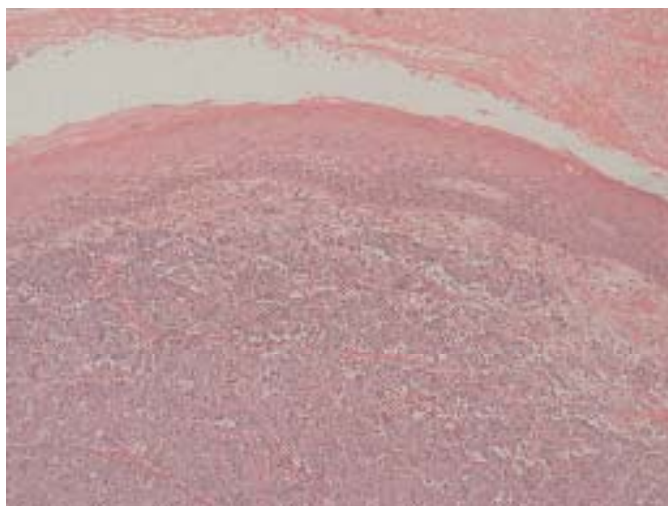


Fig.1. Proliferación tumoral de naturaleza epitelial, con formación de estructuras tubulares y glandulares.
Tumorous epithelial proliferation, showing tubular and glandular structures.

excision. Metastatic tumours in the jaw bone are more frequent than those in the oral mucosa (by a ratio of 2.5:1). There is no differences in incidence between men and women, although in men, the lung is the most frequent origin of soft tissue metastases while breast cancer in woman usually spreads to the jaw bone (3-5).

Once the primary tumor and its posible dissemination have been determined, it will be possible to plan an individualized treatment with curative or palliative aims.

CASE REPORT

A 86-year-old edentulous woman was referred to the Oral and Maxillofacial department of La Paz hospital, in Madrid, for the evaluation of a fast-growing intraoral lump. Her medical history included congenital deafness, high blood pressure, and lacunar ictus on the left CMA. Clinical examination revealed an asymptomatic, erythematous, 2x2 cm, pedunculated mass on the left lateral mandibular incisor gingiva. She did not refer sensitive alterations in the inferior alveolar nerve territory. There were no palpable lymph nodes or abnormal laboratory results.



Fig. 2. Aspecto macroscópico de la masa.
Macroscopic view.



Fig. 3. Aspecto intraoral transcurridas 6 semanas.
Intraoral view 6 weeks later.

Varios días después, la paciente acudió con una nueva masa en la misma localización, que le impedía alimentarse e incluso cerrar la boca debido a su gran tamaño (Fig. 2). Este rápido crecimiento podría explicarse por la extirpación parcial previa debido a la sospecha de lesión benigna, persistiendo masa tumoral residual en el lecho.

El estudio radiológico (ortopantomografía) mostró una lesión lítica en el borde superior del sector anterior de la mandíbula, y en el estudio de extensión (Tomografía Axial Computerizada) se evidenciaron adenopatías en tronco celiaco y una masa adrenal izquierda de 4x4x5.5 cm.

Un equipo multidisciplinar del centro decidió, teniendo en cuenta la edad y el estado basal de la paciente, el pronóstico ominoso de las metástasis mandibulares, y la toxicidad local y sistémica del tratamiento radio y quimioterápico, no realizar pruebas diagnósticas invasivas y optar por un tratamiento paliativo con excisión de la masa y curetaje del hueso subyacente. Hasta el momento actual no han aparecido nuevas recurrencias (Fig. 3)

DISCUSION

El diagnóstico diferencial de las masas gingivales pediculadas debe incluir lesiones del desarrollo, inflamatorias y reactivas, así como procesos neoplásicos. El diagnóstico definitivo es únicamente histológico; sin embargo la historia clínica, la localización de la masa, su velocidad de crecimiento, el aspecto clínico, la edad y el sexo del paciente, y los hallazgos radiológicos nos orientarán hacia una lesión u otra.

Entre las lesiones benignas de rápido crecimiento debemos considerar el granuloma piogénico, el granuloma periférico de células gigantes, el fibroma, el hemangioma, y el éplulis, dado su parecido clínico (2,6,7). Por otra parte, las lesiones malignas primarias más frecuentes son el carcinoma epidermoide y el linfoma no Hodgkin (8). Las metástasis en cavidad oral son poco comunes, suponen menos del 1% de todas las lesiones malignas orales, siendo más frecuentes en la mandíbula (región molar) que en mucosa oral (relación 2.5:1). Se ha sugerido que el mayor aporte vascular en la región molar mandibular comparado con la región anterior explicaría la diseminación hematogena en esta localización (1). Los tumores primarios más frecuentes son pulmón, riñón y próstata en hombres y mama y órganos genitales en mujeres (3-5,9). Otros orígenes recogidos en la literatura pero extraordinariamente raros incluyen esófago y carcinoma folicular de tiroides (10,11).

En cuanto a la clínica de estas lesiones mandibulares, la aparición de una masa puede producir dolor, movilidad y pérdida de piezas dentarias, alteraciones de la sensibilidad del nervio alveolar inferior, e incluso fracturas patológicas (11).

En la mayoría de las ocasiones el tumor primario se ha diagnosticado previamente a la aparición de la metástasis. En menos de 1 de cada 3 casos la metástasis es el primer signo de la enfermedad (1,3), y en un porcentaje aún menor no se logra identificar el tumor primario.

Las metástasis orales conllevan un mal pronóstico, ya que implican un estadio avanzado con diseminación de la enfermedad y depósito de células malignas en múltiples órganos y tejidos. La esperanza de vida no supera unos pocos meses (7).

As inflammatory or reactive lesions were suspected, an excisional biopsy under local anaesthesia was performed without any complementary studies. The preliminary histopathological findings indicated a tumoral epithelial proliferation that was suggestive of adenocarcinoma (Fig. 1).

Several days later, the patient returned with an even bigger mass in the same location (3x3 cm.), which kept her from eating or even shutting her mouth (Fig. 2). This rapid growth can be easily understood since the initial extirpation of what was thought to be a benign lesion had been incomplete.

The radiographic study (ortopantomography) showed a lytic lesion in the upper border of the anterior mandible, and the extension study (CT) showed a left adrenal 4x4x5.5 cm mass, as well as celiac trunk adenopathies.

Considering the age of the patient, her basal status, the toxicity of radio and chemotherapy, and the ominous prognosis for mandibular metastasis, the multidisciplinary team of the centre decided not to perform any invasive diagnostic tests, but to apply a palliative treatment consisting in excision of the mass and curettage of the bone. No recurrence has been referred to this moment (Fig. 3).

DISCUSSION

The differential diagnosis for a gingival soft-tissue mass should include developmental, reactive or inflammatory, and neoplastic entities. Although the definite diagnosis will be given exclusively by the biopsy, the clinical history, location of the mass, growing speed, clinical appearance, age and sex of the patient, as well as radiological findings, will guide us to one diagnosis or another.

Among the benign fast-growing pedunculated lesions, pyogenic granulomas, peripheral giant cell granulomas, fibromas, hemangiomas and epulis should be always considered since they are often clinically confused (2,6,7). On the other hand, the squamous cell carcinoma and Non-Hodgkin's lymphoma are the most frequent malignant lesions in the oral cavity (8). Oral metastases are uncommon and account for less than 1% of all oral malignancies: metastatic tumors are more frequently reported in the jawbones than in the oral mucosa (ratio 2.5:1). The most common primary sources are lung, kidney and prostate in men and breast and genital organs in women (3-5,9). Although really extraordinary, thyroid and oesophagus carcinoma metastases have also been reported (10-11).

The primary tumor is usually diagnosed before the metastasis is discovered, and in less than 1 in 3 cases the metastasis is the first sign of the disease (1-3). In some of these cases, it is not possible to identify the primary source.

Oral metastasis generally carries a poor prognosis, as they indicate a widespread disease with metastatic deposits in many other organs and tissues; the expected survival does not exceed several months (7).

As we see in Fig.1 the histological study showed a tumorous epithelial proliferation growing in solid nests, under and unrelated to the polystratified epithelium of the oral mucosa. A magnified view showed tubular and glandular structures with necrotic centres. Immunohistochemical techniques did not

Como vemos en la Fig.1 el estudio histológico mostró, por debajo del epitelio poliestratificado de la mucosa oral y sin relación con él, la presencia de una proliferación tumoral de naturaleza epitelial, con patrón de crecimiento en nidos sólidos. A mayor aumento se observa la formación de estructuras tubulares y glandulares en el seno de la tumoración, con ocasional necrosis central. El patrón de citoqueratinas determinado por técnicas de inmuno-histoquímica no fue concluyente. Con el diagnóstico de sospecha de metástasis de adenocarcinoma de origen abdominal, se procedió al estudio de extensión (TAC tóracoabdominal), que descubrió adenopatías en tronco celiaco y vasos ilíacos además de una masa suprarrenal izquierda de 4x4x5.5 cm., compatibles con diseminación metastática.

Debido a que la paciente no presentaba sintomatología abdominal, y puesto que no se llevaron a cabo métodos diagnósticos invasivos por el estado basal y la edad de la misma, el diagnóstico diferencial es amplio e incluye tanto tumores gastrointestinales como genitourinarios. Dentro de los primeros, el más frecuente es el adenocarcinoma colorrectal, que suele debutar por trastornos del ritmo intestinal, pérdida de peso y anemia microcítica por sangrado crónico. Los resultados negativos del TAC no excluyen esta posibilidad, siendo preciso realizar una colonoscopia para descartar esta lesión. Las metástasis de hepatocarcinoma se han asociado con hemorragias masivas durante la biopsia, al igual que las de carcinoma folicular tiroideo (11-13). Los tumores de páncreas son generalmente de diagnóstico tardío, ya que pueden crecer de forma importante antes de producir sintomatología, siendo por lo tanto frecuente en estos casos que la metástasis sea el primer signo de la enfermedad (14). Si sospechamos un origen genitourinario, el primero a descartar sería el carcinoma de células claras renales, que se asocia a la triada clásica de masa en flanco, dolor y hematuria (15).

Un tratamiento con fines curativos es posible únicamente en casos de metástasis única y tumor resecable, realmente poco frecuentes (3). En la mayoría de las ocasiones las metástasis reflejan un estadio avanzado de la enfermedad, con una supervivencia media de pocos meses, siendo el objetivo del tratamiento no ya aumentar la supervivencia, sino mejorar la calidad de vida (4,7).

identify a known cytokeratin pattern. As metastatic abdominal adenocarcinoma was suspected, a body TC was performed and discovered a left suprarenal 4x4x5.5 cm mass, as well as celiac trunk lymph nodes and other small adenopathies near the iliac vessels, compatible with metastatic spread.

As the patient suffered no abdominal complaints, no invasive diagnostic procedures were performed because of her age and basal status, the differential diagnosis of the primary source is wide and includes gastro-intestinal locations as well as genito-urinary tumors. Among the firsts, a colorectal adenocarcinoma is the most common, producing intestinal rhythm alteration, weight loss and microcytic anemia. The definite diagnosis is endoscopic, being the CT not sufficient. Hepatic and follicular thyroid carcinoma are associated with massive bleeding during biopsy. Pancreatic tumours reach a large size before producing symptoms, being the metastasis the first sign of the disease (11-13). If a genito-urinary tumor is suspected, the first to be considered should be the renal cell carcinoma, associated with abdominal mass, pain and haematuria (15).

Curative treatment is only possible if the extension study reports a single metastases and the tumor is resectable, but this is quite rare (3). Much more frequently, the metastases reflects a widespread disease, with an expected survival of a few months, so the aim of the treatment becomes improving the quality of life rather than increasing the survival (4-7).

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Fukuda M, Miyata M, Okabe K, Sakashita H. A case of 9 tumors metastatic to the oral and maxillofacial region. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60: 942-4.
2. Monson ML, Postgate J, Bowe R, Williams TP. Pedunculated soft tissue mass on the alveolar gingiva. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:1311-6.
3. Schwartz ML, Baredes S, Mignogna FV. Metastatic disease to the mandible. *Laryngoscope* 1988;98:270-3.
4. Yoshii T, Muraoka S, Sano N, Furudoi S, Komori T. Large cell carcinoma of the lung metastatic to the mandibular gingiva. *J Periodontol* 2002;73:571-4.
5. Rodado C, González J, Huguet P, Ávila M, Raspall G. Lung adenocarcinoma presenting as an oral metastasis. *Med Oral* 1997;2:315-20.
6. Schenberg ME, Slootweg PJ, Koole R. Leiomyosarcomas of the oral cavity. Report of four cases and review of the literature. *J Oral Craniomaxillofac Surg* 1993;21:342-7.
7. Ellis GL, Jenses JL, Reingold IM, Barr RJ. Malignant neoplasm metastatic to gingivae. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977;44:238-45.
8. Soderholm AL, Lindqvist C, Heikinheimo K, Forssell K, Happonen RP. Non-Hodgkin's lymphomas presenting through oral symptoms. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990;19:131-4.
9. Sanchez Aniceto G, Garcia Penin A, de la Mata Pages R, Montalvo Moreno

- JJ. Tumors metastatic to the mandible: análisis of nine cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:246-51.
10. Jimenez Y. Oral metastasis in esophagus cancer. *Med Oral* 2004;9:182.
11. Ostrosky A, Mareso EA, Klurfan FJ, González MJ. Mandibular metastasis of follicular thyroid carcinoma. Case report. *Med Oral* 2003;8:224-7.
12. Doval DC, Kannan V, Kumaraswamy SV, Reddy BK, Bapsy PP, Rao CR. Mandibular metastasis in hepatocellular carcinoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992;21:97-8.
13. Marker P, Clausen PP. Metastases to the mouth and jaws from hepatocellular carcinomas. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20:371-4.
14. Vahatalo K, Ekfors T, Syrjanen S. Adenocarcinoma of the pancreas metastatic to the mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:110-4.
15. Yoskovitz A, Nguyen LH, Sadegui N, Auger M. Renal cell carcinoma presenting as a mandibular mass. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125:654-5.