CARCINOMA VERRUCOSO DE CABEZA Y CUELLO. EXPERIENCIA DE LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS

Osvaldo González Aguilar* MAAC FACS, David Simkin MAAC, Hugo A. Pardo* MAAC, Angel Vannelli MAAC FACS, Ariel Rossi MAAC, Alejandro Rubino MAAC, Francisco De la Cruz

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL "MARÍA CURIE", BUENOS AIRES, ARGENTINA

RESUMEN

Antecedentes: El carcinoma verrucoso es un carcinoma de bajo grado de malignidad, localmente agresivo y sin tendencia a dar metástasis. Los factores pronósticos del carcinoma epidermoide, han sido ampliamente debatidos, pero no así los de esta enfermedad.

Objetivo: Analizar las variables que influyen en la evolución de la enfermedad.

Lugar de aplicación: Hospital público terciario especializado en el tratamiento de tumores.

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Población: 94 pacientes, 54,2% masculinos con una relación 1,21/1. Edad media 54,74 años (29-86) con pico en la 7ª década de la vida y predominio en la boca.

Métodos: Cirugía local con margen en enfermos virgenes, recidivados a la cirugía/radioterapia o con persistencia de enfermedad tras quimioterapia inicial. Se analizaron sexo, edad, adicciones, localización, lesiones y tratamientos previos, adenopatías y asociación con carcinoma epidermoide, enfrentados a los eventos recurrencia y muerte.

Resultados: El perfil de riesgo de recurrencia fue la edad ≥ 60 años y la presencia de carcinoma epidermoide. El perfil de riesgo de muerte fue la edad ≥ 60 años y la presencia de recurrencias previas.

Conclusiones: La cirugía local inicial es el tratamiento que asegura mayor tasa de curación. La asociación o evolución hacia carcinoma invasor cambia negativamente el curso de la enfermedad.

SUMMARY

Background: Verrucous carcinoma is a locally low grade carcinoma, without tendency to develop metastasis. Prognostic factors of squamous cells carcinoma have been largely discussed, but not ones of this illness.

Objective: To analyse variables which have influence on outcome of the disease.


Design: Retrospective descriptive.

Population: 94 patients, 54.2% male with 1.21 ratio. Mean age 54.74 (29-86) years old, with peak in 7th decade and prevailing into the mouth.

Methods: Surgery with margin in patients without previous treatment relapsed to radiotherapy/surgery or persistence of disease after initial chemotherapy. Sex, age, addictions, localization, previous mucosal injuries and treatments, lymph nodes and squamous cells carcinoma association, all of them related with "recurrence" and "death" events.

Results: Recurrence profile of risk was age ≥ 60 years and presence of squamous cells carcinoma. Death profile of risk was age ≥ 60 years and presence of previous recurrences.

Conclusions: Initial locally surgery is the treatment which assures higher rate of cure. Association or development of invasive carcinoma, negatively change the outcome of the disease.

Palabras clave: carcinoma verrucoso - carcinoma de Ackerman - papilomatosis florida

Desde que Ackerman describiera en 1948 al carcinoma verrucoso*, como un carcinoma epidermoide extremadamente bien diferenciado de la mucosa bucal, diversos términos aplicados a patologías semejantes han confundido su verdadera condición, induciendo a realizar tratamientos menos agresivos que el que se recomienda para el carcinoma epidermoide.

En efecto, la leucoplasia proliferativa verrucosa de Hansen14, la hiperplasia verrucosa de Shear15 y la papilomatosis florida descrita por Rock...
Fischer\(^2\), son todas parecidas entre sí, pero no iguales a la enfermedad en estudio.

Así establecidas las diferencias, el carcinoma verrucoso es pues, una lesión hiperplásica circunscripta bien diferenciada y densamente queratinizada que rechaza los tejidos vecinos sin lesionar la membrana basal. Esta variante del carcinoma epidermoide es de apariencia benigna y no tiene actividad mitótica notoria\(^3\).

