

PRESENTACIÓN DE CASOS

CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LABIO SUPERIOR EN PACIENTE ADOLESCENTE

Squamous cell carcinoma of the upper lip in an adolescent patient

Enrique Cadena-Piñeros¹, Álvaro Acosta-de Hart²,
Augusto Llamas-Olier³

1. Grupo de Cirugía de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional de Cancerología, Profesor Asociado Unidad Otorrinolaringología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
2. Grupo Dermatología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Profesor Asociado, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
3. Grupo de Medicina Nuclear, Instituto Nacional de Cancerología Experto para Latinoamérica del Organismo Internacional de Energía Atómica.

Correspondencia: enriquecadena2005@yahoo.com

Resumen

El cáncer de la cavidad oral es un problema mayor de salud pública en todo el mundo, como lo describieron Al-Rawi y Talabani. Es más frecuente en pacientes después de la quinta década de la vida, con una razón hombre a mujer de 2:1. Esta entidad es muy poco usual en niños. Sin embargo ha aumentado la frecuencia en este grupo de edad. Se presenta el caso de una joven de 11 años, con carcinoma escamocelular de labio superior. Mediante linfogammagrafía preoperatoria se determinó la necesidad de disección selectiva de cuello supraomohioidea, excluyéndose el grupo parotídeo, a pesar de la localización del tumor, con lo cual se disminuyó en forma muy importante la morbilidad operatoria. Se resecó el tumor del labio superior con cirugía micrográfica de Mohs y posteriormente se rotó un colgajo de Yotsuyanagi. Seguimiento postoperatorio durante 18 meses sin evidencia de recaída local, regional, ni a distancia. Los autores recomiendan que el manejo de casos similares sea realizado en forma multidisciplinaria (dermatología, cirugía de cabeza y cuello, medicina nuclear, cirugía plástica), con lo cual se podrían disminuir la morbilidad y las alteraciones funcionales, aumentando la probabilidad de sobrevida libre de recurrencia.

Palabras clave: neoplasias de la boca, carcinoma de células escamosas, cirugía de Mohs. (DeCS).

Cadena-Piñeros E, Acosta-de Hart A, Llamas-Olier A. Carcinoma escamocelular de labio superior en paciente adolescente. *Rev Fac Med.* 2011; 59:331-338.

Summary

Cancer of the oral cavity is a major public health problem around the world (Al-Rawi and Talabani); it occurs more frequently in patients after the fifth decade of life (2:1 male:female ratio). This entity is very unusual in children; however, frequency has become increased in this age-group. This article presents the case of an 11-year-old child suffering squamous cell carcinoma of the upper lip. Preoperative lymphogammagrapy identified the need for selective dissection of the supraomohyoideal neck, excluding the parathydeal group, in spite of the tumour's location, thereby greatly reducing operative morbidity. Mohs micrographic surgery was used for tumour resection of the upper lip and then a Yotsuyanagi flap was rotated. 18-month post-operation follow-up revealed no local, regional or distant relapse regarding cancer foci. The authors



recommend that similar cases should be managed in a multidisciplinary way (dermatology, head and neck surgery, nuclear medicine, plastic surgery), thereby being able to reduce morbidity and functional alterations and increasing the probability of recurrence-free survival.

Key words: mouth neoplasms, carcinoma squamous cell, Mohs surgery. (MeSH).

Cadena-Piñeros E, Acosta-de Hart A, Llamas-Olier A. Squamous cell carcinoma of the upper lip in an adolescent patient. *Rev Fac Med.* 2011; 59:331-338.

Introducción

El cáncer de la cavidad oral es una entidad que ha aumentado en frecuencia, es así como en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) de Colombia en el año 2008 se trataron 83 nuevos casos, el 1,5% del total de pacientes nuevos atendidos en el INC, comparado con Norte América donde fueron el 3% de todos los cánceres diagnosticados (1,2). La incidencia del cáncer oral se incrementa con la edad, el 98% de los casos se presenta en pacientes por encima de 40 años, con mayor frecuencia entre la sexta y séptima décadas de la vida, especialmente cuando existe consumo de tabaco; es muy poco frecuente en los menores de 35 años. Pero en las tres últimas décadas se ha aumentado el número de hombres jóvenes que padecen esta enfermedad (3).

En el año 2007, Binahmed y colaboradores reportaron el caso de una joven de 10 años con cáncer del maxilar y anotaron la baja frecuencia del cáncer escamocelular en la población pediátrica, con menos del 2% de todas las patologías de la cabeza y el cuello (4). La presencia de neoplasias malignas de la piel antes de la pubertad es extremadamente rara (3). La lengua es el sitio más frecuente y el promedio de edad es de 15 años, en segundo lugar están los labios con predominio en hombres (5).

