

Caso Clínico

CÁNCER ORAL Y PIERCING: REPORTE DE CASO

Secchi Dante G1, Brunotto Mabel2, Gilligan Gerardo M1

*1Cátedra "A" de Estomatología, 2Cátedra "A" de Biología Celular,
Facultad de Odontología, UNC*

RESUMEN

El piercing intra-oral más popular entre los jóvenes es el que se coloca en la lengua. Las complicaciones orales más frecuentes, por el uso de joyería en el piercing, son el daño de los elementos dentarios y del periodonto. Pocos son los estudios en relación al uso de piercing y el desarrollo de cáncer oral. El objetivo de este artículo es informar sobre un caso de Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado de un paciente de 23 años de edad, sexo masculino, agricultor, que utilizaba de modo constante plaguicidas sin medidas de protección y se había realizado un piercing. El motivo que dio origen a la consulta fue la presencia de dolor en su lengua, que en ocasiones se irradiaba hacia el oído derecho y con presencia de disfagia por un período aproximado de dos meses.

Palabras claves: piercing de lengua, carcinoma oral, factores de riesgo

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de principales causas de muerte en el mundo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 7,6 millones de personas murió durante el año 2005 y, de no realizarse

las acciones adecuadas, 84 millones morirán en los siguientes diez años (1). El cáncer de cabeza y cuello es uno de los seis cánceres más frecuentes en los seres humanos. Los localizados en la cavidad oral representan el 48% de los casos de Cabeza y Cuello (CC); y de estos –cavidad oral- el 90% son carcinomas de células escamosas (CCE) (2).

Es conocido que factores como el consumo de alcohol y tabaco están asociados a riesgo de cáncer oral, sin embargo en la actualidad se han descrito otros como por ejemplo la irritación crónica. El trauma crónico de la mucosa oral se debe a una acción mecánica irritativa causada por un agente traumático intra-oral, como prótesis mal adaptadas, dientes filosos, piercing entre otros (3). El piercing es una perforación de la piel y tejido subyacente, en general, para insertar joyería de modo permanente. Uno de los sitios más habituales para la colocación de la joyería es la cara (labios, párpados, nariz, lengua). El piercing intra-oral más popular entre los jóvenes es el que se coloca en la lengua. Las complicaciones orales más frecuentes, que genera esta práctica, son el daño de los elementos dentarios y del tejido periodontal. Pocos son los estudios que evalúan la relación entre el desarrollo de cáncer oral y el piercing (4).

El objetivo de este artículo es informar sobre un caso de Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado, su diagnóstico y terapéutica con un abordaje interdisciplinario en un sujeto masculino que tuvo joyería en piercing durante varios años.

REPORTE DE CASO

A la consulta se presenta un paciente de 23 años de edad, sexo masculino, oriundo de la localidad de Alta Gracia, Córdoba. El paciente era agricultor, con intenso contacto con plaguicidas, que según relato del mismo era manipulado sin medidas de protección. El paciente concurre a la consulta del servicio de Consultorio Externo que brinda la Cátedra de Clínica Estomatología "A" a fines del año 2008, motivando su consulta la presencia de llagas en su lengua y el dolor que las mismas producían.

Durante la anamnesis, el paciente relató la presencia de dolor en su lengua, que a veces se irradiaba hacia el oído derecho, y disfagia por un período aproximado de dos meses. Previa a la consulta en la servicio de Consultorio Externo Estomatológico, había sido tratado con buches con antisépticos orales; sin observarse ninguna mejoría. En relación a los antecedentes de la patología actual, el paciente relató que hace tres años atrás, se colocó un piercing metálico en su lengua. Luego de un año de la colocación de la joyería, comenzó a percibir una molestia en su paladar durante el acto deglutorio. Este evento se generaba a causa de la joyería del piercing que impactaba sobre la bóveda palatina, motivo por el cual decide extraérselo definitivamente. Además, relató la realización de exodoncias en forma prematura de los elementos 47 y 17.

Entre los antecedentes médicos no se registra ningún tipo de patología sistémica. Sin embargo, relató que habitualmente tiene hábitos de riesgo de consumo de bebida y que, durante cuatro años, fumó entre cinco y seis cigarrillos diarios.

En el examen estomatológico de rutina, se solicitó al paciente que protruya su lengua, actividad que se vio comprometida, parcialmente, a causa de una anquiloglosia y el desplazamiento de la misma hacia la derecha. Al tomar la lengua con una gasa, para descubrir el borde derecho, se observó sobre el mismo, una úlcera de considerables dimensiones abarcando la totalidad de dicha región, con bordes elevados y evertidos tomando la forma de los elementos dentarios que le dieron origen (16, 18, 46 y 48 todos lingualizados). Sus bordes, irregulares, leucoedematosos y dispuestos en forma irregular, se camuflan con indentaciones traumáticas de los elementos dentarios que en dinámica descansan sobre la lesión. En el fondo de la úlcera, se observó una marcada necrosis entremezclada con mareas necro-bióticas de aspecto sucio y sañoso, característica que se correspondió clínicamente con la presencia de una marcada halitosis fétida. La consistencia de la lesión era indurada, pétreo abarcando zona de borde extendiéndose hacia la región medial de la lengua. En el polo posterior de la úlcera, se observó un área de mancha roja que se extiende hacia la cara ventral de la lengua,

constituida por miles de capilares de neovascularización y angiogénesis, que probablemente fueron los promotores del nuevo riego vascular y nutricio del tumor (Figura 1 A y B).

