

CÁNCER ORAL: EL PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN LA DETECCIÓN TEMPRANA Y CONTROL

ORAL CANCER: THE ROLE OF THE DENTIST IN EARLY DIAGNOSIS AND CONTROL

ANDERSON ROCHA BUELVAS¹

RESUMEN. Este documento enfatiza la importancia de la detección temprana del cáncer oral como herramienta de prevención y control. Se inicia documentando la epidemiología y relevancia en salud pública de este tipo de cáncer mediante la evidencia científica que demuestra que no es estadísticamente significativo comparado con otros cánceres. El cáncer oral es más agresivo y letal que otros tumores, además posee múltiples factores etiológicos, alto potencial metastático, un efecto acumulativo en el tiempo y compromete la estética y función del paciente. Posteriormente se ratifica que el cáncer oral debe ser prevenido y controlado mediante la instrucción sobre factores de riesgo, detección temprana y la suficiente actualización epidemiológica y clínica. Luego se reflexiona acerca de la importancia de la detección precoz del cáncer oral sobre todo cuando es persistente la falta de educación y de prevención en la enseñanza de los odontólogos, quienes suelen detectarlo clínicamente en etapas tardías. Finalmente, se cuestiona la insatisfactoria prevención primaria y secundaria del cáncer oral.

Palabras clave: neoplasias de la boca, diagnóstico precoz, prevención secundaria, diagnóstico bucal, prevención y control.

Rocha Buelvas A. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009; 21(1): 112-121.

ABSTRACT. This paper emphasizes the importance of early detection of oral cancer as a prevention and control tool. It begins documenting the epidemiology and relevance in public health of this type of cancer by means of scientific evidence which demonstrates that, compared to other types of cancer, it is not statistically significant. Oral cancer is more aggressive and lethal than other tumors. Besides, it has multiple etiologic factors, high metastasis potential, cumulative effect with time and, it compromises esthetics and function of the patients. Subsequently, it ratifies that oral cancer must be prevented and controlled by means of instruction on risk factors, early detection and sufficient clinical and epidemiological update. The last part of the paper analyzes the importance of early diagnosis of oral cancer especially considering the persistent lack of teaching in education and prevention in most dental schools; dentists usually diagnose oral cancer in the late stages. Finally, the unsatisfactory primary and secondary prevention of oral cancer is questioned.

Key words: mouth neoplasia, early diagnosis, secondary prevention, oral diagnosis, prevention and control.

Rocha Buelvas A. Oral cancer: the role of the dentist in early diagnosis and control. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009; 21(1): 112-121.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud —OMS— define el cáncer como

... un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos.

Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis.¹

Para el caso concreto del cáncer que inicia y termina en la cavidad oral se denominará cáncer oral.

¹ Estudiante Maestría en Salud Pública, Universidad de Valle. Coordinador del Grupo de Estudio de Epidemiología del Cáncer de Vías Aéreo-digestivas Superiores del Grupo del Grupo de Investigación en Odontología (GIOD) de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia Pasto articulado a la Red Interorganizacional del Observatorio Nacional por la Salud Bucal y la Práctica Odontológica (ONSB) de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: rochabuelvas@gmail.com.

Las neoplasias malignas son responsables de quinta parte de la mortalidad por todas las enfermedades crónicas en las Américas, provocando unas 459.000 defunciones en 2002.² En Colombia el carcinoma escamocelular que es la neoplasia de mayor aparición en cavidad oral y que se origina como una lesión premaligna representa el 25,7% de todos los cánceres de piel según el Instituto Nacional de Cancerología en 1998.