La base del tratamiento del cáncer escamocelular de la cavidad oral es la cirugía, seguida de radioterapia. Por protocolo se practica la resección local amplia del tumor y de acuerdo al estado inicial del mismo, la disección del cuello.

Acto seguido, se realiza la reconstrucción con colgajos locales, regionales o a distancia, incluyendo los colgajos con microcirugía (6,7).

En este artículo, se presenta el caso de una joven de 11 años intervenida con cirugía micrográfica de Mohs por un carcinoma escamocelular de labio superior y reconstrucción con colgajo local de Yotsuyanagi (8). Se realizó linfogammagrafía con Spect CT y TAC de cuello pre-quirúrgica para definir los grupos ganglionares a retirar. Se determinó por este método que el grupo ganglionar parotídeo no era un sitio de drenaje de este cáncer por lo que sólo se practicó disección de cuello supraomohioidea, sin incluir el grupo parotídeo con lo cual se disminuyó la morbilidad de lesión del nervio facial. El interés para reportar este caso incluye: la baja frecuencia de este tipo de neoplasia en niños, la utilidad de la linfogammagrafía para definir disección selectiva del cuello y finalmente que no hay reportes similares en la literatura colombiana.

Caso clínico

Joven de 11 años, procedente de Cúcuta Norte de Santander, quien consultó la primera vez por lesión de piel (de 3mm) que abultaba el labio superior, lateral izquierda, a la columela de 3 meses de evolución. Fue manejada con resección local amplia, el reporte de patología fue de un carcinoma escamocelular con márgenes comprometidos. A 30 días en el post operatorio, presentó un aumento progresivo y rápido de la tumoración del labio superior izquierdo, y así



Figura 1. Preoperatorio: placa eritematosa, ulcerada y pigmentada en forma parcial de bordes con delimitación aceptable. A la palpación daba la impresión que el tumor comprometía todo el espesor del labio; a la inspección, la mucosa no estaba comprometida.

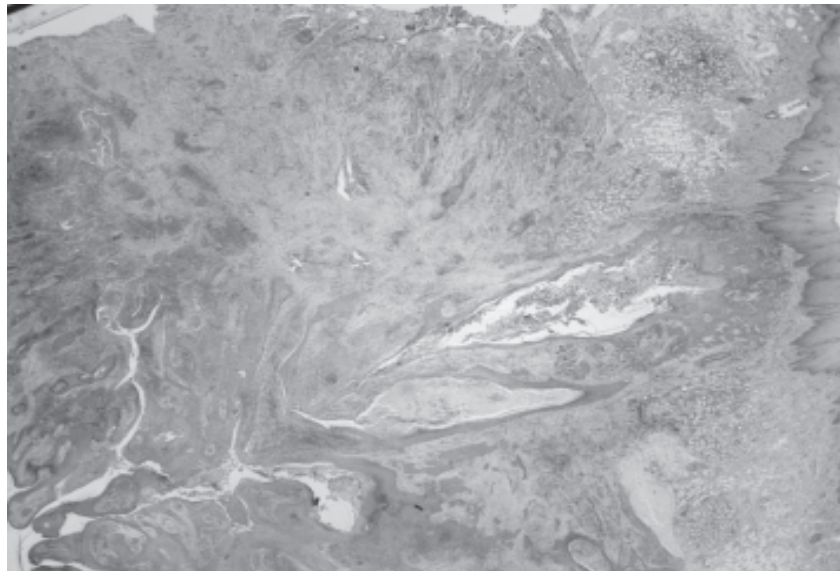


Figura 2. Biopsia lesión de labio: fotomicrografía (1x) de un corte vertical a la altura del tumor. De izquierda a derecha, se observa cómo el carcinoma escamocelular se desprende de la epidermis, penetra en forma profunda en todo el espesor del labio e infiltra y reemplaza al músculo llegando hasta el epitelio de la mucosa sin comprometerlo.

llegó al INC. Al examen físico presentaba un tumor de 15 mm de diámetro en dicha zona, con induración de tejidos blandos de aproximadamente 25 mm (Figura 1). La revisión de patología concluyó: carcinoma de células escamosas grandes bien diferenciado que ocu-

paba todo el espesor de la dermis e infiltraba el músculo estriado cutáneo (Figura 2). En forma adicional, se observó un pequeño nódulo de 4 mm, sin cambio epidérmico que elevaba la piel lateral izquierdo en relación al surco nasogeniano ipsilateral. Se practicó biopsia que fue reporta-

