

Carcinoma verrucoso. Caso clínico de rehabilitación multidisciplinaria quirúrgico - protética. Verrucous Carcinoma. Clinical case. Surgical and prosthetic multidisciplinary treatment.

Autores

Migliorisi, Juan Andrés

Profesor de Clínica Quirúrgica, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.

Profesor de Cirugía II, Facultad de Odontología, Universidad de la República.

Miembro de la IAOMS.

Jankielewicz, Isabel

Fundadora y Ex Directora del Servicio de Prótesis BMF de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República.

Profesora invitada de postgrado, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay.

Fellow de la AAMP, ADI, ICD y AAA.

Past President de la Sociedad Latinoamericana de Rehabilitación de la Cara y Prótesis BMF.

Entregado para revisión: 18.10.2006
Aceptado para publicación: 03.11.2006

Resumen

Se hace una introducción al tema y se presenta un caso clínico desde el punto de vista del diagnóstico clínico, imagenológico, anátomo-patológico y terapéutica quirúrgica con rehabilitación protética B.M.F. inmediata intra operatoria, y a distancia.

Palabras claves: Carcinoma verrucoso, tratamiento quirúrgico oncológico, rehabilitación protética B.M.F. inmediata, prótesis obturatriz.

Abstract

An introduction to the topic is done and a clinic case is presented from the point of view of clinic diagnosis, imagenologic images anatomopathology study and surgical therapy with immediate and delayed maxillofacial prosthetic rehabilitation.

Key words: Verrucous carcinoma, oncological surgical treatment, immediate maxillofacial prosthetic rehabilitation, obturators.

* En 1941 Friedell y Rosenthal reportaron 8 casos de carcinomas de células escamosas de la mucosa bucal y reborde alveolar. Describieron la lesión como exofítica, papilar de aspecto verrucoso patognomónico .

* En 1948 Ackerman definió esta lesión como una entidad específica y acuñó el término "carcinoma verrucoso de Ackerman".

* Se trata de una neoplasia que es una variedad del carcinoma espino celular, de crecimiento lento sin potencial metastásico con mejor pronóstico que el carcinoma espino celular original. De aspecto clínico maligno, presenta un aspecto histopatológico benigno.

Clinicamente esta lesión se presenta en la mucosa de la cavidad bucal en orden de frecuencia: en paladar, sub-placa, en reborde alveolar, unión mucoso-cutánea del labio, piso de boca y lengua. Aparece también en otras áreas como laringe, senos maxilares, esófago y área genital.

Se presenta inicialmente como una masa papilar de implantación sesil, color rojizo, para luego hacerse más exofítica con excrecencias y hendiduras. El color varía del blanco al rojizo dependiendo del grado de queratinización, lo que le da aspecto fungoso.

* Epidemiológicamente representaría el 8.23% (Tinoco y Toro, 1990) de todos los carcinomas espinocelulares de la cavidad bucal. Se presenta en pacientes de edad media y ancianos, promedio en la séptima década, más frecuente en raza blanca, sexo masculino.

* Del punto de vista etiológico hay una relación directa con el consumo de tabaco y alcohol como irritantes locales; malas condiciones bucales con sepsis y prótesis desajustadas; agregándose la relación con agentes virales como virus del papiloma humano. (V.P.H)

* Histológicamente: gruesa capa de epitelio escamoso proliferante con acantosis y paraqueratinización. Masas bulbosas de bordes definidos con perlas o nidos epiteliales en su interior que se proyectan hacia el conjuntivo y con hendiduras revestidas de paraqueratina que profundizan hacia el centro de la invaginación bulbosa. La membrana basal permanece intacta.

CASO CLÍNICO

Paciente de 78 años, raza blanca, sexo masculino, sin antecedentes médicos a destacar. Examen

regional sin particularidades.

Consulta por sangrado nasal.

Al examen intraoral presenta prótesis completa superior y parcial inferior muy desajustadas. Al retirar las prótesis se observa: todo el maxilar superior, paladar y reborde, recubierto de excrecencias y hendiduras de color blanco rojizo. (Fig. N° 1).

Imagenológicamente en tomografía corte frontal o coronal, desaparición de la bóveda ósea con invasión de la lesión en fosa nasal y senos maxilares (Fig. N° 2).

Tomas biópsicas varias dan como resultado anatomopatológico: Carcinoma Verrucoso.

CIRUGÍA

Bajo anestesia general (intubación naso traqueal) se realiza:

- Un abordaje intraoral tipo Lefort I alto (Fig. N° 3).
- Decolado exponiendo espina nasal anterior, fosas nasales y senos maxilares (Fig. N°4).



Figura 1. Clínica.



Figura 2. Radiología.



Figura 3. Abordaje.



Figura 4. Decolado.



Figura 5. Osteotomía.



Figura 6. Lecho cruento.

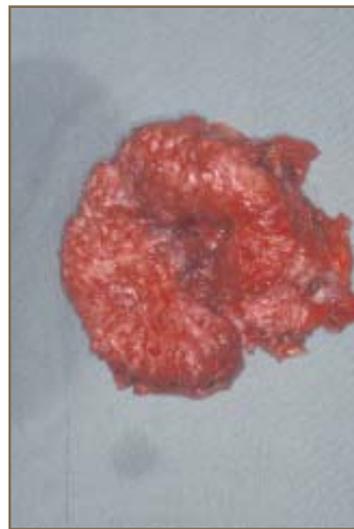


Figura 7. Pieza operatoria.



Figura 8. Placa protética inmediata asentada en el defecto.

- Osteotomía realizando maxilectomía total alta hasta meato inferior con resección de parte inferior de tabique nasal (Fig. N° 5).
- Lecho cruento de la resección oncológica (Fig. N° 6).
- Pieza operatoria con la totalidad del maxilar sup. (Fig. N° 7).
- Fijación con ligaduras alámbricas transtisulares a las arcadas zigomáticas entrando por piel; de una placa acrílica preparada previamente por procedimientos de Prótesis B.M.F; adaptada y acondicionada intraoperatoriamente para que ajuste y selle el lecho quirúrgico oncológico que se mecha previamente con gasa yodoformada lubricada. (Fig. N° 8).
- El resultado de las tomas biópsicas intraoperatorias confirmaron el diagnóstico y mostraron los márgenes de seguridad quirúrgica tomados libres de lesión

- Aspecto cicatrizal de la resección ya epitelizado el lecho. Se observa el tabique nasal y senos maxilares (Fig. N° 9). Es de destacar la conservación de la porción distal del velo del paladar y úvula que compatibles con una adecuada resección oncológica, permiten funcionalidad en la fonación y deglución.
- Vista interna de la placa quirúrgica transformada en Prótesis de Transición que adapta al lecho quirúrgico, orientando su cicatrización (Fig. 10) y realizando la rehabilitación anatómica estética y funcional con deglución y fonación correctas, brindando muy buena calidad de vida al paciente en todo momento, quedando el paciente rehabilitado de una lesión oncológica importante.
- Los controles clínicos a distancia demuestran una buena evolución sin signos de recidiva y el paciente continúa bajo control.



Figura 9. Lecho epitelizado.



Figura 10. Placa obturatriz transformada en Prótesis de Transición.

PRÓTESIS

El paciente fue derivado antes de la cirugía de extirpación del tumor como debe ser de rutina.

El examen local inicial mostró un maxilar superior totalmente abarcado (la bóveda y el reborde), por el tumor ya descrito, y un maxilar inferior parcialmente dentado únicamente en el sector anterior, con muchas patologías periodontales y de caries en los pocos dientes remanentes. (Fig. N° 11).

1. Prótesis obturatriz inmediata

Debido a la falta de piezas dentarias posteriores inferiores y de plano de oclusión, se planificó para el maxilar superior la realización de una placa obturatriz inmediata sin dientes para ser instalada en el acto quirúrgico.

