



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN MAXILAR,  
PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**CASO CLÍNICO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**

P R E S E N T A:

DIPMNA BEDA JIMÉNEZ CHÁVEZ

TUTOR: Esp. ERIKA JAZMIN VALLEJO BRAVO

ASESOR: Esp. ALEJANDRO ALONSO MOCTEZUMA

MÉXICO, Cd. Mx.



FEBRERO, 2020

# CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN MAXILAR. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

\* C.D. Dipmna Beda Jiménez Chávez, \*\* COMF. Erika Jazmín Vallejo Bravo

\* Egresado de la Especialidad de Cirugía Maxilofacial, Centro Médico Nacional La Raza. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret". Instituto Mexicano del Seguro Social. FO UNAM.

\*\* Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial. Centro Médico Nacional La Raza. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret". Instituto Mexicano del Seguro Social.

## RESUMEN

**Introducción:** El carcinoma oral de células escamosas es la neoplasia maligna más común en la cavidad bucal. Su etiología es multifactorial, siendo los factores de riesgo más importantes el consumo de tabaco y alcohol. Se presenta con mayor frecuencia entre la quinta y séptima década de la vida, con predilección por el sexo masculino. Las localizaciones más habituales son la lengua y el piso de la boca, sin excluir otras regiones de la cavidad oral. La presentación clínica es variable, destaca el tipo ulcerativo, como leucoplasia, eritroplasia o la combinación de ambas. Con frecuencia su comportamiento es agresivo y el diagnóstico suele realizarse de forma tardía, con lesiones de tamaño considerable e invasivas en profundidad.

**Objetivo:** Describir el tratamiento quirúrgico del carcinoma de células escamosas en maxilar con la presentación de un caso clínico.

**Metodología:** Se presenta un caso de carcinoma oral de células escamosas en estadio avanzado, localizado en mucosa alveolar en maxilar izquierdo, tratado quirúrgicamente con maxilectomía, con la colocación de obturador quirúrgico inmediato.

**Conclusión:** Las modalidades de tratamiento de un tumor maligno como el carcinoma de células escamosas en el maxilar varían de acuerdo con muchos factores, tales como: tamaño, tipo, gravedad, etiología y localización del tumor. El tratamiento más frecuente es la escisión quirúrgica del área afectada, lo que produce un gran defecto y una comunicación oro-nasal / oro-antral importante.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinoma oral de células escamosas, tratamiento quirúrgico, maxilectomía.

## ABSTRACT

**Introduction:** Oral squamous cell carcinoma is the most common malignant neoplasm in the oral cavity. Its etiology is multifactorial, the most important risk factors being the consumption of tobacco and alcohol. It occurs most frequently between the fifth and seventh decade of life, with a predilection for the male sex. The most common locations are the tongue and floor of the mouth, without excluding other regions of the oral cavity. The clinical presentation is variable, highlights the ulcerative type, such as leukoplakia, erythroplasia or the combination of both. Often their behavior is aggressive and the diagnosis is usually made late, with lesions of considerable size and invasive in depth.

**Objective:** To describe the surgical treatment of squamous cell carcinoma in the maxilla with the presentation of a clinical case.

**Methodology:** A case of oral squamous cell carcinoma in the advanced stage is presented, located in the alveolar mucosa in the left maxilla, surgically treated with maxilectomy, with immediate surgical obturator placement.

**Conclusion:** The modalities of treatment of a malignant tumor such as squamous cell carcinoma in the maxilla vary according to many factors, such as: size, type, severity, etiology and location of the tumor. The most frequent treatment is the surgical excision of the affected area, which produces a great defect and an important oro-nasal / oro-antral communication.

