

Caso Clínico

Metástasis en la mandíbula: presentación de un caso clínico

Mandible metastasis: a case report



Dr. Nelson Lobos J-F¹, Dra. Loreto Bravo B.¹, Dra. Karina Cordero T.¹,
Dr. Enrique Torres O.², Dr. Mauricio Rudolph R¹

(1) Departamento de Patología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

(2) Departamento de Cirugía y Traumatología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Resumen

Las metástasis en los huesos maxilares son infrecuentes. En raras oportunidades el debut del cáncer es una metástasis en la región bucomaxilofacial. También es muy poco probable que la primera manifestación de la enfermedad sea un hallazgo radiográfico, sin ninguna sintomatología. Se presenta el caso de un paciente de género masculino de 62 años, asintomático, con metástasis en la mandíbula compatible con un adenocarcinoma de colon.

Palabras Claves: metástasis, mandíbula, adenocarcinoma.

Abstract

Jaws bone metastases are rare. On rare occasions, the beginning of cancer is an oral and maxillofacial region metastasis. It is also unlikely that the first manifestation of the disease is a radiographic finding without any symptoms. A case of a male patient of 62 years, asymptomatic, presents a jaw metastases with colon adenocarcinoma compatible.

Keywords: metastases, jaws, adenocarcinoma.

Introducción

Las metástasis óseas en el territorio máxilofacial son extremadamente raras, representando alrededor de un 1% del total.^(1,2) El promedio de edad encontrado en pacientes con metástasis en los maxilares es de 52 años. Los pulmones, hígado, mamas y próstata son los principales sitios de tumores primarios que originan metástasis hacia la mandíbula, existiendo algunas diferencias según el género y la región del mundo estudiada.⁽³⁻⁷⁾

Cuando estos tumores afectan al territorio máxilofacial, lo pueden hacer tanto en huesos maxilares como en tejidos blandos, siendo el primero de mayor prevalencia (2:1). Dentro de los maxilares, el más afectado suele ser la mandíbula, especialmente la región molar.⁽⁵⁻⁷⁾

Clínicamente su presentación es diversa; desde ser una lesión asintomática descubierta como un hallazgo radiográfico, pasando por parestesia con o sin dolor, en algunos casos movilidad dentaria, trismus y hasta tumefacción ósea en relación a la zona afectada. Radiográficamente se presentan como lesiones osteolíticas o radiolúcidas y de límites difusos. Un pequeño porcentaje se presenta como lesiones mixtas radiolúcidas-radiopacas o sólo como áreas radiopacas.⁽³⁾

A continuación presentaremos un caso clínico de metástasis en mandíbula, cuyo sitio de tumor primario es poco común dentro de lo descrito en la literatura y que no había sido diagnosticado previamente.

Correspondencia: Dr. Nelson Lobos J-F - Sergio Livingstone Polhamer 943 (ex Olivos), Independencia- Santiago, Chile

Teléfono: 9781808 - nlobos@odontologia.uchile.cl

Recibido el 29 de agosto de 2009, regresado para revisión el 30 de septiembre de 2009, aceptado para su publicación el 9 de octubre.

Caso Clínico

Paciente de género masculino, 62 años, que acude a consulta de un odontólogo general con el propósito de un tratamiento rehabilitador. En la anamnesis no relata antecedentes mórbidos de importancia. Al examen intrabucal presenta un estado bucal en deficientes condiciones.

El odontólogo solicita estudio radiográfico para complementar su diagnóstico. En la radiografía panorámica se observa una lesión osteolítica de forma redondeada y de límites difusos que compromete la zona apical del canino y del segundo premolar mandibulares izquierdos (Figura 1). En la radiografía periapical se observa parcialmente la lesión muy radiolúcida y de contorno irregular (Figura 2).



Figura 1 Radiografía panorámica muestra lesión osteolítica de forma redondeada y de límites difusos que compromete zona apical del canino y del segundo premolar inferiores izquierdos. La lesión se proyecta parcialmente en el canal y foramen mentonianos izquierdos, también parcialmente en el canal mandibular. El primer premolar está ausente.



