

Cambios epidemiológicos en el cáncer epidermoide de lengua. A propósito de un caso

S. MARTÍNEZ MACHUCA, A. ALONSO BABARRO¹, G. APARICIO JABALQUINTO¹,
N. PARGA SOLER², I. PRIETO CHECA³
*Médicos de Familia. C. S. Soto del Real. ¹C. S. Manzanares el Real. ²C. S. Quinto
Centenario. ³C. S. Ventilla. Madrid*



RESUMEN

El aumento en la incidencia del cáncer epidermoide de lengua y la asociación con nuevos factores de riesgo nos ha llevado a la realización de una revisión de la literatura sobre dicha patología.

En este caso mostramos dos casos de cáncer epidermoide de lengua en dos mujeres jóvenes.

Palabras clave: Carcinoma. Epidermoide. Lengua.

Epidemiological changes in the squamous cancer of tongue. A case review

ABSTRACT

The increase in the incidence of squamous cancer of tongue and the relationship with new risk factors has made us to elaborate a review of this pathology.

We show a case of two squamous carcinomas of tongue in two young women.

Key words: Carcinoma. Squamous. Tongue.

INTRODUCCIÓN

Los cambios de actitudes, comportamientos y costumbres que se van produciendo con el tiempo en la sociedad y por tanto en la población que atiende un profesional de Atención Primaria, determinan la aparición de diferentes formas de enfermar o la modificación de la incidencia o la prevalencia de otras patologías ya conocidas. En algunos casos entidades que hasta el momento se consideraban “raras”, y por tanto no bien conocidas por los profesionales sanitarios, van poco a poco teniendo más relevancia. Un ejemplo de estos cambios lo constituye el cáncer epidermoide de lengua.

El carcinoma de células escamosas de cabeza y

cuello es un tumor epitelial maligno muy agresivo que constituye la sexta neoplasia más común en nuestros días¹. Aproximadamente el 50% se localizan en la lengua¹. Los datos obtenidos en estudios para determinar la localización anatómica realizados en España son similares con un 56,7% de casos localizados en labio inferior y un 38,8% de casos localizados en la lengua³. Generalmente este tumor afecta a individuos de mediana edad o ancianos que han sido bebedores y/o fumadores^{4,5}. La incidencia es mayor en hombres, aunque en jóvenes y en grupos no considerados tradicionalmente de riesgo parece ser más frecuente en mujeres.

Desde los años 80 se viene alertando de la cada vez más frecuente aparición del cáncer de lengua en

individuos jóvenes⁵⁻⁸. En una revisión reciente se pone de manifiesto cómo el porcentaje de personas menores de 40 años respecto al total de afectados por cáncer de lengua ha pasado de 4% en 1971 al 18% en 1993 en Estados Unidos⁹. Por tanto, en la actualidad debemos tener en cuenta que la aparición de cáncer de lengua en personas jóvenes no es excepcional.

El incremento de incidencia en personas jóvenes se da además con más frecuencia en grupos no considerados tradicionalmente de riesgo, es decir, no fumadores ni bebedores. Diversos estudios han puesto de manifiesto la relación en jóvenes con el consumo de hachís y marihuana⁹ por lo que se está estudiando su papel como posibles factores de riesgo¹⁰. Diversos estudios *in vitro* y *in vivo* han mostrado las propiedades mutagénicas y carcinogénicas del tetrahidrocannabinol, que además es capaz de inhibir el sistema inmunitario. Los recuentos de linfocitos T en fumadores crónicos de marihuana son menores que en los no fumadores. En el análisis del alquitrán de las pipas de marihuana se han identificado varios compuestos hidrocarbonados policíclicos aromáticos con propiedades carcinogénicas¹¹.