La importancia en salud pública del diagnóstico precoz y de educación a los diferentes grupos humanos sobre los factores etiológicos se sustenta en informes mundiales y nacionales, en el que el cáncer oral es uno de los diez cánceres más frecuentes en el mundo, con tres cuartas partes de los casos en países en vía de desarrollo. En Asia, supone más del 40% de todos los cánceres, mientras que en los países industrializados representa entre el 1 y el 4% del total en varones y, aproximadamente, la mitad en las mujeres.³

Además el cáncer oral es un problema de salud mundial, con incidencia y tasas de mortalidad en aumento; se calcula que alrededor de 300.000 pacientes presentan anualmente cáncer oral en todo el mundo. En los hombres, las tasas de incidencia más altas se encuentran en el Sudeste Asiático, algunas partes de Europa occidental, Europa oriental y Oceanía. En las mujeres, la incidencia es relativamente elevada en el sur de Asia. Estas variaciones en la distribución regional del cáncer oral y su resultado se han documentado recientemente, estos patrones muestran claras diferencias geográficas. Así mismo, se han observado diferencias en el número de muertes relacionadas con el cáncer oral entre los países desarrollados y en desarrollo, aumentando significativamente.⁴

En los Estados Unidos el 6% de todos los cánceres son orales y el 30% en cabeza y cuello, muchos de los cuales provienen de cavidad oral.⁵ En Colombia en el Instituto Nacional de Cancerología se presentan anualmente entre 100 y 120 nuevos casos de cáncer oral, el 50% en lengua, 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres y con el 74% de los casos a grupos entre los 50 y 70 años; demostrándose como hipótesis, que los factores de riesgo

más comúnmente citados como el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales, tienen un efecto acumulativo en el tiempo, lo que da consistencia al hallazgo epidemiológico de mayor prevalencia en adultos mayores, que ha hecho afirmar a muchos autores que la edad es el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer, y específicamente del cáncer oral.⁶

Es importante resaltar que en las últimas décadas se ha venido produciendo un importante cambio en la estructura de las poblaciones, especialmente en países de Europa Occidental como España, lo cual coincide con el aumento, tanto en términos absolutos como relativos de la población anciana, esto sin contar que la exposición a factores de riesgo como el tabaquismo se presentan cada vez en personas más jóvenes.⁷

El cáncer oral puede dividirse en tres grandes grupos: carcinomas propios de la cavidad oral, carcinomas de labio-bermellón y carcinomas de la orofaringe, los cuales son más comunes en hombres que en mujeres, en una relación 2:1;⁸ sin embargo, hoy en día prevalece la leve disminución de la tasa de cánceres de cabeza y cuello en hombres mientras ha aumentado en mujeres, la causa aún se desconoce pero se cree que está asociado a la prevalencia del virus del papiloma humano y la creciente exposición a carcinógenos como el tabaco y el alcohol. Otras particularidades acompañan al comportamiento epidemiológico del cáncer oral, por ejemplo la tasa de cáncer de vías aéreo-digestivas en afrodescendientes es mayor en países como Estados Unidos,⁹ y en Colombia se presenta con mayor frecuencia en la costa pacífica.¹⁰

Respecto a la historia natural de la enfermedad se puede afirmar que las lesiones orales premalignas como leucoplasia y eritroplasia han sido consideradas las lesiones orales precancerosas por excelencia en todo el mundo; según *Mashberg*, existe aproximadamente 33% posibilidades de desarrollar carcinoma en cavidad oral cuando han sido eritroplasia, en el 4,9% cuando han sido leucoplásicos y en el 60% cuando son la combinación de ambos; es decir, leucoeritroplásico o carcinoma in situ,¹¹ por ello es importante tener en cuenta que un examen

clínico de rutina en búsqueda de la detección del cáncer o alguna condición precursora de cáncer, requiere asesoría y educación a los pacientes sobre los factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad.¹² Lo anterior es importante por la ocurrencia impredecible del riesgo de aparición de lesiones precancerosas en vías aéreo-digestivas. Igualmente es importante la instrucción en factores de riesgo en etapas tardías de la enfermedad, especialmente en fumadores, quienes son susceptibles a la aparición de segundos primarios en un 18% de los casos de cese del hábito.¹³⁻¹⁶

No obstante, es interesante reconocer que de una manera versátil y visionaria el médico historiador *Henry Sigerist* en 1943 se refirió a la investigación en cáncer “como una historia llena de errores y de desesperanzas que no lograrían controlar nada” cuando la prevención y control parecen insuficientes dado que muchas enfermedades se han controlado a excepción del cáncer; que por el contrario se constituye como el más impercedero de los problemas en salud pública. Por tal motivo, la inadecuada atención primaria afecta desafortunadamente a grupos humanos desposeídos y vulnerables social y económicamente.¹⁷