Figura 2 Radiografía periapical. Se observa parcialmente la lesión radiolúcida, de contorno irregular.

Se deriva al cirujano máxilofacial, quien procede a realizar una biopsia. El estudio histopatológico indica que la lesión es compatible con un adenocarcinoma mucosecretor bien diferenciado de origen colónico y se plantea que se trata de una metástasis en la mandíbula (Figuras 3 y 4).

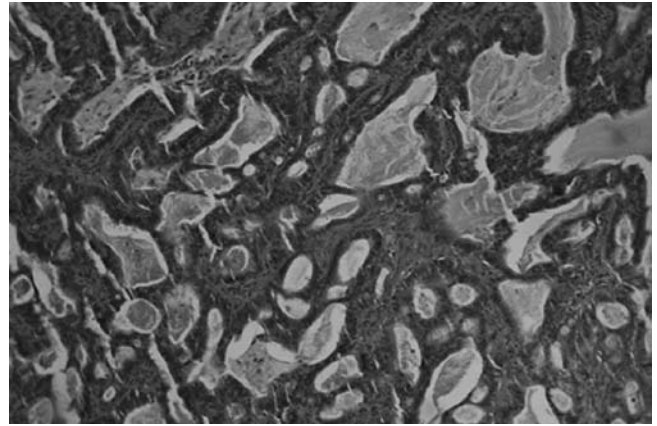


Figura 3 Corte histológico, aumento 10x. Severa proliferación de células anaplásicas que se disponen en estructuras glandulares compatible con adenocarcinoma mucosecretor bien diferenciado de origen colónico.

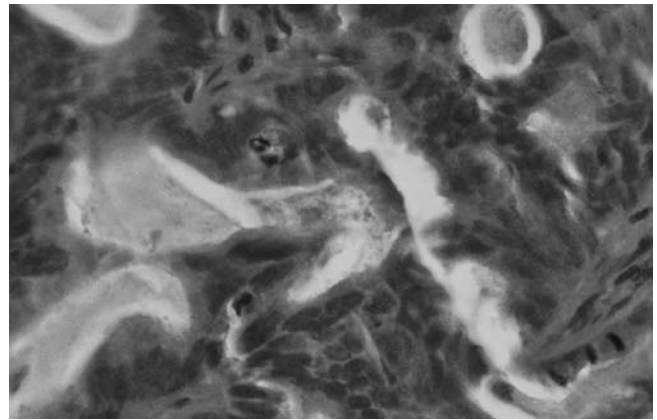


Figura 4 Mayor aumento de la imagen anterior (40x).

En la cintigrafía se aprecia la lesión mandibular izquierda y otros sitios hipercaptantes compatibles con metástasis óseas; en la zona fronto-parietal levemente a la derecha de la línea media, en el hombro y en la escápula derechos, también en ambos húmeros. El paciente fue derivado para tratamiento oncológico y fallece 2 meses después.

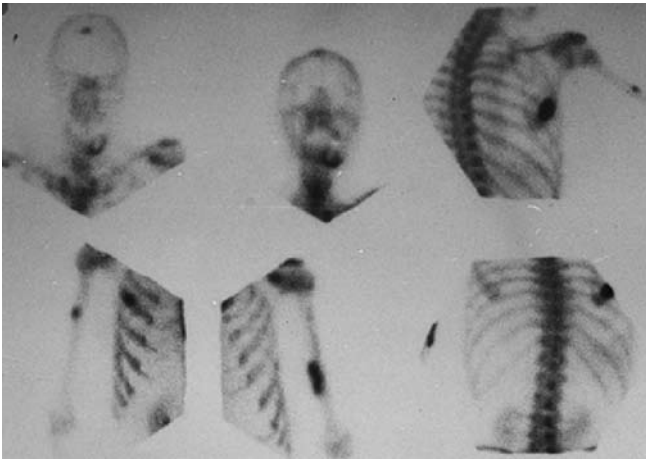


Figura 5 Cintigrafía en donde se aprecia la lesión mandibular izquierda y otros sitios hipercaptantes compatibles con metástasis óseas.

