

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la boca

VOL. XIX

MADRID - 1967

NUM. 227 (11)

EPITELIOMA DE SUELO DE BOCA (*)

Por el

Prof. Dr. M. CIGES JUAN

(De la Facultad de Medicina de Granada)

El caso que presentamos tiene un doble interés: práctico y teórico. Se trata de un enfermo portador de un tumor extraordinariamente voluminoso de celda amigdalina derecha, diagnosticado de «sarcoma fibroblástico», que fue intervenido. Poco tiempo después apareció una nueva neoformación en suelo de boca con características macro y microscópicas diferentes. El examen histopatológico puso de manifiesto que se trataba de un «epitelioma espinocelular».

De esta forma se sucedieron los acontecimientos desde que nosotros nos hicimos cargo del enfermo; pero su historia clínica es la siguiente:

Enfermo Juan O. E., de cuarenta y cuatro años, casado, mecánico de profesión, natural de Melilla.

Antecedentes familiares y personales, sin interés.

Enfermedad actual: En 1960 comenzó a notar en la parte más baja del pilar anterior derecho una pequeña tumoración de color oscuro que producía ligera odinofagia a ciertos alimentos. Fue creciendo poco a poco, ulcerándose. Se practicó biopsia (cuya exactitud no hemos podido comprobar) y se diagnosticó un epitelioma, que fue tratado con agujas de radium primero y con 30 sesiones de radioterapia después. Con este doble tratamiento físico desaparece la lesión, pero un año más tarde (1962) se aprecia en suelo de boca del labio derecho, junto al frenillo, una neoformación blanquecina, que es tratada nuevamente con radium, curando aparentemente.

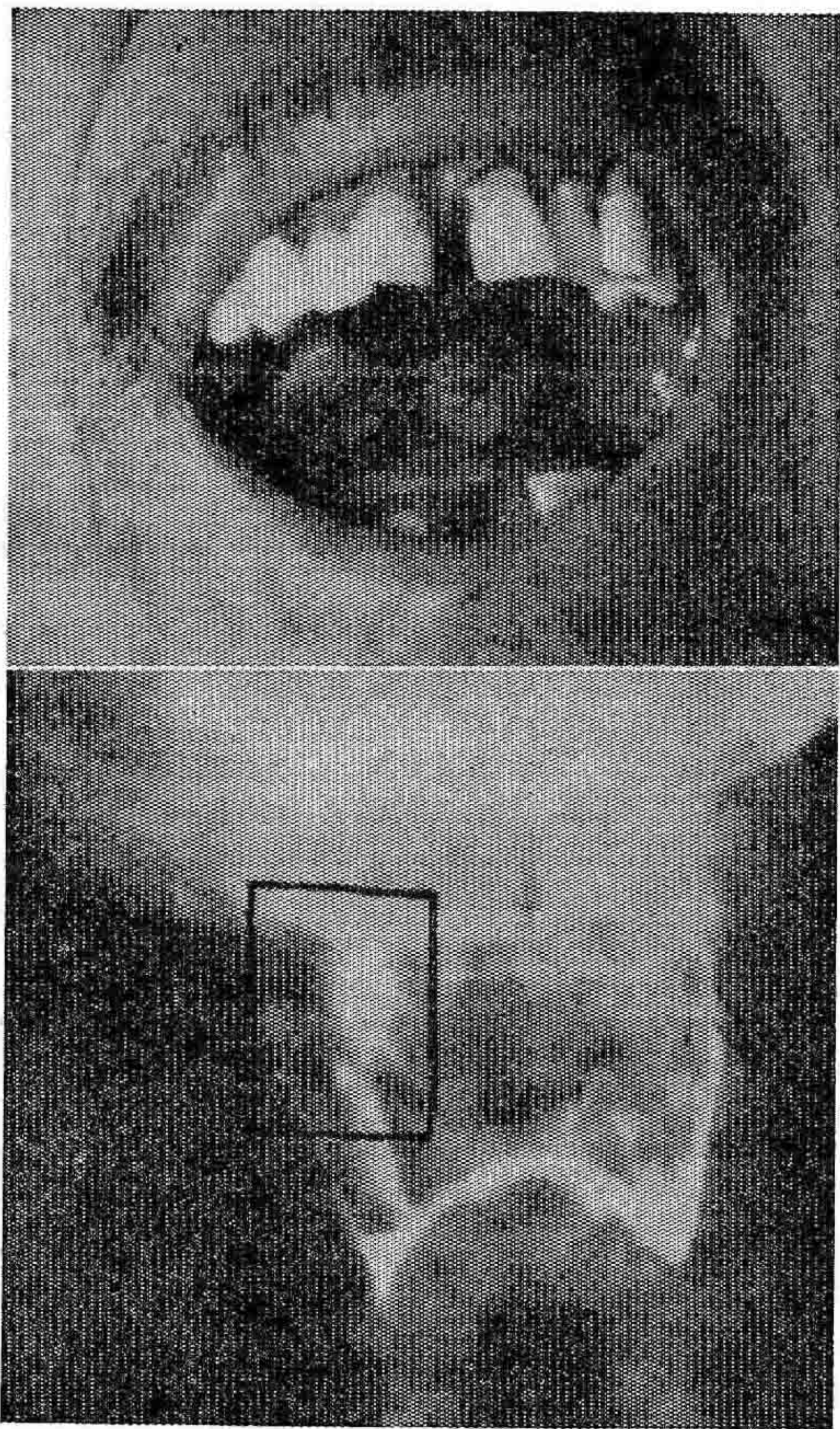
Estuvo bien hasta 1964, en que aparece una recidiva ulcerada y desplazada a la derecha de su posición primitiva. Nueva aplicación de radium y, meses más tarde, cobaltoterapia. No se practica ninguna biopsia más de estas tumoraciones.

