

---

# Cáncer de lengua: Reporte de un caso

## Tongue cancer: Case report

Autor: Gonzalo Ugarte Fornell \*

Coautor: Víctor Villao \*\*

### Resumen

*El cáncer de lengua es una entidad oncológica de baja incidencia; a nivel de cavidad bucal representa la segunda neoplasia más frecuente, luego del cáncer de labio. En el rhabdomyosarcoma embrionario, los factores concurrentes son la predisposición genética y las alteraciones cromosómicas. El objetivo de este trabajo es presentar un paciente con un tipo histológico infrecuente en adultos como es el rhabdomyosarcoma embrionario de lengua, pero de gran agresividad y capacidad de invasión local, el cual antes del año, posterior a la terapia, recidiva en el mismo sitio; a pesar de no invadir ganglios, es de alta morbilidad por el deterioro del habla y de la deglución, además del riesgo permanente de fístulas oro-traqueales.*

**Palabras clave:** Rhabdomyosarcoma. Cáncer de lengua. Disfagia. Afonía.

### Summary

*Tongue cancer is an oncological entity of low incidence; it represents the second more frequent neoplasia in oral cavity, after lip cancer. In the embryonic rhabdomyosarcoma the concurrent factors are the genetic basis and the chromosomal disorders. The objective of this work is to present a patient with an uncommon histological type for adults, such as the embryonic tongue rhabdomyosarcoma, but very aggressive and highly capable of local invasion, which, one year post therapy, relapses in the same site in less than in spite of not invading ganglion, it is of high morbidity the deterioration of speech and deglutition, due to besides the permanent risk of tracheobronchial fistulas.*

**Key words:** Rhabdomyosarcoma. Tongue cancer. Dysphagia. Aphony.

---

### Introducción

El rhabdomyosarcoma (RMS) es más frecuente a nivel cardíaco. Existen tres variantes clínico-patológicas de rhabdomyosarcoma extracardíaco:

- 1) Rhabdomyosarcoma del adulto, que casi siempre se desarrolla en personas de edad avanzada, en la cabeza y cuello.
- 2) Rhabdomyosarcoma fetal, muy raro, y que se desarrolla también en la cabeza y cuello de niños y adultos jóvenes.
- 3) Rhabdomyosarcoma genital, que se origina en la vulva y vagina de mujeres de edad media<sup>2, 3, 7, 16, 18, 19</sup>.

El rhabdomyosarcoma prácticamente no se lo menciona en adultos, es más frecuente a nivel cardíaco<sup>6, 16</sup>. A pesar de no estar limitado a la población pediátrica, predomina en niños, y es el sarcoma de partes blandas más frecuente

asentándose principalmente en región de cabeza y cuello, incluso a nivel de cráneo<sup>12</sup>, afectando en su mayoría a niños de 5 a 12 años<sup>6, 16, 18, 19</sup>. El rhabdomyosarcoma del adulto es más frecuente en varones de edad media o avanzada y tiene predilección por la lengua, labios, párpados, suelo de la boca, laringe o faringe, por lo que puede causar problemas en la deglución, respiración o fonación<sup>16, 19</sup>.

Su presentación en adultos es muy rara, menos del 10%, y su evolución y agresividad es mayor; responden pobremente a la quimioterapia y radioterapia a diferencia de la población infantil<sup>4, 10, 12, 17</sup>. Histopatológicamente el tumor aparece como una lesión bien delimitada, con una configuración uni o multilobular y constituida por grandes células poligonales, de citoplasma amplio, eosinófilo y de apariencia granular, con un pequeño núcleo redondeado situado en la periferia de la célula y ocasionalmente con vacuolas intracitoplasmáticas de glucógeno<sup>13, 15, 16</sup>. Las figuras de mitosis son escasas o inexistentes<sup>13, 16</sup>.

---

130 \* Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador

Médico residente de Cirugía General, Sociedad Oncológica de Lucha contra el Cáncer-SOLCA, Guayaquil

\*\* Médico residente de Cirugía SOLCA Guayaquil, Ecuador

Inmunohistoquímicamente, estas células muestran positividad para mioglobina, desmina y actina alfa de músculo liso, y en menor proporción de vimentina, proteína S-100 y Leu-7<sup>13,16,20</sup>.

Su incidencia es baja, y SOLCA, Cuenca en su Registro de 1997-2002 expone solo 1 caso, de sexo masculino<sup>23</sup>.

### Reporte del caso

Paciente de 30 años de edad, proveniente de Quevedo, Los Ríos, de raza mestiza, que ingresa al servicio de emergencia del Instituto Oncológico Nacional SOLCA de la ciudad de Guayaquil, con las siguientes manifestaciones clínicas: halitosis y formación tumoral, de 5 meses de evolución, la misma que presenta eritema manifiesto; dolorosa a la palpación, ubicada en base de la lengua, que produce disfagia, cuya evolución es progresiva para los sólidos, y que desde hace 2 meses se acompaña de pérdida de peso. No se palpan adenopatías cervicales, submandibulares o aledañas. No reporta antecedentes patológicos personales y familiares.