Lo primero que se realizó fue tomar una impresión con cubeta de stock abarcando totalmente el maxilar tumorado, y con los bordes de la cubeta adaptados a la periferia del mismo (Fig. N° 12).

En el modelo de trabajo así obtenido (Fig. N° 13), se confeccionó la placa inmediata obturatriz.



Figura 11. Situación inicial del paciente.

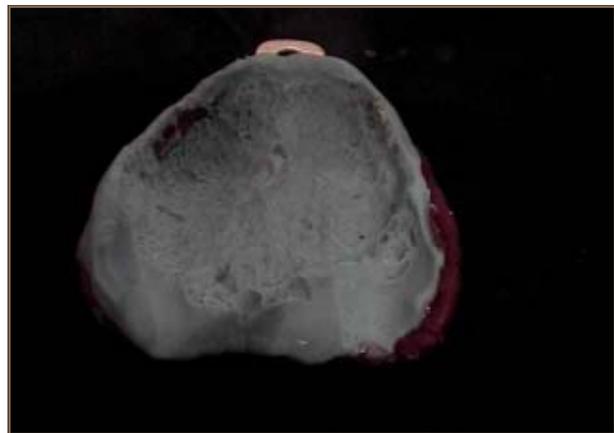


Figura 12. Impresión con cubeta de stock adaptada en los bordes.



Figura 13. Modelo de trabajo.



Figura 14. Modelo alisado con yeso.

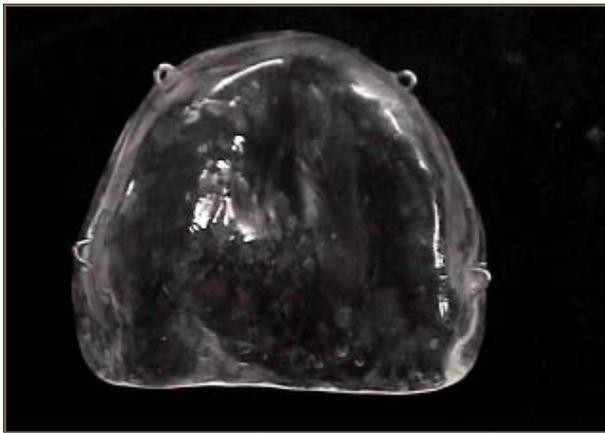


Figura 15. Placa obturatriz inmediata de acrílico transparente de termocurado.

Se comenzó alisando todas las irregularidades de la reproducción del tumor cubriéndolas con una fina capa de yeso muy líquido (Fig. N° 14). Sobre ese modelo así mejorado, se adaptó una doble lámina de cera a la cual se le agregó ansas metálicas que van a servir de enganche para las ligaduras de alambre que fijan la placa inmediata a los huesos periféricos al defecto.

Al colocar en mufla, las ansas quedaron atrapadas en el yeso de la contraparte. Se realizó la placa en acrílico transparente de termocurado (Fig. 15) y una vez recortada, se pudo probar en la boca del paciente verificando que las ansas metálicas estaban correctamente enfrentadas a las zonas de fijación de las ligaduras de alambre. Una vez probada (Fig. 16), y recortada para su perfecto apoyo en los bordes, se pulió para llevarla al quirófano.

Cuando el tumor estuvo totalmente extirpado se rellenó la placa inmediata con silicona masillosa buscando un calce firme en los huesos remanentes del defecto. Cuando estuvo curada la silicona, se comprobó que la placa llegaba y asentaba perfectamente a todos los bordes y que quedaba en íntimo contacto con los tejidos móviles de alrededor del defecto. Intraoperatoriamente se realizó la fijación alámbrica transtisular a las arcadas zigomáticas.

Los rulos de las ligaduras fueron cubiertos con acondicionador de tejidos para evitar que se ulcerase la mejilla y con acondicionador de tejidos se selló también el borde anterior de la placa en su relación con el labio para obtener un cierre totalmente hermético durante la etapa de transición.