Algunos\(^3\) sostienen que su menor agresividad se debería a que los receptores \(\beta\) del factor de crecimiento tipo II se hallan a lo largo de la membrana basal, en lugar de ser intracitoplasmáticos como ocurre en el carcinoma epidermoide.

Su larga evolución, su carácter invasor local y su casi nulo potencial metastásico, fueron características que acompañaron la enfermedad de Sigmund Freud\(^2\) y los que hicieron sospechar a Ronald Spiro\(^4\) que la enfermedad del Presidente Grover Cleveland, fuera un carcinoma verrucoso.

En varias ocasiones se han debatido en esta Academia y en los Congresos Argentinos de Cirugía, las variables pronósticas del carcinoma epidermoide de cabeza y cuello\(^8,9,10,11\), pero no es común hallar trabajos, que las refieran al carcinoma verrucoso en particular.

El propósito de esta presentación es analizar las variables que condicionaron su evolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

La base de datos incluyó edad, sexo y hábitos del enfermo, lesiones y tratamientos previos, presencia de adenopatías y asociación con carcinoma epidermoide, enfrentadas a los eventos "recurrencia" y "muerte", de todos los carcinomas verrucosos de cabeza y cuello tratados entre 1978 y 2000, con seguimiento mínimo de 2 años o hasta su muerte.

Fueron excluidos los enfermos enviados en consulta o perdidos al seguimiento, quedando para el análisis 94.

De ellos 51 de 94 (54,2\%) pertenecían al sexo masculino con una relación 1:2:1. La edad media fue 60,9 (29-86) años y el pico etario la 7\(a\) década de la vida.

Un total de 66 de 94 (70,2\%) enfermos reconocieron padecer lesiones previas no definidas como carcinoma verrucoso con predominio de acropatía.

La localización prevalente fue la cavidad bucal con el 73,4\%, seguida por los labios y la lengua.

En 44 de 94 (46,8\%) enfermos se detectó la adicción por el tabaco en proporción de más de 20 cigarrillos diarios por más de 20 años y en 19 de 94 (20,2\%) por el alcohol a razón de más de 1 litro diario por igual período.

Cuarenta y cinco de 94 (47,87\%) eran vírgenes de tratamiento, habiendo recibido 13 de ellos quimioterapia neoadyuvante. Los 49 de 94 (52,13\%) restantes, se hallaban recidivados a tratamientos previos. El intervalo libre de enfermedad de estos últimos era de 9 meses.

De los 15 de 94 (16\%) que recibieron a la radioterapia, 7 de 15 (50\%) lo hicieron bajo igual forma y 8 de 15 (50\%) como carcinoma epidermoide.

De los 35 de 94 (37,23\%) que recibieron quimioterapia previa, hubo persistencia de enfermedad en 32 de 35 (91,4\%) asociándose un carcinoma epidermoide.

De los 9 de 94 (9,5\%) previamente operados, 2 de 9 (22,2\%) recibieron como carcinoma epidermoide y el resto como carcinoma verrucoso.

En 85 de 94 (90,4\%) la enfermedad se hallaba circunscripta al tumor primario.

El tratamiento empleado fue la resección con margen no menor a 1 cm y congelación in vitro de los mismos en 91 de 94 (96,8\%) pacientes. En 9 de 91 (9,9\%) pacientes con ganglios palpables se realizó vaciamiento cervical selectivo, resultando histológicamente positivo en 2 de 9 (22,2\%) que tenían asociado un carcinoma epidermoide.

El seguimiento medio de la muestra fue de 87,4 meses (7-264). El 26,2\% fue seguido \(\geq 10\) años y el 18,5 \(< 2\) años.