**KEY WORDS:** Oral squamous cell carcinoma, surgical treatment, maxilectomy.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma oral de células escamosas es la neoplasia maligna más común de la cavidad oral y supone del 2 al 3% de todas las neoplasias y representa más del 90% de los cánceres orales<sup>1-4</sup>

La tasa de incidencia anual es de 0.5 a 1.0 por 100,000 habitantes. Estos tumores son dos veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres, principalmente entre los 50 y los 70 años.<sup>5</sup> Al igual que con todos los carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello, el principal factor de riesgo es la intoxicación por tabaco.<sup>1,5,6</sup>

El carcinoma oral de células escamosas en el maxilar es raro en comparación con los que se presentan en otros sitios orales. Esto ha resultado en estudios limitados con respecto a su patrón de comportamiento tanto local como regional.<sup>2</sup> Con una incidencia en el paladar o crestas alveolares que se encuentran entre el 0,5% y el 3%.<sup>5,7</sup>

Estudios han demostrado que el carcinoma oral de células escamosas en subsitios orales, como la lengua, el piso de la boca, la mucosa bucal y la mucosa gingival mandibular, presentan un riesgo particularmente alto de metástasis cervical, y en tales pacientes se requiere disección electiva de cuello. Sin embargo, la metástasis cervical desde encía del maxilar y el paladar duro se ha considerado más baja que en los otros sitios primarios.<sup>5,8</sup>

El manejo primario para la mayoría de los cánceres de la cavidad oral es la excisión quirúrgica completa con un margen negativo de la muestra patológica final. En la región maxilar se realiza una maxilectomía de una parte o la totalidad del maxilar.<sup>9</sup>

Es necesario describir el defecto con precisión para una comunicación efectiva entre los clínicos y obtener un plan apropiado de tratamiento de rehabilitación / reconstrucción.<sup>8-10</sup>

Los sistemas de clasificación para defectos en maxilar son un enfoque simple para describir y distinguir, pero requieren que los clínicos enumeren criterios definidos y precisos.<sup>9</sup> Esto se debe a que los factores quirúrgicos y prostodónticos del paciente varían para cada individuo y pueden dictar la elección de la prótesis versus la reconstrucción quirúrgica.<sup>10</sup>

De acuerdo con la clasificación de Brown, las Clases I-IV describen la extensión creciente del defecto maxilar en dimensión vertical. Se agregaron defectos orbitomaxilares (clase V) y defectos nasomaxilares (clase VI).<sup>10</sup>

Clasificación Brown de la maxilectomía para defectos verticales y horizontales<sup>10</sup> (Figura 1).

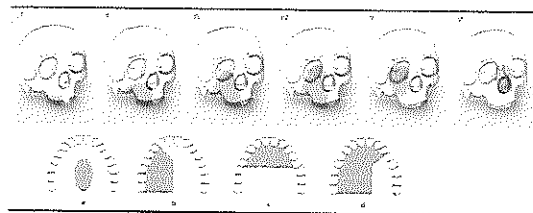


Figura 1. Clasificación Brown

El tratamiento posterior a la cirugía ablativa incluye cirugía reconstructiva o rehabilitación con una prótesis obturadora.<sup>9,11</sup>

Desde una perspectiva quirúrgica, el objetivo no es solo la reconstrucción y rehabilitación del defecto palatomaxilar, sino la rehabilitación de todo el complejo dentomaxilar del paciente.<sup>9, 10</sup>

Los defectos posteriores a una maxilectomía se pueden tratar mediante obturación protésica, reconstrucción con tejido autólogo o una combinación de ambos.<sup>10,12,13</sup>

Tanto la radioterapia como la quimioterapia son tratamientos adyuvantes importantes y comunes en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.<sup>12</sup>

La recurrencia local es un factor de riesgo potencial para la supervivencia. Se ha informado que la recurrencia local ocurre en el 6.9–22.0%.<sup>14</sup>

El carcinoma oral de células escamosas continúa presentando un mal pronóstico y sigue siendo una enfermedad letal para más del 50% de los casos diagnosticados.<sup>7,14</sup>

Se presenta un caso clínico del tratamiento quirúrgico de un carcinoma de células escamosas en maxilar.

## CASO CLINICO

Paciente masculino de 68 años, el cual acude al servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional La Raza del

Instituto Mexicano del Seguro Social, refiriendo y presentando fístula oroantral del lado izquierdo, de 3 meses de evolución. Inicia su padecimiento posterior a extracción dental, con herida que no cicatriza y que provoca comunicación oroantral, motivo por el cual es referido a Cirugía Maxilofacial.

La evaluación preoperatoria para el paciente se realizó con la toma de Ortopantomografía (Figura 2) y estudio de Cone-Beam. Así mismo se obtuvo una tomografía computarizada (Figura 3).

