

Sancho Martín I*
 Alvarez Montero OL*
 Felix Muñoz J*
 Alonso Alonso L*
 Muñoz Colado M*
 Coca Menchero S**

*Servicio de Otorrinolaringología
 **Servicio de Anatomía Patológica
 Hospital del Aire Madrid

Carcinoma agresivo de suelo de boca

RESUMEN

El carcinoma basaloide escamoso (CBS) o con diferenciación escamosa de cabeza y cuello, es un tumor infrecuente, descrito por Wain y colaboradores en 1986, como una entidad patológica independiente. Se han publicado más de 100 casos en cabeza y cuello, con una mayor predilección por la hipofaringe, base de la lengua y supraglotis. Esta entidad también se ha descrito en fosas nasales, esófago, amígdalas y cavidad oral. Sólo catorce casos se han comunicado asentando en el suelo de la boca y ninguno en nuestro medio. Presentamos un nuevo caso en suelo de boca y se destacan los hallazgos clinicopatológicos. Hemos realizado además una revisión bibliográfica de la literatura acerca de esta agresiva e infrecuente tumoración.

PALABRAS CLAVE:

Carcinoma basaloide, basaloide escamoso, suelo de boca.

SUMMARY

Basaloid-squamous cell carcinoma is a rare tumor characterized by Wain et al in 1986 as a separate pathological entity. In head and neck more than 100 cases have been reported, with a strong predilection for hypopharynx, base of tongue, and supraglottic larynx. This entity also has been described in nasal cavity, oesophagus, tonsils and oral cavity. Only 14 cases has been reported arising in the floor of the mouth, and none in our literature. We present a new case in floor of the mouth and clinicopathological features are emphasized. We have undertaken moreover a bibliographic review of this uncommon and aggressive neoplasm.

KEY WORDS:

Carcinoma, basaloid, basaloid-squamous, floor of mouth.

Introducción

El carcinoma basaloide escamoso de cabeza y cuello es un tumor relativamente infrecuente, por lo que no estamos acostumbrados clínicos ni patólogos a su hallazgo. Su histopatología está bien individualizada en la actualidad de otros tumores que pueden parecerse, como cistoadenocarcinomas sólidos, epitelomas basocelulares y carcinomas adenoescamosos (1,2,3). Descrito en diferentes localizaciones como región anogenital (4), cérvix uterino, esófago, timo, etc., es individualizado como entidad tumoral independiente de cabeza y cuello, por Wain y colaboradores (1) que describen 10 casos en esta región. Desde entonces se han publicado hasta la actualidad 181 casos en la literatura anglosajona, siendo la localización más frecuente la hipofaringe, base de la lengua y laringe principalmente supraglótica. Pero se ha descrito en cavidad oral (5, 6, 7, 8), nasal (9,10,11,12) y amígdalas(10,11).

Son tumores clínicamente caracterizados por su comportamiento agresivo (1), con una confirmada tendencia a las metástasis linfáticas regionales precoces (13), y a distancia en aproximadamente el 50 al 80 % de los casos (8,14). Puede coexistir con otros carcinomas en el tracto aerodigestivo superior (epidermoide y de células pequeñas) (15, 16, 17), y tiene tendencia a la recidiva locorregional (1).

Todos los autores están de acuerdo con Wain en el mal pronóstico de estos tumores en relación con los epidermoides habituales de cabeza y cuello (1-35).

Histológicamente se caracteriza por la presencia del componente basaloide en grado variable y áreas en íntima conexión de diferenciación escamosa y displasia epitelial variable, siendo la inmunohistoquímica (8) y microscopía electrónica ayudas para el diagnóstico diferencial histológico con el cistoadenocarcinoma sólido y carcinoma de células pequeñas principalmente (8).

Caso Clínico

Varón de raza blanca, de 48 años de edad, que acude a consulta remitido por ORL de zona (26/08/93) por presentar tumoración exofítica ulcerada de suelo de boca derecho que le ocasiona leves molestias por el roce con prótesis dental inferior completa, que no puede utilizar. Fumador de 20 cigarrillos al día desde hace 20 años y bebedor habitual de 2 vasos de vino y alguna copa de licor, sin otros antecedentes de interés.