Supervivencia global fue el tiempo transcurrido entre la cirugía y la muerte, cualquiera fuera su causa. Específica fue la vinculada a la enfermedad en estudio o a un carcinoma epidermoide desarrollado a \(\leq 3\) cm de la lesión tratada. A los enfermos recidivados o con tratamientos paliativos, se les consideró el último registro como de muerte.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el Programa Estadístico Versión 5.1. Las categorías excluyentes fueron tratadas mediante prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates, prueba exacta de Fisher o test de Wilk, según correspondiera\(^9\). Los factores de riesgo se lograron mediante regresión logística, obteniéndose límites de confianza al 95\%\(^17\). El valor umbral fue .05, para 2 extremos. La distribución de los datos se expresa como media aritmética ± desvío estándar.
vas de supervivencia e intervalo libre de enfermedad, se desarrollaron según el test de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

El análisis univariado demostró que las variables con significación estadística que favorecieron el desarrollo de recurrencias, fueron los tratamientos previos no quirúrgicos y la asociación con carcinoma epidermoide, P < 0,00005 y 0,0014 respectivamente. En el multivariado el perfil de riesgo de recurrencia quedó conformado por la edad ≥ 60 años y la presencia de carcinoma epidermoide, ambos como factores independientes, con P < 0,037 y 0,0009 respectivamente. Dicho modelo tuvo una sensibilidad del 95,6% pero una especificidad del 33,3%, clasificando correctamente al 67,9% de los casos, pero explicando sólo el 16,5% de las causas del fenómeno, debido a la detección de un 35,8% de falsos positivos y un 14,3% de falsos negativos.

La supervivencia global tuvo una mediana de 87,7 meses, falleciendo 47 de 94 (50%) pacientes, de los cuales 22 de 47 (46,8%) lo fueron por causa específica y el resto por causa ajena (Gráfico). Entre los primeros, todos se hallaban asociados a carcinoma epidermoide. Entre los siguientes, 5 se produjeron por otros carcinomas epidermoides de la vía aérea superior, 3 por cáncer de pulmón y el resto por enfermedades cardiovasculares. No se registraron óbitos específicos en enfermos en los que no se hubiera asociado un carcinoma epidermoide. El percentil 75 alcanzó los 76,5 meses.

Al analizar el evento "muerte", se demostró en el univariado que la presencia de carcinoma epidermoide y el tratamiento quirúrgico dado a la recurrencia, fueron las únicas variables significativas con P < 0,0001 y 0,0006 respectivamente. En el multivariado el perfil de riesgo estuvo dado por la presencia de recurrencias previas y la edad ≥ 60 años. El modelo tuvo una sensibilidad del 50% pero una especificidad del 93,4%, clasificando correctamente al 82,7% de los casos y explicando el 28% de las causas del fenómeno. En este caso los falsos positivos fueron 28,6% y los falsos negativos un 14,9%.

DISCUSIÓN

En primer término, es necesario dejar establecidas las diferencias con otras entidades cuyas terminologías son parecidas pero patológicamente diferentes.

La leucoplasia proliferativa verrucosa es parecida al carcinoma verrucoso por su lenta evolución, pero hasta en el 70% de los casos sufre finalmente transformación en carcinoma invasor, índice superior al reconocido para el carcinoma de Ackerman. Se desarrolla a partir de una leucoplasia, comienza siendo una simple hiperqueratosis y termina diseminándose y haciéndose multifocal y resistente a cualquier tipo de tratamiento.

En la hiperplasia verrucosa, el epitelio hiperplásico es sólo superficial y puede cohabitarse hasta en un 29% con el carcinoma verrucoso, haciéndose clínicamente indistinguible. Según Batsakis es un estadio temprano de éste.

Finalmente, la papilomatosis florida ha tenido gran difusión en nuestro medio a partir de los trabajos de Grinspan y Abulafia, para quienes era similar al carcinoma verrucoso; sin embargo, la mayoría de los autores, cree que dicho término debería reservarse para aquellas papilomatosis esencialmente no queratinizantes, con poca displasia y antecedentes de leucoplasia proliferativa verrucosa. Su aplicación clínica gene-
ra controversias, debido a que no describe la naturaleza neoplásica de la enfermedad.