En julio de 1965, a los seis o siete meses, de ser sometido a telecobaltoterapia y estando bien, dice se nota la amígdala derecha inflamada, por lo que es sometido esta vez a radioterapia.

(*) En homenaje al profesor V. Benlloch Montesinos en su 70 aniversario. (Publicado por «Medicina Española», 334, y «Odontoiatría».)

Tal tratamiento fue por completo ineficaz, y desde entonces empieza a notar sensación de cuerpo extraño y una tumoración localizada de celda derecha que crece extraordinariamente de prisa.

El 25 de octubre de 1965 es visto por nosotros, encontrándonos con un enfermo de hábito asténico desnutrido, con la voz algo velada y la boca entreabierta.



Figs. 1 y 2

Fig. 2.—Puede apreciarse en la zona encuadrada (lado derecho) cómo la mitad superior del seno piriforme no se llena de papilla, y cómo ésta descende por la parte más interna. En este segundo trayecto interno se ve una muesca, que marca el límite inferointerno de la neoplasia

A la exploración nos encontramos con que la cavidad oral está ocu-

pada por un voluminoso tumor del tamaño de un huevo de gallina, de color oscuro y violáceo, con zonas de ulceración rojiza, de consistencia firme y forma que recuerda a una lengua que estuviera superpuesta a aquélla (fig. 1); en efecto, la tumoración presenta una cúspide que llega casi a la arcada dentaria.

Se comprueba que el enfermo no puede ocluir la boca de modo com-

EPITELIOMA DE SUELO DE BOCA

pleto y que exhala notable fetidez. La tumoración tiene una sólida y amplia base de implantación en región amigdalina, pilar anterior y porción delantera de éste. No se puede precisar hasta dónde llega la inserción de la neoplasia, por detrás y por debajo.

El suelo de la boca, en su porción delantera, es normal, pero no se puede precisar el estado de la porción lateral.

Tampoco se pudo explorar faringe y laringe. La exploración rinosinusal, normal, así como la otológica.

No se palpan ganglios.

Este tumor de tan grandes dimensiones impedía casi por completo la deglución y dificultaba grandemente también la masticación, por lo que el enfermo se alimentaba desde hacía más de un mes y medio de líquidos.

Ante este cuadro hicimos una toma para la biopsia, con el siguiente resultado: «Sarcoma fibroblástico de células polimorfas», con gran infiltración leucocitaria debida a probable ulceración.

Se practica radiografía de faringe con contraste, apreciándose la falta de relleno del seno piriforme derecho en la extensión que puede verse (figura 2). Practicamos también una arteriografía, que fue prácticamente normal, lo que nos hizo presumir que la neoformación no se extendía hasta los espacios parafaríngeos.

El día 24 de noviembre de 1965 es intervenido:

- 1) Anestesia general con fluothane, previa traqueotomía.
- 2) Incisión arqueada desde punta de mastoides a sínfisis mentoniana, que llega por debajo hasta la mitad del externo. Despegamiento de un amplio colgajo en «U» de base superior, que incluye piel, tejido celular y cutáneo del cuello.
- 3) Resección de la aponeurosis cervical superficial.
- 4) Ligadura de la carótida externa.
- 5) Vaciamiento submaxilar profiláctico, resecando glándula, tejido celular y ganglios linfáticos.
- 6) Separación de la parótida por disección roma.
- 7) Sección del músculo masetero en el ángulo de la mandíbula, que es rechazado hacia arriba.
- 8) Separación del maxilar de sus partes blandas externas, hasta abrir cavidad oral, junto a piezas dentarias, con lo que se respeta la mucosa.
- 9) Idem de las partes blandas internas, también hasta cavidad bucal.
- 10) Sección del pterigoideo externo.
- 11) Resección con la sierra de Gigli de una amplia zona de maxilar; aproximadamente dos tercios de la rama vertical y otro tanto de la horizontal.
- 12) Minuciosa hemostasia, pues los tiempos 10 y 11 han sido muy hemorrágicos.
- 13) Localización de la apófisis pterigoides como punto de referencia y faringotomía.
- 14) Ablación de la tumoración (fig. 3), extraordinariamente difícil por sus grandes dimensiones, y con ella de medio velo del paladar, pilares y porción más posterior del suelo de la boca.
- 15) Hemostasia.
- 16) Sonda de alimentación.
- 17) Cierre de de amplia faringotomía, por aproximación de los bordes de la mucosa, que son insuficientes.
- 18) Se completa el cierre con el pterigoideo, ya que queda aún abierta una porción del tamaño de una moneda de diez céntimos antigua. Con el masetero se refuerza la porción media y anterior de la faringotomía.
- 19) Reposición del colgajo, dejando drenaje.
- 20) Sutura y vendaje compresivo.

El curso postoperatorio se desarrolla satisfactoriamente, salvo un cuadro de gastralgia y diarreas que achacamos al cambio de régimen alimenticio y que se resolvió sin incidencias.

A los siete días se quita la cánula de traqueotomía y los puntos.

A los diez, la sonda de alimentación. Al principio hubo ciertas dificultades a la masticación, que se corrigieron pronto; nunca a la deglución.

Ocho días más tarde es dado de alta (fig. 4).

El 27 de febrero del año 1966 (a los dos meses y medio) vuelve el enfermo porque nota sobre la cicatriz operatoria, en su porción anterior, una pequeña tumoración roja en coliflor con abundante exudado y porque ha expulsado un secuestro óseo de un centímetro de longitud y una pieza dentaria.