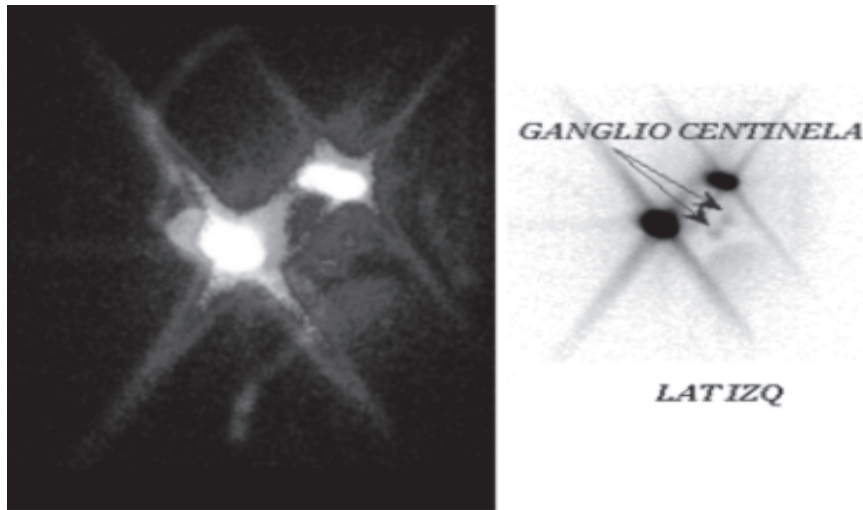


Figura 3. Linfogramagrafía preoperatoria: inyección perilesional del labio superior izquierdo y marcación de la región auricular izquierda. Conclusión: drenaje al nivel Ib y IIa izquierdo.

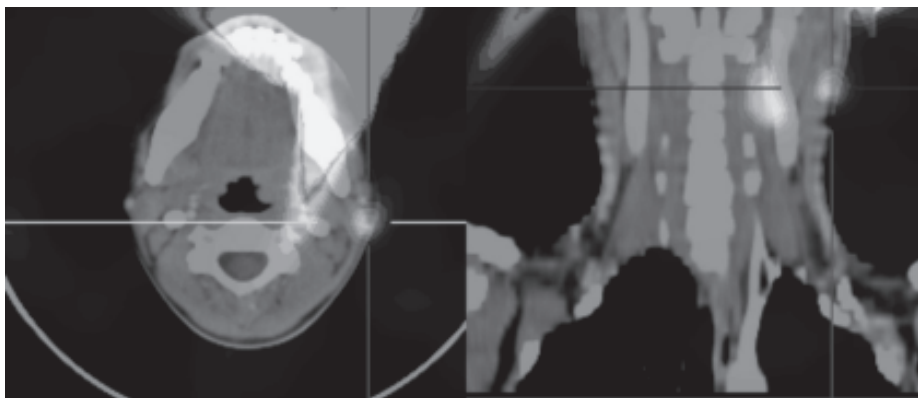


Figura 4. Fusión de linfogramagrafía y TAC: búsqueda de ganglio centinela (preoperatorio). Conclusión: drenaje al nivel Ib y IIa izquierdo. No hay evidencia de drenaje al grupo parotídeo.

da por patología como «sospechosa de malignidad». No se palparon adenopatías en el cuello. En ese momento, se clasificó según el TNM de la AJCC, como un T3 N0 M0 EIII (9).

Este carcinoma escamocelular tenía unos importantes factores de mal pronóstico (alto riesgo) de recurrencia tanto local como regional a saber: tumor recidivante, de crecimiento rápido, tamaño mayor de 2 centímetros, localizado en el labio, de bordes mal delimitados y finalmente una histopatología que mostró un grosor mayor de 4

mm patrón de crecimiento infiltrativo e invasión al músculo.

La complejidad anatómica de la cabeza y el cuello así como la variabilidad de los patrones de drenaje linfático dificultan la planificación de las disecciones profilácticas. Se realizó linfogramagrafía para identificar los trayectos de drenaje del tumor primario y ofrecer así la posibilidad de una disección de cuello muy selectiva. Adicionalmente, se hizo una tomogramagrafía fusionada con TAC (Spect CT) para describir



Figura 5. Cirugía Micrográfica de Mohs, Estado I. Resección transfixiante del labio superior y del nódulo “sospechoso de malignidad” del surco nasogeniano izquierdo.

detalladamente la localización de los ganglios centinela en cada uno de los trayectos identificados. Se inyectaron 100 μCi de $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -fitato de calcio por vía intradérmica a ambos lados de la cicatriz de resección (0,1 ml por inyección). En una gammacámara Siemens ECAM de doble detector (Siemens Medical. Knoxville, Tennessee) se obtuvieron imágenes dinámicas inmediatas del flujo linfático durante cinco minutos en una matriz digital de 128 x 128 seguidas de imágenes planares anteriores y laterales en matriz digital de 256 x 256, cada una de 5 minutos.