Precisamente, su división por tipos demuestra que sólo en el I no se llega a detectar un carcinoma, hecho que es "in situ" en el II y es claramente evidente en el III.

La incidencia del carcinoma verrucoso era francamente baja hasta 1972, en que se habían comunicado sólo 293 casos en la literatura de habla inglesa30, de los cuales 200 se conocían en EE.UU.19.

Algunas series son elocuentes: Tornes36 registra en Noruega 16 casos en 7 años, Mc Coy21, de la Emory U, 49 en 15 años y Jacobson16 en Sudáfrica 15 sobre un total de 685 carcinomas epidermoides.

Su baja incidencia relativa con este último, se hace más evidente aún en los estudios de Rochester y West Virginia4, donde alcanza 0.1 vs 3.6 y 0.3 vs 8.8/100.000 hab/año respectivamente.

Pero en la actualidad se diagnostican 250-750 casos/año, es decir 1-3/1.000.000 hab/año6 y el National Cancer Data Base (NCDB)19 registra 2350 casos en 12 años.

El Registro Norteamericano19 demuestra predominio del sexo masculino (60 vs 40%), coincidiendo con los hallazgos propios. Pero la edad media es de 69 años, resultando 6 mayor que la registrada en esta serie. Debe admitirse que el curso indolente de la enfermedad, hace que su diagnóstico se produzca una década después que en el carcinoma epidermoide, y que se registre predilección por cada localización según edad y sexo del paciente. Así, los de laringe son más frecuentes en el hombre joven y los de boca en mujeres longevas.

A pesar que la mayoría de los autores4,5,19, destacan la mayor afinidad de la enfermedad en los adictos al tabaco, ésta no se ha mostrado en la serie propia tan vinculante como en el carcinoma epidermoide.

Recientes estudios7,24,26,32 han demostrado que la expresión del HP virus tipo 16 y 18 a nivel celular es 10 veces mayor en las lesiones malignas de la cavidad bucal.

A pesar que el carcinoma verrucoso puede localizarse también en la mucosa anogenital y en las extremidades12,22,29, casi todos los autores señalan el predominio en cabeza y cuello, y dentro de esa área la boca, la orofaringe y la laringe18, tal como ocurren en la muestra analizada.

La estadificación de la enfermedad según normas establecidas por la American Joint Committee on Cancer no son de uso corriente. Según Koch19, el 92.4% de los carcinomas verrucosos representan lesiones confinadas al lugar de origen. El resto, o bien tiene asociado un carcinoma epidermoide o lo ha desarrollado en el curso de su evolución, como lo señala Batsakis4.

Universalmente se considera que el tratamiento con intención curativa de elección, lo constituye la cirugía con margen adecuado4,5,17,20,21,29,37. Según la NCDB18 casi el 70% de los cirujanos norteamericanos sostienen esa preferencia, especialmente en lesiones localizadas en labios y boca. En menor proporción ello ocurre en laringe, oro e hipofaringe. Estas últimas son las ubicaciones donde la radioterapia se ha aplicado hasta en el 10% de los casos, reconociéndosele una menor radiosensibilidad que la demostrada por el carcinoma epidermoide.

La más extensa revisión en laringe corresponde a la Mayo Clinic25 y en ella queda claro, que tanto en lesiones tempranas como avanzadas, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica, ya sea por vía endoscópica en las primeras o a cielo abierto en las segundas. Las recurrencias fueron locales siempre como carcinomas epidermoides. Ningún paciente murió a causa del carcinoma verrucoso y aquellos que se perdieron fue por progresión hacia un carcinoma epidermoide.