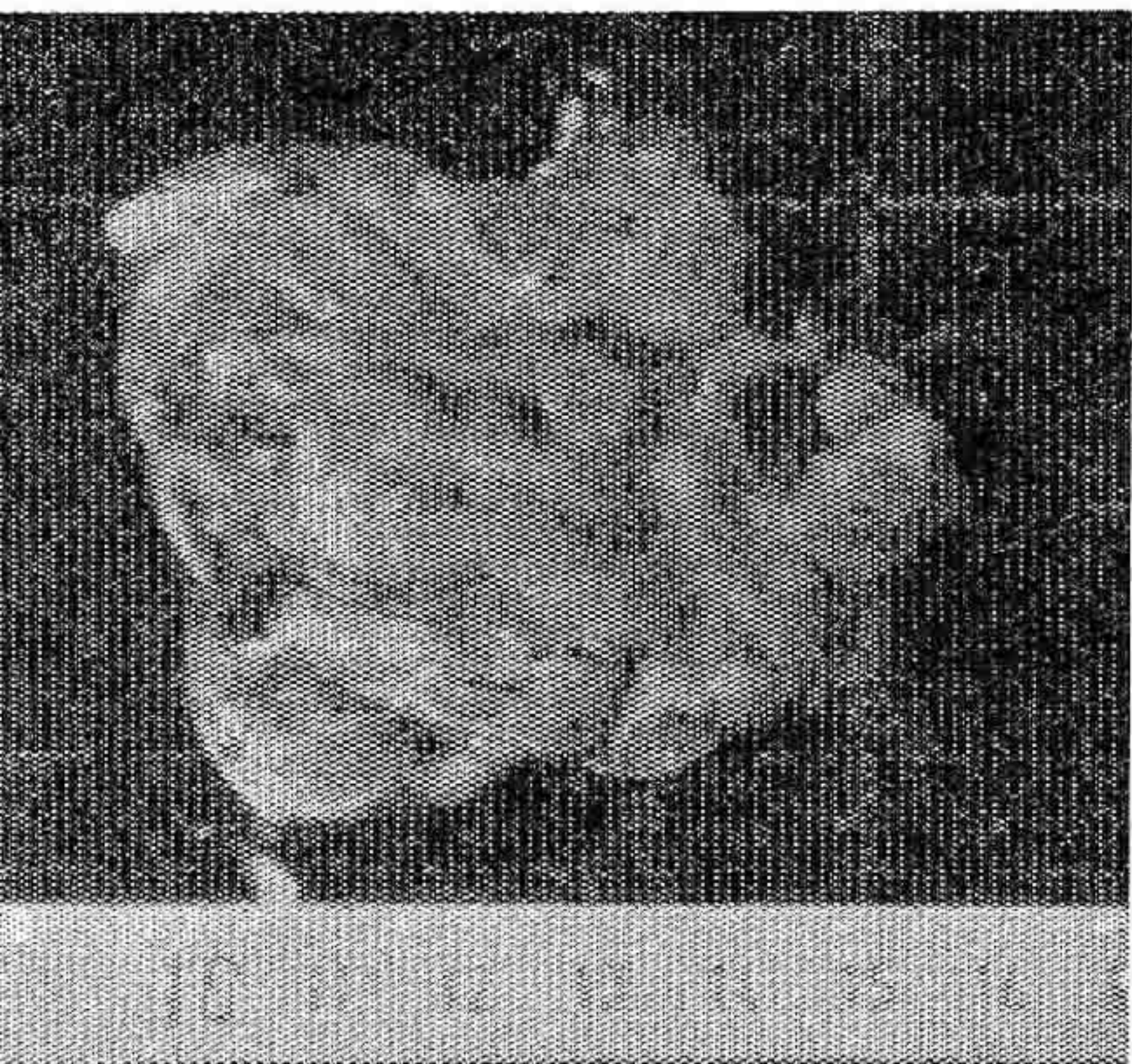


Fig. 3.—Ablación de la tumoración

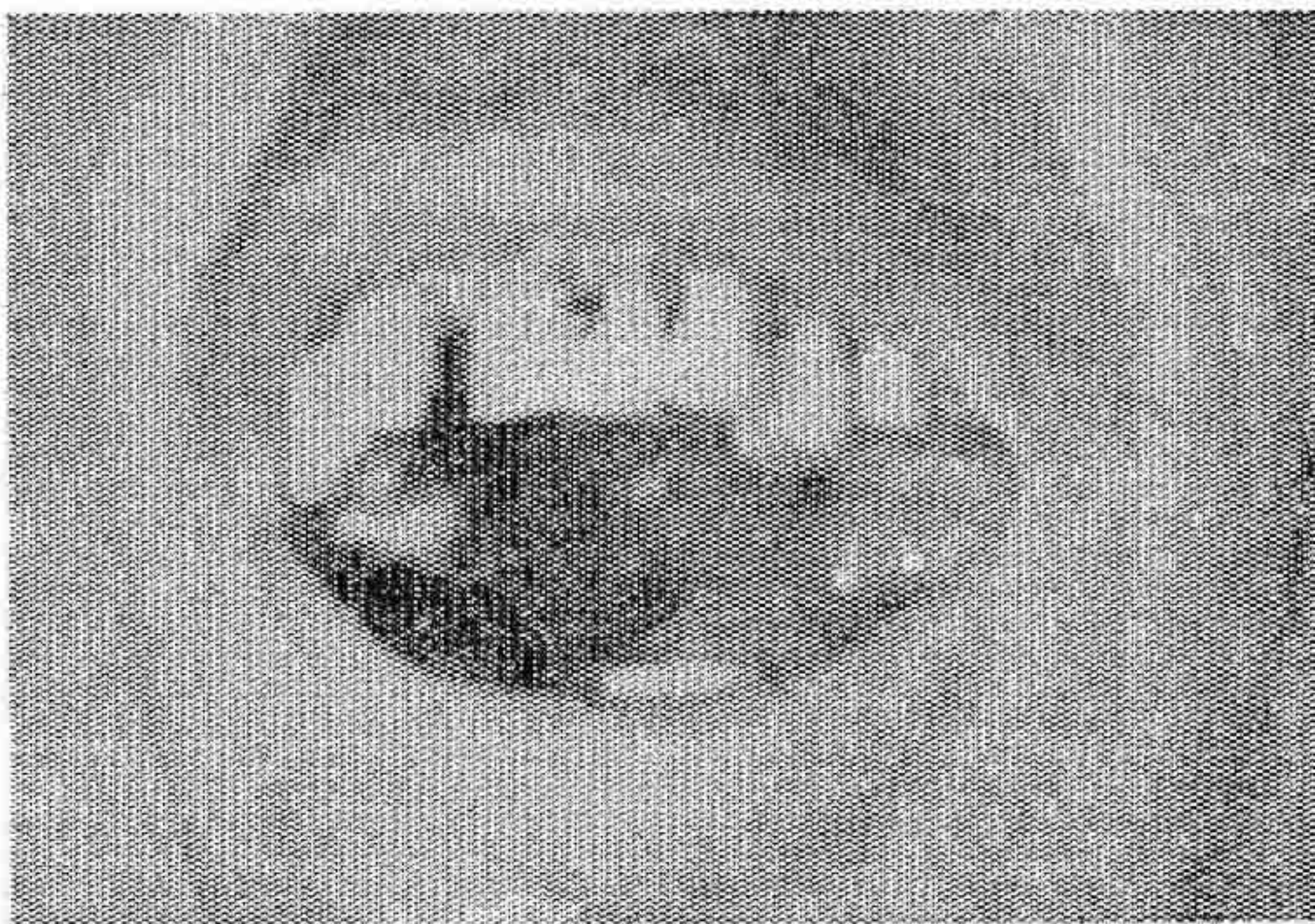


Fig. 4.—El enfermo dado de alta

A la exploración nos encontramos con un gran empastamiento del suelo de la boca, lado derecho, y con una tumoración debajo de la lengua. Esta es infiltrante, de límites mal definidos, ulcerada, extendiéndose en forma de huso hacia la derecha, e invadiendo el borde de la lengua.

La expulsión del secuestro y piezas dentarias nos hace pensar en la invasión del maxilar, y exteriorización de la neoplasia en botón de camisa.

El examen histopatológico demuestra que se trata de un «epitelioma espinocelular con globos paraqueratósicos».

Ante el carácter difuso, infiltrante y extenso de esta nueva tumoración se nos plantea un difícil problema terapéutico prácticamente insoluble.

Se consulta con el profesor Sastre, quien es de la opinión de que incluso una intervención radical, con extirpación de lengua, suelo de boca y maxilar, no sería eficaz y llevaría consigo una gran mutilación y alteración funcional, por lo que se desiste de una nueva tentativa quirúrgica.

Lo mismo cabe decir del tratamiento físico, ya que previamente se había tratado por tales medios sin ningún resultado. Además, la piel está muy alterada por la radiaciones anteriores, y por el mismo motivo es de temer una osteonecrosis.

Por tales motivos hemos comenzado a tratarlo con SP-G, a dosis de 200 mg. diarios, siendo prematura aún la valoración de este tratamiento. Subjetivamente el enfermo se encuentra mejor, pero se ha expulsado otro secuestro óseo, por lo que hay que prever que sigue el proceso su inexorable evolución.

COMENTARIO

Este caso tiene un doble interés: de una parte, por la intervención a que fue sometido el paciente, y de otra, por el dualismo histológico de las neoplasias: sarcoma a nivel de celda amigdalina; epiteloma en suelo de la boca.

Vamos a hacer algunos comentarios sobre ambos extremos.

