

Cáncer de lengua en un paciente con Alzheimer

Lingual cancer in an Alzheimer patient

Daniel Antunes Freitas^I, Mayane Moura Pereira^{II}, Geane Moreira^{III}, Luis Fang Mercado^{IV}, Antonio Díaz Caballero^V

^I Máster en Patología y Diagnóstico Bucal. Especialista en Bioética. Licenciado en Odontología. Profesor Titular. Facultades Unidas del Norte de Minas, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

^{II} Bachiller en Ciencias y Letras. Facultades Unidas del Norte de Mina Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

^{III} Máster en Patología Bucal. Licenciada en Odontología. Profesora Titular. Facultades Unidas del Norte de Minas, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

^{IV} Licenciado en Odontología. Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena, Colombia.

^V Máster en Educación. Especialista en Periodoncia. Licenciado en Odontología. Profesor Titular. Universidad de Cartagena, Colombia.

RESUMEN

El cáncer bucal a nivel mundial se considera uno de los más incidentes en cabeza y cuello, y la lengua, la ubicación topográfica bucal más frecuente. Los principales factores de riesgo son: tabaquismo, alcoholismo, herencia y una higiene bucal inadecuada. Se reporta el caso de un hombre de 64 años de edad con hábitos tóxicos de tabaquismo y alcoholismo, y además deficiente higiene bucal. El paciente sufre enfermedad de Alzheimer y desarrolló en la lengua un carcinoma escamocelular con adenopatías cervicales metastásicas. El diagnóstico fue confirmado histopatológicamente. Se realizó glosectomía total y posterior radioterapia cervical. Se motivó a los familiares a mejorar la higiene bucal del paciente y actualmente se encuentra bajo control médico. Aunque no se puede asegurar que la aparición y desarrollo del cáncer bucal en este paciente fue debido al padecimiento de Alzheimer o a los demás factores de riesgo, si se contempló la posibilidad de convertirse este padecimiento neurológico en un factor predisponente para esta enfermedad.

Palabras clave: cáncer bucal, cáncer de lengua, enfermedad de Alzheimer.

ABSTRACT

Oral cancer at world level is considered as one of the more incident in head and neck and the tongue is the more frequent topographical location. The main risk factors are the smoking, alcoholism, inheritance and a poor oral hygiene. The case of an Alzheimer male patient aged 64 with smoking, alcoholism and a poor oral hygiene and a lingual squamocellular carcinoma with metastatic cervical adenopathies. Diagnosis was confirmed by histology. A total glossectomy was carried out and later cervical radiotherapy was applied. Relate were instructed on a better oral hygiene of patient and nowadays is under medical control. Although it is impossible to assure that appearance and development of oral cancer in this patients were provoked by the Alzheimer' disease or to other risks factors if we take into account the possibility that this neurologic illness becomes a risk factor.

Key words: Oral cancer, lingual cancer, Alzheimer disease (DeCS Bireme).

INTRODUCCIÓN

El cáncer bucal se considera como la séptima neoplasia maligna más común que afecta a la población masculina a nivel mundial. Aqueja usualmente a los grupos etarios de adultos que se encuentran entre la sexta y octava década de vida. En raras ocasiones se desarrolla y se hace presente en la población juvenil. Su etiología es multifactorial, ya que se encuentra asociada tanto a factores intrínsecos como extrínsecos. Entre estos, el tabaquismo es considerado el principal agente cancerígeno y combinado con el consumo de alcohol, el riesgo de desarrollo y progresión de este tipo de lesiones aumenta. El Instituto Nacional del Cáncer en Brasil estimó que en el año 2010 se presentaron 14 120 casos nuevos de cáncer bucal en el país. Se observó una mayor proporción hombre-mujer, con una cifra reportada de 10 330 nuevos casos para el sexo masculino y 3 790 para el sexo femenino. En 2008 el número de muertes por neoplasias malignas en la cavidad bucal fue de 6 214, donde 4 898 eran hombres y 1 316 eran mujeres.¹⁻⁶

El carcinoma de células escamosas es también denominado carcinoma epidermoide, carcinoma escamocelular y carcinoma espinocelular. Se considera una neoplasia maligna que se origina en la mucosa bucal y es el más común en la cavidad bucal. En la mayoría de los casos reportados la lengua fue la ubicación topográfica más frecuente para la aparición y desarrollo de este tipo de lesiones, sin embargo, hubo variaciones significativas en cuanto a la ubicación en la cavidad bucal. Se consideró un grave problema de salud pública, incluso en la India, donde la tasa de incidencia en hombres fue mayor de 6,5 por cada 100 000 habitantes por año. En algunos países europeos como Francia, donde la tasa de incidencia estuvo por encima de 8 por cada 100 000 habitantes por año, causó graves problemas de morbilidad y mortalidad.^{1,3,7,8}