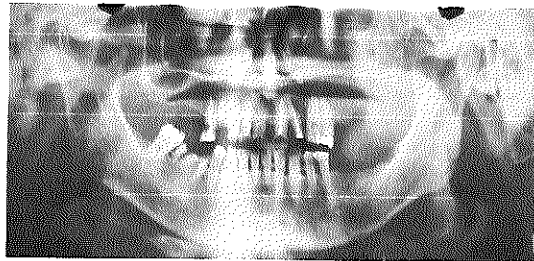


Figura 2. Ortopantomografía de evaluación inicial, donde se aprecia la pérdida de tejido óseo en región maxilar izquierda.

Como complemento diagnóstico de imagen se obtuvo Angiotac (Figura 4) y se realizó una biopsia bajo anestesia local, mediante abordaje de Cadwell-Luc, reportando carcinoma de células escamosas.



Figura 3. Tomografía simple corte sagital. Se observa extensión de la lesión.

De acuerdo con el diagnóstico obtenido se decide realizar una hemimaxilectomía izquierda con colocación de obturador quirúrgico inmediato.

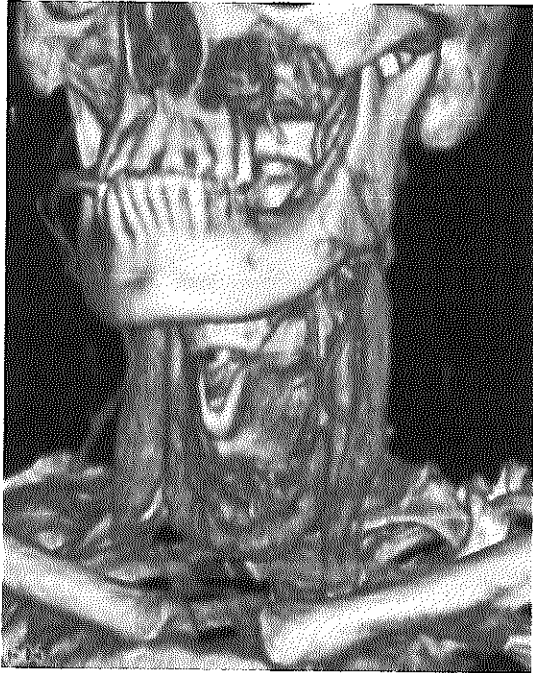


Figura 4. Angiotac, donde se observa el compromiso vascular de la lesión.

Se realizó un abordaje de Weber-Ferguson combinado con un abordaje vestibular transoral.

Durante la cirugía se consideraron aspectos importantes como la ligadura de arteria maxilar interna antes de la extracción de la muestra y la preservación del sistema lagrimal con una dacriocistorrinostomía para evitar epífora postoperatoria (Figura 5).

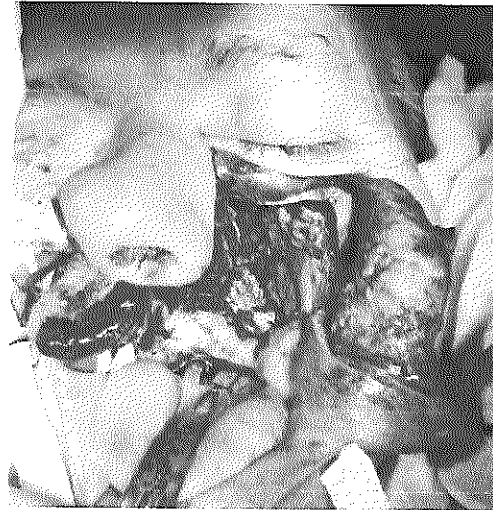


Figura 5. Fotografía del lecho quirúrgico posterior a hemimaxilectomía

Posterior al retiro de la muestra patológica se decide reconstrucción inmediata con placa de titanio para otorgar volumen y contorno al tercio medio facial, de la misma manera, colocación de malla de titanio tanto para piso de órbita como para región anterior del defecto quirúrgico (Figura 6).



Figura 6. Fotografía donde se observa material de osteosíntesis para brindar soporte y volumen al tercio medio facial.

El obturador quirúrgico inmediato se ajustó posterior a la resección quirúrgica y se mantuvo durante aproximadamente 2 a 3 semanas posterior a la cirugía (Figura 7).

