

Cáncer bucal y la importancia de las visitas periódicas al odontólogo

Oral cancer and the importance of regular visits to the dentist



Fuente: <https://24horaspuebla.com/2019/01/24/al-ano-se-registran-mas-de-dos-mil-casos-de-cancer-bucal-en-mexico/>

Alicia Rumayor Piña. Doctorado en Estomatopatología. Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Odontología, Unidad Saltillo. Maestría en Ciencias Odontológicas. Universidad Autónoma de Coahuila.

Coautores

Karla Vértiz Félix. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Odontología, Unidad Saltillo. Maestría en Ciencias Odontológicas. Universidad Autónoma de Coahuila.

Sergio Alberto Flores Alvarado. Especialista en Cirugía Maxilofacial. Hospital General de Zona #1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Saltillo, Coahuila.

Sandra Cecilia Esparza González. Doctorado en Ciencias (Morfología). Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Odontología, Unidad Saltillo. Maestría en Ciencias Odontológicas. Universidad Autónoma de Coahuila.

Ángel Fernando Gaona García. Estudiante de licenciatura (9º semestre). Facultad de Odontología, Unidad Saltillo. Universidad Autónoma de Coahuila.

Correspondencia: aliciarumayor@uadec.edu.mx

Resumen: La neoplasia maligna más común de la cavidad bucal es el carcinoma de células escamosas. Es asociado a hábitos de riesgo como consumo crónico de tabaco y alcohol. El grupo poblacional más afectado son pacientes masculinos en la 5ª y 6ª décadas de vida. La lengua, en sus bordes laterales, así como el piso de boca son los sitios anatómicos donde se presenta más comúnmente. La mayor parte de los casos se encuentra en etapa avanzada en el momento del diagnóstico lo que dificulta el tratamiento y disminuye la posibilidad de supervivencia. Es importante que los profesionales de la salud estén conscientes que en la actualidad el cáncer bucal puede presentarse en diversos grupos de pacientes, y conozcan las características iniciales para derivar oportunamente a tratamiento.

Palabras Clave: Cáncer bucal, Diagnóstico, Odontología

Abstract: Squamous cell carcinoma is the most common malignancy affecting oral cavity. It is associated mainly with risk factors as tobacco and alcohol. Patients in greater risk include males in their 5th and 6th decades of life. Lateral borders of the tongue and floor of mouth are the most affected sites. Most of the patients have lesions in an advanced stage at time of diagnosis, which makes treatment more complicated and diminishes the chances of survival. It is important that health professionals be aware that oral cancer can affect diverse groups of patients, and to know the initial features to timely identify and refer to treatment.

Key words: Oral cancer, Diagnosis, Dentistry.

Introducción

El carcinoma de células escamosas es la neoplasia maligna más común de cavidad bucal. Afecta principalmente pacientes masculinos, con hábitos como consumo crónico de tabaco y alcohol. Los sitios anatómicos más afectados por esta entidad son los bordes laterales de la lengua y el piso de boca. Las características clínicas dependen de la etapa de la enfermedad, inicialmente se presenta como áreas rojas o blancas que no se desprenden al raspado y en etapas avanzadas, como úlceras

o tumoraciones persistentes, firmes a la palpación. El dolor es un síntoma de avance del tumor a planos profundos y puede ser localizado o irradiarse a oído y/o región submandibular (Bagán y col., 2010).

Las manifestaciones iniciales son discretas y pueden pasar desapercibidas por ser completamente asintomáticas (Figura 1), por lo tanto, existe un retraso en la búsqueda de atención por parte de los pacientes ya que en su mayoría buscan atención médica cuando existe dolor, esto es en etapas avanzadas. Por lo tanto, la labor del médico u odontólogo es imprescindible en la realización de un examen bucal completo, sistemático y detallado como parte de la primera evaluación general de todo paciente (Vinitzky y col., 2014).

Entre las opciones terapéuticas para el cáncer oral en general se encuentra la eliminación quirúrgica y radioterapia, con adyuvantes como quimioterapia, estos tratamientos conllevan un costo económico elevado y graves secuelas que disminuyen la calidad de vida, esto es directamente proporcional a la etapa en la que se encuentre el tumor. La elección del mejor tratamiento es individualizada y se basa en factores como el tamaño, estadio, sitio anatómico, edad del paciente y comorbilidades (Rivera, 2015).



Figura 1. Manifestación clínica inicial de un carcinoma en borde posterolateral de lengua. El estudio histopatológico reveló carcinoma in situ con áreas de microinvasión (Fotografía propia).