Por este propósito preventivo, es sabido que desde los años noventa ha existido un consenso mundial por la generación de políticas públicas que conduzcan a la prolongación de la esperanza de vida y una nueva perspectiva de la salud, orientándose el control del cáncer hacia su relación con factores de riesgo,¹⁸ por tal razón se ha concluido actualmente que la problemática del cáncer no es cuestión de intervenir la enfermedad, sino más bien, de controlar la forma como la sociedad se está desarrollando.¹⁹

Es así como del cáncer oral se puede decir que es curable siempre que se haga el diagnóstico precoz, como lo afirma el doctor Edmond Chediak en su libro *Cáncer de cavidad oral*, puesto que se conocen ampliamente los factores de riesgo asociados y además es de fácil detección, siendo después de la piel la boca el órgano más accesible a la inspección y al examen. De modo que el papel fundamental del médico y especialmente del odontólogo que es el profesional más consultado y comprometido por

estos desórdenes es de gran importancia; por consiguiente debe estar debidamente entrenado para la detección del estado inicial de la enfermedad por su carácter asintomático y por tornarse confuso el diagnóstico diferencial dada la variedad de manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas semejantes. No obstante, es importante también encontrarse entrenado en la realización de exámenes rutinarios en pacientes sin lesiones orales con presencia de factores de riesgo.²⁰

Cabe resaltar que los tumores malignos en cavidad oral son los más agresivos entre los tumores de cabeza y cuello, e incluso respecto de otras regiones del cuerpo; ejemplo de ello es el porcentaje paradójico de curación entre el cáncer de cuello uterino que es muy alto versus el de lengua que es muy bajo aun cuando es más fácil detectar este último.²¹

En cuanto al pronóstico del cáncer de cavidad oral, sabemos que el tamaño y la sintomatología están directamente relacionados, por ello el bajo porcentaje de curación, ya que la detección del cáncer se hace regularmente cuando el paciente siente dolor, es decir, cuando es más grande la lesión y cuando está lejos del estado inicial, casi siempre en estados III y IV, el 50% con linfadenopatías y tasas totales de supervivencia después de la cirugía, radioterapia y quimioterapia entre el 30 y el 40%.²²

Del mismo modo en que los datos experimentales y epidemiológicos han sugerido que el mecanismo patogénico del carcinoma escamocelular es multifactorial, siendo el más común de los cánceres el de cavidad oral, con la misma finalidad científica debe entenderse en grupos específicos de personas los diferentes factores de riesgo y por ende, la orientación de la educación sobre cáncer oral como herramienta de prevención y control en salud pública oral.²³

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER ORAL

Está demostrado que existe una serie de efectos combinados en la prevención y tratamiento de esta forma de cáncer, para la cual existe la suficiente evidencia científica y las recomendaciones tanto

para quien va dirigido como para el profesional y el mismo sistema de salud; prueba de ello son las innumerables publicaciones que insisten en la necesidad de mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral desde cualquiera de estos espectros, igualmente revisiones sistemáticas que orientan la detección precoz a una serie de prácticas clínicas desde la salud pública mediante programas de cribado y de atención primaria; de manera que es fundamental que el entrenamiento y conocimiento de los profesionales de la salud oral se enfoque adecuadamente a los factores de riesgo, medidas de prevención y control y sobre todo procedimientos de detección.²⁴

Por lo tanto es importante destacar que desde la visión científica los conocimientos representan el conjunto organizado de datos e información destinados a resolver la problemática del cáncer oral, los cuales son parte de la formación académica de pregrado y posgrado, y también de la educación continuada, por tanto debe ser permanente la actualización de los odontólogos, mientras que las actitudes frente al cáncer oral son una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva, y en favor o en contra de un objeto definido, el cual es el diagnóstico de esta enfermedad, en el que el criterio del odontólogo predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables pero directamente sujetas a inferencias observables como por ejemplo el diagnóstico clínico precoz. Y Finalmente las prácticas, que hacen referencia a la acción de los conocimientos y actitudes, cuya premisa es el entrenamiento, el interés y la permanente actualización y experiencia en el tema.²⁵