La exploración reveló una tumoración exofítica redondeada en suelo de boca derecho, de 2 cm de diámetro, levemente ulcerada, de consistencia firme, no pétreo, que no parecía infiltrar en profundidad ni alcanzaba la línea media. Se objetivó una adenopatía pétreo no dolorosa de 1,5 cm, en polo anterior de la glándula submaxilar contralateral.

La biopsia realizada se informó de "carcinoma basaloide escamoso". La TAC cervicomandibular reveló una masa de bordes mal definidos en suelo de boca derecho (figura 1) y una adenopatía contralateral delante de la glándula submaxilar izquierda, que se consideró positiva radiológicamente (figura 2). El resto de estudios de extensión y preoperatorios no revelaron alteraciones dignas de mención.

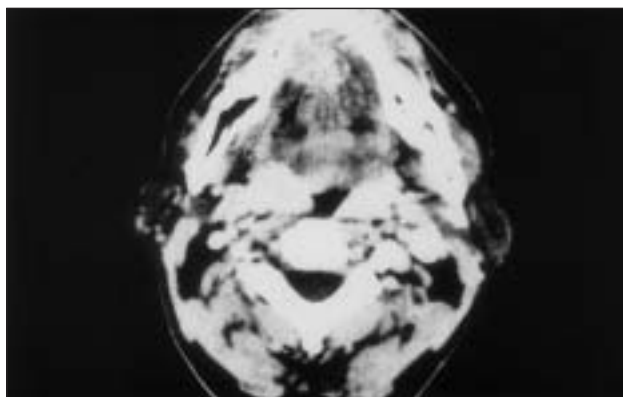


Figura 1. Masa de bordes mal definidos en suelo de boca derecho.

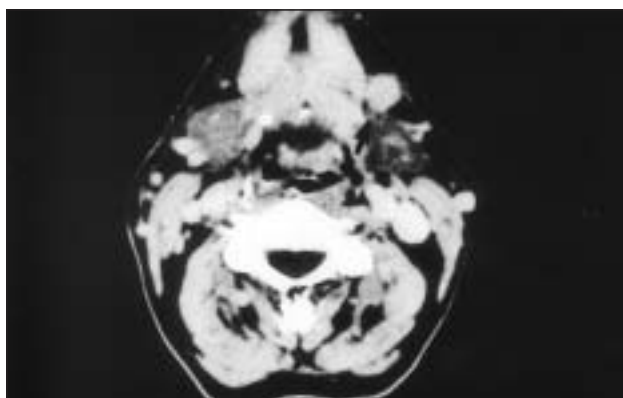


Figura 2. Adenopatía delante de la glándula submaxilar izquierda positiva radiológicamente.

Se optó por realizar exéresis de suelo de boca y tumoral en bloque con la glándula submaxilar homolateral y sublinguales, con vaciamiento funcional bilateral cervical, desde el grupo ganglionar submentoniano hasta el supraclavicular conservándose mandíbula y submaxilar izquierda (15/09/93). El curso postoperatorio cursó sin complicaciones.

El informe anatomopatológico postquirúrgico describe una tumoración de 4x3x3 cm. en la que confirma el diagnóstico de "carcinoma basaloide escamoso" ulcerado y exofítico, que infiltraba en profundidad la glándula sublingual homolateral y afectaba a la adenopatía clínicamente positiva del vaciamiento funcional izquierdo. La musculatura adyacente estaba libre de infiltración. Microscópicamente se describe una neoformación epitelial bajo epitelio malpighiano al que invade y ulcera en diversos puntos, una masa de células con núcleos hipercromáticos con escaso pleomorfismo, en nidos con formaciones en empalizada

periféricas y microquísticas de contenido hialino (figura 3). En algunos puntos hay células con diferenciación queratoblástica (figura 4).