Según el manual de prevención y manejo del paciente con cáncer oral publicado por la Federación Dental Internacional (FDI, 2018), más del 70% de los casos de cáncer bucal, son precedidos por una lesión premaligna como eritroplasia (áreas rojas) o leucoplasia (placas blancas), por lo tanto, un examen bucal en búsqueda de estas alteraciones es de suma importancia y debe ser realizado en todas las consultas sean de primera vez o de seguimiento de odontólogos generales y especialistas (Figura 2).

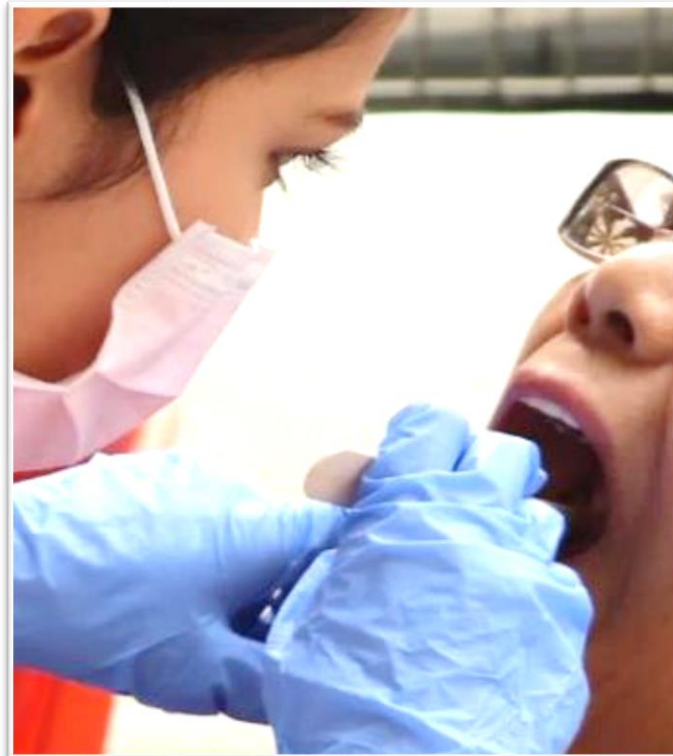


Figura 2. Exploración bucal (Fotografía propia).

El pronóstico y la tasa de supervivencia dependen en gran medida de la etapa en el momento del diagnóstico (Vinitzky y col., 2014). La tasa de supervivencia a 5 años de pacientes con lesiones en etapa inicial alcanza cerca del 80%, mientras que lesiones en etapas más avanzadas disminuye a menos del 40% (Neville y col., 2016). Desafortunadamente en la actualidad aproximadamente la mitad de los

pacientes presentan lesiones en etapas avanzadas (estadio 3-4) y ya presentan metástasis al momento del diagnóstico. En un estudio realizado en el Hospital General de México, que incluyó 531 pacientes diagnosticados con carcinoma oral, únicamente el 6.2% fue diagnosticado con carcinoma in situ (etapa inicial) (Hernández y col., 2013). El retraso puede deberse a factores relacionados con el paciente, el profesional o el tratamiento. El retraso por parte del paciente es el tiempo que transcurre entre la primera vez que el paciente detecta algún signo o síntoma y su primera consulta con un profesional de la salud, en general este tiempo varía entre 2 y 5 meses. Alrededor de un 40% de los pacientes se automedican antes de buscar a un profesional. El rol del odontólogo y de las revisiones anuales o bianuales es crucial, y se ha demostrado que el acudir periódicamente a revisiones, disminuye considerablemente el tiempo hasta el diagnóstico. Así mismo, se ha reportado que existe mayor probabilidad de que el odontólogo diagnostique un cáncer bucal en etapa inicial que un médico de atención primaria (Gigliotti y col., 2019).

El retraso profesional es el tiempo que transcurre entre la primera consulta del paciente con un profesional de atención primaria hasta su primera consulta con el especialista, mientras que el retraso en el tratamiento es el tiempo entre ésta última consulta y el inicio de manejo especializado (Gigliotti y col., 2019). En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología, que incluyó 18 pacientes con carcinoma oral se concluyó que los pacientes realizan un promedio de 3 visitas, a odontólogos y/o médicos antes de ser referidos a un centro adecuado y obtener un diagnóstico, esto es, un tiempo de entre 1 mes y 3 años de retraso diagnóstico profesional (Vinitzky y col., 2014).

