

Presentación de caso

Servicio de Cirugía Máxilo Facial. Hospital Provincial Docente “V. I. Lenin”. Holguín.

Carcinoma del reborde alveolar: presentación de dos casos.

Alveolar Ridge Carcinoma. Two Cases Report.

Raúl J. Pupo Triguero¹, Miriam Vivar Bauzá², Elisa Álvarez Infante³.

1 Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Asistente. Hospital Provincial Docente “V. I. Lenin”. Holguín.

2 Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Instructora. Hospital Provincial Docente “V. I. Lenin”. Holguín.

3 Especialista de Primer Grado en Bioestadística. Instructora. Hospital Provincial Docente “V. I. Lenin”. Holguín.

RESUMEN

Se presentan dos pacientes portadores de prótesis dental inferior, de nueve y diez años de uso respectivamente, los cuales comenzaron con molestias en el reborde alveolar. El examen clínico y la biopsia por ponche diagnosticaron un carcinoma espino-celular bien diferenciado. El tratamiento incluyó cirugía radical de la lesión, del hueso mandibular alveolar-basal y radioterapia postoperatoria en el primer enfermo, y exéresis de la lesión, del hueso alveolar mandibular solamente, más radioterapia. En ambos enfermos se encontró xerostomía como secuela de la radioterapia y en la primera trastorno masticatorio por la resección ósea. Se discutieron los inconvenientes de las modalidades de tratamiento, se insistió en la prevención como la forma más eficaz de tratar el cáncer bucal.

Palabras clave: carcinoma del reborde alveolar, cáncer bucal, tratamiento quirúrgico del cáncer bucal.

ABSTRACT

Two cases with alveolar ridge carcinoma due to prosthetist traumatism are discussed in this paper, after 9 and 10 years of using dental prosthesis. Both patients began with disturbance in the alveolar ridge. The clinical examination and biopsy showed a well differentiated carcinoma. The treatment was radical surgery and radiotherapy in the first patient, and conservative surgery with radiotherapy in the second case. The patients had xerostomia after radiotherapy and the woman had difficulties with mastication. The advantages and disadvantages of the treatment were discussed, focused on the prevention and treatment for oral cancer.

Key words: alveolar ridge carcinoma, oral cancer, surgical treatment for oral cancer

INTRODUCCIÓN

El cáncer “es un proceso neofornativo de origen policelular y locotisular, que se caracteriza por desdiferenciación citológico, autonomía de la homeostasis local y general, con

propiedades de infiltración con citolisis del tejido normal vecino, y capacidad de metástasis a otras regiones del individuo ⁽¹⁾. El cáncer bucal es la expresión de este proceso en el ámbito de la cavidad bucal.

Más de 20 millones de personas viven en el mundo con cáncer, y más de la mitad ocurren en los países subdesarrollados ⁽²⁾. En nuestro país el carcinoma bucal promedia una tasa bruta mundial de 9,2 en el hombre y de 3,2 en la mujer por 100 000 habitantes ⁽³⁾ y se encuentra entre las diez primeras causas de incidencia del cáncer en los hombres, el 4 % de todas las neoplasias malignas reportadas en este sexo ⁽⁴⁾.

Entre los factores de riesgos a tener en cuenta en la etiopatogenia del carcinoma del reborde alveolar hay que considerar el tabaquismo, el alcoholismo, la asociación de ambos, los traumatismos continuados en relación con prótesis desajustadas, las lesiones y estados premalignos de esa localización ^(5, 6, 7).

Teniendo en cuenta que este tipo de lesiones, por lo general, son asintomático en el 55 % de los casos, y cuando presentan síntomas son inespecíficos: ardentía, molestias, sangrado o disfagia, muchas veces se diagnostican tardíamente, lo cual empeora el pronóstico ⁽⁸⁾.

El tratamiento del cáncer bucal es combinado: cirugía y radioterapia, esta última puede ser pre o postoperatoria, y el pronóstico depende del estadio en que se haya el paciente, los estadios I y II tienen mejor pronóstico, mientras que los III y IV no sobrepasan el 35 % de éxitos ⁽⁹⁾. La cirugía es radical, con margen de seguridad, pudiendo dejar secuelas funcionales y estéticas. La radioterapia puede provocar radiomucositis, radiodermatitis, osteorradionecrosis, xerostomía, disgeusia y disfagia ⁽¹⁰⁾.