El post-operatorio del paciente fue excelente: despertó de la anestesia prácticamente sin molestias, hablando correctamente y transcurridas seis horas de finalizada la cirugía, se le retiró el suero y pudo realizar su primera ingesta de líquidos: té,



Figura 16. Probando el ajuste de la placa en el maxilar del paciente.

caldos etc. Estuvo internado 72 horas. No fue necesario colocar sonda naso-gástrica en ningún momento.

Este perfecto cierre de la comunicación se logró porque al finalizar la extirpación del tumor, el velo que había quedado desprendido del resto y suelto dentro de la cavidad bucal, fue suturado al borde cruento de la cara interna de las mejillas lo cual le brindó una posición firme, permitiendo que el límite posterior de la placa obturatriz inmediata se apoyara en él, lográndose un cierre perfecto en la parte distal (equivalente a lo que significa el post-damming en las prótesis completas superiores).

2. Prótesis obturatriz de transición

Pasados veinte días sin retirar la placa de la boca (fijada a los zigomas), se procedió a desalambrearla para poderla retirar y mediante una transformación, (realizada en la propia consulta) (Fig. 17), convertirla en una placa obturatriz de transición. Se decidió en esta etapa, no colocarle dientes hasta tanto no estuviera rehabilitado el maxilar antagonista. Al faltar los molares inferiores y estar tan desequilibrado el plano oclusal de los remanentes, la relación oclusal firme y estable que es imprescindible para que una prótesis obturatriz funcione correctamente, sin fuerzas ni palancas, no podría lograrse.

Una vez retirada la placa de la cavidad bucal (Fig. 18), con ella misma usada a modo de cubeta, se tomó una impresión de alginato (consistencia pesada), penetrando dentro del defecto y registrando todas las anfractuosidades del mismo (Fig. 19).

Lo importante en esta etapa es que el alginato realice una fiel impresión de las coanas en la parte posterior (Fig. 20) y del piso anterior de fosas nasales para lograr de esa manera dos "enganches mecánicos" a efectos de que la prótesis se man-



Figura 17. Retirando los alambres para la transformación.

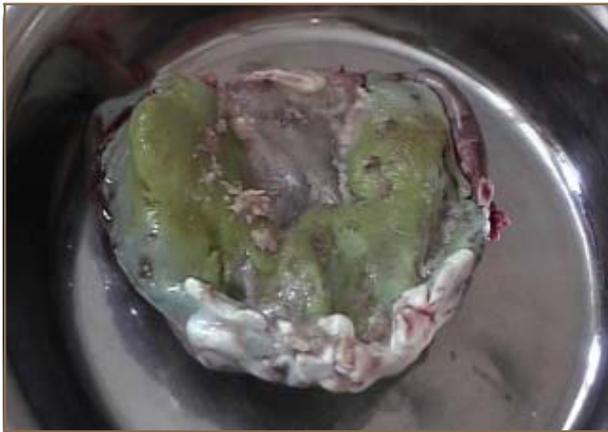


Figura 18. Aspecto de la placa obturatriz inmediata al retirarla después de 21 días.

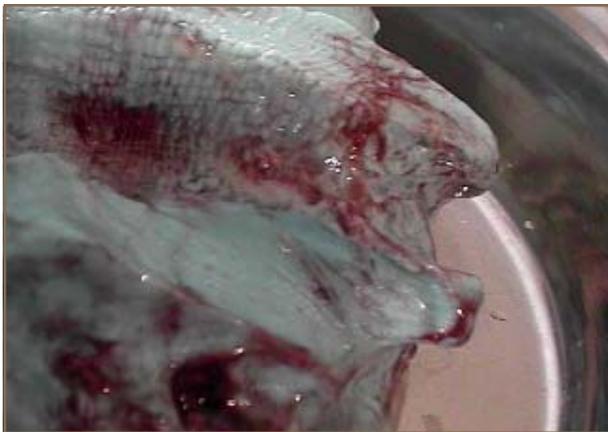


Figura 20. Detalle del registro de las coanas.