A propósito de estas cualidades en los profesionales de la salud oral se puede ejemplificar la importancia en los reportes de los Estados Unidos entre los años 1973 y 1984, y entre 1985 y 1996 en los que hubo pocos cambios en la detección temprana del cáncer oral o en la tasa de supervivencia, a raíz de la deficiencia en la educación pública y profesional respecto de la detección precoz del cáncer oral. Se ha comprobado que la detección temprana de lesiones

malignas y premalignas, al igual que la reducción de conductas riesgosas mejoran enormemente el pronóstico de la enfermedad, la calidad de vida y los costos de tratamiento. Es así como existen hallazgos que demuestran que hay profesionales de la salud que reconocen que proveen deficiente educación a los pacientes frente a la cesación de factores de riesgo, tales como el consumo de tabaco y alcohol en el Norte de Carolina en los Estados Unidos.²⁶

También hay que resaltar cómo en otras investigaciones se ha concluido que en los programas de educación continuada y en los programas curriculares es necesario preparar a los profesionales de la salud en actividades de prevención y promoción que impacten sin duda alguna en la tasas de incidencia de cáncer oral y de orofaringe.²⁷

Sin duda alguna, la mayoría de los cánceres orales son diagnosticados en etapas tardías, ya que la detección en etapas tempranas requiere que los profesionales de la salud tengan adecuados conocimientos, actitudes y prácticas para identificar en los pacientes estilos de vida poco saludables que incrementan el riesgo, y para proveer un examen sistemático de la cavidad oral. Para este propósito la Sociedad Americana de Cáncer e incluso la Asociación Dental Americana —ADA— sugieren que un examen de cáncer oral es recomendado efectuado por lo menos cada tres años en pacientes entre 20 y 39 años y anualmente en individuos mayores de 40 años dado que es un cáncer potencialmente prevenible.²⁸

Otro ejemplo de esfuerzos orientados a promover la atención primaria de este tipo de cáncer, es el emprendido por el Destacamento de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, el cual recomienda que se incluya en la práctica clínica un examen cuidadoso y un cribaje de cáncer oral en pacientes asintomáticos que tengan historia de consumo de tabaco y alcohol. De igual manera, en el año 2003 la Fundación de Educación para la Salud —Cochrane— reportó la necesidad de más evidencia científica que compruebe la efectividad en la detección temprana del cáncer oral y la reducción de la mortalidad.²⁹

Otros estudios en los Estados Unidos han demostrado la importante necesidad de que los profesionales

de la salud cuenten con protocolos de asesoramiento en la consulta que induzcan la cesación de hábitos como el tabaco, puesto que no hay estudios que evalúen la efectividad de prácticas de asesoramiento de los profesionales de la salud oral en el no abuso del alcohol y el tabaco.³⁰

Hay estudios que recomiendan se enfatice en la importancia de emprender intervenciones educativas e implementar políticas institucionales en las Facultades de Odontología y en programas de Auxiliares de Odontología. Por estas motivos investigaciones realizadas en Italia revelaron limitado nivel de conocimiento, inferior al de los Estados Unidos donde se demostró en que si los profesionales de la salud oral reciben información precisa de revistas científicas y asociaciones sobre la prevención del cáncer oral, se modifican notablemente las conductas de apoyo diagnóstico. Es fácil comprender las grandes bondades que provee la adecuada prevención y control de esta enfermedad, puesto que las técnicas de detección del cáncer oral pueden llevarse a cabo en unos pocos minutos, los procedimientos son simples y rutinarios, no requieren un equipo médico adicional, y la incorporación de métodos de prevención primaria, en la inspección de las lesiones y cambios sospechosos en los tejidos, es bastante sencilla.³¹

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER ORAL. IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN TEMPRANA

En cuanto a la práctica del examen clínico hay que mencionar que los odontólogos especialistas no tienden a examinar toda la cavidad oral o no están entrenados para la detección del cáncer oral, ya que suelen inspeccionar el área involucrada en los intereses de la especialidad; es decir, regularmente en dientes o encía, ignorando lesiones en los tejidos contiguos. De la misma manera pueden pasar desapercibidas las lesiones premalignas y malignas cuando otras especialidades médicas como la otorrinolaringología examinan parcialmente la boca.