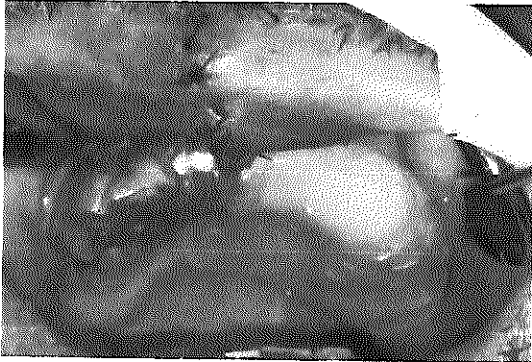


Figura 7. Fotografía intraoral donde se observa el obturador quirúrgico inmediato.

El obturador se fabricó preoperatoriamente con las impresiones dentales tomadas por el protesista y se ajustó intraoperatoriamente de acuerdo con la extensión de la resección quirúrgica (Figura 8). La prótesis final fabricada por un prostodoncista maxilofacial se modificó de acuerdo con la forma y el tamaño de la cavidad de la maxilectomía en los 6 a 12 meses posteriores.

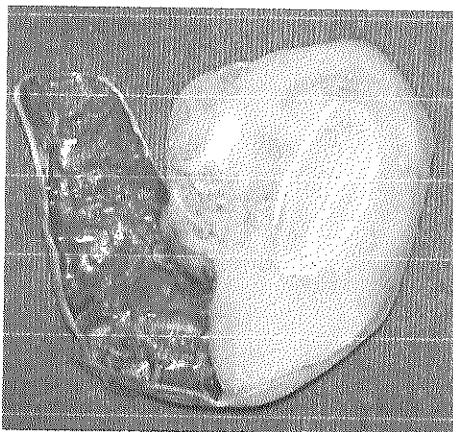


Figura 8. Fotografía del obturador quirúrgico inmediato posterior a su fabricación.

## DISCUSIÓN

La maxilectomía se describió por primera vez a principios del siglo XIX, pero todavía existe cierta confusión con respecto a la terminología y aún falta una nomenclatura estándar.<sup>11</sup>

Debido a la diversidad de tamaños y formas de los tumores que afectan el maxilar, además de la anatomía quirúrgica compleja, la amplia variedad de maxilectomía representa un grupo de defectos que van desde un defecto oroantral menor del paladar hasta un defecto mayor limitado por la base anterior del cráneo, cuando afectan hasta la región orbitaria.<sup>9</sup>

Con defectos clase III de la clasificación de Brown, se pierde el soporte orbital, así como el soporte anterior de la mejilla y parte de la arcada dental. Este es el defecto más difícil de restaurar y con muy pocas opciones protésicas.<sup>10</sup> El caso presentado representa un defecto Clase III - B, con un desafío reconstructivo inmediato, el cual se trató con una obturación protésica, que es una de las opciones de tratamiento posterior a una maxilectomía.

Teóricamente, las prótesis obturadoras bien diseñadas para defectos maxilares no solo son para mantener una buena retención, estabilidad y soporte, sino también para disminuir el dolor posoperatorio y con esto se facilitar su uso por parte del paciente. En nuestro paciente se logró disminuir el dolor.<sup>13</sup>

Los objetivos de la reconstrucción del defecto después de la maxilectomía

son proporcionar apoyo a los contenidos orbitales para evitar el desplazamiento del globo ocular y las alteraciones visuales, evitar cualquier comunicación entre la boca, la nariz, nasofaringe y la base anterior de cráneo. Otro objetivo es reconstruir la superficie palatina para mejorar la deglución; reconstruir el aparato lagrimal y proporcionar suficiente volumen de tejido para lograr una simetría facial y un buen resultado estético.<sup>11, 15</sup>

Clínicamente, se han identificado dos tipos de recidiva local: la recidiva que se origina en la parte profunda y la recidiva que se origina en la capa superficial de los márgenes de la resección en el sitio del tumor primario.<sup>16</sup> Por esta razón se decidió en este caso realizar una reconstrucción con materiales aloplásticos posterior a la maxilectomía. Además, en estudios se ha encontrado que las prótesis obturadoras pueden mejorar significativamente el habla de los pacientes a un rango normal. Moreno et al. no informaron diferencias significativas en la inteligibilidad del habla entre los pacientes rehabilitados con obturadores o con colgajos.<sup>12</sup> En cuanto a la recidiva puede deberse a células precancerosas residuales que se someten a transformación maligna, o a una lesión residual mínima no detectada microscópicamente.<sup>16</sup>