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía hace 8 años.

Hábitos: Negativo.

Transfusiones: Negativo.

Emuntorios: Dentro de parámetros normales.

### Examen físico:

Cabeza: fascies caquética

Cuello: No adenopatías; se palpa masa en espacio subdigástrico, de consistencia dura, indolora, aproximadamente 3cm de diámetro que produce disfagia y afonía.

Tórax: Campos Pulmonares: murmullo vesicular normal.

Ruidos cardiacos: ritmo sinusal

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes

Extremidades: pulsos periféricos palpables

Signos vitales: frecuencia cardiaca 80 x'

Frecuencia respiratoria: 20x'

Presión arterial: 100/70

### Exámenes de laboratorio:

Cifra reportada	Rango de normalidad
Hb: 11.9	(13-15g/dl)
Hcto: 38	(38-44mg/dl)
Fosfatasa alcalina: 130	(70-129mU/ml)
Glicemia: 125	(70-110mg/dl)

### Imágenes

Rx estándar de tórax:

Infiltrado con signos de fibrosis basal bilateral, aumento de la trama bronquioalveolar, campos pulmonares libres de metástasis.

Ecocardiografía: Normal

Tomografía computada: se observa lesión tumoral en base de lengua, no se evidencia adenopatías positivas

El paciente es sometido a una biopsia incisional y posterior estudio por congelación que determina que la pieza quirúrgica es positiva para malignidad. Se realiza la cirugía correspondiente extrayendo la totalidad del tumor. El resultado final de la patología es rhabdomyosarcoma embrionario.

Dos meses después paciente presenta disfagia severa, se realiza una gastrostomía para la mantención de la alimentación y se planea una terapéutica combinada con radioterapia de manejo conformacional con 4 campos; el paciente terminó el tratamiento con 6000cGy.

A los 6 meses el paciente ingresa nuevamente al hospital con evidencia de enfermedad recidivante: apertura mínima de cavidad oral, afonía, masa palpable de más o menos 3 cm. de diámetro. Se realiza tomografía computada (figura) para descartar enfermedad metastásica; se reporta masa en base de lengua, compatible con carcinoma recidivante; no existe infiltrado en pliegues glosopiglóticos, ni compromiso de paredes de faringe.



Figura: imagen tomográfica computada que reporta masa tumoral en base de lengua.

Actualmente el paciente presenta índice de Karnovsky de 50, es decir que necesita de ayuda para realizar actos cotidianos; la masa tumoral ocupa casi toda la cavidad bucal y el tratamiento está dirigido al control paliativo del dolor, ya que es inoperable y ha completado la dosis de radioterapia señalada.

### Discusión

La incidencia del cáncer de lengua al igual que en otros países, es baja; aunque es la segunda neoplasia más frecuente en cavidad oral<sup>11, 14, 15, 25</sup>; el tipo histológico epidermoide, es el más común y está relacionado a sustancias como tabaco y marihuana<sup>5,11,14,24</sup>, el rhabdomyosarcoma embrionario es infrecuente en adultos y su evolución es rápida y de pobre respuesta al tratamiento, como el caso reportado<sup>16,17,20</sup>.

El cáncer de lengua rápidamente invade ganglios locoregionales; en este paciente hasta el momento permanece N0, es decir sin invasión a ganglios locoregionales; sin embargo antes del año de la cirugía, ya había recidivado localmente sin invasión ganglionar; algunos lo explican por la mutación del p53 en los "bordes anatomopatológicos negativos" de la pieza quirúrgica con el riesgo latente de enfermedad recidivante, dejando la duda abierta si es apropiado hacer resecciones a 1 ó 2cm de borde normal, como sugieren De Vita y Schwartz<sup>8,24</sup> con el riesgo de recidivas, o hacer glossectomías ampliadas con pérdida de la deglución, afonía, entre otras complicaciones que pueden mejorar con posteriores plastias reconstructivas a través de colgajos. La reconstrucción de lengua puede realizarse con un colgajo miocutáneo del músculo pectoral mayor, lo cual constituye un procedimiento simple que provee tejido amplio, con excelente irrigación<sup>1, 9, 21</sup>. La deglución y el habla luego de la rehabilitación, son aceptables. Una cirugía menor, para la reconstrucción de lengua mio cutáneo utilizando el músculo esternohioideo<sup>1,9</sup> con buenos resultados funcionales y cosméticos<sup>1,9,21</sup>; que si bien no serán completamente efectivas, permitirán un período libre de enfermedad mayor y disminuirán el riesgo de recidivas loco-regionales.

Actualmente el paciente presenta un índice de Karnovsky de 50, es decir necesita considerable

ayuda para actos cotidianos; el tratamiento está dirigido a paliar el dolor.

La desidia de los pacientes en nuestro medio frente a lesiones inusuales y la falta de programas de screening, impiden diagnósticos en estadios más tempranos, lo cual disminuye la posibilidad de curación y potencia las complicaciones que pueden ser desde disfonías leves hasta afonías permanentes, disfagia completa, desnutrición, fístulas oro-traqueales, entre otras.