Existen medios diagnósticos clínicos e histopatológicos muy efectivos que muchos autores recomiendan y que los odontólogos generales y especialistas no conocen y/o aplican. El primer paso en el examen

clínico consiste en la anamnesis: en la que es fundamental consignar toda la información concerniente a factores de riesgo tales como: hábitos alimenticios, ingestión de alcohol, uso de cigarrillo, marihuana u otra modalidad (intensidad y tiempo), también es importante recoger información sobre antecedentes familiares y personales: diabetes, cáncer, sífilis, papiloma virus, VIH, herpes virus, enfermedades inmunodepresivas, etc.³²

El segundo paso tiene que ver con el examen clínico, en el que es fundamental observar asimetrías o malformaciones faciales que pueden hacer sospechar sobre algún crecimiento sospechoso, igualmente cuando el paciente saca la lengua es importante observar si existe alguna desviación, lo que puede hacer pensar en un signo de tumor en la base de la lengua, que esté infiltrando los músculos o nervios glossofaríngeo o hipogloso. El tercer paso es la palpación, la cual se considera el paso más importante, puesto que con frecuencia se presentan pequeños carcinomas infiltrantes ocultos en una lengua saburral o que no se pudieran previamente observar en piso de boca por la segregación excesiva de saliva, pero que sí se pueden detectar al palpar una induración o cambio de textura en la mucosa. Las anteriores son las razones de peso para que la palpación se haga bidigital en labios, carrillos, paladar, piso de boca y lengua; de igual manera debe hacerse en cuello en búsqueda de ganglios duros o fijos, no dolorosos.³³

También cabe destacar la vital importancia que tiene el uso de colorantes en la inspección visual de un examen odontológico de rutina, como el azul de toluidina, el cual es el que mejores resultados ha ofrecido según reportes³⁴⁻³⁷

El otro método diagnóstico que coadyuva al examen clínico es la citología exfoliativa, cuyas principales ventajas clínicas se deben a que es una técnica rápida, no agresiva y relativamente indolora, muy bien aceptada por los pacientes, lo que permite que sea practicada repetidamente en programas preventivos de *screening*, en lesiones sospechosas ya identificadas o en el seguimiento de lesiones malignas postratamiento.³⁸⁻⁴⁰

Por consiguiente, el diagnóstico precoz debe tener en cuenta que existen condiciones de premalignidad, cuyos signos clínicos y citopatológicos alertan y previenen un desenlace fatal dadas las características del cáncer en cavidad oral. A nivel clínico estas lesiones se presentan de la siguiente manera como:

1. *Leucoplasia* que es un término clínico que el odontólogo no confirma y que puede ser el reservorio de carcinoma in situ. El término fue acuñado por la OMS en 1978 para denominar las manchas blancas en mucosa oral. Existe una discusión alrededor de este tipo de lesión, las cuales se ha demostrado son benignas en su mayoría, a pesar de no dejar de ser precursoras del cáncer oral.⁴¹
2. Según el Centro de Precáncer y Cáncer Oral del Reino Unido existen las *leucoeritoplasias* o lesiones que presentan la combinación de placas blancas y rojas de alto riesgo y cuyo diagnóstico las considere carcinoma in situ.⁴²
3. También puede presentarse como *Eritroplasia* que es un término clínico que el odontólogo no confirma y que puede ser el reservorio de un carcinoma in situ. Esta se diferencia de las demás lesiones porque se observan como lesiones rojas, pequeñas, ligeramente elevadas y de apariencia granular. Existe alto riesgo de carcinoma in situ cuando se encuentran ulceradas.⁴³

La lucha por reducir la morbi-mortalidad por cáncer oral se puede hacer en tres niveles diferentes: la prevención primaria; la prevención secundaria, el cribaje (*screening*) y la detección temprana; mejor tratamiento. Esta forma de cáncer comparte muchos rasgos comunes con los de otros tejidos, por ejemplo: el de mama y el de cuello uterino.⁴⁴⁻⁴⁵