Aunque todavía no se puede clasificar a la marihuana y el hachís como sustancias "dañinas", sí se debería insistir a la opinión pública sobre las propiedades carcinogénicas de las sustancias inhaladas, que además del humo del tabaco, debería incluir la marihuana y el hachís, muy especialmente entre los jóvenes donde su consumo es mayor. Otros factores que han sido involucrados con menos frecuencia en población joven incluyen infección por papilomavirus¹², hábitos dietéticos¹³, pobre higiene oral¹⁴, exposición crónica al cloruro de polivinilo¹⁵, e historia de xeroderma pigmentoso¹⁶. Sin embargo, muchas de las personas diagnosticadas de cáncer de lengua por debajo de 40 años no pertenecen a ninguno de estos grupos de riesgo, lo que ha llevado a implicar a factores genéticos. De hecho, en un estudio reciente se ha encontrado que la mayoría (81%) de estos pacientes jóvenes sin factores de riesgo conocidos presentan una sobreexpresión de la proteína p53¹⁷.

Un trabajo realizado en pacientes mayores de 75 años con cáncer de lengua ha observado también la gran frecuencia de casos en individuos sin antecedentes de consumo de tabaco y alcohol, sugiriendo igualmente mecanismos etiopatogénicos similares a los existentes en población joven¹⁸.

Otra característica epidemiológica peculiar entre la población joven con cáncer de lengua es la mayor incidencia entre las mujeres puesta de manifiesto en algunos trabajos¹⁹.

El tratamiento de elección del cáncer de lengua es la cirugía. Según el estadio de la lesión ésta será más o menos conservadora. La radioterapia se reserva, tras la cirugía, para los casos más evolucionados. La quimioterapia no es efectiva^{20,21}.

El cáncer de lengua es un tumor agresivo. La supervivencia media, con los tratamientos actuales, a los 5 años está alrededor del 55%²¹. Sin embargo, la supervivencia está en evidente relación con el estadio tumoral, siendo del 70 y 60% para los estadios I y II, pero cayendo hasta el 40 y 30% para los estadios III y IV. De ahí la importancia del diagnóstico precoz.

En los últimos años ha existido un gran debate sobre la mayor agresividad del cáncer de lengua postulada por numerosos autores en personas jóvenes respecto al resto de la población. Sin embargo, dos trabajos recientes parecen refutar esta teoría. El primero de ellos es un metaanálisis²⁰ que incluyó 122 pacientes con cáncer de lengua de menos de 40 años que fueron comparados con un grupo control de 150 pacientes de mayor edad. No se observaron diferencias en la supervivencia, siendo los resultados del tratamiento similares para ambos grupos cuando se estratificaban según el estadio del tumor. El segundo llega a igual conclusión utilizando los datos epidemiológicos procedentes del registro de casos de cáncer de Estados Unidos²¹. No obstante, sí parece existir una mayor tendencia en jóvenes a las recidivas locales del tumor sin que ello afecte la supervivencia²⁰⁻²².

Presentamos dos casos de cáncer de lengua en dos mujeres muy jóvenes atendidas en nuestro Centro de Salud.

CASO CLÍNICO 1

Se trata de una mujer de 21 años de edad, sin antecedentes previos de interés, que consultó inicialmente al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud por un cuadro de odinofagia y fiebre, se le diagnosticó una faringitis aguda, pautándosele un tratamiento con amoxicilina oral durante una semana. Finalizado el tratamiento, la paciente acudió a su médico de Atención Primaria, refiriendo una remisión de la fiebre pero con la persistencia de la odinofagia, que relacionaba con una lesión que presentaba en el borde lateral izquierdo de la lengua. En la exploración se objetivó una lesión ulcerada, de coloración blanquecina, de aproximadamente 1 cm de diámetro, en el borde lateral de la lengua, a unos 3,4 cm de la punta. No se encontraron adenopatías, ni otras lesiones a nivel orofaríngeo. Se etiquetó la lesión como una afta lingual, en el contexto de un cuadro posinfeccioso, indicándosele un tratamiento sintomático para aliviar las molestias. Después de 15 días, la lesión no experimentó ninguna mejoría, y en el reinterrogatorio de la paciente se constató que la lesión podía haber precedido a la del cuadro infeccioso, con estos datos se remitió a la paciente para realizar una biopsia de la lesión.