El tratamiento quirúrgico de las lesiones malignas de amígdala palatina o celda amigdalina se puede llevar a cabo bien por la vía natural o por vía externa.

La vía natural se reserva para neoplasias de escaso volumen, que no rebasan los límites de la propia amígdala, y sin adenopatías palpables. En tales casos los resultados suelen ser aceptables. Nosotros tuvimos ocasión de tratar recientemente un epiteloma de amígdala del tamaño de una lenteja por una amplia amigdalectomía, con resultado satisfactorio hasta el presente.

Casos tan incipientes y limitados no son frecuentes, por lo que la indicación terapéutica suele ser más delicada y en cualquier caso el pronóstico sombrío. Como en toda neoplasia maligna, se plantea siempre el problema de elección entre la cirugía y el tratamiento físico.

Hace algunos años la mayoría de autores se mostraban francamente partidarios del tratamiento radioterápico, pues efectivamente los resultados eran mejores. Las técnicas quirúrgicas, lo suficientemente amplias para ser eficaces, llevaban consigo una alta mortalidad e irreparables mutilaciones, sin que el resultado fuera por ello satisfactorio.

Gracias al progreso de la cirugía plástica, los antibióticos y los nuevos métodos de anestesia y reanimación, Hayes Martin y Dargen, en 1953, proponen la «faringectomía lateral transmaxilar con o sin faringoplastia inmediata», intervención que permite el correcto abordaje de la neoplasia, con suficiente margen de seguridad y el tratamiento de los linfáticos regionales.

Posee, pues, esta intervención las condiciones que pueda reunir la más eficaz cirugía del cáncer. No debemos olvidar, sin embargo, la región sobre la que actuamos, tan bien irrigada y con tan abundantes linfáticos, que hacen que nunca podamos esperar un amplio porcentaje de curaciones.

No obstante, esta cirugía se prodiga menos de lo que debiera, ora por escepticismo, ora por estar los especialistas poco familiarizados con tal cirugía.