La quimioterapia, en cambio, como único tratamiento, logra algunas respuestas muy favorables, pero en general debe ir seguida de cirugía.

Los resultados alcanzados son elocuentes al demostrar que los tratamientos iniciales no quirúrgicos, la asociación o aparición de un carcinoma epidermoide y el tratamiento aplicado a la recurrencia, son todos factores que condicionan la evolución de la enfermedad.

A este último respecto, el Registro Norteamericano19 es ilustrativo al indicar que mientras los operados alcanzaron una supervivencia del 86% a 5 años, los irradiados llegaron al 53%, diferencia muy significativa, a pesar que entre los últimos hubieran enfermos más avanzados y/o incurables. Aunque sólo un estudio prospectivo y randomizado puede eliminar sesgos, los datos aportados en esta serie coincidentemente con los de la NCDB19, su-
gieren claramente una peor evolución de los irradiados.

El hecho que la cohorte analizada tuviera la probabilidad de tener vivos al 50% más de 7 años, y excluyendo las muertes ajenas a la enfermedad, el 75% más de 6 años, es indicativo de la buena evolución del carcinoma verrucoso y coincidente con la supervivencia global del 61,1% y del 40% a 5 y 10 años, registrada en la NCDB 19.

En síntesis, el carcinoma de Ackerman es una entidad de curso favorable, que puede tener de inicio 25 o tras tratamientos poco agresivos, un carcinoma epidermoide. La cirugía con margen adecuado es el único procedimiento que asegura su curación. La tendencia a recidivar obliga a seguirlo con igual disciplina que en aquél.

En conclusión, el carcinoma verrucoso es una enfermedad de larga evolución y adecuadamente tratada, raramente conduce a la muerte.

Es altamente recidivante a los tratamientos no quirúrgicos. Este último no debe ser menos agresivo que el empleado en el carcinoma epidermoide.

La cirugía ha demostrado ser la que produce más alta tasa de curación tanto en enfermos vírgenes como recidivados.

Es imperioso buscar la asociación con carcinoma epidermoide en todo carcinoma diagnosticado como verrucoso.

El seguimiento de la enfermedad no debe ser menos estricto que en el carcinoma invasor, debido a la alta tasa de transformación en carcinoma epidermoide.

El modelo propuesto fue más específico al analizar el evento "recurrencia" que el de "muerte". No obstante, en el 1º alcanzó significación estadística la presencia de carcinoma epidermoide y en el 2º por la presencia de recurrencias previas al tratamiento quirúrgico. En ambos eventos jugó un papel independiente la edad ≥ 60 años.

Diagnóstico temprano + cirugía inicial con margen + seguimiento estricto, son la fórmula para alcanzar el éxito con esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARCINOMA VERRUCOSO DE CABEZA Y CUELLO


DISCUSIÓN

Dr. Juan C. Ahumada* MAAC: El carcinoma verrucoso de Ackerman es un carcinoma escamoso, sumamente diferencia-
do, como han dicho los autores, prácticamente tengo que com-
parir todo lo que han expresado en su extenso y detallado
trabajo. Lo único que me gustaría agregar es que hay un por-
tcentaje de pacientes en los que ha encontrado alrededor del 45 al 50%, se ha encontrado HPV, que puede ser una de las
causas también que pueden desarrollar esta carcinoma.

Y lo otro, que hay una gran controversia, que algo han es-
bozado en el trabajo, con respecto al tratamiento radiante. Mu-
chos autores, están absolutamente en contra del tratamiento
radiante, atribuyéndole a éste, la causa de la infiltración del
carcinoma de Ackerman y del aumento de su agresividad.

Por otra parte, también compartimos aquello con respecto al
tratamiento de la quimioterapia, se suelen ver resultados sumamente
importantes y llamativos inclusive con desaparición macroscópica
de la lesión, pero con una pronta recidiva de la lesión.