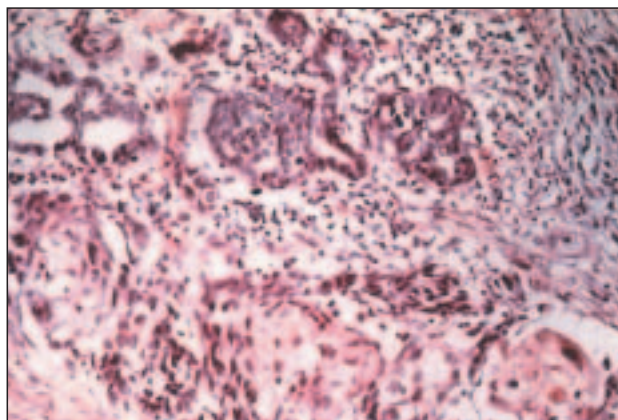


Figura 3. Masa de céls. con núcleos hipercromáticos con escaso pleomorfismo, en nidos con formaciones en empalizada periféricas y microquísticas de contenido hialino.

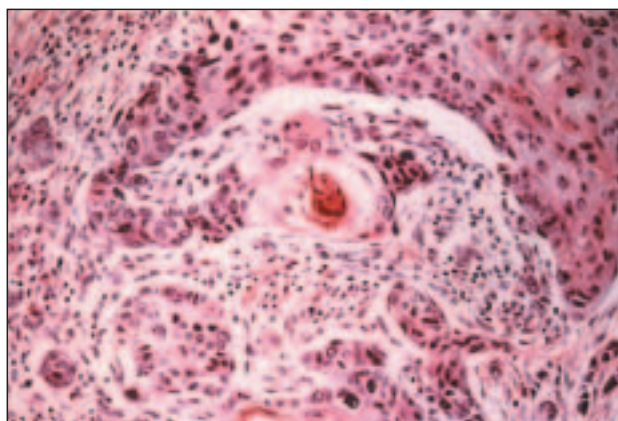


Figura 4. Células con diferenciación queratoblástica.

Dada la agresividad conocida del tumor, se optó por complementar el tratamiento con radioterapia (RDT) a dosis de 50 Gy de telecobaltoterapia en dos campos laterales paralelos opuestos y conformados sobre suelo de boca y áreas ganglionares, con un campo anterior directo sobre cadenas supraclaviculares.

A los 8 meses de la intervención presenta un absceso submentoniano abierto a piel en línea media que evoluciona favorablemente y se interpreta como efecto secundario a RDT.

A los 20 meses de la intervención se detecta un nódulo pulmonar en la radiografía de tórax y TAC torácico (figura 5) que tras extirpación se informa como metástasis de carcinoma basaloide escamoso. Se administró quimioterapia (QT) complementaria con Carboplatino, Utefos y Leucovorín durante 11 meses.

A los 3 años y siete meses de la intervención se apreció un enorme crecimiento de la masa pulmonar con afectación dorsal y costal tratada con RDT seguido de QT (metotrexate en 11 ciclos). En todas las revisiones O.R.L. se consideró al paciente libre de recidiva local. El paciente fallece dos meses más tarde con paraplejía completa por afectación de la médula espinal dorsal.



Figura 5. Nódulo pulmonar en TAC torácico.

Discusión

Hemos identificado desde que fueron descritos por Wain en 1986 hasta 1997, 181 casos (TABLA 1), de los cuales la mayor parte estaban localizados en laringe e hipofaringe (1,2,10,11,12,14,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26). La localización de suelo de boca es más infrecuente (27,28,25,29) con sólo 14 casos publicados. Las características clínicas son similares a las de otra localización, siendo un tumor de predominio en varones, con hábito tabáquico y alcohólico, y una edad de presentación más precoz (media de edad = 52 años) que los de laringe e hipofaringe (27). Son tumores extraordinariamente agresivos, detectándose en estadios avanzados (24) y con metástasis a distancia en más de la mitad de los pacientes (30), siendo el pulmón el órgano que las asienta en mayor frecuencia, como en el caso que describimos.