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la demencia que se desarrolla en los individuos que la padecen. Es una enfermedad neurodegenerativa de carácter progresivo e incurable. Afecta la orientación temporal y espacial del individuo. Desencadena un mayor deterioro psicosocial, produce cambios de comportamiento, ocasiona alucinaciones, depresión, paranoia, agitación, dificultad de aprendizaje y de comunicación, pérdida de memoria y dificultad para pensar y razonar. El

diagnóstico clínico se hace por descarte y exclusión, debido a que la enfermedad es difícil de diagnosticar. En estos pacientes usualmente se desarrolla enfermedad periodontal, principalmente debido a la incapacidad que tienen para llevar a cabo de manera eficiente los procedimientos de higiene bucal. Otros factores importantes son la reducción del flujo salival y el consumo de medicamentos, que dan lugar a que aumente el riesgo a desarrollarse enfermedades bucales. El paciente con enfermedad de Alzheimer es muy dependiente de la ayuda de la familia para mantener una buena salud bucal.⁹⁻¹¹

Este artículo presenta a un paciente de 64 años de edad, que además de sufrir enfermedad de Alzheimer desarrolló en cavidad bucal carcinoma escamocelular ubicado en la lengua, se discute luego esta entidad respecto a la literatura internacional y se evidencia su fuerte relación con el tabaquismo, el alcoholismo y la deficiente higiene bucal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trató de un hombre caucásico de 64 años de edad, procedente de una zona rural de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, el cual fue remitido por el Sistema Público de Salud a la Clínica de Estomatología de las Facultades Unidas del Norte de Minas, Brasil. El equipo profesional no consiguió comunicarse con el paciente, debido a la imposibilidad mental y lingüística que este presentó, por ende la información fue transmitida por los familiares. A través de la anamnesis, se constató que el paciente fumaba tabaco e ingería alcohol desde la adolescencia. Además, el individuo presentó diagnóstico neurológico de enfermedad de Alzheimer, enfermedad que sufría desde hacía 8 años y se encontraba bajo tratamiento farmacológico. Sin embargo, a través de la historia clínica se identificó que el paciente presentó antecedentes familiares de cáncer. Durante el examen intrabucal se observó la presencia de una lesión exofítica de gran extensión, situada justo en el borde lateral derecho de la lengua, de superficies y bordes duros e irregulares. Toda la lesión presentó consistencia dura y dolor a la palpación, además se apreciaron grandes áreas de necrosis extendidas en toda la lesión (Fig. 1). Al indagar el tiempo de evolución los familiares no fueron capaces de estimarlo y refirieron que nunca se percataron de su presencia, sin embargo sí describieron las molestias que venían aquejando al paciente desde hacía un año. Se identificó además edentulismo total y deficiente higiene bucal. Se realizó palpación de las cadenas ganglionares submandibulares y yugulocarotideas, donde se identificaron adenopatías clínicas bilaterales.

A partir de estos hallazgos se contempló el diagnóstico presuntivo de carcinoma escamocelular ubicado en la lengua. Para su confirmación se realizó una biopsia incisional de uno de los bordes de la lesión y se observaron fragmentos de neoplasia epitelial escamocelular, pleomórfico, moderadamente diferenciada y con formación de pseudoperlas corneas. Para identificar la extensión tisular de la lesión se realizó tomografía computarizada de corte sagital de cráneo. El resultado obtenido se informó como: "lesión expansiva con aspecto infiltrativo de 5,88 cm de diámetro mayor y 4,62 cm de diámetro menor, de bordes irregulares, que se extiende más allá de la base de la lengua e invade el espacio sublingual, la porción posterior del músculo milohioideo y la cara medial de la glándula submandibular. Se observan zonas radiolúcidas correspondiente a la pérdida de tejido blando producto del proceso necrótico" (Fig. 2).



Fig. 1. Extenso carcinoma escamocelular, exofítico del borde derecho de la lengua de paciente con enfermedad de Alzheimer.



Fig. 2. Tomografía computarizada de corte sagital de cráneo donde se observó extensa lesión tumoral de la lengua con áreas radiolúcidas correspondientes a zonas de necrosis.

El paciente fue remitido al Servicio de Oncología de la Santa Casa de Misericordia de Montes Claros. El equipo médico a cargo, decidió eliminar por completo la lengua del paciente sin radioterapia previa y alegó que era necesario, dada la imposibilidad de mejoría por sus características irregulares e infiltrativamente invasivas. Posteriormente se motivó a los familiares sobre mejorar la higiene bucal del paciente, además, fue instaurada radioterapia por las adenopatías metastásicas correspondientes a las cadenas ganglionares anteriormente mencionadas. Actualmente el paciente se encuentra bajo el control y seguimiento del equipo interdisciplinario del Servicio de Oncología de la Santa Casa de Misericordia.

