

Metástasis gingival de adenocarcinoma de colon

Carlos Álvarez Álvarez ¹, Begoña Iglesias Rodríguez ¹, Susana Pazo Irazu ², Carlos Delgado Sánchez-Gracián ³

- (1) Médico adjunto. Servicio de Anatomía Patológica
(2) Médico adjunto. Servicio de Otorrinolaringología
(3) Médico adjunto. Servicio de Radiología. Hospital POVISA. Vigo (Pontevedra)

Correspondencia:

Dr. Carlos Álvarez Álvarez
Servicio de Anatomía Patológica
Hospital POVISA
C/Salamanca 5. 36211 Vigo (Pontevedra). España
Tfno: 986413144 ext 1530 - Fax: 986421439
Email: capialvarez@yahoo.com

Recibido: 12-03-2005
Aceptado: 25-05-2005

Álvarez-Álvarez C, Iglesias-Rodríguez B, Pazo-Irazu S, Delgado-Sánchez-Gracián C. Colon adenocarcinoma with metastasis to the gingiva. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E85-7.
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336- ISSN 1698-6946

Indexed in:
-Index Medicus / MEDLINE / PubMed
-EMBASE, Excerpta Medica
-Índice Médico Español
-IBECS

RESUMEN

La cavidad oral es lugar de asiento de tumores metastásicos, sobre todo con origen en mama y pulmón. La mayoría de los casos afectan por este orden a los huesos mandibular y maxilar, aunque en ocasiones se desarrollan sobre las partes blandas intraorales. Presentamos el caso de un paciente de 62 años diagnosticado de adenocarcinoma de colon sigmoide con metástasis ganglionares y hepáticas, que 6 meses después presenta una lesión vegetante en la encía, interpretada inicialmente como neoplasia primaria de encía, que tras ser biopsiada fue diagnosticada como adenocarcinoma intestinal metastásico. El estudio histológico es obligatorio para diferenciar un adenocarcinoma de los carcinomas de células escamosas, habituales en la zona, y las técnicas inmunohistoquímicas permiten diferenciar entre un tumor metastásico, sea intestinal o de otro origen, y un adenocarcinoma primario originado en glándulas salivares menores de la zona. La presencia de un tumor diseminado con extensión intraoral acarrea un pronóstico ominoso, aunque si se trata de una metástasis única es posible un tratamiento quirúrgico radical con una supervivencia mayor.

Palabras clave: Encía, adenocarcinoma, metástasis, colon.

ABSTRACT

Metastatic tumors involve the oral cavity, and the most common primary sites are the breast and lung. Most cases affect the mandible and maxilla in that order, although some of them can be located in the soft perioral tissues. We report the case of a 62-year-old male who had been diagnosed with sigmoid adenocarcinoma with nodal and liver metastasis, who presented 6 months later with a gingival polypoid tumor, at first considered as a primary neoplasm of gingiva, that was diagnosed in a biopsy as metastatic intestinal adenocarcinoma. The histological evaluation is essential to separate adenocarcinoma from the commoner in this site squamous cell carcinoma, and the immunohistochemical techniques are useful to distinguish metastatic tumor versus primary adenocarcinoma from the minor salivary glands of the area. The intraoral spread of a disseminated neoplasm is generally a sign of bad prognosis, although a longer survival can be expected if a radical surgical treatment of a solitary metastasis is carried out.

Key words: Gingiva, adenocarcinoma, metastasis, colon.

INTRODUCCION

Los tumores metastásicos en cavidad oral son infrecuentes, y representan aproximadamente el 1% de todas las neoplasias de la región, pudiendo ser de cualquier origen primario (1). En la mayoría de los casos, el tumor original es conocido previamente, y el paciente ya ha recibido tratamiento, aunque en un tercio de ellos es la primera manifestación clínica (1,2). Los orígenes más frecuentes son el pulmón en hombres y la mama en mujeres (1,2). El carcinoma de colon es el tumor maligno gastrointestinal más frecuente, y una de las neoplasias más comunes en la población general. Presentamos un caso de metástasis en partes blandas de la cavidad oral y hueso mandibular de un adenocarcinoma de colon sigmoide, haciendo énfasis en los posibles diagnósticos diferenciales y en el valor de la inmunohistoquímica para el diagnóstico definitivo.

