

Metástasis mandibular. Informe de un caso clínico

Mandibular metastasis. Clinical case report

Presentado: 21 de mayo de 2018
Aceptado: 16 de octubre de 2018

Eliana Jorquera, Gabriela Alonso, Sofía Bompreszi, Melisa Fontana, Sol Puche, Celeste Campagna, Fabio Sansone, Mariana Porcel, Verónica Solé

Residencia en Odontología Preventiva y Social, Centro Odontológico de la Obra Social de los Empleados Públicos (OSEP), Mendoza, Argentina

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo describir un caso clínico de metástasis mandibular, que según la literatura actual es de baja prevalencia.

Una paciente de 60 años de edad acudió a la consulta por tumefacción y dolor del lado derecho de la mandíbula. Se realizó una tomografía axial computada de maxilar inferior y se detectó una lesión osteolítica. El examen histopatológico del tejido óseo incisional informó metástasis. A partir de este resultado, la paciente fue derivada al Departamento de Onco-

logía, donde inició el tratamiento correspondiente y falleció a los pocos meses del diagnóstico.

A pesar de la baja prevalencia de metástasis maxilar, esta debe considerarse especialmente en pacientes con presencia de tumefacción, dolor y parestesia de aparición repentina y etiología desconocida.

Palabras clave: Cavidad bucal, mandíbula, metástasis, tumor primario.

Abstract

The aim of this work is to describe a clinical case of mandibular metastasis that, according to the current literature, occurs with low frequency.

A 60 year old female patient showed swelling and pain on the right side of the jaw. Axial computed tomography of the lower maxilla was performed, detecting an osteolytic lesion. Histopathological diagnosis of metastatic tissue was reported after biopsy of incisional bone tissue and the patient was

referred to the oncology department for treatment and died a few months after the diagnosis.

Despite the infrequent appearance of maxillary metastases, they should be considered especially in patients with presence of swelling, pain and sudden onset paraesthesia of unknown etiology.

Key words: Mandible, metastasis, oral cavity, primary tumor.

Introducción

La metástasis es el proceso por el cual una célula tumoral se separa del tumor primario que le dio origen, viaja a otro sitio y forma un tumor secundario.¹

La diseminación de los tumores metastásicos a la cavidad bucal se puede dar por vía linfática o hematológica.^{2,3}

En la cavidad bucal, los tumores metastásicos afectan más frecuentemente el tejido óseo que los tejidos blandos orales.⁴

Cuando las metástasis de cánceres primarios se producen en el sistema esquelético, lo hacen principalmente en huesos largos, vértebras y costillas. Las

metástasis de tumores malignos a los maxilares son poco comunes y representan aproximadamente el 1% de todas las lesiones malignas en mandíbula. La ubicación prevalente es la región molar de la mandíbula, seguida por el área premolar, ángulo-rama, cóndilo y proceso coronoides.⁵

La causa de que exista una mayor incidencia en la mandíbula puede asociarse a la presencia de espacios vasculares sinusoidales en el tejido hematopoyético que generan más actividad medular en ella. Eso permite que las células tumorales penetren con mayor facilidad.⁶

Los tumores primarios que principalmente originan metástasis orales en el sexo masculino son los de pulmón, próstata, riñón, hueso y glándulas suprarrenales; en el sexo femenino se presentan con mayor frecuencia en las mamas, la glándula suprarrenal, el colon-recto, los órganos genitales y las tiroides.^{7,8}

La presentación clínica de los tumores metastásicos es variable, lo cual puede conducir a un diagnóstico erróneo.⁹ En general hay ausencia de síntomas, aunque en la mandíbula la mayoría de los pacientes manifiesta tumefacción, dolor y parestesia de rápida progresión. Las fracturas patológicas, la movilidad dental y el trismo son poco frecuentes.⁵

Radiográficamente, se ven como lesiones osteolíticas, radiolúcidas, de límites difusos. Un pequeño porcentaje, como mixtas radiolúcidas-radiopacas, o solo como áreas radiopacas.^{2,7,10}

La ausencia de alteraciones en el examen radiográfico no debe descartar la posibilidad de cambio maligno y de afectación ósea de tumores metastásicos maxilares.¹¹

Los tumores metastásicos son un dilema diagnóstico, ya que la mayoría de los pacientes no presentan un síntoma específico, las lesiones se localizan centralmente en mandíbula y el examen radiográfico suele ser inconcluso.¹² Por lo tanto, debe realizarse el diagnóstico diferencial con quistes odontogénicos, tumores benignos, lesiones de origen infeccioso o traumático,¹² granuloma piógeno, hemangioma, lesión central de células gigantes, hiperplasia gingival, osteomielitis, ameloblastoma y osteosarcoma.^{5,13}

El diagnóstico debe confirmarse con biopsia y, en casos más complejos, mediante asociación con exámenes complementarios, como análisis histoquímico, resonancia magnética y centellografía, entre otros.¹⁴

El pronóstico generalmente es malo, con una media de supervivencia de 7 meses.⁵ Menos del 10% de estos pacientes tiene una supervivencia de 4 años desde el diagnóstico, pero la mayoría fallece antes del año.^{2,7,15}

El tratamiento de las metástasis orales en general es paliativo, y puede incluir la resección quirúrgica local, radioterapia, quimioterapia o una combinación de estas.¹⁶

El tratamiento quirúrgico suele realizarse cuando existe control del tumor primario y la metástasis oral es la única presente, lo cual puede mejorar discretamente el pronóstico. Si el tumor primario es recurrente o hay metástasis diseminadas, la lesión mandibular debe manejarse de manera conservadora.¹⁷ Cuando las metástasis de tejidos blandos presentan

dolor, hemorragia, sobreinfecciones o interferencia masticatoria, se realiza la extirpación paliativa de la lesión.¹⁸

Caso clínico

Se presentó al servicio de guardia del centro odontológico de OSEP una paciente de 60 años de edad por tumefacción y dolor en el lado derecho de la mandíbula, de 15 días de evolución.

Con un historial médico no relevante y fumadora crónica de 10 a 15 cigarrillos diarios, la paciente no refirió antecedentes de traumatismos en la región.

A la inspección clínica extraoral se observó tumefacción en cuerpo y ángulo mandibular derecho, con piel de aspecto normal (fig. 1).

A la palpación se constató lesión firme, de aproximadamente 5 cm en la región molar derecha, adherida a tejido óseo, sin presencia de adenopatías evidentes.

Al examen clínico intraoral se evidenció maxilar superior edéntulo, maxilar inferior con ausencia de elementos dentarios posteriores, piezas dentarias anteriores en mal estado e higiene oral deficiente. En el área correspondiente a la lesión se observó borramiento del surco vestibular y mucosa de características normales (fig. 2).

En la ortopantomografía se confirmó la ausencia de elementos dentarios en el sector afectado que pudiesen relacionarse con la etiología de la lesión hallada. El informe no indicó alteraciones óseas (fig. 3).

El diagnóstico presuntivo en esta etapa sugirió osteosarcoma.

Dada la naturaleza no resolutive de la tumefacción, se solicitó tomografía Cone Beam, la cual reveló lesión osteolítica ovalada con bordes mal definidos en el sector posterior derecho de la mandíbula. En consecuencia, se realizó una biopsia incisional y



Figura 1. Examen clínico extraoral, tumefacción en ángulo y cuerpo mandibular derecho. Piel de aspecto normal.



Figura 2. Examen clínico intraoral. Nótese la ausencia de elementos dentarios y el borramiento del surco vestibular.



Figura 3. Examen ortopantomográfico, sin alteraciones evidentes.

se solicitó el estudio anatomopatológico para concluir con el diagnóstico (figs. 4-5).

El resultado de la anatomía patológica determinó lesión metastásica, por lo que la paciente fue derivada al Servicio de Oncología.

Este informó como diagnóstico definitivo carcinoma de colon estadio IV, con metástasis en hueso, mama, cerebro, cerebelo y ganglios. La paciente comenzó tratamiento paliativo, pero falleció al mes de establecido el diagnóstico.

Discusión

Se estima que el 1% de todos los tumores mandibulares representan una patología metastásica.⁵ Thiele *et al.*,¹⁹ sobre metástasis craneofaciales, menciona un aumento del 2,39% en la incidencia de metástasis a distancia de todas las neoplasias malignas en el área oral y craneomaxilofacial, lo cual duplica los datos publicados anteriormente.

En la cavidad oral, las metástasis son más comunes en la mandíbula (80-85%), seguida por el maxilar superior; pero ambas están involucradas en el 5% de los casos.^{7,20-22} En este reporte de caso, la afectación se localiza en la mandíbula, lo cual coincide con los porcentajes anteriormente citados.

De acuerdo con Hirshberg *et al.*, el sitio más fre-

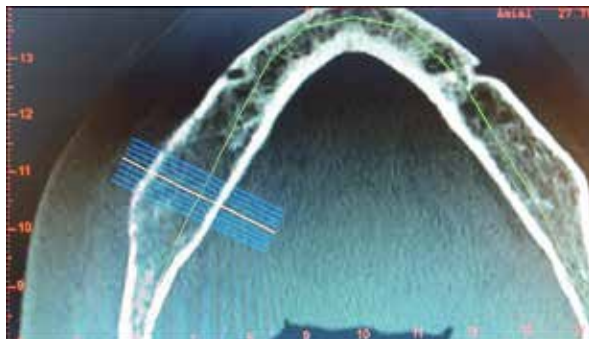


Figura 4. Corte axial de tomografía computada que muestra abombamiento de ambas corticales (vestibular y lingual) y lesión osteolítica en cuerpo mandibular derecho con pérdida del trabeculado normal.

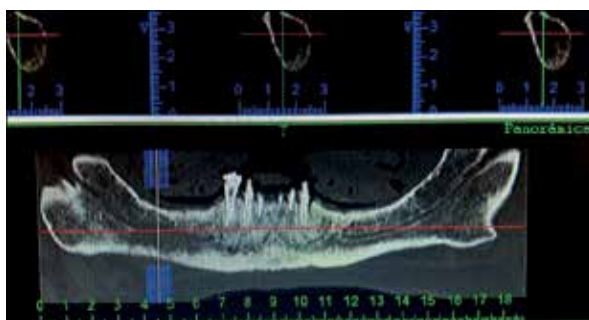


Figura 5. Corte panorámico de tomografía computada. Obsérvese pérdida en la continuidad del conducto del nervio dentario inferior y trabeculado óseo no homogéneo en zona posterior derecha.

cuenta de afectación en la mandíbula, al igual que lo hallado en el presente caso, es el área molar (55%), seguida de área premolar (38%), ángulo-rama (29%), cóndilo (3,5%) y coronoides (1,6%). En el maxilar, predomina la región premolar-molar (55% de todos los casos).⁷

No está claro si la presencia o la ausencia de elementos dentarios influye en la distribución de metástasis mandibular. Si bien la frecuencia de metástasis a los maxilares es baja, parece depender de la presencia de elementos dentarios, como fue informado en 56 de 60 casos (93%). Los tumores metastásicos que involucran sitios de extracciones dentales previas son poco frecuentes.⁸ Sin embargo, no siempre es evidente si el tumor metastásico existió antes o después de la extracción dentaria.

Respecto a la edad, los estudios consultados refieren una frecuencia mayor de metástasis en mandíbula en los pacientes mayores de 50 años,^{10,20,23} con una edad media de 55 años, similar a este caso.

En cuanto al género, mencionan mayor predilección por el sexo femenino, en una proporción 2:1.^{7,20} El presente reporte de caso coincide con estos datos.

De acuerdo con Clausen y Poulsen, las metástasis a las mandíbulas son más habituales en mujeres; el sector posterior es el sitio más común, y la edad media es de 55,6 años.²²

El 70% de las metástasis mandibulares corresponden al tipo histopatológico de adenocarcinoma.^{7,24} En el presente reporte, la microscopía del estudio histopatológico informó hallazgos vinculables a metástasis de carcinoma, sin diferenciación glandular o tubular.

En el 29% de los casos, las metástasis a la cavidad oral son la manifestación inicial de una neoplasia maligna no diagnosticada.^{7,24} En este reporte, la lesión metastásica condujo al diagnóstico de tumor primario en colon.

Conclusión

La literatura refiere que la cavidad bucal no representa un sitio usual para la diseminación metastásica y que es muy poco frecuente la aparición de metástasis oral secundaria a un cáncer primario de colon.

Así mismo, una vez descartado el origen dentario, debe considerarse el riesgo de metástasis en pacientes con antecedentes crónicos de tabaquismo o aparición repentina de parestesia, tumefacción y dolor.

En un gran número de pacientes, la metástasis mandibular es la primera manifestación de un tumor primario no diagnosticado, tal como se describe en el presente caso.

Su diagnóstico en la región oral representa un reto tanto para el odontólogo como para el anatomopatólogo, por lo que debe realizarse, en caso de que no exista, una historia clínica completa, un examen clínico minucioso y exámenes complementarios adecuados, incluida una biopsia en aquellos pacientes que presentan lesión oral atípica.

La enfermedad colon-rectal diseminada tiene mal pronóstico, por lo tanto, generalmente, el tratamiento es paliativo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

Los profesionales de la salud deben estar informados acerca de las tendencias epidemiológicas de esta entidad patológica para poder realizar un diagnóstico precoz y así establecer la derivación oportuna y el tratamiento adecuado en cada caso.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

- Baldawa P, Shirol P, Alur J, Kulkarni VV. Metastasis. To and fro. *J Oral Maxillofac Pathol* 2017;21:463-4.
- Bodner L, Sion-Vardy N, Geffen DB, Nash M. Metastatic tumors to the jaws: a report of eight new cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:132-5.
- Daley T, Darling MR. Metastases to the mouth and jaws. A contemporary Canadian experience. *J Can Dent Assoc* 2011;77:67.
- Nawale KK, Vyas M, Kane S, Patil A. Metastatic tumors in the jaw bones. A retrospective clinicopathological study of 12 cases at Tertiary Cancer Center. *J Oral Maxillofac Pathol* 2016;20:252-5.
- Hirshberg A, Shapiro AS, Kaplan I, Berger R. Metastatic tumors to the oral cavity-pathogenesis and analysis of 673 cases. *Oral Oncology* 2008;44:743-52.
- Barnes L. Metastases to the head and neck: an overview. *Head Neck Pathol* 2009;3:217-24.
- Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastatic tumors to the jawbones: analysis of 390 cases. *J Oral Pathol Med* 1994;23:337-41.
- Hirshberg A, Leibovich P, Horowitz I, Buchner A. tumores metastásicos a los sitios de postextracción. *J Oral Maxillofac Surg* 1993;51:1334-7.
- Meyer I, Shklar G. Malignant tumors metastatic to mouth and jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965;20:350-62.
- Nihismura Y, Yakata T. Metastatic tumours to the mouth and jaws. A review of the Japanese literature. *J Maxillofac Surg* 1982;10:253-8.
- Dhupar V, Akkara F, Kamat RD, Shetye O. Mandibular metastasis from a pulmonary squamous cell carcinoma. *Ann Maxillofac Surg* 2014;4:103-6.
- Abraham PJ, Capobianco DJ, Cheshire WP. Facial pain as the presenting symptom of lung carcinoma with normal chest radiograph. *Headache* 2003;43:499-504.
- Maiorano E, Piattelli A, Favia G. Hepatocellular carcinoma metastatic to the oral mucosa: report a case with multiple gingival localizations. *J Periodontol* 2000;71:641-5.
- Da Silva MC, Vessoni Iwaki LC, Mitsunari Takeshita W, Bragatto FP, Moreira Preis L, Sigua EA. Metastatic carcinoma of hepatic cells in the mandible. *Rev Cubana Estomatol* 2012;49:71-8.
- Mojica-Manosa P, Rigual N, Tan D, Sullivan M. An unusual case of metastatic adenocarcinoma of the rectum to the mandible. A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;64:1436.
- Wood NK, Goaz PW. *Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions*. 5ª ed. St Louis, Mosby, 1997. pp. 346-7.
- Kumar GS, Manjunatha BS. Metastatic tumors to the jaws and oral cavity. *J Oral Maxillofac Pathol* 2013;17:71-5.
- Van der Kwast. Jaw metastases. *Oral Surg* 1974;37:850-4.
- Thiele OC, Freier K, Bacon C, Flechtenmacher C, Scherfler S, Seeberger R. Craniofacial metastases: A 20-year survey. *J Craniomaxillofac Surg* 2011;39:135-7.
- D'Silva NJ, Summerlin DJ, Cordell KG, Abdelsayed RA, Tomich CE, Hanks CT, et al. Metastatic tumors in the jaws. A retrospective study of 114 cases. *J Am Dent Assoc* 2006;137:1667-72.

21. Hirshberg A, Buchner A. Metastatic tumours to the oral region. An overview. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995; 31:355-60.
22. Clausen F, Poulsen H. Metastatic carcinoma of the jaws. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1963;57:361-74.
23. Van der Waal RI, Buter J, Van der Waal I. Oral metastases. Report of 24 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003;41:3-6.
24. Corde Mason A, Azari K, Farkas L, Duvvuri U, Myers E.

Metastatic adenocarcinoma of the colon presenting a mass in the mandibule. *Head Neck* 2005;27:729-32.

Contacto:

GABRIELA ALONSO

mgabrielaalonso@hotmail.com

Granaderos 1642, 1^{er} piso, depto. 6, Sexta sección,
(M5502BPA) Mendoza, Argentina