Estoy absolutamente de acuerdo que el tratamiento debe
ser en base a un diagnóstico precoz y a una resección am-
plea de la lesión.

Dr. Roberto N. Pradier* MAAC FACS: Creo que ha sido
muy oportuno traer este tema, que en realidad, como todos
sabemos se originó en observación de Ackerman en mujeres
que mascaban tabaco en el sur de Estados Unidos, y que
tenían su depósito de tabaco en la mejilla, que fue ahí donde
se describió esta entidad. En nuestro medio, creo que justa-
mente ha introducido bastante confusión y probablemente ha
originado la pérdida de algunos pacientes, la confusión que
se introdujo con el término de papilomatosis florida, que sin
duda ha llevado a tratamientos de menor cuantía, en lesio-
nes que en realidad eran importantes.

El Dr. González Aguilar señaló la coincidencia con los
cánceromas epidermoideos en un número de casos, que sin
duda son tanto más grandes cuanto más exhaustivo sea el
estudio de la pieza y realmente se puede decir que cuando
una pieza se estudia en forma muy seriada, probablemente
este número se eleva en forma considerable y una de las
dificultades justamente de esta lesión, es el establecer el diag-
nóstico, por la escasa tendencia a la perforación de la membrana
basal que tiene el carcinoma de Ackerman y que mu-
chas veces impide llegar a su diagnóstico correcto.

Por último, coincidimos en la terapéutica, creemos que la
terapéutica debe ser quirúrgica, siempre que sea posible, y
una resección con margen adecuado, controlado por cierto con
biopsias por congelación.

Dr. H. Pablo Curutchet* MAAC FACS: Yo quiero reafir-
mamos que no hay la oportunidad de este trabajo, dado que en los
servicios que se especializan en este tipo de patología no es
tan la comunicación de carcinomas de Ackerman o
carcinomas verrucosos, que ha tenido variables nominaciones
como dijimos el Dr. González Aguilar.

Evidentemente, por alguna razón u otra, son enfermos que
sumamente el 50% tienen una irritación crónica de la mucosa
bucal, ya sea por alcohol o por tabaco. Es decir que hay otros
factores, que tal vez sean virales, que escapan a la etiología

* Miembro Académico
por lo tanto estamos totalmente de acuerdo que es oportuno el tratamiento quirúrgico, que no es frecuente y que generalmente no son tratados adecuadamente, cuando se considera con su nombre y apellido correcto.

Dr. Federico J. Gruart * MAAC: Nuestra experiencia en este tipo de cáncer, que fue y es de difícil solución, pues aun hoy no se ha coincidido en cuál es la mejor solución. Después de algunos años de haber ensayado diversas alternativas decidimos combinar el tratamiento quirúrgico con radioterapia, habiendo conseguido mejores resultados que con otras tácticas. Creo que no hemos aplicado el mejor tratamiento, pues tenemos a nuestro alcance la quimioterapia que si se sabe aplicar de manera correcta pueda ayudar a obtener mejores resultados.

De cualquier manera lo que han expuesto los autores del trabajo es muy válido.

CIERRE DE LA DISCUSIÓN

Dr. Osvaldo González Aguilar MAAC FACS: El objetivo que nos planteamos cuando decidimos traer este tema a la Academia, fue demostrar que cuando la terminología que se emplea para definir una patología no es adecuada, provoca que los cirujanos no interiorizados en ella, practiquen tratamientos poco o menos agresivos que los corrientes en el carcinoma epidermoide clásico y ésta es la razón por la cual casi el 50% de la muestra fue tratada con algún tipo de recidiva. Indudablemente la quimioterapia como señala el Dr. Gruart puede tener respuestas favorables en un 1° momento, pero el tratamiento definitivo de la enfermedad es la cirugía con margen y congelación de los mismos, como bien señala el Dr. Pradier. Precisamente este último ha dado en la tecla al decir que el término papilomatosis florda ha traído más confusión que ventajas en el ambiente médico, dando paso a la tentación de tratarla como una afección benigna y no maligna como realmente es, aunque sea de bajo grado de malignidad y posea poca tendencia a diseminarse a nivel linfático. Muy agradecido Dr. Ahumada por sus conceptos y veo que su experiencia concuerda con la nuestra. Finalmente al Dr. Curuchet le digo que muchos de los enfermos recibidos llegan en estadíos avanzados de la enfermedad, precisamente por no haberse aplicado de inicio los tratamientos convencionales para el carcinoma epidermoide.