DISCUSIÓN

La mayoría de las neoplasias malignas a nivel bucal se representan por un carcinoma escamocelular, que suele presentarse con mayor frecuencia en la lengua, preferiblemente en la región posterior de esta. Es más frecuente en los hombres que tengan edades entre 50 y 70 años, de manera que coincidió con la edad del paciente del caso presentado. El 95 % de los casos ocurren después de los 45 años de edad.^{1-5,12,13} Los principales factores de riesgo para el cáncer bucal son el tabaquismo, el alcoholismo, la herencia y la falta de higiene bucal.^{1,3-7,13-15} Como se pudo observar en el caso estudiado, el paciente era alcohólico y fumador crónico.

La apariencia clínica clásica de la lesión se compone de úlceras persistentes con el endurecimiento y la infiltración periférica, que puede o no estar asociada con vegetaciones y pigmentaciones de color rojizo o blanquecino. En lesiones extensas es común observar áreas de necrosis tisular.^{5,12} En esta ocasión la lesión presentada estuvo constituida por varias características además de un comportamiento y presentación clínica mixta. El tratamiento para el carcinoma escamocelular en cavidad bucal consiste en cirugía, generalmente asociada con la radioterapia. Cuanto antes sea la intervención terapéutica, mayor será la probabilidad de éxito.^{3,7,11,15} Tal y como se realizó con el caso anteriormente mencionado, donde la eliminación completa de la lengua y la posterior radioterapia permitieron mejorar la calidad de vida del individuo y controlar la progresión maligna de esta patología.

Estudios realizados⁹⁻¹¹ recientemente confirmaron que los pacientes con Alzheimer tienen un riesgo del 69 % de desarrollar cáncer en comparación con aquellos que no sufren la enfermedad. Aunque no se puede asegurar que la aparición y desarrollo del cáncer bucal en este paciente fue debido al padecimiento de Alzheimer o a los demás factores de riesgo, se contempla la posibilidad de convertirse este padecimiento neurológico en un factor importante y de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hogan LC, Hall GM, Chambers IG. Oral cancer at a tasmanian tertiary referral clinic, the Royal Hobart Hospital 1996-2002. *Aust Dent J.* 2005;50(1):31-6.
2. Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol.* 2002;38(8):737-46.
3. Kantola S, Parikka M, Jokinen K, Hyrynkangs K, Soini Y, Alho OP, et al. Prognostic factors in tongue cancer relative importance of demographic, clinical and histopathological factors. *Br J Cancer.* 2000;83(5):614-9.
4. Adewole RA. Alcohol, smoking and oral cancer. A 10-year retrospective study at Base Hospital, Yaba. *West Afr J Med.* 2002;21(2):142-5.
5. Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years. *Cancer.* 2005;103(9):1843-9.
6. Muwonge R, Ramadas K, Sankila R, Thara S, Thomas G, Vinoda J, et al. Role of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking in the risk of oral cancer in Trivandrum, India: a nested case-control design using incident cancer cases. *Oral Oncol.* 2008;44(5):446-54.

7. Dikshit RP, Kanhere S. Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: a population-based case-control study in Bhopal, India. *Int J Epidemiol.* 2000;29(4):609-14.
8. García-Roco O, Arredondo M, Castillo M. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. *Rev Cubana Estomatol.* 2006;43(1).
9. Burke WJ. Cancer linked to Alzheimer disease but not vascular dementia. *Neurology.* 2010;75(13):1216.
10. Bennett DA, Leurgans S. Is there a link between cancer and Alzheimer disease? *Neurology.* 2010;74(2):100-1.
11. Mangialasche F, Solomon A, Winblad B, Mecocci P. Alzheimer's disease: clinical trials and drug development. *Lancet Neurol.* 2010;9(7):706-16.
12. Durazzo MD, de Araujo CE, Brandao Neto J de S, Potenza A de S, Costa P, Takeda F, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics Sao Paulo.* 2005;60(4):293-8.
13. Jack H, Lee K, Polonowita A. Dilemmas in managing oral dysplasia: a case report and literature review. *N Z Med J.* 2009;122(1291):89-98.
14. Gangane N, Chawla S, Anshu, Gupta SS, Sharma SM. Reassessment of risk factors for oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2007;8(2):243-8.
15. Riera P, Martínez B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Méd Chile.* 2005;133(5):555-63.

Recibido: 16 de enero de 2011.

Aprobado: 4 de febrero de 2011.

Dr. *Luis Fang Mercado*. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena. Campus de la Salud. Barrio Zaragocilla, Cartagena, Bolívar, Colombia. E-mail: danielmestradounincor@yahoo.com.br y adiazc1@unicartagena.edu.co