Es muy importante en el momento de la detección de una lesión sospechosa de cáncer o de alguna entidad premaligna, por más insignificante que parezca, canalizar al paciente al especialista o si el profesional está capacitado, realizar una biopsia y enviar a estudio histopatológico. Esto confirmará o descartará la presencia

de alteraciones celulares iniciales como displasia, que, en caso de existir, se determinará el grado como leve, moderada o severa, o bien un carcinoma invasivo.

A partir de la detección de alteraciones en mucosa bucal, se recomienda esperar tres semanas, si estas no desaparecen con medidas conservadoras, se debe profundizar en el estudio para descartar una neoplasia maligna (Scully y col., 2008).

Casos

En la Facultad de Odontología se incentiva en los alumnos desde los primeros años la concientización a este respecto y la realización de exploraciones completas, no únicamente dentales, en todos los pacientes que solicitan atención. Se han realizado así mismo, campañas de detección y educación a pacientes sobre el tema de cáncer bucal. Presentamos dos casos que fueron detectados y diagnosticados en las clínicas de admisión de la Facultad de Odontología, Unidad Saltillo.

Caso 1

Se trata de paciente masculino de 70 años, que niega tabaquismo y etilismo, aparentemente sano, sin antecedentes patológicos, acude a consulta por presentar dolor en un molar y solicita extracción. A la exploración intraoral se identifica dicho órgano dentario en el que se observa una caries avanzada, además de una placa blanca con algunas áreas rojas, de superficie rugosa y consistencia blanda en el borde lateral posterior derecho de lengua y extendiéndose hacia el vientre, la lesión era asintomática y el paciente desconocía que presentaba esta alteración (Figura 3). Con la hipótesis diagnóstica inicial de una lesión premaligna (leucoplasia no homogénea), se realiza biopsia incisional bajo anestesia local. En el estudio histopatológico se identifica un carcinoma de células escamosas, in situ, con micro invasión. El paciente se refiere al servicio público de salud donde el tumor es clasificado como T1N0M0 y tratado con glosectomía parcial y radioterapia coadyuvante. A 1 año de seguimiento el paciente se encuentra con evolución favorable y libre de lesión.

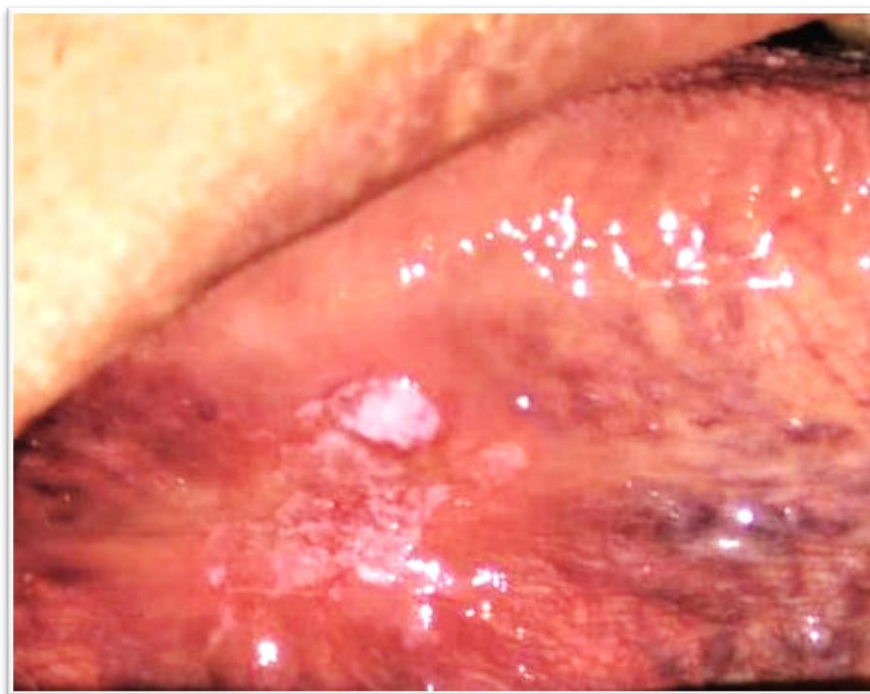


Figura 3. Caso 1 - Carcinoma de células escamosas de borde lateral de lengua en etapa inicial (Fotografía propia).