A PROPOSITO DEL ACTA

Sesión del 23 de julio de 2003

Dr. Federico Pilheu * MAAC: A propósito de la comunicación de los Dres. González Aguilar y col, el miércoles pasado, con quienes coincido prácticamente en el 100% sobre sus conceptos. Me permito presentar algunos enfermos de mi serie personal. Con la autorización de la Presidencia, me permito presentar los siguientes diapositivos.

En el primer, muestro un típico, típico verrucoma de lábio inferior, que como Ud.s ven, prácticamente tiene un crecimiento superficial y hacia la piel, no hacia la mucosa. En el siguiente diapositivo, podemos observar otro verrucoma de la cara, que cuando es pequeño, muchas veces parece ser clínicamente una lesión benigna, una hiperplasia o una hiperтроfia. En cambio, en el próximo diapositivo, podemos ver cuando es gigante o muy grande, como éste de la nariz, en donde tiene un aspecto denominado aspecto en coliflor. Sigamos: En el próximo diapositivo vamos a ver unos cuantos verrucomas, no muchos, 4 o 5 verrucomas de la boca. Este es piso de la boca. La característica que también señaló el Dr. González Aguilar, es que generalmente no invade estructuras vecinas y que se conserva la membrana basal de la epidermis. Acá la prueba, la tenemos con la mandíbula, que prácticamente están conservados todos los dientes, que si hubiera invadió la mandíbula, se hubieran caído.

En el próximo diapositivo, vemos otra ubicación preferente, que es la lengua y con una característica semiológica muy característica, que es el aspecto leucoplásmico de la lesión, incluso a veces se considera que nació con una leucoplasia benigna y luego se transformó en un carcinom verrucoso.

El próximo diapositivo nos señala lo mismo. En el lugar más preferente de la boca, que es la encía, se la superior a la inferior, como en este caso, en donde también tenemos una leucoplasia bien característica.

En el próximo diapositivo, tenemos la ubicación en el cuello. El aspecto es típico, típico del carcinoma verrucoso, en donde crece hacia la superficie, no hacia la profundidad y raramente presenta adenopatías regionales. En el próximo diapositivo, vemos en la boca y también en el paladar. Uds. ven cómo es un crecimiento superficial, ni siquiera está ulcerado y en el próximo diapositivo, venos por fin, otra vez en la cara y parte del cuelo cabelludo, bien característico, a pesar de la extensión y de la lesión, no presentaba adenopatías. Histológicamente, era un carcinoma, con la variedad verrucosa.

Y en los dos últimos diapositivos, son bien, bien explícitos. Este era también un carcinoma verrucoso que nosotros los venimos un buen día, le sacamos esta fotografía. El enfermo desapareció, no lo vimos más, y a los 10 meses juntos se aparece con esta fotografía, que invade prácticamente todo el cuero cabelludo, parte de la cara también. Y otra característica es que en ese enfermo, no estaban invadidos los huesos subyacentes.

Para estas lesiones, nosotros hemos empleado dos tipos de tratamiento, el quirúrgico y la curietherapia. Con las agujas de radium, hemos tenido bastante éxito, al comienzo trabajando con el Dr. Luis María Pons, que nos guió y que nos enseñó cómo aplicar las agujas de radium, en esta ubicación y en el cuello. Las fotos del cuello eran casi imposible obtenerlas.