El escepticismo surge por imperar el criterio antiguo: sobre esto decimos, como Justo Alonso, acerca del cáncer laríngeo: «No debemos actuar ni como radioterapeutas ni como cirujanos, sino comocancerólogos.» Ello quiere decir que no debemos estereotipar nuestro criterio, dando sistemáticamente primacía a la radioterapia, como hacen algunos, sino tener en cuenta que existen formas radiosensibles y radiorresistentes y que, por

tanto, no se puede hacer un tratamiento «standard».

El sarcoma fibroblástico objeto de este estudio era, como la mayoría, radiorresistente, por lo que sentamos la indicación quirúrgica. Por otra parte, aún siendo radiosensible, su tamaño era lo suficientemente grande para impedir casi por completo la deglución y exponer al enfermo a un accidente asfíctico, por lo que aun en tal caso nos hubiéramos decidido a intervenir, sin excluir el tratamiento físico.

En cuanto al segundo punto, es evidente que, por no ser muy frecuentes estos tumores, se está poco habituado a tal cirugía.

Sobre esto hemos de decir que esta intervención no tiene grandes dificultades técnicas y que probablemente la cirugía laríngea, especialmente la conservadora, plantea mayores problemas postoperatorios: faringostomas, retracciones cicatrizales, edemas endolaríngeos, complicaciones pulmonares, etc., que la hacen sin ningún género de duda más compleja y azarosa.

Tan sólo creo hay dos puntos que interesa analizar en la técnica de la intervención: el maxilar y la faringoplastia.

Se debe extirpar una porción del maxilar inferior: el ángulo con la mitad de las ramas aproximadamente, lo que prácticamente no dificulta la masticación, y la deformidad, por otra parte, es mínima.

Nosotros practicamos una resección más amplia y los trastornos funcionales fueron mínimos. La deformidad era evidente, pero no tan marcada como para plantear problema estético.

Por ello se puede resecar el maxilar en tal medida sin que exista trastorno apreciable. No obstante, existen técnicas reconstructoras, que tiene su indicación si la resección, por la circunstancia que sea, es más amplia.

Para tal objeto pueden emplearse prótesis de vitalio o bien el injerto óseo. Nosotros creemos que éste es preferible, pues aunque el metal se puede modelar mejor, son frecuentes los casos de intolerancia. El hueso puede tomarse de las costillas o de la cresta ilíaca, lo cual permite la reconstrucción del ángulo de la mandíbula con bastante perfección.

El segundo problema es el de la faringotomía. En relación a ésta creemos que prácticamente siempre es factible su cierre inmediato. Dargent recomienda para ello el empleo del cutáneo del cuello, despegado previamente del colgajo. Queda un amplio faldón, que puede vertirse hacia faringe, introduciéndolo por la brecha ósea.

Nosotros resecamos, como hemos dicho, una amplia zona: celda amigdalina, pilares, hemivelo y la mitad posterior del suelo de laboca y, sin embargo, no tuvimos necesidad de recurrir al cutáneo. La simple aproximación de los bordes de la mucosa ocluyó grandemente el orificio faríngeo, quedando una zona pequeña, que fue cerrada con el pterigoideo externo.

En lo que respecta a la porción bucal abierta, hay que tener

en cuenta que la mucosa de la mejilla se refleja en el maxilar, tapizándolo hasta los alvéolos. Si esta mucosa está indemne, lo que se puede saber por el examen preoperatorio, y comprobar durante la intervención, despegándola cuidadosamente del maxilar, llega perfectamente al borde de la lengua. Nosotros lo hicimos así reforzando dicha zona con el músculo masetero.

El resultado fue excelente, y poco tiempo después la faringe estaba perfectamente epitelizada, incluso la zona ocluída por los pterigoideos (fig. 4).

Ya decimos antes que este caso tiene un doble motivo de interés: la técnica quirúrgica empleada y el dualismo histológico. Este es el punto verdaderamente importante del caso.

Cuando nosotros vimos al enfermo presentaba una voluminosa neoformación en la región amigdalina y porción mucosa de la rama ascendente del maxilar.

Se trataba de una tumoración firme, bien limitada, con características tan peculiares que en nuestro repaso mental no recordamos haber visto nada similar.

El aspecto morfológico de la segunda neoformación era, por el contrario, muy diferente, y probablemente nadie que no supiera los antecedentes del caso hubiera dudado en calificarlo de «epitelioma», pues tenía todo el aspecto de éstos.

Cuando sobrevino la segunda neoformación, el aspecto de la región operada era inmejorable y parecía existir entre ésta y aquél una zona aparentemente normal.

La figura 5 es una microfotografía del primer tumor; la 6, del segundo. Son tan elocuentes, que casi podríamos pasar sin hacer ningún comentario. En la primera vemos una imagen extraordinariamente celular, sin estructura definida, abigarrada y anárquica. Aunque predominan los elementos fibroblásticos, existen células gigantes y algún elemento estrellado, por lo que se trata prácticamente de un «sarcoma polimorfo». La microfotografía de la figura 6, de la segunda tumoración, vemos que corresponde a un típico epitelioma espinocelular, de estructura bovenoide, que conserva perfectamente los límites de sus mame-lones infiltrantes. Se trata de un tumor muy bien diferenciado, con notable grado de queratinización superficial. Estas circunstancias tienen gran valor e interés, ya que si se tratara de un epitelioma de gran polimorfismo y atipia pudiera pensarse que una diseminación masiva semejava un cuadro histológico sarcomatoso. Y no es éste precisamente el caso.

La microfotografía de la figura 7 es otro aspecto del sarcoma menos polimorfo, que ofrece en este nuevo campo una típica estructura fibroblástica.

La microfotografía de la figura 8 corresponde a una zona de la 6 a gran aumento.