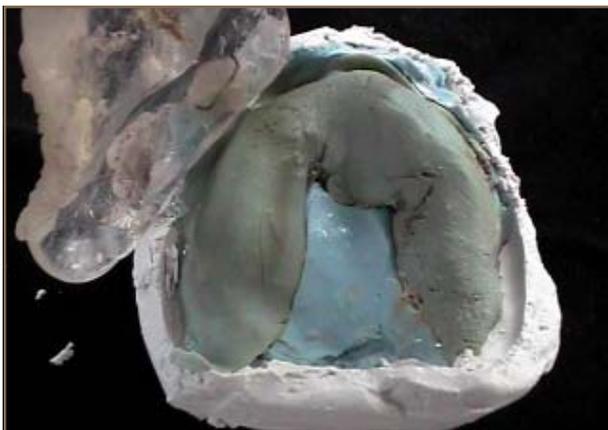


Figura 22. Retirando la placa del modelo.

tenga en el lugar y no caiga.

Obtenida esa impresión, se realizó un modelo en yeso de impresiones (Fig. 21). Este yeso tiene características apropiadas para este procedimiento: es de grano fino (reproduce fielmente el terreno), de fraguado rápido y se puede fracturar de manera fácil y nítida. Por estos motivos consideramos que el yeso de impresiones es un material excelente para este tipo de transformaciones, dado que resulta muy fácil su retiro del acrílico con que se las hace. Su única limitación es su fragilidad, razón por la cual para evitarla, debe hacerse el



Figura 19. Placa inmediata rebasada con alginato para registrar las zonas de anclaje.



Figura 21. Modelo realizado en yeso de impresiones para la transformación de la placa.

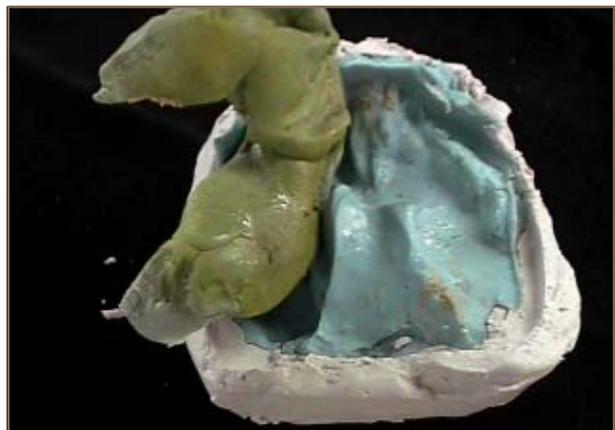


Figura 23. Retirando la silicona.

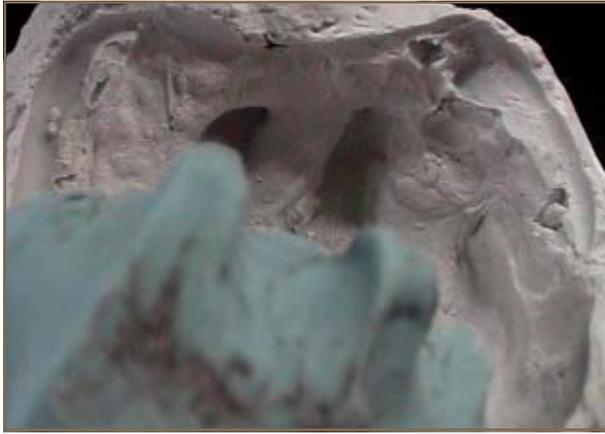


Figura 24. Modelo que reproduce lo registrado por la impresión.



Figura 25. Capa de acrílico autocurable rosado sobre el modelo.



Figura 26. Las dos partes de la placa unidas y selladas con acrílico de autopolimerización.