El diagnóstico diferencial puede ser difícil debido a la heterogeneidad de componentes histopatológicos descritos (3,31). Presentan simultáneamente un componente basaloide y un componente escamoso, in situ o invasivo (bien o moderadamente diferenciado). El componente basaloide es sólido, de configuración lobular, adyacente a la superficie de la mucosa. Las células son pequeñas, con núcleos oscuros, con o sin nucleolo. Existen espacios quísticos pequeños que contienen material PAS o azul alcian positivo. Puede existir comedonecrosis, focos de hialinización en el estroma, figuras de mitosis, infiltración perivascular, componente de células pequeñas, e incluso, metaplasia ósea o cartilaginosa. La mayor dificultad consiste en diferenciarlos de carcinomas adenoides quísticos (22) y carcinomas indiferenciados de células pequeñas.

El Carcinoma adenoide quístico es menos agresivo, presentándose en individuos más jóvenes y sin relación con el alcohol y tabaco. En el caso el carcinoma indiferenciado de células pequeñas, su distinción del CBS es importante debido al distinto protocolo terapéutico en caso de tumores neuroendocrinos. En los casos dudosos, es necesario realizar inmunohistoquímica (2) y análisis mediante microscopía electrónica para llegar al diagnóstico. En la inmunohistoquímica presenta reactividad para citoqueratina, antígeno de membrana epitelial, CEA (antígeno carcinoembrionario), y vimentina. Existe positividad focalmente para la proteína S-100, actina específica muscular y colágeno tipo IV (11,31).

TABLA 1

REVISIÓN DE N° Y LOCALIZACIÓN DE CASOS PUBLICADOS			
AUTOR	AÑO	N° CASOS	LOCALIZACIÓN
WAIN	1986	10	HF(4),BL(3),SG(3)
MC KAY	1989	1	HF(1)
LUNA	1990	9	HF(7),BL(2)
SHVILI	1990	1	SG(1)
SEIDMAN	1991	2	HF(1),BL(1)
TAKUBO	1991	1	ESOFAGO(1)
TSANG	1991	9	ESOFAGO(5),LG(4)
WAN	1992	1	NF(1)
LOVEJOY	1992	1	OF(1)
GARTLAN	1992	1	HF(1)
CADIER	1992	1	OF(1)
GUARINO	1992	5	LG,HF
O'MALLEY	1992	1	HF(1)
BANKS	1992	40	HF(11),BL(12),LG(8),OF(5), No especificado(2)
KLIJANIENKO	1993	12	HF(4),OF(3),SG(2),BL(1), No especificado(2)
MA	1993	1	LG(1)
COPPOLA	1993	8	SUELOB(8)
HELLQUIST	1994	1	OF(1)
EREÑO	1994	7	SG(4),LG(1),HF(1),BL(1)
CAMPAN	1994	1	SUELOB(1)
WAN	1995	15	NF(3),LG(4),HF(2),ESOFAGO(6)
MULLER	1995	32	
SANTAMARÍA	1996	1	SG(1)
FERLITO	1997	15	HF(6),SG(4),LG(3),BL(2)
GROTZ	1997	4	SUELOB(4)
STRASSBURGER	1997	1	SUELOB(1)

HF = hipofaringe; BL = base de lengua; SG = supraglotis; LG = laringe;
NF = nasofaringe; OF = orofaringe; SUELOB = suelo de boca

En más de la mitad de los casos comunicados, los pacientes mueren a los 2 años del diagnóstico, siendo en general su pronóstico peor que el del carcinoma epidermoide convencional (9,15). Además, son tumores con tendencia a desarrollar segundos tumores primarios (sincrónicos o metacrónicos), como carcinomas de células grandes (27), adenocarcinomas de colon o próstata y leucemia linfocítica crónica (10).