Dos hipótesis se nos ocurren para explicar esta doble neoplasia:

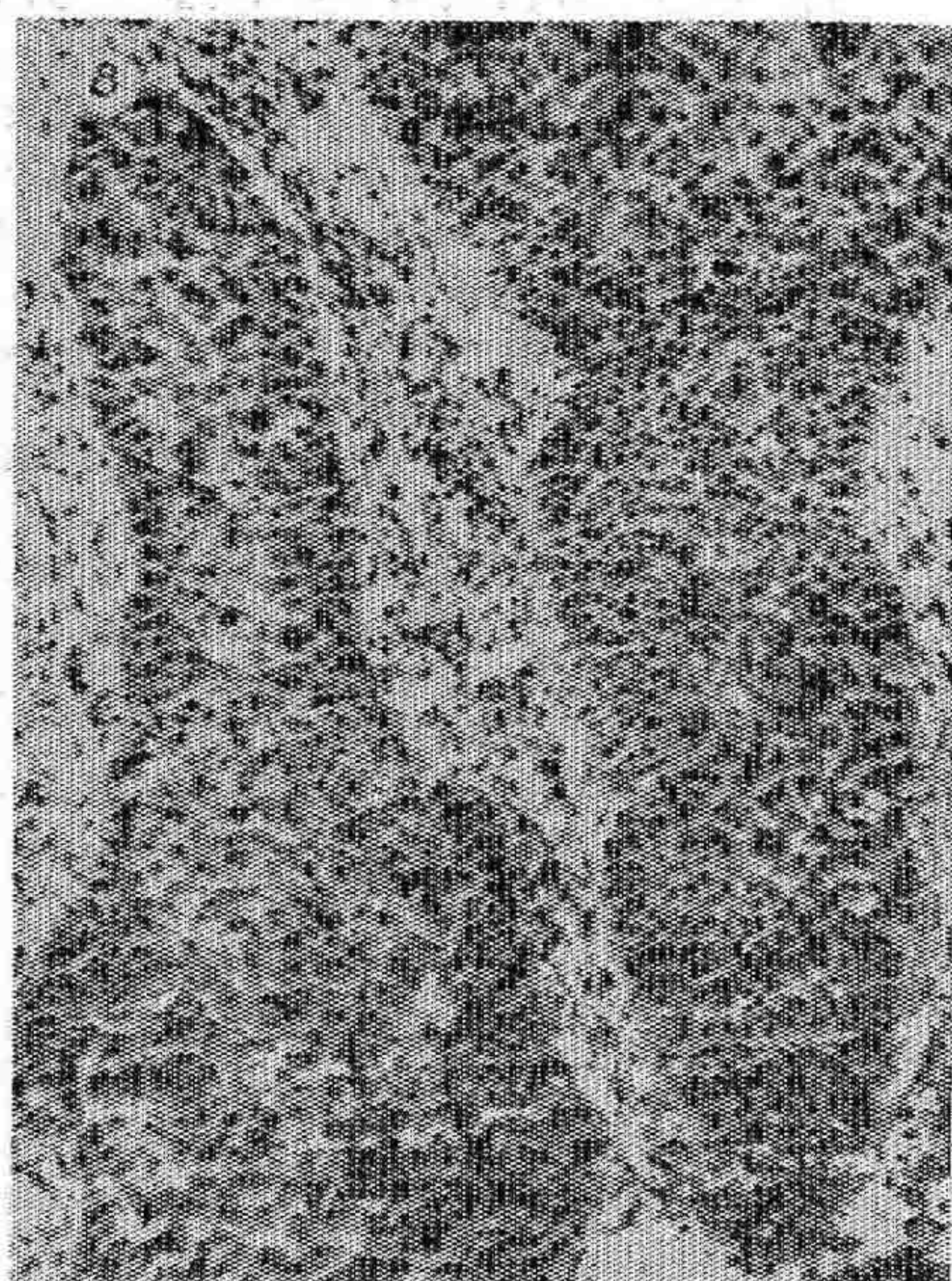