Como datos adicionales al examen estomatológico anatómico-funcional, se observaron los elementos dentarios implicados en la formación de la lesión, todos lingualizados en íntimo contacto con la úlcera carcinomatosa, la cual se introduce además, en el espacio edéntulo dejado por la pérdida prematura del 47. Además, correspondiéndose con la historia de la enfermedad (ocasionada inicialmente por un piercing) narrada por el paciente, se observó una posición baja de lengua, que al realizar el acto deglutorio fisiológico no apoyaba sobre el paladar sino que se afirmaba y empujaba toda la arcada inferior y parte de la superior.

Al realizar las semiotecnias destinadas a la inspección del cuello, se palparon adenopatías homolaterales duras móviles e indoloras de la cadena ganglionar submaxilar derecha. La estadificación fue de T3 N2 Mx (5).

Dada la gravedad del cuadro, se decidió en la misma consulta realizar una biopsia por incisión tomando zona del borde del polo anterior de la úlcera (zona más representativa). También se procedió a la eliminación del factor traumático local: exodoncias de los elementos comprometidos en la génesis de la lesión. Posteriormente, se decidió la derivación del paciente a Fonoaudiología para corregir la posición de la lengua generada presumiblemente por el piercing.

El diagnóstico de Anatomía Patológica fue de un Carcinoma Epidermoide Moderadamente diferenciado (Figura 1 B). Una vez estadificado el tumor y con todos los estudios complementarios necesarios, se procedió a la preparación de la cavidad oral para el tratamiento oncológico realizando terapias básicas periodontales, eliminación de cualquier foco séptico activo o potencialmente activo, teniendo en cuenta que los criterios de indicación de exodoncia fueron radicales. Se derivó a Oncología, donde se realizó la extirpación total del tumor con amplios márgenes de seguridad, realizando un Vaciamiento Radical del cuello y posteriormente Radioterapia Preventiva sobre el cuello y sobre la lesión. En el lecho

quirúrgico a nivel de la lengua se colocó un injerto de músculo-epidermis de región supra-escapular (Figura 2) con el objetivo de devolver algo de anatomía y funcionalidad a una hemi-lengua funcionalmente muy comprometida.

El paciente, como consecuencia del tratamiento de Radioterapia, sufrió una Mucositis Oro-faríngea que comprometió seriamente su calidad de vida. Se observó una marcada disminución del flujo salival, presentando una saliva muy poco fluida, filante y espesa que dificultaba su alimentación, deglución, fonación, entre otras funciones; situación que fue exacerbada por la presencia de lesiones erosivas, atróficas, sobre un extenso eritema, sumamente dolorosas y quemantes que no permitieron una correcta nutrición. El cuadro se hizo extensivo hacia zona faríngea. Un profesional nutricionista elaboró un plan de alimentación estricto para el paciente, debido a un gran descenso de peso. Se prescribió un protocolo personalizado para mucositis a base de corticoterapia inyectable y tópica local, antimicóticos, anestésicos y antihistamínicos tópicos locales. Con apoyatura psicológica sumada al tratamiento fono-estomatológico, el paciente mejoró notablemente.

Los controles pos-tratamiento oncológico se realizaron con normalidad el primer año evidenciando ausencia de recidiva de la lesión. El paciente, luego de un tiempo, no concurrió más a los controles pactados.

En síntesis para el lograr mejorar la calidad de vida del paciente se siguió el siguiente esquema de diagnóstico-pronóstico y tratamiento:



DISCUSIÓN

Existen estudios que han demostrado que el cáncer oral y faríngeo en personas jóvenes está siendo más frecuente en todo el mundo. La causa se está investigando, pero se daría por la exposición en forma más intensa del individuo a los factores de riesgo más comunes; o la aparición de nuevos agentes etiológicos (6).

Los piercings de lengua se han asociado a complicaciones locales y sistémicas. Las complicaciones locales se deben, frecuentemente, luego de la realización del piercing pero también se han descrito efectos locales en el tiempo que pueden causar problemas como dificultad en el habla y la salivación (7).

La literatura sugiere tres tipos de complicaciones por el uso del piercing en la lengua: durante el procedimiento inicial, inmediatas a la colocación (primarias) y a lo largo del tiempo (secundarias pos colocación) (4).

Además estudios realizados por Lupi et al., (8) describen, en citologías exfoliativas de la lesión, citolisis bacteriana de las células epiteliales, hongos, hiperqueratosis, paraqueratosis, infiltración de granulocitos, formaciones de calcio y flora bacteriana (8). Estudios realizados por Rosenquist et al. (9) y Meyer et al. (10), han relacionado el estado dental con el riesgo de cáncer oral. En estos estudios la pérdida de los elementos dentarios fue uno de los factores primordiales en relación al riesgo de cáncer oral. Además se mencionan historia de mala higiene bucal, defectos de los elementos dentarios, mala posición dental y uso de prótesis.