En la biopsia intraoperatoria se diagnostica de



carcinoma epidermoide que alcanza el borde quirúrgico. En la descripción microscópica se reconoce una neoformación ulcerada que infiltra en profundidad hasta las proximidades del borde de resección profunda sin alcanzarle. La neoformación esta constituida por células epiteliales que se disponen en nidos o cordones. Estas células tienen un bajo índice mitótico y tienen tendencia a formar globos córneos. El diagnóstico es de carcinoma epidermoide bien diferenciado que infiltra hasta las proximidades del borde de resección quirúrgica. Posteriormente se realizó una biopsia de fragmento fibroadiposo cervical que contenía 25 ganglios linfáticos, siendo los 25 negativos para células tumorales.

La paciente fue sometida a una intervención quirúrgica donde se realizó una disección funcional del cuello y una hemiglossectomía izquierda mediante láser de CO₂.

La evolución fue satisfactoria, encontrándose asintomática hasta el momento actual y sin signos de recidiva.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 23 años, estudiante, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. No fumadora, bebedora ni consumidora de otro tipo de drogas.

Encontrándose previamente bien, comenzó en junio del 2000 con lesión en borde lateral de lengua de 3-4 mm de diámetro, ulcerada y dolorosa por lo que acude por primera vez a nuestra consulta. La lesión es diagnosticada como afta bucal y tratada con diversos antisépticos y antiinflamatorios locales sin mejoría. Dos meses después la lesión persiste, refiriendo la paciente además dolor moderado en lengua, región laterocervical y preauricular. La úlcera se había hecho de bordes irregulares y su base aparecía indurada. No se palpaban adenopatías laterocervicales ni submandibulares. Se realizó analítica incluyendo hemograma, bioquímica e iones que no mostraban alteraciones significativas.

Dada la evolución tórpida se decide su derivación a ORL para valoración clínica y biopsia. En ORL la paciente continuó con medidas de tratamiento locales. Se le realizó nueva analítica y serología para hepatitis, VIH, sífilis y CMV. En la analítica no se apreciaron alteraciones valorables y toda la serología fue negativa. Dos meses después, la lesión aparecía indurada pero ya no ulcerada. La superficie de la lengua perilesional estaba engrosada y discretamente irregular hasta el punto de ser evidente cierta asimetría. El dolor de la paciente había aumentado, apareciendo además un dolor lancinante severo, de algunos segundos de duración, dos o tres veces al día. Ante la evolución clínica se decidió realizar biopsia de la lesión y RMN.

La RMN fue informada como lesión en hemilengua derecha que podía corresponder a carácter denervativo o infiltración grasa. No existía efecto masa ni tampoco extensión a través de la línea media encontrándose afectado el septo lingual. Pequeñas adenopatías en espacio retrofaríngeo. Dado el grado de captación del contraste se planteaban otras posibilidades como lesión de origen neoplásico o inflamatorio.

La biopsia fue informada como carcinoma epidermoide infiltrante.

La paciente fue remitida con el diagnóstico de carcinoma epidermoide de lengua T2N0M0 al servicio de cirugía maxilofacial para valoración de intervención quirúrgica. La paciente fue intervenida en enero del 2001 realizándose resección total de la lengua con linfadenectomía radical y limpieza del suelo de la boca. Posteriormente recibió radioterapia externa.

Seis meses después de la intervención la paciente se encuentra asintomática. No recidiva local. Continúa siendo adiestrada por el servicio de foniatría aunque su lenguaje es ya comprensible.

DISCUSIÓN

Los dos casos presentados ilustran perfectamente la necesidad de prestar atención a las lesiones bucales que se presentan en nuestra consulta aún cuando éstas ocurran en personas jóvenes.

El cáncer bucal está aumentando en nuestro medio, incluso con más rapidez que en los países de nuestro entorno²³. En un estadio precoz suele aparecer como una pequeña, aparentemente inofensiva, mancha blanca, ligeramente indurada o como una lesión erosiva, eritematosa o queratósica. Se presenta con una sintomatología muy variada, que puede inducir a errores diagnósticos. La lesión precancerosa más frecuente es la leucoplasia que aparece como una mancha blanca en la superficie de la mucosa oral que no se desprende con el raspado y que no es atribuible a ninguna otra enfermedad²⁴. En nuestro medio las localizaciones más comunes son la lengua, el labio y el suelo de la boca por este orden, siendo mucho más raras las localizaciones en encía, paladar y mucosa yugal²⁵.

Las aftas son pérdidas de sustancia de mucosa oral que se dan con una frecuencia muy alta en la población general. Su curso es generalmente benigno curando en alrededor de una semana. Suelen ser lesiones múltiples, cuando se presentan aisladas es frecuente encontrar un factor irritante local. Una base indurada en una lesión aislada es un signo sospechoso de malignidad. La persistencia de la lesión por más de 10 días, sin otros factores etiológicos, también nos debe hacer pensar en malignidad. Los antisépticos no aportan generalmente ningún bene-

ficio al tratamiento de las aftas. Si existe importante dolor, lo cual no es un signo de malignidad, pueden utilizarse soluciones de lidocaína, y si provocan molestias, el tratamiento de elección son los corticoides locales (triamcinolona al 0,1-1% en orobase)²⁶. En cualquier caso, ante la existencia de cualquier lesión sospechosa de malignidad se debe realizar una biopsia. Ésta es la única prueba diagnóstica para descartar el cáncer bucal. La facilidad de acceso de estas lesiones y los mínimos costes y efectos secundarios de estas biopsias anteponen su realización a cualquier otra prueba diagnóstica.

Ante una lesión ulcerosa persistente o recurrente en mucosa oral, es necesario ser sistemático y realizar en primer lugar una adecuada historia de la lesión y una historia clínica exhaustiva, siendo fundamental la exploración intra y extraoral.

En general, una úlcera oral, puede resultar de infección, inflamación, trauma, malignidad, o ser de etiología no específica.

Para el diagnóstico diferencial, debemos tener en cuenta las siguientes entidades:

Úlcera aftosa

Dolorosas, única o múltiple y recidivante.

Cubiertas de pseudomembrana. En zonas no queratinizadas: paladar blando, orofaringe, labios y laterales de lengua.

De etiología no específica, descartando leucopenia e infección bacteriana.

Infeciosas

Herpes simple: dolorosas, múltiples y recurrentes.

Asociado a gingivitis, fiebre y linfadenopatía.

En epitelio queratinizado de encía, paladar duro, dorso de la lengua y labios.

Citomegalovirus: dolorosa con disfagia y odinofagia.

Puede afectar a cualquier zona, incluido esófago y orofaringe.

Lesiones extensas.

Sífilis: no dolorosas. La lesión primaria es de borde indurado y las secundarias cubiertas de pseudomembrana y con linfadenopatías asociadas.

Tuberculosis: úlceras en dorso de lengua con adenopatía cervical. No dolorosas.

Inflamatorias

Eritema exudativo multiforme: ampollas múltiples que rompen en úlceras hemorrágicas.

Incluye el síndrome de Stevens-Johnson.

Síndrome de Behçet: úlceras dolorosas múltiples y recidivantes, asociadas a úlceras oculares y peneanas o vulvares.

Tumorales

Carcinoma de células escamosas: habitualmente dolorosa y única, con borde indurado.

Situada en borde lateral de lengua, suelo de boca, labios y encía. Adenopatías metastásicas²⁶.

El incremento de casos de esta entidad, nos debe poner alerta para incluir el cáncer epidermoide de lengua en el diagnóstico diferencial de las lesiones orofaríngeas, en cualquier grupo de edad, y con independencia de los factores de riesgo que presente el individuo.