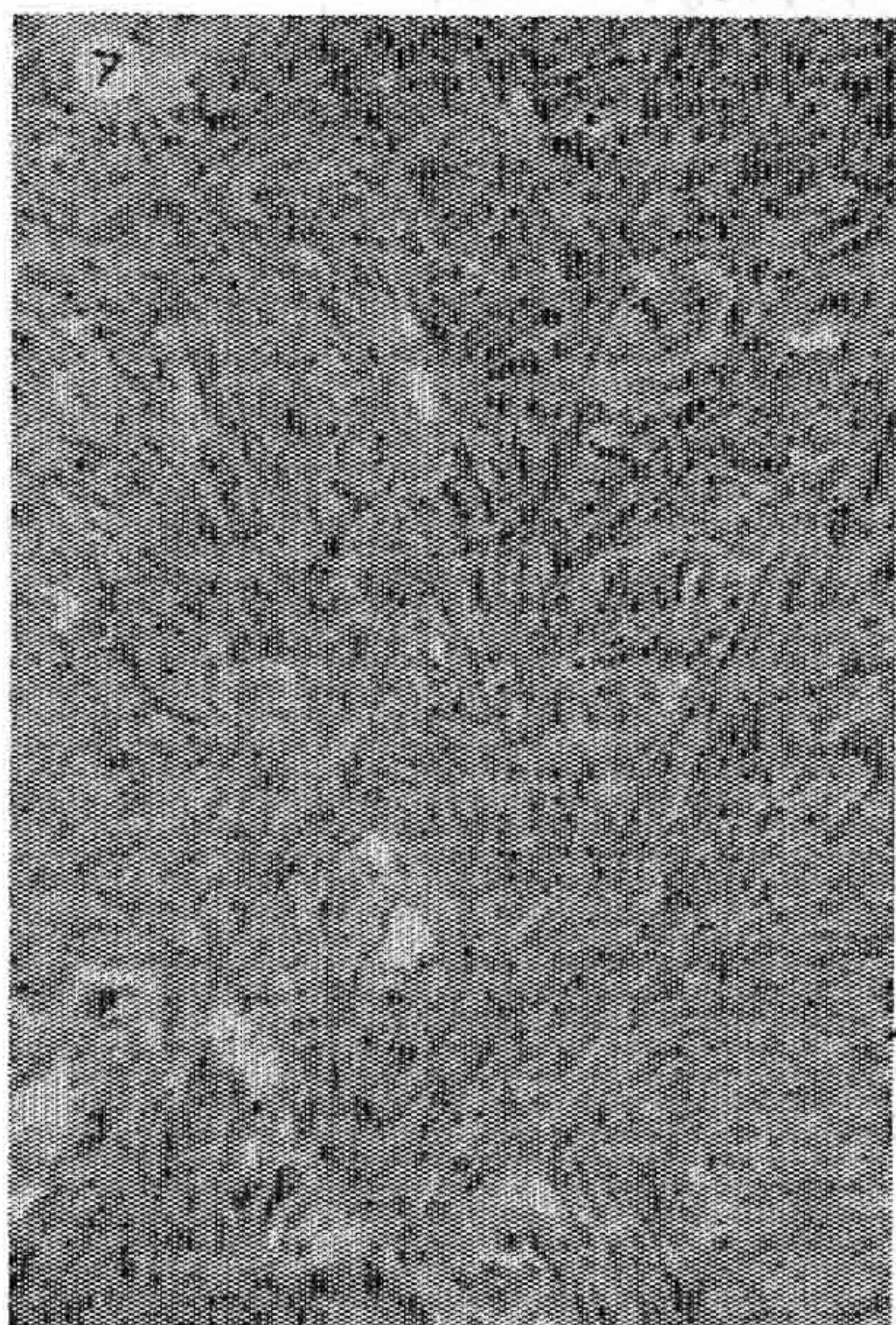
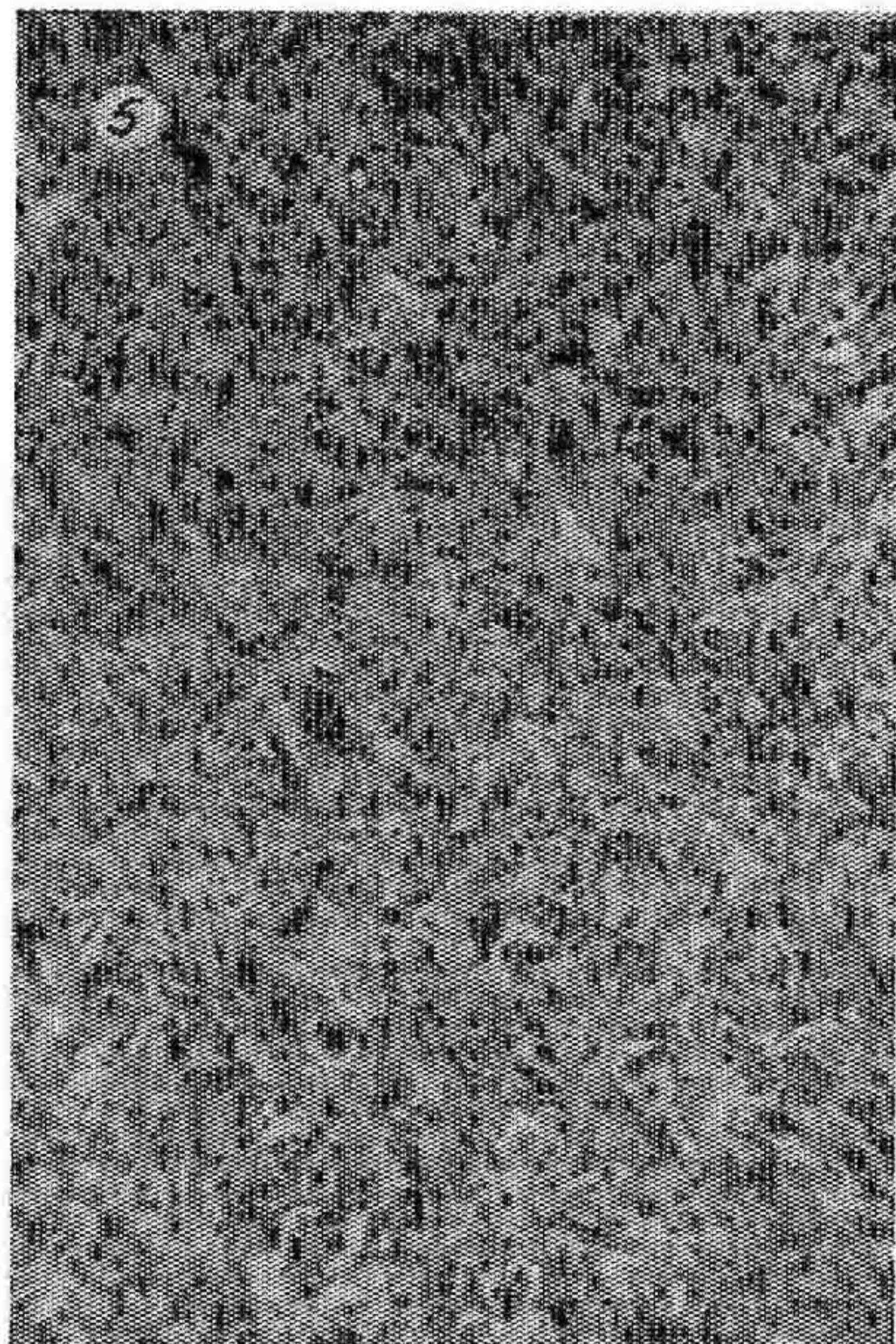