Debido a la accesibilidad de la cavidad bucal, el examen clínico (inspección visual) es el método que actualmente se utiliza con más frecuencia para detectar lesiones visibles. Como se mencionaba anteriormente el diagnóstico puede ser histopatológico con finalidad confirmativa o para casos en los que las lesiones clínicamente son indetectables, por ello es necesario un método coadyuvante para el examen

visual, especialmente ante lesiones precancerosas, y estos son: el azul de toluidina, la biopsia por cepillado y la imagen de fluorescencia.⁴⁶

De manera que en la detección de cáncer oral, los más comunes son los carcinomas escamocelulares, los cuales en su etapa inicial son asintomáticos y son detectados cuando su crecimiento los hace evidentes, el pronóstico y la perspectiva de supervivencia está en relación directa con el tamaño del tumor en el momento del diagnóstico. Estos suelen ser aproximadamente el 95% de los casos de cáncer oral. Otros tipo de cáncer oral son los adenocarcinomas, que son los tumores de glándulas salivares, los cuales pueden ser carcinoma adenoquístico o cilindroma y carcinoma mucoepidermoide, estos suelen ser de pronóstico reservado, tienden a ser agresivos en su evolución, pueden aparecer en paladar duro, tienden a generar hipoestesia o parestesia, son de crecimiento lento, producen dolor en su estado inicial, hacen metástasis a largo plazo y su tratamiento suele ser quirúrgico.⁴⁷

Los plasmocitomas son otro tipo de neoplasia maligna de cavidad oral que no son muy comunes. Clínicamente puede presentarse con insuficiencia ventilatoria nasal y epistaxis, el pronóstico depende del estado general más que de aspectos locales, aparecen regularmente como masas fungosas lobuladas.⁴⁸

Otro tipo de cáncer oral son los melanomas malignos, los cuales se originan de los melanocitos, de crecimiento incontrolado, clínicamente, al inicio se observa como una mácula y evoluciona a tumoración fuertemente pigmentada, a veces ulcerada y hemorrágica, suele ubicarse en encía, mucosa, rara vez en la lengua. En etapas avanzadas infiltra el hueso y produce metástasis por vía linfática y hematológica. De los tumores mesenquimales es el segundo después del osteosarcoma.⁴⁹

Finalmente en cavidad oral se distingue otra neoplasia maligna que al igual que los adenocarcinomas, los plasmocitomas y los mielomas son escasos en comparación con los carcinomas escamocelulares. Estos tumores óseos malignos se clasifican como:

1. Formadores de hueso: osteosarcoma.
2. Formadores de cartilago: condrosarcoma.
3. Tumores de médula ósea: sarcoma de Swing.
4. Linfoma del hueso: mieloma.⁵⁰

En cuanto a la localización del cáncer de cavidad oral, pueden presentarse en estados avanzados y con tasas de curación muy bajas (50% o menos). La mayoría de las muertes son por extensión directa a áreas vitales del cráneo, siendo la complicación ganglionar poco frecuente. Los más comunes son los del seno maxilar más que del frontal. Los signos y síntomas de este cáncer consiste en la inflamación mucosa del paladar, dolor, movilidad de alguna pieza dentaria, sin embargo, hay algunos signos precoces como la epistaxis sin motivo o rinitis persistente de una fosa nasal.⁵¹

Los cánceres también pueden presentarse en los labios, especialmente en labio inferior, y este es el cáncer más frecuente de cavidad oral junto con el de lengua. Clínicamente se presenta como una úlcera, un nódulo o una simple grieta. La característica común es la induración a la palpación. Frecuente en personas de raza blanca. Entre los carcinomas escamocelulares de labio está el de bermellón, mucosa labial y de la comisura. El 95% de los de bermellón suelen presentarse en tercio medio, con aspecto costroso, a veces ulcerado, con bordes indurados y con aspecto hemorrágico.⁵²

