

## ATLAS ESTOMATOLOGICO

### CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LA CAVIDAD ORAL

Luis Fernando Vélez Jaramillo\*

Es la neoplasia maligna más común en la cavidad oral. Su origina en las células epiteliales de la mucosa y representa el 95% de todas las neoplasias malignas orales.

Su frecuencia es mayor después de la quinta década de la vida, siendo levemente superior en hombres que en mujeres, en proporción de dos a uno. El pronóstico sigue siendo reservado, ya que la posibilidad de supervivencia a cinco años no alcanza el 50% de los casos.

Aunque en Colombia su incidencia no está bien registrada, se considera que puede estar entre el 3 y el 5% de todos los cánceres del organismo.

#### Apariencia clínica

El carcinoma escamocelular oral puede aparecer clínicamente como una úlcera de bordes levantados y fondo sucio, que a la palpación se siente indurada e infiltrada entre los tejidos normales. También puede apreciarse como una placa roja. Otras veces es una placa entre roja y blanca y en unas pocas ocasiones es una placa blanca homogénea.

A veces se expresa como una masa exofítica de superficie papilomatosa o vellosa de color blanquecino o gris, forma que se conoce como carcinoma verrucoso.

Lo más común, al encontrar una lesión de carcinoma escamocelular, es que presente al mismo tiempo varias de estas apariencias clínicas, aunque predomine sólo una.

#### Apariencia histológica

Depende de su grado de diferenciación. Sin embargo, en una misma lesión se pueden encontrar diferentes grados, lo que explica la diversidad de las manifestaciones clínicas.

Las lesiones mejor diferenciadas tratan de imitar la forma y función de las células normales. Producen queratina (orto o paraqueratina) y constituyen las zonas blancas que se observan clínicamente. Las menos diferenciadas no forman queratina y pierden cohesión; clínicamente aparecen como las áreas rojas.

En general, las células (y sus núcleos) son grandes. Las mitosis son relativamente frecuentes y la mayoría de ellas son atípicas. La queratinización se produce de manera individual, dando la apariencia histológica de "perlas epiteliales". Las masas celulares crecen hacia el tejido conectivo infiltrando el tejido normal.

#### Sitio de aparición

La lesión puede aparecer en cualquier parte de la mucosa oral. Sin embargo los sitios de mayor frecuencia son los bordes laterales y la superficie ventral de la lengua, seguidos por el labio inferior y el piso de la boca. Los lugares menos frecuentes son la mucosa yugal, la encía y el paladar.

#### Etiología

La etiología del carcinoma escamocelular oral, como la de todas las otras neoplasias malignas, se considera multifactorial y en ella se deben incluir factores de tipo químico, físico y biológico, sumados a una predisposición genética del individuo, que se puede dar por anomalías cromosómicas, principalmente las que afectan los cromosomas 1 y 2, o por el daño a zonas específicas de los cromosomas, conocidas como protooncogenes o antioncogenes.

Se consideran de enorme importancia en la génesis del carcinoma escamocelular oral el tabaco y sus derivados.

El alcohol, tanto el que se ingiere como el contenido en ciertos enjuagues orales, puede actuar como promotor de la carcinogénesis al actuar como solvente de las sustancias que se consideran carcinógenos directos.

Algunos virus, en especial el del papiloma, parecen jugar un papel importante en la inhibición de los genes que controlan el crecimiento celular, promoviendo así la formación de esta neoplasia.

Se han involucrado, además, otros factores, como el trauma crónico y la presencia de *Candida albicans*, por la producción de nitrosaminas (potentes carcinógenos), o de *Treponema pallidum*, que aparentemente es menos carcinógeno que el arsénico que se utilizó durante tantos años en el tratamiento de la sífilis.

#### Diagnóstico diferencial

Dada su apariencia clínica es importante diferenciarlo de otras lesiones semejantes. Se deben tener en cuenta las ulcerativas, como las provocadas por trauma crónico, infecciones (tuberculosis, sífilis) y las lesiones micóticas profundas (candidiasis, histoplasmosis, paracoccidioidomicosis).

También es importante hacer diferencia con lesiones premalignas, estomatitis tabáquicas y liquen plano erosivo.

El pronóstico del carcinoma oral depende de la precocidad con que se haga el diagnóstico y del grado de diferenciación y de invasión que el tumor registre.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Sawyer DR, Wood NK. Oral cancer: etiology, recognition and management. *Dent Clin N Am* 1992; 36: 919-43.
2. Scully CR. Oncogenes, onco-suppressors, carcinogenesis and oral cancer. *Br Dent J* 1992; 173: 53-59.
3. Vigneswaran N, Tilashalaski K, Rodu B, Cole P. Tobacco use and cancer; a reappraisal. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 178-82.
4. Regezi JA, Sciubba J. Oral pathology; clinical pathologic correlations. 2a. ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1993.
5. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4a. ed. Mexico: Interamericana, 1987.

\* Instructor, Facultad de Odontología, CES.



Foto 1. Carcinoma escamocelular que compromete paladar blando, pilares fauciales, trigono y borde lateral de la lengua.



Foto 2. Carcinoma escamocelular del borde lateral de la lengua con apariencia leucoeritroplásica y ulceración de bordes levantados.



Foto 3. Carcinoma de comisura labial con áreas eritroplásicas y leucoplásicas.



Foto 4. Carcinoma verrucoso en el surco yugal.



Foto 5. Carcinoma del borde lateral de la lengua con bordes gruesos e infiltrados.

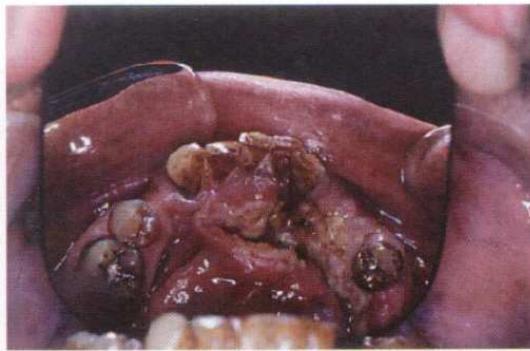


Foto 6. Carcinoma epidermoide de invasivo del piso de la boca.