Caso 2

Se trata de paciente masculino de 50 años, niega hábitos como tabaco y alcohol, acude a revisión por dolor intenso en lengua de 1 mes de evolución que le dificulta hablar y alimentarse, ha utilizado diversos medicamentos como analgésicos, antivirales y antiinflamatorios tópicos prescritos por diversos profesionales de la salud. El paciente se encuentra aparentemente sano y no tiene antecedentes patológicos. A la exploración intraoral se identifica una tumoración ulcerada crateriforme, con bordes elevados e indurados (Figura 4), produce dolor intenso que se irradia a oído y región submandibular ipsilateral. Con la sospecha de neoplasia maligna, se realiza biopsia incisional bajo anestesia local y el estudio histopatológico revela una proliferación de células epiteliales neoplásicas que invade la lámina propia, así como formación de perlas de queratina, confirmando el diagnóstico de carcinoma de células escamosas, bien diferenciado, queratinizante, invasivo.

El paciente es canalizado a un centro hospitalario público donde inicia su protocolo de tratamiento que consistió en hemiglosectomía, quimioterapia y radioterapia.

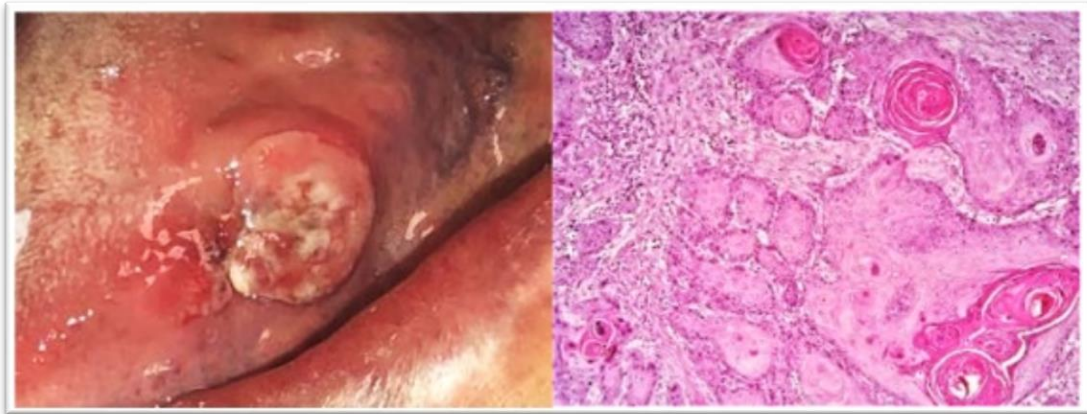


Figura 4. Caso 2 - Carcinoma de células escamosas de borde lateral de lengua, invasivo. La imagen histopatológica muestra islas de epitelio neoplásico, con formación de perlas de queratina, invadiendo la lámina propia (Hematoxilina y Eosina, 20x) (Fotografía propia).

Es interesante notar la diferencia en ambos casos, el primero clínicamente superficial, de consistencia blanda, el paciente desconocía que esta alteración estaba presente por no causarle síntomas, su motivo de consulta fue un dolor dental, histológicamente se encontraba en una etapa inicial, no invasiva.

A diferencia del segundo caso en el que el motivo de consulta fue dolor severo, clínicamente se observaba una tumoración exofítica, ulcerada, indurada a la palpación e histológicamente reveló ser un carcinoma invasivo, el tratamiento de este paciente fue una cirugía más extensa y quimioterapia como adyuvante además de la radioterapia, ambas terapias conllevan complicaciones y secuelas que disminuyen la calidad de vida. Vemos que la etapa al momento del diagnóstico es clave para determinar el tratamiento adecuado y se asocia directamente con el pronóstico.

Recientemente se publicó la 8va edición del Manual de Estadificación de Cáncer, por el Comité Americano Conjunto de Cáncer (AJCC, 2018) y que es considerado el estándar de oro usado por profesionales de la salud para unificar criterios en la clasificación y estadificación de neoplasias malignas. En él se determina que para determinar el pronóstico del paciente se deben utilizar criterios como el tamaño (diámetro) de la lesión medido clínicamente, la presencia de metástasis a ganglios linfáticos regionales y la metástasis a distancia, además es recomendable evaluar la extensión extraganglionar, profundidad de invasión, márgenes de resección, patrón de invasión, invasión perineural y linfovascular, y el estado de salud general del paciente.

De forma reciente se han identificado otros grupos de pacientes afectados como jóvenes menores de 40 años, mujeres, sin hábitos de riesgo. Se ha discutido la participación del Virus Papiloma Humano en la génesis de estas neoplasias, así como el estudio de diferencias genéticas en estos pacientes (Santos-Silva y col., 2014). Se han realizado estudios investigando este grupo de carcinomas en jóvenes, y se ha encontrado que el virus papiloma humano de alto riesgo tipo 16 se encontraba en casi el 70% de casos de carcinoma oral en pacientes jóvenes, a diferencia de los pacientes mayores de 50 años (Kaminagakura y col., 2012). Esta asociación requiere de mayores estudios para determinar si existe esta relación directa. De forma independiente se refuerza la importancia de las revisiones detalladas, periódicas como una herramienta de gran importancia para contribuir al diagnóstico temprano ya sea de lesiones malignas en jóvenes o adultos.