El cáncer de lengua y piso de boca son los que más alteran la calidad de vida, ya que además de producir dolores intensos por lo innervado de este órgano, compromete funciones como la alimentación al no poder masticar y deglutir adecuadamente, lo mismo que el habla. Es muy propenso a infecciones que llevan a olores insoportables. El 50% de todos los cánceres de la lengua se sitúan en los dos tercios anteriores y en el borde lateral del tercio medio, el 4% en punta de la lengua. La metástasis en la parte anterior de la lengua y del piso de la boca suelen ser similares.⁵³

Los cánceres de piso de boca suelen aparecer con frecuencia en la unión de la lengua y el piso de la boca, puede presentarse en el frenillo lingual, y este

el de peor pronóstico, ya que las metástasis son bilaterales al cuello.⁵⁴

El cáncer de mejilla es poco frecuente, aparece por mascar tabaco, infiltrando las fibras musculares y los ganglios. La etiología, histología y tratamiento son similares a los de los carcinomas de labio, encía y lengua.⁵⁵

En la neoplasia del trigono retromolar el diagnóstico suele retrasarse por ser una zona menos accesible, respecto al pronóstico suele ser malo por el hecho de que invada el músculo pterigoideo interno y el nervio dentario a nivel de los alvéolos.⁵⁶

El cáncer de paladar regularmente inicia en paladar blando y en de maxilar superior en senos paranasales, mientras que los de úvula inician como lesiones primarias de las amígdalas y paredes faríngeas. En los de paladar blando hay infiltración de la orofaringe.⁵⁷

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN Y DETECCIÓN COMO HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER ORAL

Dado que el cáncer oral es un problema de salud pública desde que se reconoce que los factores de riesgo en la población son persistentes y la educación por ejemplo sobre el tabaquismo está dirigida por intereses corporativos, tales como los de las mismas industrias tabacaleras, se considera necesario que en lo gubernamental y profesional se eduque sobre los riesgos del tabaquismo y el alcohol, riesgos ocupacionales relacionados con la inhalación de químicos carcinogénicos, sobre la importancia de incluir frutas y vegetales en la dieta, sobre la importancia de consultar al médico y al odontólogo; es decir, aprovechar este conocimiento sobre factores de riesgo para reducir la aparición de la enfermedad incidiendo en los hábitos, costumbres y culturas.⁵⁸

La capacidad de control del cáncer en cavidad oral, en vías aéreo-digestivas y en cabeza y cuello dependen básicamente de dos aspectos fundamentales: prevención y control; es decir, la interrupción de factores de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco y el diagnóstico precoz.

Estos dos ejes en la práctica se refieren a la necesidad de generar campañas educativas locales, regionales y nacionales por agrupaciones académicas y científicas o inducir a la participación activa del Estado. Además es una práctica cuyas actitudes y conocimientos deben enfocarse apropiadamente a la permanente actualización y realización de un examen clínico completo por parte de los odontólogos, que vaya más allá de una odontología artesanal y mercantil en la que prima únicamente la enfermedad y la salud de los dientes y sus tejidos de soporte.⁵⁹⁻⁶²

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Red Interorganizacional del Observatorio Nacional por la Salud Bucal y la Práctica Odontológica (ONSB) de la Universidad de Antioquia por darle la oportunidad al (GIECVADS) de articularse a ese sueño en construcción, el de un grupo de salud bucal colectiva que produzca, organice y disemine la información con el fin de fomentar la investigación en nuestro país.

CORRESPONDENCIA

Anderson Rocha Buelvas
Facultad de Odontología
Universidad Cooperativa de Colombia, Seccional
Pasto
Teléfono: 731 48 76
Correo electrónico: rochabuelvas@gmail.com

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Cancerología. Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas. En: *Piel: carcinoma escamocelular*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2001. P. 33-39.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*. En: *Panorama de la salud en la región*. Washington: OPS-OMS; 2007. p. 684-685.
3. Nagao T, Warnakulasuriya S. Annual screening for oral cancer detection. *Cancer Detect Prev* 2003; 27: 333-337.
4. La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Levi F. Trends in oral cancer mortality in Europe. *Oral Oncol* 2004; 40: 433-439.
5. Tromp DM, Brouha X, Hordijk GJ, Winnubst J, De Leeuw RJ. Patient and tumour factors associated with advanced carcinomas of the head and neck. *Oral Oncol* 2005; 41: 313-319.