La cirugía y la radioterapia permiten un buen control local, pero la alta incidencia de metástasis sugiere que una terapia neoadyuvante con quimioterapia puede jugar un papel importante (3,8,14,18,21,22,24,25,27,28,30).

Bibliografía

1. Wain SL, Keir R, Volmer RT, Bosen EH. Basaloid-squamous carcinoma of the tongue, hypopharynx, and larynx: report of 10 cases. *Hum Patol* 1986; 17: 1158.
2. Klijanienko J, Naggar A, Ponzio-Prion A, Marandas P, Micheau D, Caillaud JM. Basaloid squamous carcinoma of the head and neck. Immunohistochemical with adenoide

- cystic carcinoma and squamous cell carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993 Aug; 119 (8): 887-90.
3. Ferlito A, Devaney KO, Rinaldo A. Squamous neoplastic component in unconventional squamous cell carcinoma of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1996 Nov; 105 (11): 926-32.
 4. Dougherty BG, Evans HL. Carcinoma of the anal canal: A study of 79 cases. *Am J Clin Pathol* 1985; 3: 159-164.
 5. Cadier MA, Kelly SA, Parkhousen, Brough MD. Basaloid squamous carcinoma of the buccal cavity. *Head Neck* 1992 Sep-Oct 14 (5): 387-91.
 6. Lovejoy HM, Matthews BL. Basaloid-squamous carcinoma of the palate. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 106:159-162.
 7. De Araujo VC, Biazola J, Moraes NP, Furuse TA, Melhado RM. Basaloid squamous carcinoma of the oral cavity. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993 May; 75 (5): 622-5.
 8. Hellquist EB, Dahl F, Karlsson MG, Nilsson C. Basaloid squamous cell carcinoma of the palate. *Histopathology* 29 Aug 1994; 25 (2): 178.
 9. Wan SK, Chan JK, Tse KC. Basaloid-squamous carcinoma of the nasal cavity. *J Laryngol Otol* 1992 Apr. 196 (4): 370-1.
 10. Banks ER, Frierson HF, Covell JL. Fine needle aspiration cytologic findings in metastatic basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck. *Acta Cytol* 1992 Mar-Apr; 36 (2): 126-31.
 11. Banks ER, Frierson HF, Mills SE, George E, Zarbo RJ, Swanson PE. Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 40 cases. *Am J Surg Pathol* 1992 Oct. 16 (10): 939-46.
 12. Wan SK, Chan JKC, Lau WH, Yip TTC. Basaloid-squamous carcinoma of the nasopharynx. An Epstein-Barr virus-associated neoplasm compared with morphologically identical tumors occurring in other sites. *Cancer*. 1995 Nov 15; 76 (10): 1689-93.
 13. Gartlan MG, Goetz SP, Graham SM. Pathologic quiz case 1. Basaloid-squamous carcinoma (BSC) of the larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992 Sep; 118 (9): 998-1001.
 14. Shvili Y, Tallmi YP, Gal R, Kessler E, Kolkov Z, Zohar Y. Basaloid-squamous carcinoma of larynx metastatic to the skin of the nasal tip. *J. Craniomaxillofac Surg*. 1990 Oct. 18 (7): 322-4.
 15. Seidman JD, Bermann JJ, Yost BA, Iseri OA. Basaloid-squamous carcinoma of the hypopharynx and larynx associated with secondary primary tumors. *Cancer* 1991 Oct. 1; 68 (7): 1545-9.
 16. Bermann JJ, Seidman J. Basaloid-squamous carcinoma (letter comment). *Histopathology* 1992 Sep. 21 (3): 622-5.
 17. Tsang WY, Chan JK, Lee KC, Leung AK, Fu YT. Basaloid-squamous carcinoma of the upper aerodigestive tract and so-called adenoid cystic carcinoma of the oesophagus: the same tumors type?. *Histopathology* 1991 Jul 19 (1): 35-46.
 18. O'Malley BW. Pathologic quiz case 2. Basaloid-squamous carcinoma of the right piriform sinus. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992. Feb. 118 (2): 212-3, 215.