Figura 27. La placa es hueca y flota en el agua.

modelo con suficiente volumen como para darle consistencia y contrarrestarla.

A los pocos minutos, cuando el yeso ha fraguado, se separa la placa de acrílico del modelo (Fig. 22). Al retirarse la placa, aparece la silicona. Retirada la silicona, (Fig. 23), aparece por último el alginato y finalmente el modelo (Fig. 24). Se aprecia que las coanas en la parte posterior han quedado perfectamente reproducidas en el modelo de trabajo.

Pintado el modelo con aislador de acrílico, se hace correr una capa de acrílico de autocurado rosado (consistencia semilíquida) en toda la superficie del modelo con un espesor de 2 a 3mm. (Fig. 25) Antes que comience su proceso de polimerización, mientras está todavía en estado plástico, se aplica al modelo la placa transparente que tiene un calce perfecto en los bordes del mismo y para que no se adhiera al acrílico rosado, se interpone un papel film envasado. La placa transparente deja una impronta en los bordes del acrílico rosado que permitirá cuando el acrílico rosado haya polimerizado, retirar el papel film y calzar en esas huellas la placa transparente original.

Estando las dos partes en íntimo contacto, con acrílico de auto polimerización de consistencia bastante líquida, se procede a pegar las dos partes de una placa hueca obturatriz de transición (Fig. 26). Para comprobar que la placa es hueca y que el cierre entre ambas partes quedó hermético, se la pone en una taza con agua y se comprueba que flota (Fig. N° 27). Se realizó hueca para minimizar su peso. Debemos tener presente que la retención de esta placa es muy precaria, se logra simplemente por una acción mecánica de “calce y traba”. Cuanto menor sea su peso específico, mayores sus posibilidades de quedar retenida en el defecto.

Colocada en el defecto, se comprueba que se mantiene in situ sin caer, el paciente puede hablar y deglutir sin ningún inconveniente alimentos molidos, blandos o semilíquidos dado que todavía no está en condiciones de masticar (Fig. N° 28). A partir de este momento la puede retirar para la higiene con cepillo y jabón.

El paciente va a usar esta placa obturatriz de transición hasta completar totalmente la cicatrización del defecto por epitelización de las zonas cruen-



Figura 28. Placa de transición que colocada en la boca se mantiene firme.



Figura 29. Paciente rehabilitado con su prótesis obturatriz flexible definitiva y su PPR inferior.

tas. Mientras se aguarda la finalización de este proceso, se comienza a rehabilitar el maxilar antagonista (extracciones, tratamiento periodontal, endodóntico, y PPR), hasta lograr un maxilar inferior rehabilitado con adecuado plano de oclusión para ocluir con una prótesis obturatriz definitiva que se realiza después (Fig. 29).

CONCLUSIONES

- * La mayor frecuencia de esta lesión es en el paladar sub placa protética.
- * Se destaca la importancia del diagnóstico precoz, ya que inicialmente es benigna, de crecimiento lento, "in situ", que puede ser reseca con márgenes de seguridad, creando un defecto protético mínimo que puede ser solucionado con un rebasado intraoperatorio.
- * En el caso clínico presentado, la lesión abar-

caba todo el maxilar, invadiendo fosas nasales con sangrado de las mismas, lo que requirió un tratamiento quirúrgico oncológico, creando un grave defecto protético.

* Por la gravedad del defecto protético creado tridimensionalmente, fue necesario realizar la rehabilitación protética en varias etapas:

- 1° Prótesis inmediata, consiguiéndose un sellado perfecto del lecho con una placa que adecuadamente ajustada al lecho (calce con silicona), y fijada con ligaduras alámbricas a las arcadas zigomáticas, permitía funcionalidad deglutoria y foniátrica al paciente
- 2° Prótesis de transición construida sobre el lecho epitelizado con retención propia, pudiendo ser retirada y colocada por el paciente, brindándole su rehabilitación y confort.
- 3° Prótesis definitiva que rehabilita al paciente desde el punto de vista anatómico, estético y funcional, dándole buena calidad de vida.