CORRESPONDENCIA:

Sonia Martínez Machuca
Embarcaciones, 24, 9ºD
28760 Tres Cantos. Madrid
Tlf: 918038014 / 656352534

Bibliografía

1. Vokes EE, Weichsalbaum RR, Lippman SM. Head and neck cancer. N Engl J Med 1993; 328: 184-94.
2. Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics. CA Cancer J Clin 1991; 41: 19-36.
3. Sanchís López J, Forriol Campos F, Sanchos López C. Localización anatómica del cáncer oral. Estudio epidemiológico sobre una muestra de 782 casos de Carcinoma Epidermoide. Arch de Odont Estom 1986; 2: 187-9.
4. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. Cancer Res 1988; 48: 3282-7.
5. Depue P. Rising mortality from cancer of the tongue in young adults. N Engl J Med 1986; 315: 647.
6. Pitman KT, Johnson JT, Wagner RL, Myers EN. Cancer of the tongue in patients less than forty. Head Neck 2000; 22: 297-302.
7. Davis S, Severson R. Increasing incidence of cancer of the tongue in young adults. Lancet 1987; 2: 910-1.
8. MacFarlane GJ, Boyle P, Scully C. Rising mortality from cancer of the tongue in young Scottish males. Lancet 1987; 2: 912.
9. Myers JN, Elkins T, Roberts D, Byers RM. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults: increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 122: 44-51.



10. Almadori G, Palodetti G, Cerullo M, Ottaviani F, D'Alairi L. Marihuana smoking as a possible cause of tongue carcinoma in young patients. *J Laryngol Otol* 1990; 104: 896-9.
11. Awengen DF. Marijuana and malignant tumors of the upper aerodigestive tract in young patients. On the risk assessment of marijuana. *Laryngorhinootologie* 1993; 72: 264-
12. Smith EM, Hoffman HT, Svmemrsgill KJ, Kirchner HL, Turek LP, Hangen TH. Human papillomavirus and risk of oral cancer. *Laryngoscope* 1988; 108: 1098-103.
13. McLaughlin JK, Gridley G, Block G. Dietary factors in oral and pharyngeal cancer. *J Natl Cancer Inst* 1998; 80: 1237-43.
14. Martín-Granizo R, Rodríguez-Campo F, Naval L, Díaz-Gonzalez FJ. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patient younger than 40 years. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117: 268-75.
15. Casterline CL, Casterline PF, Jaques D. Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa associated with chronic oral polyvinyl chloride exposure. *Cancer* 1977; 39: 1686-8.
16. Keukens F, Van Voorst Vader PC, Panders AK. Xeroderma pigmentosum: squamous cell carcinoma of the tongue. *Acta Derm Venerol* 1989; 69: 530-1.
17. Lingen MW, Chang KW, McMurray SJ, Scott DB, Kies MS, Mittal BB, et al. Overexpression of p53 in squamous cell carcinoma of the tongue in young patients with no known risk factors is not associated with mutations in exons 5-9. *Head Neck* 2000; 22: 328-35.
18. Koch WM, Patel M, Brennan J, Boyle JO, Sidranski D. Squamous cell carcinoma of the head and neck in the elderly. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121: 262-5.
19. Tan EH, Adelstein DJ, Doughton ML, Van Kirk MA, Lavertu P. Squamous cell head and neck cancer in nonsmokers. *Am J Clin Oncol* 1997; 20: 146-50.
20. Davidson BJ, Root WA, Trock BJ. Age and survival from squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Head Neck* 2001; 23: 273-9.
21. Vargas H, Pitman KT, Johnson JT, Galati LT. More aggressive behavior os squamous cell carcinoma of the anterior tongue in young women. *Laryngoscope* 2000; 110: 1623-6.
22. Serra LI, La Vecchia C, Lucchini F, et al. Tendencia de la mortalidad por cáncer orofaríngeo en España 1955-1989. *Arch de Odont-Estom* 1993; 9: 169-74.
23. Viñals Iglesias H, Sabote Recalons M. Precáncer y cáncer oral. *FMC* 1995; 2: 398-405.
24. Rodríguez MA, Hernández R, López JS, Sánchez J. Epidemiología del carcinoma epidermoide de cavidad oral en la región asturiana en la década de 1970-1979. *Rev Esp Est* 1988; 29: 87-100.
25. Gómez Bezares P, Vázquez Doval FJ. Abordaje y tratamiento de las aftas bucales. *FMC* 1999; 6: 557-62.
26. Wood NK, Goad PW. Differential diagnosis of oral lesions. *Manual Merck*. 10ª ed. 1991: 758-59, 4 th ed. Mosby st Louis; 1991: 4-52.