CASO CLINICO

Varón de 62 años diagnosticado en septiembre de 2003 desde el punto de vista radiológico mediante TAC de un tumor estenosante de colon sigmoide con metástasis en ganglios regionales e hígado (estadio IV). Se tomaron biopsias endoscópicas de la neoplasia, cuyo diagnóstico fue adenocarcinoma intestinal. Se consideró irreseccable, por lo que se trató con colostomía paliativa en cañón de escopeta en colon transverso y quimioterapia de primera línea con protocolo FOLFOX (oxaliplatino-5 fluorouracilo-leucovorin). Se reevaluó a los 6 ciclos, mostrando estabilización tumoral, y al completar los 12 ciclos se observó progresión tumoral con metástasis ganglionares a distancia y suprarrenales. En marzo de 2004 el paciente acudió por presentar dolor e hinchazón mandibular de 3 semanas de evolución, observándose una tumoración vegetante en la encía mandibular anterior derecha. Un TAC cervical mostró una lesión sólida en hemimandíbula derecha que erosionaba hueso, de 4 cms de diámetro, compatible con neoplasia de encía (figura 1), sin linfadenopatía. Se realizó biopsia, en la que se observaba una neoformación independiente de la mucosa de superficie, que estaba compuesta por glándulas atípicas, irregulares, de formas y tamaños variables, con revestimiento columnar con abundantes mitosis (figura 2). Con técnicas de inmunohistoquímica, la tumoración mostró positividad con citoqueratina (CK) 20 y CEA (antígeno carcinoembrionario), y negatividad con CK7, con lo que se diagnosticó como adenocarcinoma metastásico muy compatible con origen intestinal. Recibió 4 ciclos de quimioterapia de segunda línea según protocolo FOLFORI (CPT11-5 fluorouracilo-leucovorin), y radioterapia antiálgica en encía, observándose progresión de la enfermedad y deterioro progresivo, siendo éxitus 9 meses tras el diagnóstico de la metástasis gingival. No se concedió necropsia.

DISCUSION

Menos del 1% de los tumores malignos de la boca son metastásicos. En una revisión, van der Waal et al (1) encontraron 24 casos sobre 1537 pacientes con neoplasias de cavidad oral, de los que sólo 1 provenía del colon. Los tumores de origen son, por orden decreciente de frecuencia, el carcinoma de mama,

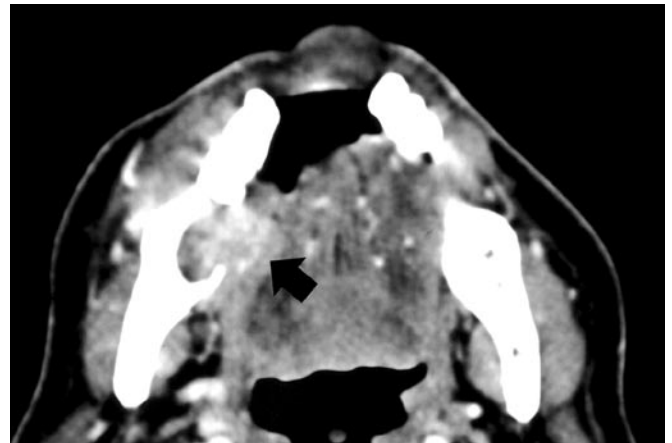


Fig. 1. TAC cervical mostrando una masa (flecha) que capta contraste y destruye hueso, a los 2 lados de la encía.

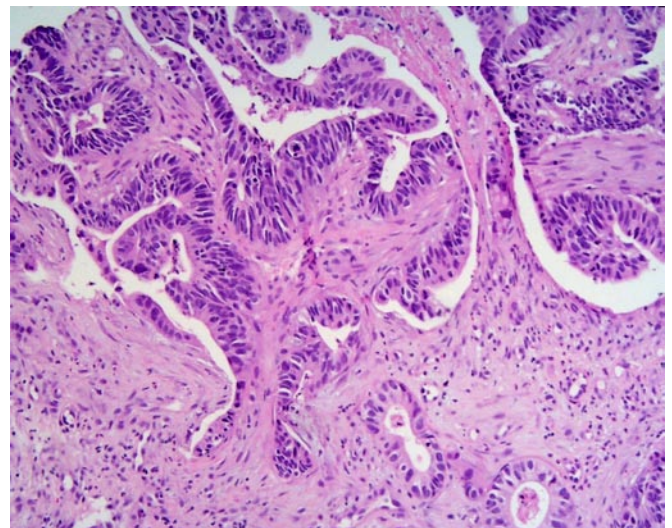


Fig. 2. Imagen microscópica de la neoplasia, que forma glándulas infiltrantes de formas y tamaños variables (hematoxilina-eosina, x100).

pulmón, riñón y próstata (1-4), aunque si se consideran sólo los casos que metastatizan en partes blandas, el pulmón es el origen más frecuente (2).