Las complicaciones orales más frecuentes, por el piercing, son el daño de los elementos dentarios y del periodonto. A nivel de tejido duro se pueden mencionar daños en el esmalte, fracturas amelodentinarias debidas al golpe constante de las bolitas de la joyería colocada (4).

Entre las complicaciones a nivel de cavidad oral pueden mencionarse (11):

Locales:

- Lesiones orales de lengua, encías y paladar;

- Posible pérdida dentaria, principalmente en la región anterior mandibular;
- Hipersensibilidad de dentina y periodontitis;
- Fisuras dentales y retracción gingival;
- Hemorragias, hematomas e infecciones por el continuo contacto con alimentos y saliva;
- Desórdenes de la fonación masticación;
- Migración de elementos dentarios;
- Faringitis streptococcal;
- Sensación de picazón y dolor;
- Lesiones nerviosas y sensitivas.

Sistémicas:

- Transmisiones cruzadas de infecciones como hepatitis B, C o D y SIDA.
- Endocarditis secundaria por *Staphylococcus epidermidis* e infecciones por otros agentes como *Haemophilus aphrophilus*;
- Bacteremia y sepsis, que pueden cursar con síntomas como fiebre.

Es probable que el piercing produzca una irritación mecánica crónica de la mucosa oral, generando un hábito parafuncional de la lengua (posición baja). De esta manera, a una hemilengua con movimientos parafuncionales y en una posición anómala se le suma la agresión de cúspides de elementos dentarios en linguo-versión y factores como la pobre higiene oral, el tabaco, la exposición a agroquímicos, dando como resultado una mezcla de factores de riesgo de cáncer oral, que en conjunto, promovieron el desarrollo de la patología.

En este caso no se ha establecido que el piercing haya sido el principal agente etiológico del desarrollo de la lesión maligna, pero la interrelación de eventos a los que ha estado expuesto el paciente han

actuado como iniciadores y promotores de un proceso de malignización oral.

CONCLUSIÓN

En la actualidad los profesionales odontólogos observan un incremento en el número de pacientes con piercing intra-oral, por lo cual se hace necesario que el profesional informe a estos pacientes sobre los posibles riesgos y complicaciones asociadas al uso de este artículo de moda, como así también de todos los factores de riesgo conocidos hasta la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Prevention. (Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes; modulo 2); 2007.
2. Petersen PE. Oral cancer prevention and control--the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol.* 2009; 45:454-60.
3. Piemonte ED, Lazos JP, Brunotto M. Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer. *J Oral Pathol Med.* 2010 Aug 1;39(7):513-7.
4. Ziebolz D, Hildebrand A, Proff P, Rinke S, Hornecker E, Mausberg RF. Long-term effects of tongue piercing — a case control study. *Clin Oral Invest* (2012) 16:231–237.
5. Sobón LH Wittekind CH, Tumeurs de la tête et du cou dans: TNM classification des tumeurs malignes, 6 éme éd. Paris: Cassini; 2003. p.23 – 61
6. Mackenzie J, Ah-See K, Thakker N, Sloan P, Maran AG, Birch J, Macfarlane GJ. Increasing incidence of oral cancer amongst young persons: what is the aetiology? *Oral Oncol.* 2000 Jul;36(4):387-9.
7. Stanko P, Poruban D, Mracna J, Holly D, Janicek B, Pinakova Z, Porubská M, Galbavy S. Squamous cell carcinoma and piercing of the tongue - a case report. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012 Jun;40(4):329-31.
8. Lupi SM, Zaffe D, Rodriguez y Baena R, Rizzo S, Botticelli AR. Cytopathological and chemico-physical analyses of smears of mucosa surrounding oral piercing. *Oral Dis.* 2010 Mar;16(2):160-6.
9. Rosenquist K, Wennerberg J, Schildt EB, Bladstrom A, Goran Hansson B, Andersson G. Oral status, oral infections and some lifestyle factors as risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. A population-based case-control study in southern Sweden. *Acta Otolaryngol* 2005; 125: 1327–36.

10. Meyer MS, Joshipura K, Giovannucci E, Michaud DS. A review of the relationship between tooth loss, periodontal disease, and cancer. *Cancer Causes Control* 2008; 19: 895– 907.
11. Inchingolo F, Tatullo M, Abenavoli FM, Marrelli M, Inchingolo AD, Palladino A, Inchingolo AM, Dipalma G. Oral piercing and oral diseases: a short time retrospective study. *Int J Med Sci.* 2011;8(8):649-52.



Figura 1. Aspecto clínico e histología de la lesión. A: Carcinoma de lengua (círculo); B: Histología H/E x 20. Carcinoma Espinocelular Semi-diferenciado.



Figura 2: Aspecto clínico de la zona supraescapular de donde se extrajo tejido para el injerto lingual.