Los factores asociados con la recurrencia incluyen estadios avanzados y estado patológico de los márgenes quirúrgicos.<sup>16</sup> El tratamiento más común para la recidiva tumoral es la cirugía de rescate acompañada de terapia adyuvante.<sup>8</sup>

Otro factor por considerar son las condiciones del tejido remanente después de la resección quirúrgica y la radioterapia postoperatoria lo cual requiere un diseño específico debido a la falta de hueso remanente para soportar algún tipo de implante, en caso de que sea considerado.<sup>17</sup>

La reconstrucción con autoinjertos parece ser el tratamiento de elección, pero esto puede ser un reto cuando los defectos son grandes o cuando la cirugía se realiza en conjunto con otros tratamientos como la radioterapia.<sup>11</sup> Los pacientes con autoinjertos tienen más complicaciones, incluida la pérdida parcial o total del injerto, fístulas oroantrales y la necrosis.<sup>9,11</sup>

La opinión actual afirma que ningún colgajo puede proporcionar reconstrucción de los defectos clase III de Brown.<sup>10</sup>

## CONCLUSIÓN

Antes de decidir cuál es el mejor tratamiento para lesiones malignas en región maxilar, los cirujanos deben considerar el tamaño del defecto y la extensión de la resección, tomando en cuenta los principios oncológicos para obtener un margen de seguridad aceptable y maniobras reconstructivas primarias favorables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. O. Odukoya et al. Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity. J. Max.-fac. Surg. 1986;14: 267-269.

2. J. Philip R. James. Maxillary squamous cell carcinoma: an 11-year retrospective study of one regional cancer centre. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2014; 43: 1195– 1198.
3. Abu-Serriah M, et al. The SECOND MAPZ<sup>®</sup> system: new approach for the classification of oncological defects of the midface. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2015.11.00>
4. P.M. Vogt et al. Interdisciplinary reconstruction of oncological resections at the skull base, scalp and facial region. *Suronc.* 2017; 26: 318-323.
5. Mahmoud A.M., et al. Tips and tricks in surgical management of maxillary sinus tumors. *Egypt J Ear Nose Throat Allied Sci.* 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejenta.2016.10.007>.
6. Michel et al. Sinonasal squamous cell carcinomas: Clinical outcomes and predictive factors. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2014; 43: 1-6.
7. Bobinskas et al. Influence of the site of origin on the outcome of squamous cell carcinoma of the maxilla—oral versus sinus. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2014; 43: 137-141.
8. Zhang et al. Cervical metastasis of maxillary squamous cell carcinoma. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2015; 44: 285-291.
9. Brida et al. Classification of maxillectomy defects: A systematic review and criteria necessary for a universal description. *J Prosthet Dent* 2012;107:261-270.
10. James S Brown, Richard J Shaw. Reconstruction of the maxilla and midface: introducing a new classification. *Lancet Oncol* 2010; 11: 1001–08.
11. dos Santos DM, et al. Oral rehabilitation of patients after maxillectomy. A systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.03.001>.
12. Y. Cao et al. Obturators versus flaps after maxillary oncological ablation: A systematic review and best evidence synthesis. *J. Oral Oncology.* 2018; 82: 152-161.
13. Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S, et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.006>.
14. Yanamoto et al. Clinicopathological risk factors for local recurrence in oral squamous cell carcinoma. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2012; 41: 1195-1200.
15. Alhaji MN et al. Maxillary obturator prosthesis for a hemimaxillectomy patient: A clinical case report, *The Saudi Journal for Dental Research.* 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjdr.2016.03.001>.
16. Toratani S, et al. Pathological factors involved in local failure in

squamous cell carcinoma of the oral cavity: retrospective study and proposal of a new clinical classification. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2018.07.005>.

17. Vosselman N, et al. Patient-specific sub-periosteal zygoma implant for prosthetic rehabilitation of large maxillary defects after oncological resection, *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2018.06.010>.