Entre los casos publicados no se ha observado una diferente incidencia por sexos (1-3). La forma de presentación habitual de las metástasis que afectan a la encía es como un tumor polipoide firme y para el diagnóstico es necesario el estudio al microscopio de toda o parte de la lesión. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma en un 65% de casos (1), y es obligatorio la realización de técnicas de inmunohistoquímica para confirmar un origen primario o metastásico de la neoplasia. Los adenocarcinomas de colon presentan habitualmente positividad con CK20 y negatividad con CK7 (5), lo que unido a la positividad para CEA permite descartar con un alto grado de seguridad otros posibles orígenes. El diagnóstico diferencial desde el punto de vista histológico incluye el carcinoma epidermoide adenoideo, que tiene un patrón pseudoglandular, y sobre todo el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, originado en las glándulas salivares menores presentes en la boca, que

se desarrolla con mucha frecuencia en paladar (6). Este es un tumor de bajo potencial de malignidad, cuya morfología está a medio camino entre el tumor mixto y el carcinoma adenoide quístico, y que tiene tendencia a la recidiva, aunque un buen pronóstico, y que desde el punto de vista inmunohistoquímico suele presentar negatividad para CEA (7).

La mayoría de los tumores metastásicos intraorales aparecen en un cuadro generalizado de diseminación a distancia, pero en un 30% de las ocasiones la metástasis oral puede ser el dato clínico inicial que conduzca al diagnóstico de un tumor primario sin localizar o de una enfermedad recidivante tras un periodo libre de enfermedad.

En la cavidad oral, la mayor parte de las metástasis afectan al hueso, sobre todo a la mandíbula, y solo un tercio de los casos afectan a partes blandas (1-4), principalmente a encía y lengua (2). En nuestro caso, el tumor afectaba tanto a la encía como a la mandíbula, por lo que es difícil precisar si la extensión partió de hueso o desde partes blandas, aunque la morfología de la lesión en el TAC, con una zona bien definida en mandíbula y un aspecto expansivo en encía, sugieren un avance desde el hueso a la cavidad oral.

No está claro cuál es el mecanismo que puede dar lugar a las metástasis a distancia, pero se cree que son una diseminación hematógena desde un foco distante. Dentro del tracto gastrointestinal, los carcinomas de colon suelen metastatizar en ganglios regionales, hígado, peritoneo, pulmón u ovarios, siendo infrecuentes las metástasis en regiones supraclaviculares (8).

El tratamiento de estos tumores metastásicos depende del grado de diseminación de la neoplasia y de su localización. Ante una metástasis en partes blandas, se recomienda exéresis completa, independientemente de la diseminación del tumor. Si afecta al hueso y es el único lugar de extensión, se recomienda una resección quirúrgica, pero si es un tumor ya ampliamente extendido se recomienda tratamiento paliativo radioterápico (1). La supervivencia media para casos avanzados tras el diagnóstico es de 6 meses (1).

En resumen, en el diagnóstico diferencial de una neoplasia maligna intraoral se debe incluir un tumor metastásico, aunque sea una posibilidad rara, sobre todo si ya existe un tumor primario conocido, y el tipo histológico es el mismo, ya que en pequeño porcentaje de pacientes este puede ser la primera manifestación clínica del tumor.

BIBLIOGRAFIA

1. van der Waal RIF, Buter J, van der Waal I. Oral metastases: report of 24 cases. *Brit J Oral Maxillofacial Surg* 2003;41:3-6.
2. Hirshberg A, Buchner A. Metastatic tumours to the oral region. An overview. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995;31B: 355-60.
3. Valdivieso M, Ostroa J, Lobos N. Oral and maxillofacial metastases of neoplasms from other sites of the body. *Med Oral* 1999;4:583-7.
4. Bhutani MS, Pacheco J. Metastatic colon carcinoma to oral soft tissues. *Spec Care Dentist* 1992;12:172-3.
5. Kende AI, Carr NJ, Sobin LH. Expression of cytokeratins 7 and 20 in carcinomas of the gastrointestinal tract. *Histopathology* 2003;42:137-40.
6. Kumar M, Stivaros N, Barrett AW, Thomas GJ, Bounds G, Newman L. Polymorphous low-grade adenocarcinoma-a rare and aggressive entity in adolescence. *Brit J Oral Maxillofacial Surg* 2004;42:195-9.
7. Hannen EJM, Bulten J, Festen J, Wienk SM, de Wilde PCM. Polymorphous low grade adenocarcinoma with distant metastases and deletions on chromosome 6q23-qter and 11q23-qter: a case report. *J Clin Pathol* 2000;53:942-5.

8. Cama E, Agostino S, Ricci R, Scarano E. A rare case of metastases to the maxillary sinus from sigmoid colon adenocarcinoma. *ORL* 2002;64:364-7.