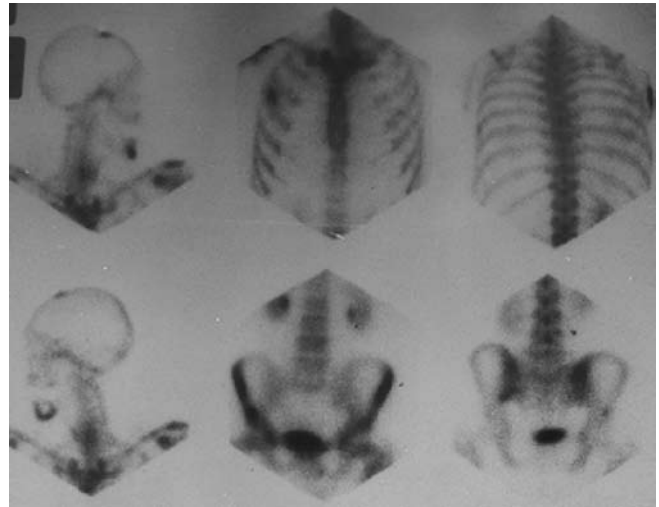


Figura 6 Otra imagen cintigráfica con hallazgos semejantes a los descritos en la Fig. 5.

Discusión

La mayoría de las neoplasias desarrollan sus metástasis en los huesos. Pese a que el proceso de diseminación del tumor aún no se ha podido explicar completamente, es sabido que los sitios primarios de metástasis en los huesos maxilares para hombres son: pulmón, seguido por riñones, hígado y próstata. En cambio para las mujeres son: mamas, órganos genitales femeninos, riñón y colon-rectal.⁽⁷⁾ La edad media de presentación es entre los 50 y 60 años.^(7,11) Nuestro paciente está cerca de ese promedio de edad.

Habitualmente la presentación clínica de las metástasis en los huesos maxilares consiste en una tumefacción de progresión rápida, presencia de dolor y parestesia⁽⁷⁾, pero en nuestro paciente llama la atención que no presentaba ningún signo ni síntoma. Esto es aún más interesante considerando que la cintigrafía ósea evidenció que existían varias metástasis.

Con respecto a los cambios radiográficos observados en los huesos, éstos dependen principalmente de la pérdida de minerales en el área tumoral, comparado con el hueso adyacente. Aunque la mayoría de las lesiones que afectan a los maxilares son osteolíticas, en algunos casos se pueden observar lesiones osteoblásticas, por lo que la falta de cambios radiográficos no excluye la posibilidad de un pequeño foco metastásico.^(12,13) En el caso que presentamos, la imagen radiográfica concuerda con lo descrito en la mayoría de los casos reportados.

Tradicionalmente se ha aceptado que la circulación sanguínea es un determinante del sitio de depósito metastásico. Los tumores sólidos metastatizan más frecuentemente

hacia áreas vasculares del hueso y especialmente a la médula ósea. Esto explicaría parcialmente la presencia de metástasis en el cuerpo de la mandíbula. Sin embargo, este proceso abarca una cascada de eventos específicos que generalmente comprende desprendimiento de células tumorales del sitio primario, intravasación, transporte al sitio de metástasis, extravasación y degradación ósea o formación de hueso.⁽⁸⁾

El 70% de las metástasis en mandíbula corresponden al diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma. El 29% de las metástasis mandibulares son la manifestación inicial de la enfermedad^(3,9), tal como se presenta en nuestro caso clínico. Sin embargo, las metástasis de adenocarcinoma de colon-recto a la mandíbula sólo constituyen un 4,2% de los 673 casos revisados por Hirshberg et al.⁽⁷⁾