### Referencias bibliográficas

1. Babgreen L, Hilton A, Brandon T: Cervical-pectoral flaps in the treatment of advanced oral cancer. *J Surg Oncol* 7 (3): 213-8, 1997
2. Batsakis JG: Neoplastic and non-neoplastic tumors of skeletal muscle, in Batsakis JG (ed): *Tumors of the head and neck*. Philadelphia, Williams and Wilkins, 280-290, 1979
3. Batsakis JG, Regezi JA, Rice DH: The pathology of head and neck tumors: Fibroadipose tissue and skeletal muscle, part 8. *Head Neck Surg* 3:145-168, 1980
4. Bonilla JA, Healy GB: Management of malignant head and neck tumors in children. *Pediatr Clin North Am* 36:1443-1450, 1989
5. Collins R, Gerlach B, Hoy M: Tobacco and cancer of the tongue in young adults *JAMA* 1259 (13): 1943-4, 1988
6. Crist WM, Garsney L, Beltangady MS, et al: Prognosis in children with rhabdomyosarcoma: A report of the Intergroup Rhabdomyosarcoma Studies I and II. *J Clin Oncol* 8: 443-452, 1990
7. Das Gupta T, Chaudhuri P: *Tumors of the soft tissues*. 2ª ed, Ed Morton, Connecticut-USA 364-366, 1998
8. De Vita J, Hellman S, Rosenberg S: *Principios y práctica de oncología médica*. 5ª ed, Ed Médica Panamericana, Madrid-España 780-782, 2000
9. Evans C, Jacobus R, Lincoln G: Correction of a defect of the tongue after its subtotal resection using a skin and muscle flap including the sternohyoid muscle. *Vestn Khir Im I I Grez* 141 (8): 88-90, 1988
10. Flamant F, Hill C: The improvement in survival associated with combined chemotherapy in

- childhood rhabdomyosarcoma: A historical comparison of 345 patients in the same center. *Cancer* 53: 2417-2421, 1984
11. Gerald P, Lawrence W, Lenhard R: *Oncología clínica manual de la american cancer society*. 2ª ed, Ed Scotyard, Washington-USA, 406-408, 1996
  12. Goepfert H, Cangir A, Lindberg R, Ayala A: Rhabdomyosarcoma of the temporal bone. *Arch Otolaryngol* 105: 310-313, 1979
  13. Ham: *Histología*. 9ª ed, Ed Mexicana, México DF, 591-592, 1988
  14. Harrison: *Principios de medicina Interna*. 14ª ed, Ed Interamericana Mc-Graw Hill, Madrid España, 626-628, 1998
  15. Holland J, Bast R, Morton D: *Cancer Medicine*. 4ª ed, Ed Medical, Pennsylvania-USA 1660-1666, 1997
  16. Houghton PJ, Shapiro DN, Houghton JA: Rhabdomyosarcoma: From the laboratory to the clinic. *Otolaryngol Clin North Am* 38: 349-364, 1991
  17. Johnson M, Severson B: Impact of comorbidity, symptoms, and patients' characteristics on the prognosis of oral carcinomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 126 (9): 1079-85, 2000
  18. Mandell LR, Massey V, Ghavimi F: The influence of extensive bone erosion on local control in non-orbital rhabdomyosarcoma of the head and neck. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 17:649-653, 1989
  19. McGill T: Rhabdomyosarcoma of the head and neck: An update. *Otolaryngol Clin North Am* 22: 631-636, 1989
  20. Mitchell CD, Ventris JA, Warr TJ, et al: Molecular definition on a somatic cell hybrid of a specific 2:13 translocation breakpoint in childhood rhabdomyosarcoma. *Oncogene* 6: 89-92, 1991
  21. Muyutsi J, Anotchi R, Yakamara N: Application of pectoralis major myocutaneous flap in the reconstruction of tongue. *Chung Hua Chung Liu Tsa Chih* 20 (2): 143-5, 1998
  22. Raney RB, Tefft M, Maurer HM, et al: Disease patterns and survival rate in children with metastatic soft-tissue sarcoma: A report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study (IRS)-1. *Cancer* 62: 1257-1266, 1988
  23. Registro de tumores Solca-Cuenca: cuarto informe incidencia en el cantón cuenca 1997-2002. Cuenca, Ecuador
  24. Schwartz S: *Principios de cirugía*. 6ª ed, Ed Interamericana Mc-Graw Hill, Atlampa-México, 652-653, 1995
  25. Schottenfeld D, Fraumeni J: *Cancer epidemiology and prevention*. 2ª ed, Ed Oxford University Press, USA 147-148, 1996

**Dr. Gonzalo Ugarte Fornell**

**Correo: gonzalo78ugarte@yahoo.com.mx**

**Teléfonos: 593-04-2231986; 2246126; 099542351**

**Fecha de presentación: 25 de mayo de 2004**

**Fecha de publicación: 30 de abril de 2005**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL