



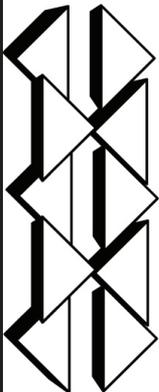
# ***UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO***

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA CIRUJANO DENTISTA**

**“CONDUCTA ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON  
CARCINOMA SARCOMATOIDE EN CAVIDAD BUCAL.  
CASO CLÍNICO”.**

*T E S I S*  
*PARA OBTENER EL TÍTULO DE:*  
*CIRUJANA DENTISTA*  
*PRESENTA:*

***MICHEL VÁZQUEZ MARTÍNEZ***



**DIRECTORA:**  
**C.D. ESP. GRISEL ALICIA CORONA GONZÁLEZ.**  
**ASESORA:**  
**DRA. ROSA DIANA HERNÁNDEZ PALACIOS**

**MÉXICO, CDMX. 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



***“CONDUCTA ODONTOLÓGICA  
EN PACIENTES CON  
CARCINOMA SARCOMATOIDE  
EN CAVIDAD BUCAL.  
CASO CLÍNICO”.***



## *Agradecimientos*

Quiero agradecer a la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza** por mi formación profesional, y principalmente a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por hacer posible cada una de mis metas académicas. A todos los profesores que fueron parte de mi desarrollo académico.

A mí **Padre** gracias por ser mamá y papá a la vez yo sé que nunca me faltó tu apoyo, cariño y motivación para que este sueño se hiciera posible, a mis **hermanas** que siempre han estado en todo momento.

A mí **Tía, Tío y primas** por su cariño y apoyo, gracias por estar siempre conmigo, en las buenas y en las malas.

A mí **Directora** principalmente por su apoyo y atención para que fuera posible esta tesis y que junto a mí **Asesora** me brindaron su experiencia y compromiso los cuales fueron fundamentales para lograr esta meta.

También quiero reconocer a mis **Sinodales** quienes han sido parte de mi formación académica, quiero agradecerles por sus atenciones y disponibilidad hacia conmigo, de igual forma gracias por sus aportaciones y opiniones, que hicieron posible el enriquecimiento de mi tesis.

Por último a todas las personas que han estado conmigo en los últimos años brindándome su apoyo.

**A todos ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud.**



Dedicatoria  
A mí **Madre:** aunque no estés presente físicamente  
nunca dejarás de ser una motivación en mi vida.



1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	JUSTIFICACIÓN	2
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
4.	MARCO TEÓRICO	4
4.1	Antecedentes	5
4.2	Etiología	6
4.3	Epidemiología	9
4.4	Clasificación	10
4.5	Características generales	11
4.6	Características clínicas	12
4.7	Características radiográficas	17
4.8	Características histológicas	19
4.9	Histogénesis	23
4.10	Diagnóstico diferencial	24
4.11	Análisis Inmunohistoquímico	26
4.12	Criterios para el tratamiento y pronóstico	28
4.13	Tratamiento	30
4.14	Conducta Odontológica	31
5.	OBJETIVOS	
5.1	Objetivo General	32
5.2	Objetivos Específicos	32
6.	CASO CLÍNICO	
6.1	Presentación del Caso Clínico	34
7.	MATERIAL Y MÉTODO	
7.1	Tipo de estudio	49
7.2	Recursos	49
8.	CONCLUSIÓN	51
9.	PROPUESTAS	53
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
11.	ANEXOS	64

## 1. INTRODUCCIÓN

El carcinoma sarcomatoide es una neoplasia rara y poco frecuente de alto grado de agresividad, se presenta principalmente en el tracto aerodigestivo superior y puede afectar la cavidad bucal.

La Organización Mundial de la Salud define a este tumor como: “variante del carcinoma de células escamosas que se caracteriza por células fusiformes predominantemente malignas o pleomórficas”.

La mayoría de los casos de carcinoma sarcomatoide se presentan en hombres en un 85%, frecuentemente se diagnostica entre la quinta y séptima década de vida. Se ha relacionado con el tabaquismo, el abuso de alcohol y la radiación.

El diagnóstico de esta neoplasia suele representar un desafío clínico-patológico donde el estudio con técnica de inmunohistoquímica es clave para el diagnóstico histopatológico.

En este trabajo se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 61 años de edad, residente de la Ciudad de México; el cual presenta una úlcera con bordes indurados en el reborde residual antero mandibular, con un tiempo de evolución de 5 semanas, la cual se encontraba previa a un procedimiento de extracciones múltiples que se realizó al paciente en un consultorio privado y que pasó desapercibida; de aquí deriva la importancia de saber la conducta odontológica que se debe seguir ante pacientes que presentan lesiones bucales; para esto es indispensable realizar una adecuada exploración bucal que permita identificar las lesiones y efectuar los estudios necesarios para establecer un diagnóstico certero, y con ello se pueda generar un tratamiento oportuno para un buen pronóstico de salud para el paciente.

### 2. *JUSTIFICACIÓN*

El carcinoma de células escamosas representa más del 90% de todas las lesiones neoplásicas malignas de la cavidad bucal. El carcinoma sarcomatoide es una neoplasia maligna, de evolución rápida y sumamente agresiva; es una variante del carcinoma de células escamosas y tiene una frecuencia del 0.5 al 1%, afecta con mayor frecuencia al sexo masculino, entre la quinta y séptima década de vida.

Esta neoplasia maligna es una variante rara que ha sido poco estudiada, en algunas ocasiones es diagnosticada por su aspecto clínico y la rapidez de su evolución, los pacientes no presentan sintomatología inicial por lo que la lesión evoluciona; cuando se percatan de dicha anomalía ya es en estadios avanzados cuando el tumor crece de manera significativa, por lo que un diagnóstico clínico, histopatológico e inmunológico oportuno en lesiones malignas es de suma importancia para considerar el tratamiento adecuado.

De esta forma es necesario que el Cirujano Dentista conozca la conducta odontológica que se debe tener en pacientes que presenten lesiones en la cavidad bucal, esto implica: identificar toda clase de lesión que pueda ser reconocida con la exploración bucal adecuada; cualquier lesión detectada a

tiempo puede hacer la diferencia en el pronóstico y tratamiento del paciente.

A su vez es de suma importancia que el Cirujano Dentista tenga el conocimiento sobre esta enfermedad y los diferentes estudios que se emplean para el diagnóstico del carcinoma sarcomatoide, así como el abordaje multidisciplinario, ya que el Cirujano Dentista tiene el primer contacto con el paciente, es por ello que está obligado a dar un diagnóstico presuntivo y de esta manera pueda remitir con el especialista para establecer un diagnóstico definitivo.

### 3. *PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*

La frecuencia de neoplasias malignas en la cavidad bucal ha presentado un aumento significativo, teniendo en cuenta que más del 90% de estas neoplasias están representadas por las que son de origen epitelial como el carcinoma de células escamosas; existen variantes de esta neoplasia que no han sido estudiados en su totalidad por su difícil diagnóstico como es el caso del carcinoma sarcomatoide, el cual es considerado como una variante rara en cavidad bucal catalogado como una neoplasia de alto grado de malignidad; por lo que se pretende identificar:

¿Cuál es la importancia del carcinoma sarcomatoide en la cavidad bucal y qué conducta odontológica se debe tener ante este tipo de pacientes?

#### 4. *MARCO TEÓRICO*

El carcinoma sarcomatoide es una neoplasia maligna rara de alto grado con carácter agresivo. La Organización Mundial de la Salud define a este tumor como: “variante del carcinoma de células escamosas que se caracteriza por células fusiformes predominantemente malignas o pleomorficas”.<sup>1, 2</sup>

Esta entidad patológica ha sido poco estudiada y tiene diversas denominaciones como pseudosarcoma, carcinoma sarcomatoide de células escamosas, carcinoma escamoso de células fusiformes y carcinoma fusocelular.<sup>3, 4, 5</sup>

Es una tumoración maligna con una proliferación simultánea en la cual se incluyen células epiteliales y células fusiformes de tipo sarcomatoide esto lo hace ser considerado como un tumor bifásico.<sup>6</sup>

### 4.1 *Antecedentes*

El carcinoma sarcomatoide es una variante maligna muy poco frecuente del carcinoma de células escamosas pobremente diferenciado que consiste en células epiteliales alargadas que se asemejan a un sarcoma.<sup>7</sup>

El carcinoma de células escamosas, también conocido como epidermoide tiene como origen la transformación de las células epiteliales de la mucosa bucal, de forma secundaria a una mutación genética, teniendo estas células anormales la capacidad de invadir todo tipo de tejido cercano y diseminarse a otras regiones por medio del sistema circulatorio y linfático.<sup>6,8</sup>

El carcinoma de células escamosas presente en la cavidad bucal ocupa el lugar número 12 de todas las neoplasias malignas en el mundo. En México se reportó un estudio sobre la mortalidad por neoplasias malignas, donde se señala que el 0.7% es por este tipo de tumor, número que va en aumento. Esta neoplasia ha sido descrita como compleja debido a que suele presentar variantes raras, poco frecuentes.<sup>9</sup>

Su variante sarcomatoide fue descrita por Virchow en el año 1864, quien lo denominó carcinosarcoma, también como doble maligno por estirpe; a lo largo de su estudio se le ha denominado por otros nombres como ya fueron mencionados pseudosarcoma, carcinoma de células fusiformes, carcinoma fusocelular y carcinoma sarcomatoide, por mencionar las denominaciones más conocidas.

En la actualidad sigue existiendo controversia sobre el origen de esta neoplasia y su potencial de malignidad de las células progenitoras implicadas.<sup>10, 11</sup>

## 4.2 *Etiología*

El aumento de la incidencia del cáncer bucal constituye un problema de salud mundial. Se observa en la actualidad una tendencia al incremento de la mortalidad absoluta causada por este tipo de padecimiento.<sup>12</sup>

Si bien la etiología del cáncer bucal es aún desconocida, se ha identificado que además de la carga genética existen otros factores de riesgo que provocan una predisposición para desarrollar cáncer, llamados agentes carcinogénicos, entre los cuales se encuentran:

El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de lesiones precancerosas y malignas, sus componentes más carcinogénicos son la N-nitroso-nor-nicotina, hidrocarburos aromáticos polinucleares y el polonium, siendo perjudiciales localmente y favoreciendo la absorción de sustancias carcinógenas.<sup>13</sup>

Por otra parte el humo de tabaco genera carcinógenos como las nitrosaminas, los radicales libres que bloquean a las enzimas antioxidantes glutatión-S transferasa, la glutatión reductasa, la superóxido dismutasa y la glutatión peroxidasa.

Las nitrosaminas y los carcinógenos hidrocarbonados del cigarrillo tienen efectos genotóxicos que además pueden causar mutaciones.

Los fumadores exponen a su aparato aerodigestivo superior a la acción de los carcinógenos del humo de tabaco, lo que provoca cambios en esa mucosa que persisten por años.<sup>14</sup>

El alcohol puede ser cancerígeno por diferentes mecanismos, pero su más importante ruta es la oxidación a acetaldehído, un carcinógeno, que interfiere con la síntesis y la reparación del ADN.

El alcohol produce una permeabilidad de la mucosa bucal permitiendo así el paso de agentes carcinogénicos; por ello el consumo de alcohol con el tabaco potencializa el efecto maligno de este último.

La radiación, ya sea solar o ionizante en exposiciones prolongadas puede causar una reacción en forma de lesión precancerosa; es causante directo del carcinoma epidermoide.<sup>13</sup>

La mala higiene bucal también ha sido relacionada con esta neoplasia.

La relación socioeconómica es un factor muy importante de predisposición porque se correlaciona con la condición de vida de estos pacientes, así como la actividad laboral que desempeñan como por ejemplo: trabajadores de fábricas, trabajadores de construcción, trabajadores del campo, etc. los cuales tienen un ingreso económico poco remunerado dificultando la posibilidad de adquirir una atención médica, además las condiciones de trabajo que tienen ciertos empleos no son favorables para la salud.

Existen otros factores predisponentes como son las infecciones por VPH y VIH pero los estudios en relación no dan una información o resultados específicos sobre esta correlación.

La etiología directa del carcinoma sarcomatoide es multifactorial, algunos estudios consideran que el carcinoma sarcomatoide es meramente una colisión del sarcoma y el carcinoma, que los cuales se han desarrollado de una forma independiente.

También se ha propuesto que ambos componentes surgen de una célula omnipotente.<sup>15</sup>

Lo que sugiere que los componentes de células fusiformes en el carcinoma sarcomatoide son un patrón de crecimiento modificado de células escamosas asociado con una reacción mesenquimatoso no neoplásica o un compuesto maligno integrado por neoplasmas epiteliales y mesenquimales.<sup>11</sup>

### 4.3 *Epidemiología*

El cáncer bucal representa aproximadamente el 3.5% al 5% de todos los registros de cáncer en todo el organismo humano; tomando en cuenta que todas las neoplasias malignas que surgen en la cavidad bucal pueden ser de origen epitelial o conjuntivo, la lesión con un índice de mayor frecuencia es la de origen epitelial que es el carcinoma de células escamosas el cual representa el 90% de los cánceres bucales.<sup>16</sup>

El carcinoma sarcomatoide se relaciona con al menos el 0.5% de todos los tumores de paladar y orofaringe, en especial su localización con frecuencia es el tracto aerodigestivo superior.<sup>17</sup>

Es considerado como un tumor que afecta a personas entre los 50 y 70 años, donde el sexo más afectado es el masculino con una relación de 5-10:1.<sup>18, 19</sup>

#### 4.4 *Clasificación*

El carcinoma sarcomatoide no está clasificado debido a su rareza, lo que entra en la clasificación es su histogénesis.

Esta patología está constituida por dos tipos celulares, uno que es un componente epitelial y un componente predominante que es el sarcomatoso; en ocasiones se pueden identificar áreas de transición entre ambos tipos celulares.<sup>5, 18, 20</sup>

#### 4.5 *Características generales*

Las principales características del carcinoma sarcomatoide son:

- Origen epitelial del tumor.
- La diferenciación morfológica que existe entre las células epiteliales y mesenquimales.
- La presencia de una gran cantidad de células fusiformes donde son visibles los componentes epiteliales malignos.

Esta última se encuentra en tumores como en los carcinomas de células en transición, en los carcinomas de células escamosas, los adenocarcinomas o los carcinomas anaplásicos.<sup>15</sup>

Desde el punto de vista estructural, existe una zona de transición entre los componentes carcinomatosos y sarcomatosos donde este último generalmente representa más del 50% de la lesión. <sup>2, 20, 21</sup>

#### 4.6 *Características clínicas*

El carcinoma sarcomatoide se puede presentar como un aumento de volumen (masa exofítica) pediculado polipoide, sin embargo también puede manifestarse como un aumento de volumen sésil o una lesión ulcerada infiltrante. Tomando en cuenta que esta neoplasia es una variante del carcinoma de células escamosas puede tomar sus características clínicas habituales que inician con lesiones en placas blancas o rojas tornándose en tumores exofíticos o infiltrantes de superficie irregular e indurada su única diferenciación es por medio de la histología.<sup>22</sup>



**Figura 1. Ulceración con aumento de volumen, en encía mandibular.**

**Fuente: Spindle Cell Carcinoma of the Mandibular Gingiva – A Case Report 2016.**

Clínicamente tiene un comportamiento agresivo, donde el crecimiento de dicha lesión es rápido el cual tiene una amplia tendencia a provocar metástasis, la más recurrente en la región linfática y así como a distancia.

18,23, 24

El carcinoma sarcomatoide tiene la misma localización que el carcinoma de células escamosas convencional, la laringe en particular la glotis, es el sitio primario más común seguido por la cavidad bucal.

- Los sitios menos comunes son la hipofaringe, la orofaringe, los senos paranasales y la cavidad nasal. 2
- Los sitios de mayor afección en la cavidad bucal son el labio inferior, reborde alveolar inferior, piso de boca y reborde lateral de la lengua. 24, 19

Puede aparecer como recidiva de un carcinoma de células escamosas en otra zona de la cavidad bucal.

Su pronóstico se relaciona con la profundidad de invasión, no diferenciándose significativamente de los carcinomas de células escamosas usuales de similar estadio y grosor.<sup>25</sup>



**Figura 2. Masa exofítica blanquecina.**

**Fuente: Spindle cell carcinoma of the gingiva: A rare occurrence 2013.**



Figura 3. Tumor en mandíbula.

Fuente: Spindle cell carcinoma of the mandible: Clinicopathological and immunohistochemical characteristics 2016.

#### 4.7 *Características radiográficas*

La principal apariencia radiográfica del carcinoma sarcomatoide dependerá de su localización, ya que no todos los tumores malignos presentan características radiográficas; la característica que suele presentarse es la destrucción ósea difusa e irregular con una masa de tejido blando, generalmente sin esclerosis o expansión ósea.

Sin embargo, estas apariencias de imagen no son características únicas de esta neoplasia de baja incidencia, por lo tanto solo funciona como un auxiliar en el diagnóstico, al igual que la tomografía computarizada, estos estudios solo nos dan una visión de la expansión de dicha lesión.<sup>15, 26</sup>



**Figura 4. Segmento de radiografía panorámica, donde se demuestra destrucción ósea derivada de la tumoración.**

**Fuente: Spindle cell carcinoma of the mandible: Clinicopathological and immunohistochemical characteristics 2016.**

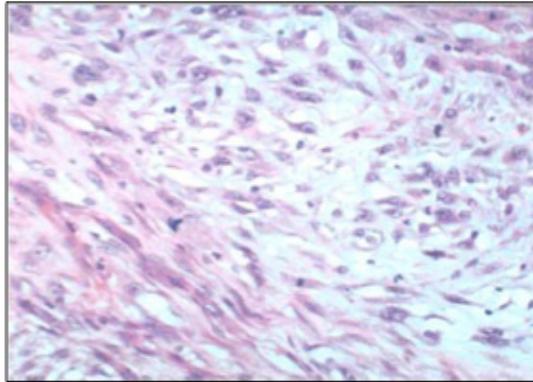
#### 4.8 *Características histológicas*

La identificación histopatológica del carcinoma de células escamosas en algunas partes del tumor es esencial para el diagnóstico de carcinoma de células fusiformes o sarcomatoide.

En ocasiones el epitelio maligno es frecuentemente escaso. El componente de célula fusiforme ocupa la mayor parte de la masa neoplásica, a menudo se extiende sobre toda la superficie del tumor, haciendo el reconocimiento del proceso bifásico desafiante.<sup>27</sup>

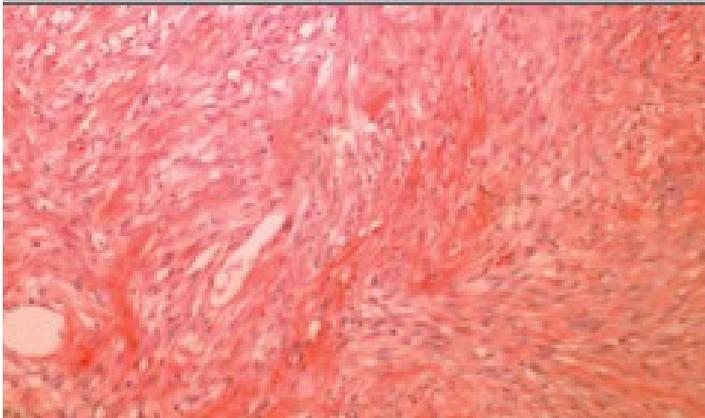
El carcinoma de células fusiformes se compone predominantemente de fascículos de células en forma de haces anaplásicos. Algunas células fusiformes pueden aparecer como elementos epiteliales, evidentes, pero otras se asemejan mucho a las células mesenquimales atípicas, en raras ocasiones pueden verse células de tejido óseo, cartílago o diferenciación muscular, al igual que numerosas figuras mitóticas a menudo pueden estar presentes.

La imagen es similar a la de un fibrosarcoma anaplásico, excepto para el elemento escamoso.<sup>20</sup>



**Figura 5.** Fotomicrografía a 200x; teñida en hematoxilina y eosina, muestra apariencia de células fusiformes del tumor.

**Fuente:** Spindle cell carcinoma of the mandible: Clinicopathological and immunohistochemical characteristics 2016.



**Figura 6. Fotomicrografía a 100x; actividad mitótica creciente así como pleomorfismo.**

**Fuente: Spindle cell carcinoma of the mandible: a case report 2017.**

El componente escamoso suele consistir en un carcinoma in situ del epitelio superficial superpuesto pero puede aparecer como islas de epitelio escamoso displásico entre las células fusiformes, de esa manera puede verse la transición directa entre los dos tipos de células.

Las lesiones metastásicas pueden mostrar solamente células fusiformes, escamosas, o una combinación de ambas, por ello pueden ser necesarias secciones en serie para encontrar áreas de carcinoma de células escamosas inequívocas, y las técnicas inmunohistoquímicas pueden ser particularmente útiles para distinguir este tumor de tumores malignos de células fusiformes mesenquimatosas, las células de la mayoría de los tumores mesenquimatosos típicamente son positivos a vimentina pero no citoqueratina.

Aproximadamente dos tercios de los casos de carcinoma de células fusiformes o sarcomatoide reaccionan a anticuerpos dirigidos contra citoqueratina, y un número equivalente muestra inmunoreactividad vimentina. Algunos casos también serán positivos para el antígeno carcinoembrionario (CEA).<sup>28</sup>

## 4.9 *Histogénesis*

Diferentes investigaciones han propuesto teorías las cuales tratan de explicar la naturaleza y origen de este tipo de tumor desde la presencia de las células fusiformes.

- La primera teoría afirma que las células fusiformes y epiteliales surgen simultáneamente de células madre separadas, de esta forma se hace merecer el nombre de tumor de colisión.
- La segunda teoría explica la naturaleza del componente de células fusiformes como una proliferación reactiva atípica del estroma, por lo tanto se denomina pseudosarcoma.
- La tercer teoría aclara que las células de los componentes del hueso y del epitelio tienen el mismo origen monoclonal, y se ha producido desdiferenciación o transformación a células fusiformes.

Siendo esta última teoría la mejor aceptada y respaldada por diferentes estudios donde toman esta hipótesis como el verdadero origen.<sup>29</sup>

#### *4.10 Diagnóstico diferencial*

El diagnóstico diferencial se realiza excluyendo a los sarcomas mesenquimatosos con características clínicas similares como son el fibrosarcoma, angiosarcoma y melanoma. Estos se van a diferenciar del carcinoma sarcomatoide con un escaneo detallado en diferentes áreas de la histopatología tumoral junto con un buen panel de inmunohistoquímica, donde las células involucradas y los agentes químicos serán los que den la pauta para un diagnóstico definitivo.<sup>30, 31</sup>

El fibrosarcoma es una neoplasia mesenquimatososa maligna de los fibroblastos; muestra células fusiformes dispuestas en fascículos con celularidad baja a moderada y una apariencia espigada, existe un ligero pleomorfismo nuclear y mitosis poco frecuente, con un estroma colágeno.

El rhabdomyosarcoma es un tumor maligno que se origina de las células musculares estriadas; las células tumorales muestran marcado pleomorfismo nuclear y celular, hiper cromatismo nuclear, nucléolos prominentes, pérdida de cohesión entre las células, abundantes figuras mitóticas anormales y morfología ocasional de células fusiformes.

Otro diagnóstico diferencial es el carcinoma de células escamosas, este siendo el precursor del carcinoma sarcomatoide; clínicamente presentan las mismas características como son: la masa exofítica polipoide, la presencia ulcerativa e infiltrativa principalmente, las características clínicas pueden ser claras y contundentes para dar un diagnóstico clínico, la diferenciación entre este tipo de carcinoma y sus demás variantes como: el carcinoma de células escamosas basocelular, carcinoma verrucoso, carcinoma de células escamosas pseudoganglionar, estará dada por la diferenciación celular que se presentará en el estudio histopatológico, además de un estudio de inmunohistoquímica donde se analizan marcadores químicos detallados presentes en cada célula y su posible variación.<sup>32, 33</sup>

### *4.11 Análisis Inmunohistoquímico*

La inmunohistoquímica es una prueba de laboratorio en donde se usan anticuerpos con el fin de identificar ciertos antígenos o marcadores en una muestra de tejido; en este caso se emplea sobre los cubos de para-fina con la muestra de tejido maligno o una laminilla con el corte histológico, método que sirve como auxiliar en el diagnóstico de neoplasias malignas como lo es el carcinoma y sus diferentes tipos. Su identificación es por medio de los anticuerpos los cuales están unidos a una enzima o a un tinte fluorescente, este se activa cuando los anticuerpos se unen al antígeno en la muestra de tejido; de esa manera el antígeno se puede observar al microscopio.<sup>34</sup>

La expresión inmunohistoquímica del carcinoma sarcomatoide se ha estudiado recientemente. El componente epitelial del carcinoma sarcomatoide expresa citoqueratina, mientras que las áreas de huso celular expresan vimentina con positividad variable para citoqueratina.

Hay tres marcadores comunes de células tumorales: citoqueratina, vimentina y actina.

Los marcadores epiteliales más sensibles para la demostración del fenotipo epitelial son la queratina o pancitoqueratina y el antígeno de membrana epitelial pueden ser útiles en el diagnóstico diferencial del carcinoma sarcomatoide con otras lesiones sarcomatosas. La ausencia de tinción de queratina en las células tumorales sarcomatoides no siempre excluye al carcinoma sarcomatoide porque algunos de estos muestran inmunorreactividad de la queratina en sus componentes sarcomatoides solo con algunos anticuerpos anti-queratina.<sup>35, 36</sup>

La vimentina es una proteína que está presente en muchas neoplasias diferentes, pero se expresa particularmente en aquellas originarias de las células mesenquimatosas.<sup>2</sup>

#### ***4.12 Criterios para el tratamiento y pronóstico (Estadificación TNM)***

El sistema de estadiaje TNM fue propuesto en 1941 por Pierre Denoix; es un sistema anatómico donde se describe la extensión a un nivel anatómico del tumor primario así como la afección a nivel de los nódulos linfáticos y si hay producción de metástasis a distancia.

Es de suma importancia el uso de este sistema para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado para definir un pronóstico de salud para el paciente con padecimiento de neoplasias malignas.

En el sistema TNM:

- La T se refiere al tamaño y extensión del tumor primario.
- La N se refiere a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios o nódulos linfáticos cercanos.
- La M se refiere a si el tumor ha generado metástasis. Esto significa que el carcinoma se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo.<sup>37</sup>

T (Descripción del tamaño del tumor primario)	
Tx	El tumor primario no puede ser evaluado.
T0	No hay evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> .
T1	Tumor de 2 cm de tamaño o menor.
T2	Tumor entre 2-4 cm.
T3	Tumor mayor a 4 cm.
T4	Tumor invade otras estructuras como; el hueso cortical, seno maxilar, piel, músculo pterigoideo (T4a, T4b).
N (estado de los ganglios linfáticos regionales)	
Nx	Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados.
N0	No hay evidencia de tumor primario.
N1	Metástasis a nivel de un solo nódulo linfático ipsilateral de 3 cm o menor.
N2	Metástasis a nivel de un solo nódulo linfático ipsilateral entre 3-6 cm de tamaño (2a), metástasis en múltiples nódulos linfáticos ipsilaterales no mayores de 6 cm (2b) o metástasis a nivel de nódulos linfáticos bilaterales no mayor de 6 cm (2a).
N3	Metástasis en un nódulo linfático mayor de 6 cm.
M (metástasis a distancia)	
M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Hay metástasis a distancia.

Figura 7. Estadiaje TNM de tumores de cavidad oral.

Fuente: Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura.2015

### 4.13 *Tratamiento*

El tratamiento de elección para el carcinoma sarcomatoide es la resección quirúrgica total del tumor incluyendo las estructuras anatómicas afectadas.

En sí estos tumores pueden ser manejados como cualquier carcinoma de células escamosas según el estadio, tamaño y localización, se ha descrito como alternativa en las lesiones con un estadio temprano o con un tumor primario el tratamiento con radioterapia, sin embargo la mayoría de los autores están a favor del manejo quirúrgico completo de estos tumores, ya que existe la creencia de que estos tumores son radiorresistentes.<sup>38, 39, 40</sup>

Por ello los objetivos de un tratamiento eficaz son eliminar el tumor, conservar o restaurar la forma y función de los puntos de referencia anatómicos, minimizar el proceso del tratamiento, y finalmente prevenir los tumores primarios posteriores.

Durante la intervención quirúrgica se sugiere establecer márgenes de seguridad más amplios (> 2 cm).

Junto con la resección quirúrgica, la radioterapia y la quimioterapia se pueden usar como terapia adjunta.<sup>11, 41</sup>

Leventon y colaboradores encontraron que la supervivencia estaba relacionada con la profundidad de la invasión; los pacientes con tumores profundamente invasivos tenían una baja tasa de supervivencia, mientras que aquellos con tumores superficiales tenían un excelente pronóstico de supervivencia.<sup>42</sup>

### 4.14 Conducta Odontológica

El Cirujano Dentista debe realizar un expediente clínico en el cual integre toda la información relevante en el historial de salud del paciente, de la misma forma debe estar capacitado para llevar a cabo una exploración bucal completa, con la cual será capaz de identificar todo tipo de anomalía presente en la cavidad bucal, con el objetivo de analizar en qué condición se presenta el sistema estomatognático del paciente.

La finalidad de esta valoración y con los respectivos análisis de los diferentes auxiliares de diagnóstico es la implementación de un diagnóstico certero y con ello el plan de tratamiento; en el caso de los pacientes con un diagnóstico presuntivo o compatible con una neoplasia maligna es importante identificar la conducta y el papel del Cirujano Dentista como parte del equipo multidisciplinario para la atención del paciente, ya que este es el primer contacto y quién recauda toda la información clínica del paciente, en el recae la responsabilidad de remitir al paciente con los respectivos especialistas en el área. Un trabajo en conjunto, facilita el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de padecimientos.

## 5. **OBJETIVOS**

### 5.1 *Objetivo General*

Establecer la conducta odontológica a seguir en pacientes con carcinoma sarcomatoide en cavidad bucal

### 5.2 *Objetivos Específicos*

Describir las características clínicas e histológicas del carcinoma sarcomatoide.

Describir los principales auxiliares de diagnóstico para el carcinoma sarcomatoide.

Describir el tratamiento del carcinoma sarcomatoide.

## 6. *CASO CLÍNICO*

## 6.1 *Presentación del Caso Clínico*

### FICHA CLÍNICA:

- Nombre: VVJC.
- Sexo: Masculino
- Edad: 61 años
- Ocupación: Empleado en construcción
- Escolaridad: Primaria
- Derechohabiente: Seguro Popular.
- Estado civil: Unión libre

### MOTIVO DE CONSULTA:

- “Herida que no cierra y molesta al comer”

### MOTIVO DE INTERCONSULTA:

- “Aumento de volumen en área mandibular”

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

- Diabetes Mellitus: Hermanos (2)
- HTA: Hermana

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

- Rubeola
- Cáncer bucal: Hijo
- Consumo de tabaco y alcohol: positiva con poca frecuencia.

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

- Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, cuenta con mascota, hábitos higiénicos cada tercer día baño, lavado de dientes 2 veces al día, realiza 3 comidas blandas al día.

Niega alergias a medicamentos.

### ANTECEDENTES SEXUALES:

- Negados por el paciente.

### PADECIMIENTO ACTUAL:

- Lesión en reborde alveolar y piso de boca con evolución aproximada de 2 meses.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

- Descripción general: Paciente cooperador con marcha de tipo senil, pronta para su edad.

Peso (58kg.), con referencia de pérdida de peso aproximadamente de 5kg en 6 meses.

Talla (1.57mts.).

- Cara y cuello: paciente mesocéfalo, con asimetría en nariz, labios y mentón, exploración ganglionar positiva en cadena submentoniana sin dolor y consistencia dura sin movilidad tamaño aproximado a 5 mm, exploración de ATM con chasquido a la apertura sin molestia. Exploración muscular sin datos de relevancia.

- Intrabucal: labios y mucosa deshidratados, encía de reborde residual mandibular izquierda con falta de integridad consecuente a extracciones de órganos dentarios; reborde residual derecho presenta una úlcera con un tamaño aproximado de 5.8 x 3.0 x 0.8 cm, con bordes indurados, presenta un color rojo con áreas blanquecinas; en la porción posterior se presenta una úlcera de menor tamaño aproximado a 1.0 x 0.5 cm, de color blanco con áreas amarillentas, piso de boca con aumento de volumen y consistencia firme.



Figura 8. Úlcera infiltrativa, con bordes indurados.

Fuente: directa



Figura 9. Encía alveolar en proceso de cicatrización

Fuente: directa

***IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:***

- Carcinoma de células escamosas.

***AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:***

Ortopantomografía: maxilar en este se observan zonas radiolúcidas no definidas en relación a la raíces de los órganos dentarios, en su porción anterior y posterior declarando poco soporte óseo; se presenta pérdida ósea vertical y horizontal.

En la zona mandibular se observan en el cuerpo de la mandíbula zonas radiolúcidas consecuentes a extracciones de órganos dentarios, el reborde alveolar anterior presenta una zona radiolúcida poco definida; referente a la presencia de destrucción ósea.



**Figura 10. Radiografía panorámica, donde se comprueba destrucción ósea, en zona correspondiente a la lesión.**

**Fuente: directa**

- **Biopsia incisional:** Se programó intervención quirúrgica para la remoción de tejido de lesión con dx presuntivo maligno; el paciente acudió a consulta, se tomaron signos vitales cuyos valores fueron normales; se preparó el campo operatorio bajo las normas de asepsia y antisepsia, se anestesió al paciente con 1 ½ cartucho de anestésico de lidocaína con epinefrina al 1:100 000 con técnica infiltrativa de dentario inferior, posteriormente se opta por realizar dos cortes de tejido en distintas partes de la lesión, para obtener 2 fragmentos que en conjunto midieron 2.0 x 1.0 x 0.7 centímetros. Por último se realizó presión en las heridas para provocar hemostasia, y llevar a cabo la saturación con sutura vicryl 3/0 con una invasión mínima; se terminó el tratamiento sin complicaciones. Se colocó el tejido en formol al 10% para su evaluación y diagnóstico histopatológico.

- **Descripción macroscópica:** Dos fragmentos de tejido blando que en conjunto miden 2.0 x 1.0 x 0.7 centímetros, de forma ovoide, superficie irregular, color café claro con áreas café oscuro y consistencia firme.



Figura 11. Muestra de tejido blando

Fuente: directa

**Descripción microscópica:** En los cortes histológicos examinados se observa neoplasia compuesta por fascículos de células anaplásicas fusiformes de aspecto epitelial, las cuales son pleomorfas, con núcleo hiper cromático, mitosis atípicas frecuentes y pérdida de la relación núcleo-citoplasma, algunas de las células neoplásicas se encuentran rodeando a los vasos sanguíneos.

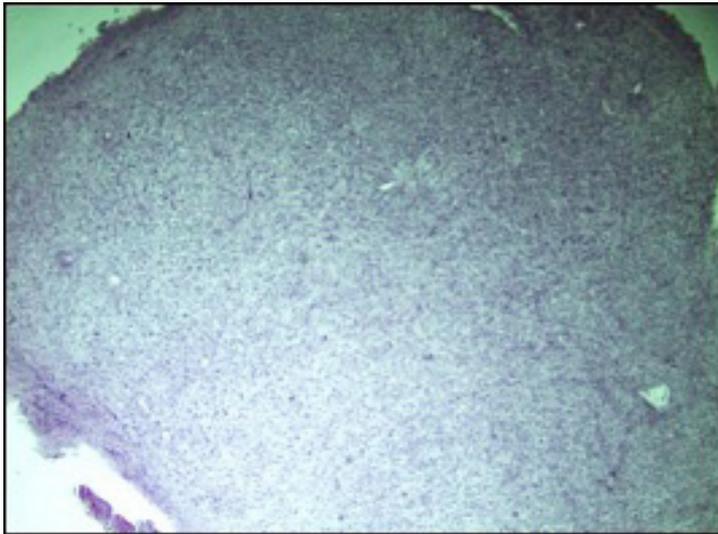
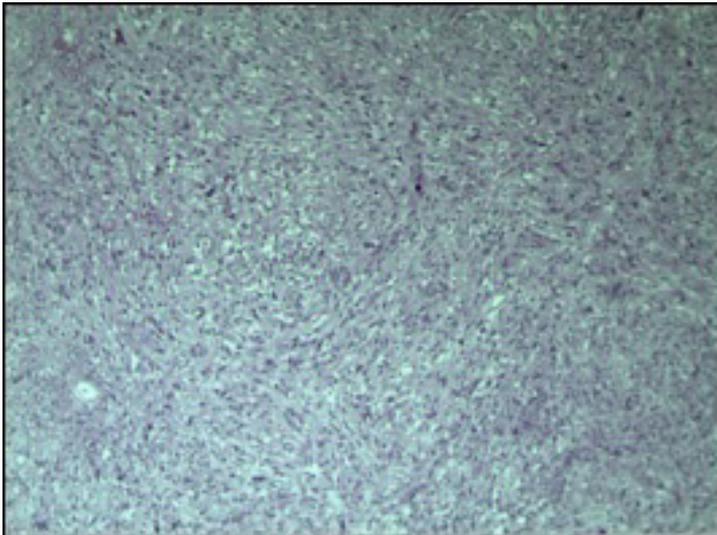


Figura 12. Fotomicrografía (H y E 40x) donde se observa proliferación de células neoplásicas.

Fuente: directa



**Figura 13. Fotomicrografía (H y E 100x) donde se observa un patrón de haces entre cruzados de células fusiformes.**

**Fuente: directa**

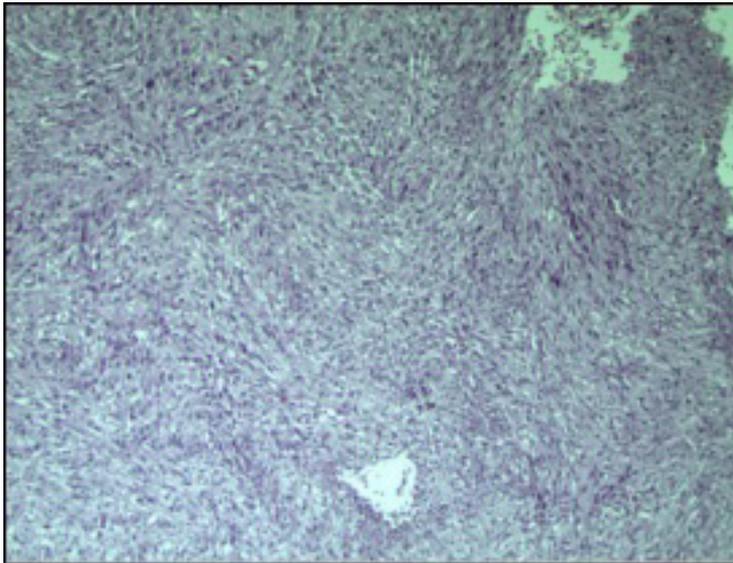
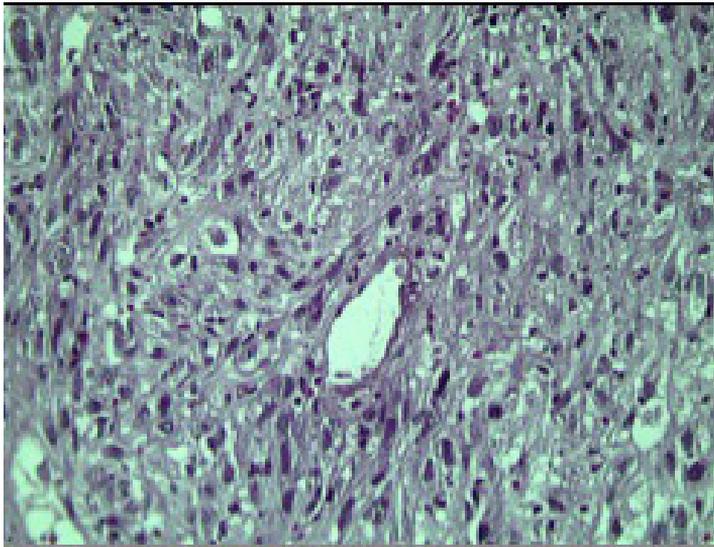


Figura 14. Fotomicrografía (H y E 100x) donde a mayor detalle se observan células fusiformes de aspecto epitelial.

Fuente: directa



**Figura 15.** Fotomicrografía (H y E 400x) donde se observan las células neoplásicas rodeando al vaso sanguíneo.

Fuente: directa

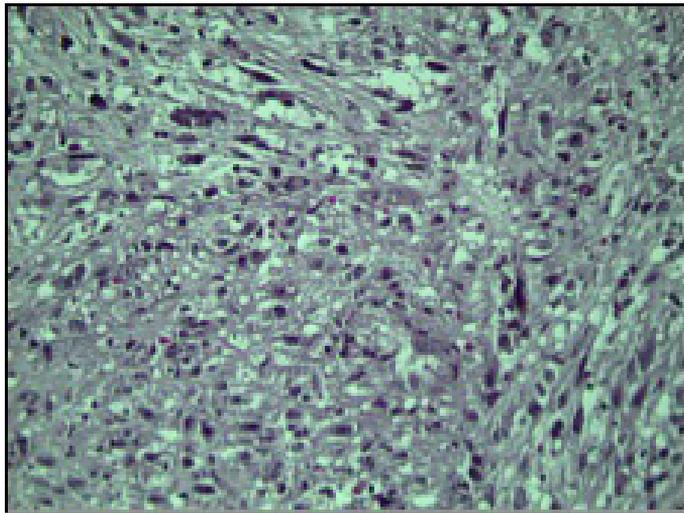


Figura 16. Fotomicrografía (H y E 400x) donde se observan las células anaplásicas pleomórficas con núcleo hiper cromático y mitosis atípicas

Fuente: directa

## ***PRONÓSTICO:***

- Reservado hasta la obtención de la valoración oncológica especializada.

## ***TRATAMIENTO:***

- ***FASE I HIGIENIZACIÓN:***

Técnica de cepillado.

- ***FASE II QUIRÚRGICA:***

Biopsia incisional (auxiliar de diagnóstico).

- ***FASE III REHABILITATORIA:***

No definida hasta obtención de tratamiento especializado.

- ***FASE IV MANTENIMIENTO:***

Remisión o interconsulta del paciente a hospital de tercer nivel con especialización en Oncología, para recibir valoración y atención especializada que consistirá en la eliminación completa de la lesión y en caso necesario radioterapia. El paciente aceptó y se le solicitó tener un seguimiento posterior a su tratamiento.

## 7. *MATERIAL Y MÉTODO*

### 7.1 *Tipo de estudio.*

Estudio de tipo descriptivo, estudio de caso.

### 7.2 *Recursos.*

Humanos:

- \* Pasante del servicio social Michel Vázquez Martínez.
- \* Paciente de la Unidad de Patología Bucal de la CUAS Zaragoza, UNAM.
- \* Directora de Tesis CD. Esp. Grisel Alicia Corona González.
- \* Asesora de Tesis Dra. Rosa Diana Hernández Palacios.

Físicos:

- \* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- \* CUAS Zaragoza, UNAM. Unidad de Patología Bucal.
- \* Biblioteca Central de Ciudad Universitaria, UNAM.
- \* Biblioteca de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Campo I, UNAM.

*Materiales:*

\* Historia clínica de la Unidad de Patología Bucal de la CUAS Zaragoza, UNAM.

\* Unidad dental.

\* Uniforme clínico.

\* Instrumental clínico de cirugía de tejidos blandos:

Incisión: mango de bisturí, hojas de bisturí n°15, tijeras para encía, tijeras de mayo rectas.

Hemostasia: pinzas Halsted rectas y curvas, gasas estériles.

Exposición: separador de Farabeuf

Diseción: pinzas de disección con y sin dientes.

Sutura: sutura reabsorbible, pinzas porta agujas y tijeras para sutura.

\*Barreras de protección (guantes, cubre bocas, algodón, abetelenguas y careta).

\* Frasco con formol al 10%.

\* Auxiliares de diagnóstico: biopsia y estudio histopatológico.

\* Papelería (hojas, bolígrafos).

\* Computadora e impresora.

### 8. *CONCLUSIÓN*

La conducta odontológica en pacientes con carcinoma sarcomatoide engloba el trato y contacto hacia el paciente; en donde es indispensable la elaboración de una historia clínica completa y una exploración bucal adecuada, esto junto con los datos clínicos harán posible la realización de un diagnóstico presuntivo, que será confirmado con la utilización de auxiliares de diagnóstico.

Es importante el manejo multidisciplinario entre especialistas para proporcionar un diagnóstico definitivo al paciente con carcinoma sarcomatoide, y así remitir a un servicio oncológico especializado de tercer nivel de atención, para que reciba un tratamiento acorde a su padecimiento

El pronóstico del carcinoma sarcomatoide dependerá de su localización, tamaño y presencia de metástasis.

El caso clínico presentado demuestra la importancia que tiene la biopsia como auxiliar en el diagnóstico, su finalidad es un estudio histopatológico; que aunado al estudio inmunohistoquímico, son clave para establecer un tratamiento.

Por otra parte se sabe que en la CUAS Zaragoza por ser un servicio de atención a la salud de primer nivel son pocos los casos que se presentan con algún tipo de cáncer, no por ello deja de ser importante la identificación de

cada una de estas neoplasias malignas para que de esta manera los profesionistas en formación estén capacitados y conozcan la importancia de la conducta odontológica ante pacientes con neoplasias malignas en la cavidad bucal, facilitando el manejo de la práctica clínica.

### 9. *PROPUESTAS*

- Difundir en los Cirujanos dentistas en formación la importancia del conocimiento de neoplasias malignas, específicamente del carcinoma sarcomatoide.
- Capacitar al Cirujano Dentista para implementar una adecuada conducta odontológica ante pacientes con neoplasias malignas.
- Se sugiere modificar el Plan de estudios de tal manera que se pueda profundizar en el conocimiento de neoplasias malignas, lo anterior complementándolo con rotaciones hospitalarias en servicios de medicina y patología bucal.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Bayaty H, Balkaran RL. Spindle cell carcinoma of the mandible: Clinic pathological and immunohistochemical characteristics. *J Oral Biol Craniofac Res* [Internet]. 2016 [citado 2017 Sept 2]; 6(2):160-163. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.jobcr.2015.08.009>
2. Lewis JS. Spindle Cell Lesions-Neoplastic or Non-Neoplastic?: Spindle Cell Carcinoma and Other Atypical Spindle Cell Lesions of the Head and Neck. *Head and Neck Pathology* [Internet]. 2008 [citado 2017 Sept 2]; 2(2):103-110. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s12105-008-0055-4>
3. Wenig BM. Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract: precursors and problematic variants. *Mod Pathol* [Internet]. 2002 [citado 2017 Sept 2]; 15(3):229-54.
4. Viswanathan S, Rahman K, Pallavi S, Sachin J, Patil A, Chaturvedi P, Kane SV. Sarcomatoid (Spindle Cell) Carcinoma of the Head and Neck Mucosal Region: A Clinic pathologic Review of 103 Cases from a Tertiary Referral Cancer Centre. *Head and Neck Pathology* [Internet]. 2010 [citado 2017 Sept 2]; 4(4):265-275. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s12105-010-0204-4>

5. Lamura A, Finiol HJ, Garriga GE, Márquez A, Tinoco P, Bello B. Patología ultraestructural de un caso de carcinoma de células fusiformes de la cavidad bucal con características de carcinosarcoma. *Act Odonto Ven* [Internet]. 2000 [citado 2017 Sept 2]; 39(1). Disponible en: [www.actaodontologica.com](http://www.actaodontologica.com)
6. Gómez OG, Ferreras GJ, Junquera GLM. Carcinoma fusocelular de cavidad oral. Revisión de 9 casos. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [Internet]. 2006 [citado 2017 Sept 2]; 28(1). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
7. Soumi S, Sreelatha SV, Hegde N, Nair PP. Spindle cell carcinoma in maxilla [Internet]. *BMJ Case Rep*. 2013 [citado 2017 Sept 2]; bcr201300961. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645897/>
8. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Epidermoide de cavidad oral en pacientes mayores de 18 años [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2010 [citado 2017 Sept 2]. Disponible
9. Meza GG, Muñoz IJJ, Páez VC, Cruz LB, Aldape BB. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México: Experiencia de cinco años. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2009

Feb [citado 2017 Nov 13]; 25(1):19-28. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852009000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000100003&lng=es)

10. Horcasitas PRA, Ramos ME, Martínez LR. Carcinoma sarcomatoide de paladar blando. *An Orl Mex.* 2013; 58:49-51.
11. Hwan Kim T, Hwan Kim C. Spindle cell carcinoma of the tongue combined with double primary cancer of the thyroid gland: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2016; 42(4): 221-226.
12. Bittencourt ME, Lourerio CA, Coimbra WH, Palmier AZ, Guilherme PA. Validation of the meticulous clinical exam (MCE) for the screening of oral cancer. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo* 2001; 6(1):71-75.
13. García GV, Bascones MA. Cáncer oral: Puesta al día. *AV Odontostomatol [Internet].* 2009. [citado 2017 oct 2]; 25(5): 239-248.
14. Rodu B, Jansson C. Smokeless tobacco and oral cancer: a review of the risks and determinants. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2004; 15(5):252-263.
15. Xun-Ze S, Fang L. Primary sarcomatoid carcinoma of the man. *dibular gingiva: clinicopathological and radiological findings.* *Singapore Med J.* 2014; 55(9): e152-e155

16. Centeno A, Danielo C, Campana R, Orozco MA. Tumores malignos de boca. *Med Cutan Iber Lat Am* [Internet]. 2010 [citado 2017 Sept 2]; 38(6): 221-228. Disponible en: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
17. Liuzzi J, Pezzetti L, Brito E, Garriga E, González C. Carcinoma sarcomatoide de hipofaringe. *Rev Venez Oncol*. 2006; 18(3):171-176.
18. Artal SR, Yanguas BN, Munilla ML, Amat VI, Monzón MFJ, Aisa RG. Carcinoma fusocelular de laringe. *O R L Aragon*. 2011; 14(2):6-8.
19. Ellis GL, Corio RL. Carcinoma de células fusiformes de la cavidad oral. Una evaluación clinicopatológica de cincuenta y nueve casos. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1980 Dec; 50 (6): 523-33.
20. Ellis GL, Langloss JM, Heffner DK, Hyams VJ. Carcinoma de células fusiformes del tracto aerodigestivo. Un análisis inmunohistoquímico de 21 casos. *Am J Surg Pathol*. 1987 Mayo; 11(5):335-42.
21. Rath K, Das BK, Das SN, Baisakh M. Spindle cell carcinoma of maxilla: Histomorphological and immunohistochemical analysis of a case. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014; 18(2): 256–261.

22. Reyes M, Pennacchiotti G, Valdes F, Montes R, Veloso M, Matamala MA, Zanolli L, Alcayaga GR. Sarcomatoid (Spindle Cell) Carcinoma of Tongue: A Report of Two Cases. *Case Rep Dent*. 2015; 2015:780856.
23. Fuente CR, Alañón FMA, Murillo LCR, Ruiz GM, Crespo HJ, Morales PM, García CE, Crespo SJ. Carcinoma fusocelular de orofaringe: una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide. *Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja*. 2012; 3(34):277-282.
24. Ceccoti EL, Sfarza R. El diagnóstico en clínica estomatológica [Internet]. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007[citado 2017 Sept 2];326 p. Disponible en: <https://books.google.com.mx>
25. Suarez C, Gil - Carcedo LM, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello [Internet]. Madrid: Médica Panamericana; 2008 [citado 2017 Sept 2];4095 p. Disponible en: <https://books.google.com.mx>
26. Lambert PR, Ward PH, Berci G. Pseudosarcoma de la laringe: un análisis exhaustivo. *Arch Otolaryngol*. 1980 nov; 106 (11): 700-8.
27. Patankar SR, Goankar PP, Bhandare PR, Tripathi N, Sridharan G. Spindle cell carcinoma of the mandibular

dibular gingiva: clinicopathological and radiological findings. Singapore Med J. 2014; 55(9): e152–e155

16. Centeno A, Danielo C, Campana R, Orozco MA. Tumores malignos de boca. Med Cutan Iber Lat Am [Internet]. 2010 [citado 2017 Sept 2]; 38(6): 221-228. Disponible en: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

17. Liuzzi J, Pezzetti L, Brito E, Garriga E, González C. Carcinoma sarcomatoide de hipofaringe. Rev Venez Oncol. 2006; 18(3):171-176.

18. Artal SR, Yanguas BN, Munilla ML, Amat VI, Monzón MFJ, Aisa RG. Carcinoma fusocelular de laringe. O R L Aragon. 2011; 14(2):6-8.

19. Ellis GL, Corio RL. Carcinoma de células fusiformes de la cavidad oral. Una evaluación clinicopatológica de cincuenta y nueve casos. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1980 Dec; 50 (6): 523-33.

20. Ellis GL, Langloss JM, Heffner DK, Hyams VJ. Carcinoma de células fusiformes del tracto aerodigestivo. Un análisis inmunohistoquímico de 21 casos. Am J Surg Pathol. 1987 Mayo; 11(5):335-42.

21. Rath K, Das BK, Das SN, Baisakh M. Spindle cell carcinoma of maxilla: Histomorphological and immunohistochemical analysis of a case. J Oral Maxillofac Pathol. 2014; 18(2): 256–261.

22. Reyes M, Pennacchiotti G, Valdes F, Montes R, Veloso M, Matamala MA, Zanolli L, Alcayaga GR. Sarcomatoid (Spindle Cell) Carcinoma of Tongue: A Report of Two Cases. *Case Rep Dent.* 2015; 2015:780856.
23. Fuente CR, Alañón FMA, Murillo LCR, Ruiz GM, Crespo HJ, Morales PM, García CE, Crespo SJ. Carcinoma fusocelular de orofaringe: una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide. *Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja.* 2012; 3(34):277-282.
24. Ceccoti EL, Sfarza R. El diagnóstico en clínica estomatológica [Internet]. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007[citado 2017 Sept 2];326 p. Disponible en: <https://books.google.com.mx>
25. Suarez C, Gil - Carcedo LM, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello [Internet]. Madrid: Médica Panamericana; 2008 [citado 2017 Sept 2];4095 p. Disponible en: <https://books.google.com.mx>
26. Lambert PR, Ward PH, Berci G. Pseudosarcoma de la laringe: un análisis exhaustivo. *Arch Otolaryngol.* 1980 nov; 106 (11): 700-8.
27. Patankar SR, Goankar PP, Bhandare PR, Tripathi N, Sridharan G. Spindle cell carcinoma of the mandibular

gingiva-A case Report. J Clin Diagn Res. 2016; 10(2):ZD08-ZD10.

28. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 2ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2002. 369p.

29. Biradar MV, Dantkale SS, Abhange RS, Kamra HT, Birla K. Spindle cell carcinoma of the tongue: a rare variant of squamous cell carcinoma. Ecancermedicalscience. 2014; 8: 447.

30. Thompson LD, J Westeke, Miettinen M, Heffner DK. Células fusiformes (sarcomatoides) carcinomas de la laringe: un estudio clinicopatológico de 187 casos. Am J Surg Pathol [Internet]. 2002 [citado 2017 Sept 2]; 26:153- 170. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

31. Oktay M, Kokenek-Unal TD, Ocal B, Saylam G, Korkmaz MH, Alper M. Carcinoma de células fusiformes de la lengua: un tumor raro en un lugar inusual. Patholog Research International [Internet]. 2011 [citado 2017 Sept 2]; 1-6. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/)

32. Bavle RM, Govinda G, Venkataramanaiah PG, Muniswamappa S, Venugopal. Carcinoma falaz - Variante de células fusiformes del carcinoma de células escamosas. J Clin Diagn Res. 2016 Jul; 10 (7):ZD05-ZD08.

33. Shamim T. The Spindle Cell Neoplasms of the Oral Cavity. *Iran J Pathol*. 2015 Summer; 10(3):175–184.
34. Gupta R, Singh S, Hedau S, Nigam S, C Das B, Singh I, Kumar Mandal A. Spindle cell carcinoma of head and neck: an immunohistochemical and molecular approach to its pathogenesis. *J Clin Pathol*. 2007 May; 60(5): 472–475.
35. Reddy SS, Sharma S, Mysorekar V, Sharma P, Kaur A. Oral Spindle Cell Sarcoma: A Rare Case Report and Review of Literature. *J Clin Diagn Res*. 2017; 11(4): ZD23–ZD25.
36. Vishwaprakash S, Anshum D, Nidhi M, Sahil H, Vishesh Y. Sarcomatoid Carcinoma of Anterior Maxilla: A Case Report and Immunohistochemical Analysis. *J Clin Diagn Res* . 2015 Mayo; 9 (5): ZD19-ZD20.
37. Mateo-Sidrón AMC, Somacarrera PML. Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Av. Odontoestomatol* 2015; 31 (4): 247-259.
38. Shafer, Hine, Levy, Rajendran R, Sivapathasundharam B. Shafer's textbook of Oral Pathology [Internet]. India: Elsevier; 2009 [citado 2017 Sept 2]; 118 p. Disponible en: <https://books.google.com.mx>

39. Ballo MT, Garden AS, El-Naggar AK, Gillenwater AM, Morrison WH, Goepfert H. Radiation therapy for early stage (T1-T2) sarcomatoid carcinoma of true vocal cords: Outcomes and patterns of failure. *Laryngoscope*. 1998; 108(5):760-763
40. Spector ME, Wilson KF, Light E, McHugh JB, Bradford CR. Clinical and Pathologic Predictors of Recurrence and Survival in Spindle Cell Squamous Cell Carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011; 145(2): 242-247.
41. Su HH, Chu ST, Hou YY, Chang KP, Chen CJ. Spindle cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx: factors affecting outcome. *J Chin Med Assoc*. 2006; 69(10):478-83.
42. Leventon GS, Evans HL. Sarcomatoid squamous cell carcinoma of the mucous membranes of the head and neck: a clinicopathologic study of 20 cases. *Cancer*. 1981; 48(4):994-1003.

## *11. ANEXOS*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA  
EXPEDIENTE DE PATOLOGÍA BUCAL



**N° DE EXPEDIENTE: PBZ/2016**

**FECHA: 19-05-2016**

**NOMBRE:** José Carmen Vigil Vigil Rangel

**EDAD:** 59 años

**FECHA DE NACIMIENTO:** 15 Julio 1956

**DOMICILIO:** Calle Cipres N. 40 Col. El Manto Iztapalapa

**TELÉFONO:** (044)5522428200

**OCUPACIÓN:** Construcción

**ESCOLARIDAD:** Primaria

**ESTADO CIVIL:** Unión libre

**MOTIVO DE INTERCONSULTA:**

- Aumento de volumen en labio inferior

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

- DIABETES MELLITUS: Hermanos (2)
- HTA: Hermana

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

- Rubeola
- CÁNCER BUCAL: Hijo
- Consumo de tabaco y alcohol: positiva con poca frecuencia.

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:**

Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, cuenta con mascota, hábitos higiénicos cada tercer día baño, lavado de dientes 2 veces al día, realiza 3 comidas blandas al día.

Niega alergias a medicamentos.

**ANTECEDENTES SEXUALES:**

- Negados por el paciente.

**TRATAMIENTO:**

Actualmente no está bajo tratamiento sistémico, última intervención dental: extracciones múltiples de órganos dentarios inferiores hace aproximadamente 4 semanas.

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

Lesión en reborde alveolar y piso de boca con evolución aproximada de 2 meses.

**LUGAR DE ENVÍO DE LA INTERCONSULTA:**

Clínica ( X )      Especifique: Zaragoza      Grupo:--  
 Centro de salud u hospital ( )      Especifique:      Consultorio privado ( )

**DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA LESIÓN:**

Lesión elemental úlcera presente en reborde residual antero mandibular y piso de boca, se bordes poco definidos, indurados, de color semejante a la mucosa adyacente y con áreas de color rojo; con presencia de un nódulo irregular exófitico de color semejante a la mucosa adyacente con áreas blanco-amarillentas, el aspecto general de la úlcera es infiltrante, con un tamaño aproximado de 5.8 x 3.0 x 0.8 cm.

**MARQUE CON COLOR ROJO EL SITIO DE LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN**



**DESCRIPCIÓN IMAGENOLÓGICA DE LA LESIÓN:**

Radiolúcida ( )      Radio-opaca ( )      Mixta ( )  
 Unilocular ( )      Multilocular ( )  
 Bordes definidos ( )      Bordes difusos ( X )

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

Neoplasia Maligna.

**BIOPSIA:**

Incisional ( X )

Escisional ( )

BAAF ( )

**AUXILIARES DE LABORATORIO Y GABINETE:** Se solicita de primera instancia:

Ortopantomografía: maxilar en este se observan zonas radiolúcidas no definidas en relación a la raíces de los órganos dentarios, en su porción anterior y posterior declarando poco soporte óseo; se presenta pérdida ósea vertical y horizontal. En la zona mandibular se observan en el cuerpo de la mandíbula zonas radiolúcidas consecuentes a extracciones de órganos dentarios, el reborde alveolar anterior presenta una zona radiolúcida poco definida; referente a la presencia de destrucción ósea.

**DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:** Carcinoma de células escamosas.

**PRONÓSTICO:** Reservado

**TRATAMIENTO Y/O TERAPÉUTICA EMPLEADO**

El paciente se presenta a la Unidad de Patología Bucal de la CUAS Zaragoza, por interconsulta del área clínica odontológica de la CUAS Zaragoza.

Se realiza historia clínica e inspección física e intrabucal, por las características clínicas de la lesión se opta por realizar una biopsia inmediata para brindar un diagnóstico histopatológico pronto y oportuno.

**PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTO:**

CITA 1.- Historia clínica y Dx presuntivo.

CITA 2. Biopsia Incisional

**OBSERVACIONES:**

El paciente presenta astenia y adinamia, asociadas por el mismo al cansancio laboral.

**NOTAS DE EVOLUCIÓN:**

23/05/16

Se programa biopsia incisional de lesión con Dx presuntivo maligno; paciente acude a consulta se toman signos vitales con valores en: FC: 74 x min, T/A: 129/85 mmHg. Pulso: 75 x min, FR: 17 x min; se catalogan como normales. Se prepara campo operatorio bajo las normas de asepsia y antisepsia, se anestesia al paciente con 1 ½ cartucho de lidocaína con epinefrina al 1:100 000 con técnica infiltrativa de dentario inferior, posteriormente se opta por realizar dos cortes de tejido para obtener 2 fragmentos que en conjunto miden 2.0 x 1.0 x 0.7 centímetros. Por último se realiza opresión de las heridas para provocar hemostasia, y llevar acabo la saturación con sutura vicryl 3/0 con una invasión minina; se termina el tratamiento sin complicaciones. Se coloca el tejido en formol al 10% para su evaluación y procesado histopatológico. Se cita al paciente en 7 días para brindar el diagnostico histopatológico.

30/05/17

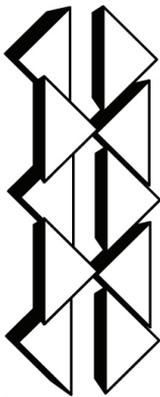
Paciente acude a consulta para revisión postoperatoria de la incisión realizada, no presenta complicación derivada de la biopsia; se entrega resultado histopatológico de la muestra de tejido extraída en el cual se confirma la presencia de una neoplasia maligna, con el diagnóstico de compatibilidad a un carcinoma de células escamosas con una variante sarcomatoide. Se le comunica al paciente el tipo de padecimiento que es y el tratamiento que debe seguir en un nivel de atención especializado para adquirir un tratamiento adecuado. Paciente acepta y se le solicita tener un seguimiento posterior a su tratamiento.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA  
UNIDAD DE PATOLOGÍA BUCAL  
XX/ XX/XX

REPORTE DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO



**FES**  
**ZARAGOZA**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



UNIDAD DE PATOLOGÍA BUCAL

REPORTE DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

XX/ XX/XX

30/05/16

FECHA:

NOMBRE DEL PACIENTE: José Carmen Vigil Vigil  
EDAD: 59 años GÉNERO: Masculino  
DR(A) SOLICITANTE: Grisel Alicia Corona González  
TIPO DE BIOPSIA: Incisional  
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Carcinoma de células escamosas

**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:**

Se reciben dos fragmentos de tejido blando que en conjunto miden 2.0 x 1.0 x 0.7 centímetros, de forma ovoide, superficie irregular, color café claro con áreas café oscuro y consistencia firme.

**DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:**

En los cortes histológicos examinados se observa neoplasia compuesta por fascículos de células anaplásicas fusiformes de aspecto epitelial, las cuales son pleomórficas, con núcleo hiperromático, mitosis atípicas frecuentes y pérdida de la relación núcleo-citoplasma, algunas de las células neoplásicas se encuentran rodeando a los vasos sanguíneos.

**DIAGNÓSTICO:**

**NEOPLASIA MALIGNA COMPATIBLE CON CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS SARCOMATOIDE.**

Responsable del Diagnóstico Histopatológico de la Unidad de Patología Bucal

CD.PB. Grisel Alicia Corona González