Fig. 5.—Microfotografía del primer tumor, con formación celular sin estructura. Fig. 6.—Formación de epiteloma espino-celular, queratinizado superficialmente (a grandes aumentos, fig. 8). Fig. 7.—Aspecto del sarcoma de estructura fibroblástica

1.^a ¿Es un mismo tumor, que ha sufrido un proceso de metamorfosis?

2.^a ¿Son dos neoplasias independientes?

El punto clave de la cuestión para poder inclinarnos por una u otra teoría radica en que exista o no continuidad entre ambas neoplasias. Se han descrito algunas veces tumoraciones dobles; pero para considerarlas como tales tiene que existir tejido indemne entre ellas. Gavrilesco presenta recientemente (1965) un caso de epiteloma de laringe con metástasis ganglionares que coexistía con una neoformación cervical. Por su localización y características parecía un nódulo de la glándula tiroides, pero la biopsia demostró que se trataba de un sarcoma linfoblástico.

Sokol (1965) publica un caso de tumoración sinusal doble, y Feder (1966) insiste en la coexistencia de epitelomas laríngeos y pulmonares primitivos.

Las tumoraciones dobles son poco frecuentes, y menos en el distrito O. R. L. Al parecer se dan estos casos con mayor frecuencia en el tracto digestivo, concretamente en el estómago.

Por otra parte, la mutación o metamorfosis tumoral es un hecho conocido, y el caso más frecuente es la malignización de los tumores benignos.

Si revisamos ahora la historia del enfermo lo primero que abre la escena es un tumor de la porción más posterior del suelo de la boca, que es diagnosticado de epiteloma. Hay después una serie de brotes o episodios tumorales que se extienden desde tal zona hasta el frenillo lingual, y que se tratan de un modo reiterado por agentes físicos. En total, el número de estos tratamientos se eleva a seis: tres aplicaciones de radium, dos de radioterapia y una de telecobaltoterapia. Los resultados, como hemos dicho, fueron siempre transitorios e insuficientes. Habiendo curado aparentemente el proceso, surge una nueva tumoración, de crecimiento mucho más rápido y características distintas. Su localización es posterior, sobre la porción más trasera del tumor primitivo, y se muestra por completo resistente a los agentes físicos.

Entonces vemos nosotros al enfermo; la porción delantera del suelo de la boca parece indemne, pero no tenemos seguridad de que ocurra otro tanto en las partes posteriores, ya que la neoplasia dificulta la exploración.

En modo alguno podemos, pues, afirmar que exista tejido indemne entre ambas formaciones.

Por otra parte, tenemos un hecho de gran valor, que es la gran cantidad de radiaciones a que fue sometido el enfermo. Sabemos que las radiaciones pueden determinar mutaciones genéticas, y en tal hecho se basan los autores para explicar aquellos procesos neoplásicos determinados por radiaciones.

Pain, Martin y Mathieu (1963) han descrito el caso de un epiteloma malpighiano de cavum, aparecido sobre un antiguo linfosarcoma irradiado.

Hora y Weller (1962) señalan a su vez un sarcoma osteítico, consecutivo a su vez al tratamiento por radiaciones de un tumor de células gigantes.

Las radiaciones, como decimos antes, pueden determinar tal mutación celular en el organismo sano que pueda conducir a una neoplasia. Es verosímil suponer que al actuar sobre un tumor preexistente podrán en ciertas circunstancias: que el tumor sea radiorresistente, total o parcialmente, o que las radiaciones se apliquen en forma inapropiada en cuanto a dosis o pauta.

En nuestro caso, a la vista del cuadro histológico del epiteloma, que fue el tumor primitivo, pensamos que, por su alto grado de diferenciación, fuera relativamente resistente a las radiaciones. Por otra parte, éstas se aplicaron de un modo anárquico e inapropiado. Es decir, que coexisten las dos circunstancias antes mencionadas, que explicarían la mutación sufrida.

Ante estos hechos proponemos a modo de conclusión la siguiente hipótesis:

Se trata de un epiteloma primitivo de suelo de boca que sufre un fenómeno de mutación por la acción del tratamiento físico y se convierte en un sarcoma en su parte más posterior. Este crece con independencia y autonomía, mientras que el primitivo permanece en estado de latencia. El tratamiento quirúrgico cura el tumor transformado, pero al mismo tiempo reactiva el primitivo, con lo que se manifiesta de nuevo.

BIBLIOGRAFIA

1. BURDETTE, W. J.: «Mutaciones y cáncer». *Gac. San.*, 18, 1, 18; 1963.
2. FEDER, R. J.: «Consecutive laryngeal and bilateral resectable primary bronchogenic carcinomas». *The Laryngoscope*, 76, 1, 64; 1966.
3. GAVRILESCU, P., y cols.: «Double cancer primitiv de la region cervicale developpe simultanement». *Les Ann. Otolaryng.*, 82, 7-8, 577; 1965.
4. HORA y cols.: «Postradiation osteogenic sarcoma of the maxila». *The Ann. of O. R. L.*, 71, 2, 321; 1962.
5. MARTIN, H.: «Surgery of head and neck tumors». Hoeber-Harper, 4th. Print. N. Y., 1964.
6. MAYER, F. V.: «Contribution au probleme de la multiplicité primaire et secondaire des tumeurs malignes». *Chir.*, 26, 1.073; 1957.
7. PAIN, F., y cols.: «Survenue d'un epithelioma malpighien sur un lymphosarcome anciennement irradie du cavum». *Les Ann d'Otolaryng.*, 80, 7-8, 717; 1963.
8. PARIS, A.: «Oncologie 1962-63». *Les Ann. d'Otolaryng.*, 81, 6, 407; 1964.
9. SOKOL, D. Z., y cols.: «Bilateral malignancy of maxillary sinus». *The Ann. of O. R. L.*, 74, 2, 420; 1965.
10. WISE, R. A., y cols.: «Surgery of the head and neck». The year book publisher Inc. Chicago, 1959.