Para mejorar y promover el diagnóstico precoz del cáncer de boca se deben implementar medidas como proveer a la población de información sobre el tema, particularmente sobre los factores de riesgo, además de mejorar el entrenamiento y capacitación de los profesionales de la salud, médicos de primer contacto y

odontólogos, así como mejorar el acceso a los sistemas públicos de salud (Bandeira y col., 2017).

Conclusiones

Debido a que la boca es un sitio anatómico de fácil accesibilidad tanto para el propio paciente como para el profesional de la salud, la detección temprana de lesiones premalignas o malignas es posible y crítica para el pronóstico. Signos de alerta incluyen cambios de coloración, de textura, aumentos de volumen, zonas de ulceración, sangrado, dolor, nódulos en el cuello, dificultad para mover la lengua entre otros. Los profesionales de la salud de primer contacto deben realizar revisiones completas incluyendo tejidos blandos de cavidad bucal en los pacientes dentro del grupo de mayor riesgo e incluso los que son considerados de bajo riesgo, en especial los odontólogos tienen un rol crucial mediante revisiones en periodos más cortos.

Agradecimientos

A la Facultad de Odontología, Unidad Saltillo. A las Dras. Minerva Galindo Rocha, Elizabeth Barbosa Rodríguez y Blanca Pérez Romo. A los alumnos Alejandra Baltazar e Iván Alejandro Morales Marines. Todos ellos participaron de alguna u otra forma en la atención clínica inicial a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Bagán, J., Sarrion, G., & Jiménez, Y. (2010). Oral cancer: Clinical features. *Oral Oncology*. 46: 414-417.

Bandeira, C.M., de Almeida, A.A., Carta, C.F.L., Almeida, J.D., & Kaminagakura, E. (2017). How to improve the early diagnosis of oral cancer? *Braz Dent Sci*. 20(4): 25-31.

Gigliotti, J., Madathil, S., & Makhoul, N. (2019). Delays in oral cavity cancer. *Int J Oral Maxillof Surg*. 48: 1131-1137.

Hernández-Guerrero, J.C., Jacinto-Alemán, L.F., Jiménez-Farfán, M.D., Macario-Hernández, A., Hernández-Flores, F., & Alcántara-Vázquez, A. (2013). Prevalence trends of oral squamous cell carcinoma. Mexico City's General Hospital experience. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 18(2): e306-e311.

Kaminagakura, E., Villa, L.L., Andreoli, M.A., Sobrinho, J.S., Vartanian, J.G., Soares, F.A., Nishimoto, I.N., Rocha, R., & Kowalski, L.P. (2012). High-risk human papillomavirus in oral squamous cell carcinoma of young patients. *Int J Cancer*. 130(8): 1726-1732.

Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M., & Chi, A.C. (2016). *Oral and Maxillofacial Pathology*. (Cuarta edición). St. Louis, Missouri: Elsevier.

AJCC American Joint Committee on Cancer. (2018). Oral Cavity. In Ridge, J.A., Lydiatt, W.M., Patel S.G., Glastonbury, C.M., Brandwein-Weber, M., Ghossein, R.A., & Shah, J.P. *Cancer Staging Manual* (p.79-94). Chicago: Springer.

Rivera C. (2015). Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*. 8(9): 11884-11894.

Santos-Silva, A.R., Carvalho Andrade, M.A., Jorge, J., Paes de Almeida, O., Vargas, P.A., & Lopes, M.A. (2014). Tongue squamous cell carcinoma in young nonsmoking and nondrinking patients: 3 clinical cases of orthodontic interest. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 145(1): 103-107.

Scully, C., Bagán, J.V., Hopper, C., & Epstein, J.B. (2008). Oral cancer: Current and future diagnostic techniques. *Am J Dent*. 21(4): 199-209.

Vinitzky Brener, I., Ibáñez Mancera, N.G., Eljure Eljure, E., & Alba Bravo, F. (2014). Retraso en el diagnóstico de cáncer en cavidad bucal y anexos como factor clave para el pronóstico. *Revista ADM*. 71: 188-191.

FDI, World Dental Federation (2018). Oral Cancer: Prevention and patient management. [En línea]. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-oral_cancer-prevention_and_patient_management.pdf