El Spect se hizo en una matriz de 128 x 128 (60 fotogramas, 20 segundos x fotograma). Para facilitar la fusión manual con el TAC se acondicionaron marcadores radiopacos en los pabellones auriculares provistos de una actividad de 20 μCi de $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -pertechnetato. El Spect y el TAC

se hicieron el mismo día y en ambos se reprodujo la posición del paciente. Tanto la reconstrucción multiplanar del Spect como la fusión se hicieron con el paquete informático Esoft (Siemens). Las imágenes fusionadas revelaron ganglios centinela en los grupos Ib y IIa izquierdos (Figuras 3 y 4).

El carcinoma escamocelular estaba localizado adyacente a la columela, la fosa nasal, el ala nasal y la comisura bucal izquierdas lo que impedía operar con un margen amplio de por lo menos 10 mm, sin amputar las estructuras mencionadas. Por este motivo y por los factores de riesgo antes mencionados, se consideró en sesión multidisciplinaria que la cirugía micrográfica de Mohs era la primera opción terapéutica para el control local del cáncer en esta joven paciente. (Figura 5).



Figura 6. *Reconstrucción colgajo local: Colgajo de Yotsuyanagi.*



Figura 7. *Un año postoperatorio: integración total del colgajo local con función adecuada.*

Fueron necesarios cuatro “estados” de Mohs para reseca este tumor. La histopatología de la cirugía micrográfica de Mohs permitió establecer que este carcinoma escamocelular era primario de la piel y que invadía en forma profunda todo el espesor del labio llegando a la lámina propia de la mucosa sin comprometer el epitelio de la misma. En el estado IV de Mohs, se encontró tumor a pocas micras del borde de resección quirúrgica; teniendo en cuenta la agresividad de este cáncer consideramos que tan estrecho margen de seguridad no era el ideal, se propuso administrar radioterapia complementaria, la cual no fue aceptada por la paciente ni por la familia. Para el control regional, y teniendo en cuenta todos los hallazgos mencionados se practicó disección selectiva de los niveles izquierdos I, II y III sin retirar el grupo parotídeo. La patología definitiva demostró 16 ganglios negativos para malignidad. La reconstrucción se hizo con colgajo local de Yotsuyanagi (Figura 6). Se ha controlado a los 2, 4, 6, 9, 12, 15 y 18 meses sin evidencia de recaída local ni regional (Figura 7).

Discusión

Los carcinomas escamocelulares de la cavidad oral son de personas por encima de la quinta década de la vida, sólo el 4% de todos los cánceres de esta región se presentan en menores de cuarenta años y en la población pediátrica la frecuencia es menor al 2% (4,6). En los niños los tumores primarios de la piel son menos frecuentes, con una incidencia en el Reino Unido de 1,4 por millón por año. El 4% de todos los tumores de los niños son cánceres de la piel y dos tercias partes de ellos son melanomas malignos (10). Por lo general los pacientes tienen factores predisponentes como: xeroderma pigmentoso, nevus sebáceo, epidermólisis ampollosa distrófica, radiación terapéutica, exposición a luz ultravioleta y presencia de virus

del papiloma humano (VPH) (10). En este caso no existían tales factores; no se consideró la exposición solar como factor etiológico porque si bien es cierto que este cáncer se localizó en el rostro, el fenotipo de la paciente (piel tipo III) y su corta edad son factores en contra de considerar la exposición solar como factor etiológico.

Durante el examen físico inicial de cabeza y cuello, se hizo evidente un tumor del labio superior izquierdo que comprometía la piel y el espesor casi total del mismo pero sin infiltración clínica evidente de la mucosa. Además, se encontró otra lesión satélite en la parte externa del surco nasogeniano ipsilateral, que por biopsia no fue posible comprobar si era enfermedad metastásica en tránsito, pero que permitió sospechar un posible compromiso ganglionar regional. En ese momento fue difícil definir el tipo de disección de cuello a realizar, por esto se practicó linfogammagrafía la cual marcó solo dos ganglios centinelas del cuello y sin compromiso de la parótida, que por la localización y extensión tumoral podría estar comprometida con ganglios metastásicos. Debido a que la biopsia del ganglio centinela en pacientes con carcinoma escamocelular de piel en cabeza y cuello no está estandarizada y es aún motivo de controversia, se hizo el mapeo linfático con la linfogammagrafía y aunque se demarcó claramente la localización de los ganglios centinela no se hizo cirugía radioguiada sino una disección selectiva. Los resultados de la linfogammagrafía sirvieron para evitar la disección del grupo parotídeo, lo que permitió disminuir el tiempo operatorio y la morbilidad del procedimiento quirúrgico.