PRESENTACIÓN DE LOS DOS CASOS

CASO 1

Motivo de consulta: “molestias en la encía”.

Historia de la enfermedad actual: paciente femenina de la raza blanca de 49 años de edad, con antecedentes de salud anterior, que según refiere acudió al estomatólogo de su área de salud por presentar una molestia en el reborde alveolar inferior, en relación con la prótesis que usaba hace nueve años, el cual luego de examinarla y retirarle la prótesis, la remitió al Servicio de Cirugía Máxilo Facial para mejor examen y tratamiento.

Hábitos tóxicos: no refiere.

Examen físico:

- Boca: en el reborde alveolar inferior derecha en zona de 48, se observa un aumento de volumen exofítico, de aproximadamente 2,5 centímetros de diámetro, friable, con zonas ulceradas.
- Cuello: negativo.

Exámenes complementarios:

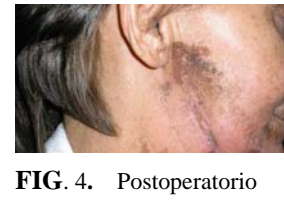
- HB- 128 g/l,
- Eritrosedimentación- 18 Mm./h,
- Ultrasonido cervical y abdominal- negativo,

- Radiografía de tórax- sin alteraciones.

Biopsia por ponche: carcinoma espinocelular bien diferenciado de encía inferior.

Impresión diagnóstica: carcinoma espinocelular de reborde alveolar inferior (T2 N0 M0).

Conducta terapéutica: bajo anestesia general naso traqueal se realizó abordaje submandibular con componente labio-mentoniano, exéresis de la lesión con mandibulectomía segmentaria, vaciamiento suprahomoideo del lado de la lesión y cierre por planos (FIG. 1, 2 y 3). Cuatro semanas después de la operación se comenzó con la cobaltoterapia, completándose 60 grays de radiaciones (FIG. 4).



CASO 2

Motivo de consulta: “molestias en la encía”.

Historia de la enfermedad actual: paciente masculino de la raza blanca de 54 años de edad, con antecedentes de salud anterior, que según refiere acudió al estomatólogo de su área de salud por presentar una molestia en la encía inferior, en relación con la prótesis que usaba hace 10 años, el cual luego de examinarlo y retirarle la prótesis, la remitió al Servicio de Cirugía Máxilo Facial para mejor examen y tratamiento.

Hábitos tóxicos: no refiere.

Examen Físico

- Boca: en el reborde alveolar inferior izquierdo se observa un aumento de volumen exofítico, de aproximadamente 2,5 cm. de diámetro, friable, con zonas ulceradas, en zona de 37.
- Cuello: negativo.

Exámenes complementarios:

- HB-134 g/l,
- Eritrosedimentación- 20 Mm. /h,
- Ultrasonido cervical y abdominal- negativo,
- Radiografía de tórax- sin alteraciones.

Biopsia por ponche: carcinoma espinocelular bien diferenciado de encía inferior.

Impresión diagnóstica: carcinoma espinocelular de encía inferior (T2 N0 M0).

Conducta terapéutica: bajo anestesia general naso traqueal se realizó abordaje submandibular izquierdo con componente vertical labio-mentoniano, exéresis de la lesión con inclusión del hueso alveolar, vaciamiento suprahomoideo del lado de la lesión y cierre por planos (FIG. 5, 6

y 7). Cuatro semanas después de la operación, se comenzó la radioterapia con cobalto, completándose 60 grays de radiaciones (FIG. 8).