 19. Guarino M, Micoli G. Basaloid-squamous carcinoma of the upper aerodigestive tract (letter comment). *Histopathology* 1992 May. 20 (5): 462.
 20. Santamaría R, Sánchez F, Limón M, Caballero Y, Pérez J, Paulino J, Guillén V. Carcinoma basaloid escamoso de laringe: aportación de un nuevo caso. *Acta Otorrinolaring Esp*. 1996; 47 (3): 243-245.
 21. Luna MA, Naggar A, Parichatikanond P, Weber RS, Batsakis JG. Basaloid squamous carcinoma of the upper aerodigestive tract. Clinicopathologic and DNA flow cytometric analysis. *Cancer* 1990 Aug 1. 66(3): 537-42.
 22. McKay MJ, Bilous AM. Basaloid-squamous carcinoma of the hypopharynx. *Cancer* 1989; 63:2528-31.
 23. Ereno C, López JI, Sánchez JM, Toledo JD. Basaloid-squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. *Pathol Res Pract* 21-Apr-1994; 190 (2): 186.
 24. Ferlito A, Altavilla G, Rinaldo A, Doglioni C. Basaloid squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997 Dec; 106 (12): 1024-35.
 25. Strassburger S, Hyckel P, Shcumann D, Berndt A, Kosmehl H. [Basaloid squamous epithelial carcinoma (basaloid-squamous carcinoma) of the mouth floor. Differential diagnosis and response to neoadjuvant chemotherapy]. *Mund Kiefer Gesichtschr*. 1997 Jul; 1 (4): 23-242.
 26. Ma TK-F. Fine needle aspiration cytodiagnosis of Basaloid-squamous cell carcinoma metastatic to a cervical lymph node (letter). *Acta Cytol*. 1993; 37; 977-9.
 27. Coppola D, Catalano E, Tang CK, Eifenbein IB, Harwick R, Mohr R. Basaloid squamous cell carcinoma of the floor or mouth. *Cancer* 1993 Oct 15; 72 (8): 2299-305.
 28. Campman SC, Gandour-Edwards FR, Sykes JM. Basaloid squamous carcinoma of the head and neck. Report of a case occurring in the anterior floor of the mouth. *Arch Pathol Lab Med*. 1994 Dec; 118 (12): 1229-32.
 29. Grotz KA, Kuffner HD, Mitze M, Reichert T, Wagner W. Basaloid-squamous epithelial carcinoma of the mouth mucosa. *Mund Kiefer Gesichtschr*. 1997. May 1 (3): 137-145.
 30. Lerner JM, Malcom RH, Hills SE, Frierson HF, Banks ER, Levine PA. Radiotherapy for basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck* 1993; 15; 249-252.
 31. Barnes L, Ferlito A, Altavilla G, Macmillan C, Rinaldo A, Doglioni C. Basaloid-squamous cell carcinoma of the head and neck: clinicopathological features and differential diagnosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1996 Jan; 105 (1): 75-82.
 32. Batsakis JG, Naggar AE. Basaloid-squamous carcinomas of the upper aerodigestive tract. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989; 98: 919-20.
 33. Raslan WF, Barnes L, Krause JR, Contis L, Killen R, Kapadia SB. Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck: a clinicopathologic and flow cytometric of 10 new cases with review of the English literature. *Am J Otolaryngol* 1994 May-Jun 15 (3): 204-11.
 34. Takubo K, Mafune K, Tanaka Y, Minaya T, Fujita K. Basaloid-squamous carcinoma of the esophagus with marked deposition of basement substance. *Acta Pathol Jpn*. 1991; 41:59-64.
 35. Muller S, Barnes L. Basaloid-squamous cell carcinoma of the head and neck with a spindle cell component. An unusual histologic variant. *Arch Pathol Lab med*. 1995; 119 : 181-2.

Correspondencia

- Dra. Inmaculada Sancho Martín
Avda. Buenos Aires, 6 - 3.º D
28018 MADRID