REFERENCIAS

Cirugía

- Ackerman LV.** (1948). Verrucous Carcinoma of the Oral Cavity. *Surgery*.23:670-678
- Bohmfalk C, Zalenn RD.** (1982). Verrucous Carcinoma of the Oral Cavity: Report of a Case. *Oral Surg-Oral Med-Oral Pathol.* 54(1): 15-20
- Goethals P, Harrison E, Devine K.** (1963). Verrucous Squamous Carcinoma of the Oral Cavity. *American Journal of Surgery*; 106 (11): 845-851.
- Mason DA.** (1972) Verrucous Carcinoma of the Mouth. *British Journal of Oral Surgery.* 10:64-68
- McCoy M, Waldron P.** (1981). Verrucous Carcinoma of the Oral Cavity: A Review of Forty-nine Cases. *Oral Surg-Oral Med-Oral- Pathol.* 52(6): 623-629
- Rink B.** (1991). Verrucous Carcinoma of the Oral Mucosa. *70(10):542-545*
- Shafer WG.** (1972). Verrucous Carcinoma. *Internacional Dental Journal.* 22 (4):451-459
- Tinoco P Toro, M.** (1990). Carcinoma espinocelular bucal. Variables epidemiológicas (Venezuela). *Acta Odontológica Venezolana* 28:3-11
- Tornes K, Bang G, Stromme M, Norman K.** (1985). Oral Verrucous Carcinoma. *Int. J. Oral Surg.* 14:485.

Prótesis

- Aramany M.** (1978). Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: Classification. *J. Prosthetic Dent*;40:554
- Aramany M.** (1978).Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part II: Classification. *J. Prosthetic Dent*;40:656
- Beumer J, Curtis TA, Marunick MT.** (1996). Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations. Ishiyaku Euro America, Inc. Publishers. Missouri, USA.
- Benoist M.** (1978). Réhabilitation et Prothèse Maxillo-Faciales, Julien Prélat, Paris, France.
- Desjardins R.** (1977). Early rehabilitative management of the maxillectomy patient. *J.Prosthetic Dent*;38:424
- Jankielewicz I y co-autores.** (2003). Prótesis Buco-Maxilo-Facial. Editorial Quintessence, S.L. Barcelona
- Paprocki GI, Jacob RF, Kramer DC.** (1990). Seal integrity of hollow bulb obturators, *Int. J. Prosthodont*; 3:457.
- Rahn AO, Boucher LJ.** (1970). Maxillofacial Prosthetics. Principles and concepts. Philadelphia, London, Toronto. W.B. Saunders Company, USA
- Rezende JR, Piras de Oliveira JA, Brito e Dias R.** (1986). Prótese Buco-Maxilo-Facial, conceitos básicos e práticas de laboratorio, Sao Paulo, Sarvier.
- Taylor TD.** (2000).Clinical Maxillofacial Prosthetics. Chicago, Berlin, London, Tokyo, Paris, Barcelona, Sao Paulo, Moscow, Prague and Warsaw. Quintessence Publishing Co. Inc.
- Thomas KF.** (1994). Prosthetic Rehabilitation. London, Chicago, Berlin, Sao Paulo, Tokyo Hong Kong. Quintessence Publishing Co. Ltd.
- Trigo JC, Trigo GC.** (1987).“Prótesis Restauratriz Maxilo Facial”. Editorial Mundi S.A.I.C. y F Argentina.
- Vidulich De Rezende JR, Piras de Oliveira JA, Brito e Dias R.** (1986).Protese Buco-Maxilo Facial. Sarvier Sao Paulo, Brasil.
- Vidulich De Rezende JR.** (1997).Fundamentos Da Protese Buco Maxilo-Facial, Sarvier, Sao Paulo, Brasil.

Dra. Isabel Jankielewicz
 Colonia 922 apto. 204 CP 11100
 Montevideo, Uruguay
 isabelj@movinet.com.uy