Corde Masona et al publicaron el caso de un hombre de 73 años, quien presentó un tumor destructivo de la rama mandibular y cóndilo derechos, que además invadía la fosa pterigopalatina, músculos pterigoideos y la mitad de la fosa craneal media. Este paciente, al igual que el nuestro, no tenía antecedentes de diagnóstico previo de adenocarcinoma y fallece al poco tiempo de realizada la intervención quirúrgica.⁽⁹⁾

Otro caso es publicado por Mojica-Manosa et al. Se trata de un hombre de 66 años con un tumor en la mandíbula, pero con antecedente de adenocarcinoma rectal tratado y una metástasis pulmonar también tratada. Este paciente recibió radiación paliativa y falleció 2 meses después de su último diagnóstico.⁽¹⁰⁾

La presencia de este tipo de tumor metastásico en la región máxilofacial es de mal pronóstico. Constituye una evidencia de la diseminación del tumor primario y su desenlace la mayoría de las veces suele ser fatal. Menos de un 10% de estos pacientes tiene una supervivencia de 4 años desde el momento de su diagnóstico, pero la mayoría fallece antes de un año.^(3,10, 13)

El caso presentado corresponde a una forma inusual de metástasis ósea a la mandíbula, asintomático. Debido a su mal pronóstico, generalmente se indica tratamiento paliativo, que incluye la quimioterapia o el uso de anticuerpos monoclonales contra proteínas angiogénicas y el factor de crecimiento endotelial vascular. No obstante, el rol de estas terapias aún está en evaluación.^(14, 15)

Bibliografía

1. Azoubel A, Pessoa A. Gnatic bone metastasis: a retrospective study of 10 cases. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2008;74(4):561-5.
2. Sánchez-Jiménez J, Acebal-Blanco F, Arévalo-Arévalo RE, Molina-Martínez M. Metastatic tumors in upper maxillary bone of esophageal adenocarcinoma. A case report. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 2005;10:252-7.
3. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastatic tumors to the jawbones: analysis of 390 cases. *J Oral Pathol Med* 1994;23: 337-41.
4. Van der Waal R, Buter J, van der Waal I. Oral metastases: report of 24 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003;41:3-6.
5. Lim SY, Kim SA, Ahn SG, Kim HK, Kim SG, Hwang HK, Kim BO, Lee SH, Lee JD, Kim JD, Yoon JH. Metastatic tumours to the jaws and oral soft tissues: a retrospective analysis of 41 Korean patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35:412-15.
6. D'Silva N, Summerlin D, Cordell G, Abdelsayed R, Tomich C, Hanks C, Fear D, Meyrowitz S. Metastatic tumors in the jaws: A retrospective study of 114 cases. *JADA* 2006;137(12):1667-72.
7. Hirshberg A, Shnaiderman-Shapiro A, Kaplan L, Berger R. Metastatic tumours to the oral cavity. Pathogenesis and analysis of 673 cases. *Oral Oncol* 2008;44: 743-752.
8. Raubenheimer EJ, Noffke CE. Pathogenesis of bone metastasis: a review. *J Oral Pathol Med* 2006; 35:129-35.
9. Corde Mason A, Azari K, Farkas L, Duvvuri U, Myers E. Metastatic adenocarcinoma of the colon presenting a mass in the mandible. *Head & Neck* 2005;27:729-32.
10. 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;64:1436-39.
11. Hirshber A, Buchner A. Metastatic tumours to the oral region. An overview. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995;6:355-60.
12. Nihismura Y, Yakata T. Metastatic tumours to the mouth and jaw. *J Maxillofac Surg* 1982;10:253-7.
13. Bodner L, Sion-Vardy N, Geffen D, Nash M. Metastatic tumors to the jaws: A report of eight cases. *Med Oral Pathol Oral Cir Buccal* 2006;11:E132-5.
14. Goldberg RM, Sargent DJ, Morton RF, et al. A randomized controlled trial of fluorouracil plus leucovorin, irinotecan and oxaliplatin combinations in patients with previously untreated metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 2004;22:23-30.
15. Veronese ML, O'Dwer PJ. Monoclonal antibodies in the treatment of colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2004;40:1292-1301.