A pesar de que en la patología final no se encontraron ganglios positivos para metástasis se consideró que el estudio fue útil por las consideraciones ya expresadas. Es posible que con la biopsia de ganglios centinela se hubiera podido obtener un beneficio adicional.

En este caso, fue necesario practicar cuatro estados de Mohs para reseca en forma completa la neoplasia. En el estado I de la cirugía micrográfica de Mohs se pudo comprobar que el carcinoma escamocelular infiltraba en forma difusa el plano profundo y comprometía no sólo el músculo, sino también la lámina propia de la mucosa labial.

A la fecha se ha controlado la paciente por espacio de 18 meses sin signos de recidiva local, regional ni sistémica. El resultado funcional es adecuado y el estético aceptable. En los primeros meses del post operatorio, la paciente recibió apoyo psiquiátrico y en la actualidad su estado psicológico es muy bueno.

Después de haber tratado a esta paciente, los autores recomiendan que el manejo de casos similares sea realizado en forma multidisciplinaria como se hizo, dermatología, cirugía de cabeza y cuello, medicina nuclear, cirugía plástica, con lo cual se podría disminuir la morbilidad y las alteraciones funcionales, aumentando la probabilidad de sobrevida libre de recurrencia

Agradecimientos

Al Dr. Gerzaín Rodríguez Toro por su valiosa colaboración en el diagnóstico inicial, selección y toma de fotomicrografías así como en la consecución de la bibliografía para la publicación del presente documento.

Referencias

1. Instituto Nacional de Cancerología, E.S.E. Anuario estadístico 2008. Bogotá. Colombia: Legis. 2009.
2. **Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA.** Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people a compressive literature review. *Oral Oncol.* 2001; 37:401-18.
3. **Newman BA.** Cutaneous tumors of children. *California Medicine.* 1957; 86:1-7.
4. **Binahmed A, Makepeace C, Campisi P, Forte V, Carmichael RP, Sándor GKB.** Primary squamous cell carcinoma of the maxillary alveolus in a 10 year old girl. *Clinical practice.* 2007; 73:715-18.
5. **Thompson L, Castle J, Heffner DK.** Oral squamous cell carcinoma in pediatric patients: a clinicopathologic study of 20 cases. (Abstract) *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod.* 1999; 88: 204.
6. **Sidell D, Nabili V, Lai Ch, Cheung G, Kirsch C, Abemayor E.** Pediatric squamous cell carcinoma: case report and literature review. *Laryngoscope.* 2009; 119: 1538-1541.
7. **Acosta AE, Rueda X.** Carcinoma escamocelular. In: *Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas,* Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. 2001: 33-56.
8. **Camacho-Salas CA, Laverde JM.** Reconstrucción del labio superior con colgajo de Yotsuyanagi. *Rev Colomb Cancerol.* 2008; 12:47-51.
9. International Union Against Cancer. TNM 7th Edition December 2009. Editors: Gospodarowicz M, Wittekind C, Sobin L. Disponible en: www.uicc.org/tnm.
10. **Kotwal A, Watt D.** Cutaneous squamous cell carcinoma in a child. *JPRAS* 2009; 62: e194-e195.
11. **Al-Rawi H, Talabami Nazar G.** Squamous cell carcinoma of oral cavity: a case series analysis of clinical presentation and histological trading of 1,425 cases from Iraq. *Clin Oral Invest.* 2008; 12:15-18.
12. **Seyedmajidi M, Faizabadi M.** Squamous cell carcinoma of the tongue in a 13-Year-old boy. *Arch Iranian Med.* 2008; 11:341-43.
13. **Chow ChW, Tabrizi SN, Tiedemann K, Waters KD.** Squamous cell carcinomas in children and young adults: a new wave of a very rare tumor?. *J Pediatric Surg.* 2007; 42:2035-39.
14. **Stolk -Lieverink SAH, Dumans AG, Van der Meij EH, Knecht PP, Van der Wal KGH.** Oral squamous cell carcinoma in children; review of an unusual entity. *Int J Pediatric Otol.* 2008; 72:127-131.