FIG. 5 Diseño incisión



FIG. 6. Osteotomía



Fig. 7. Pieza



FIG. 8. Postoperatorio

DISCUSIÓN

El tratamiento del cáncer bucal es complejo y costoso, requiere de cirugía y radioterapia. La cirugía, con principios oncológicos de seguridad, es radical, ocasionando alteraciones estéticas, así como trastornos funcionales masticatorios, fonatorios, de la deglución, nerviosos, etc, ^(11, 12). La radioterapia, la otra modalidad de tratamiento, provoca efectos secundarios que van desde una radiomucositis, radiodermatitis, xerostomía, caries dental, trastornos del gusto, hasta una osteorradionecrosis ⁽¹³⁾.

Un año después de la cirugía, aunque la primera paciente se encuentra libre de enfermedad, sin recidiva local o a distancia, presenta una dificultad funcional provocada por la resección ósea, y xerostomía como secuela de la radioterapia

El segundo enfermo en el momento de la cirugía tuvo una fractura indeseada de la mandíbula, la cual cicatrizó sin problemas y resistió la radioterapia sin complicación ósea, no presentó deformidad estética ni masticatoria, aunque sí igualmente una xerostomía que le provoca molestias permanentes.

A la luz de los conocimientos actuales el tratamiento preventivo, es la mejor arma terapéutica contra el carcinoma bucal. En este sentido, el estomatólogo general y su equipo de trabajo en la atención primaria, son la piedra angular para la disminución de la morbilidad y la mortalidad. El cumplimiento de las tareas y objetivos, que desde 1983 rigen el Programa Nacional de Prevención del Cáncer Bucal (PDCB) en Cuba, constituye el arma más eficaz para esta reducción ⁽¹⁴⁾. La eliminación de los hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol, las prótesis desajustadas y dientes filosos, tienen que estar en el centro del trabajo preventivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Marinelo, Zoilo. Nociones y reflexiones sobre el cáncer/La Habana, Cuba: ED. Científico-Técnica, 1985. --p.11.
2. World Health Organization, Cancer prevention and control, Fifty-eighth WHO Assembly, New York April 7 2006.
3. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao Y?T, Ferlay J, Powell J, eds. Cancer incidence in five continents. Vol. 6. IARC Scientific Pub No. 120 Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1992.
4. García MJ, Sosa MR, Lence JA, Fernández LG, Martín LM. Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). Rev. Cubana Oncol 1999; 15(3): 170-55.
- 5. - Ferbeyre, L. Actualización en el manejo de tumores de cabeza y cuello. INOR. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2003—p.8.

5. Garcia-Pola Vallejo MJ, Martinez Diaz I, Garcia Martin JM, Gonzalez Garcia M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:277-85.
6. Biblioteca Cochrane Plus. Leucoplasia. Revisión. No.4, 2005, Update Software Ltd., p. 2.
7. Gutiérrez, Carlos. Tratamiento radiante del carcinoma de la cavidad bucal. Tesis de Grado. Universidad de Barcelona, Barcelona, 2003—p.42.
8. Tratamiento Quirúrgico del Carcinoma Espinocelular de la Orofaringe [En línea] [3/4/2006] URL <disponible en: [www.secom.es/cursos/cirugía máxilofacial](http://www.secom.es/cursos/cirugía_máxilofacial).
9. Meirovitz A, et al. Grading xerostomía by physicians or by patient after intensity-modulated radiotherapy of head and neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006 jul
10. Merckx MA, Van Gulick JJ, Marres HA, Kaanders JH, Bruaset I, Verbeek A, de Wilde PC. Effectiveness of routine follow-up of patients treated for T1-2N0 oral squamous cell carcinomas of the floor of mouth and tongue. *Head Neck* 2006 Jan; 28(1): 1-7.
11. Murray SA, Grant E, Grant A, Kendall M. Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers. *BMJ* 2003; 326:368.
12. Rovirosa-Casino A, Planas-Toledano I, Ferre-Jorge J, Oliva-Diez JM, Conill-Llobet C, Arenas.Prat M. Brachithery in lips cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006 may 1, 11(3):E223-9
13. Programa Nacional de Prevención del Cáncer Bucal (PDCB). Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1983.

Correspondencia: Dr. Raúl J. Pupo Triguero. San Carlos 46 e/ Peralejo y A. Guerra. Reparto Peralta. Holguín 80100. Correo electrónico: triguero@fcm.hlg.sld.cu