6. Bastidas A. Cáncer de cavidad oral. *Revista Med HUDN* 2006; 3(1): 14-18.
7. Mallo Pérez L, Rodríguez Baciero G, Lafuente Urdinguio P. Lesiones orales precancerosas en los ancianos. Situación España. *Rev Ilustre Cons Gen Odontol Esp* 2002; 7(2): 153-162.
8. Neville BW, Day T.A. Oral cancer and precancerous lesion. *C.A Cancer J Clin* 2002; 52: 195-215.
9. Davidson BJ. Epidemiology and Etiology. En: Shah JP. Editor. *Cancer of the head and neck*. Hamilton: B. C. Deckers; 2001. p. 1-19.
10. Bastidas A. Odontología Oncología. *Revista Nariñense de Medicina* 2004; 2(4): 21-24.
11. Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Biörklund A et al. Smoking tobacco, oral snuff and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. A population – based case – referent study in Sweden. *Cancer* 1998; 82(7): 1367-1375.
12. Rothman K, Keller A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. *J Chron Dis* 1973; 25: 711-716.
13. De Stefani E, Boffetta P, Oreggia F, Mendilaharsu M, Deneo-Pellegrini H. Smoking patterns and cancer of the oral cavity and pharynx. A case control study in Uruguay. *Oral Oncol* 1998; 34(5): 340-346.
14. Wray A, McGuirt WF. Smokless tobacco usage associated with oral carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 119(9): 929-933.
15. Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK, Pindborg JJ, Bhonsle RB, Jalnawalla PN, et al. Incidence rates of oral cancer nad natural history of oral precancerous lesions in a 10 year follow-up study of Indian Villagers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8(6): 287-333.
16. Hashibe M, Jacob BJ, Thomas G, Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan R et al. Socioeconomic status, lifestyle factors and oral premalignant lesions. *Oral Oncol* 2003; 39: 664-671.
17. Fee E, Brown T, editores. *Making medical history: the life and times of Henry E. Sigerist*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1997. p. 197.
18. McMichael AJ, Beaglehole R. The changing global context of public health. *Lancet* 2000; 356: 495-499.
19. Pang T, Sadana R, Hanney S, Bhutta Z, Hyder A, Simon J. Knowledge for Better Health a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bull World Health Organ* 2003; 8: 815-820.
20. Chediak E. Cáncer de cavidad oral. En: Chediak Edmond. *Neoplasias malignas*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana. 2005. p. 18-37.
21. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. ¿Dónde se localiza más frecuentemente el cáncer? Cáncer de piel. En: Colombia. Ministerio

- de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. El cáncer. Aspectos básicos, sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Bogotá: Los Autores.; 2004. p. 34-36.
22. Quer M, León X, Orús C, Recher K, Gras JR. Análisis de 2.500 carcinomas escamosos de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaring Esp* 2001; 52: 201-205.
 23. Baden E. Prevention of cancer of the oral cavity and pharynx. *CA Cancer J Clin* 1987; 37: 49-62.
 24. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol* 2006; 42(6): 551-560.
 25. Colella G, Gaeta GM, Moscariello A, Angelillo I. Oral cancer and dentists: knowledge, attitudes, and practices in Italy. *Oral Oncol* 2008; 44: 393-399.
 26. World Health Organization. Strengthening the prevention of oral cancer: the WHO perspective. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 307-399.
 27. Gloeckler-Ries LA, Hankey BF, Edwards BK. Cancer statistics and review, 1973-1987. Bethesda, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health 1990; p. 90-2789.
 28. Scubba JJ. Oral Cancer and Its Detection: History-Taking and the Diagnostic Phase of Management. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 10-18.
 29. U. S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: report of the U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore: William and Wilkins; 1996.
 30. Cruz G, Ostroff J, Kumar JV, Sangeeta G. Preventing and detecting oral cancer: oral health care providers readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. *J Am Dental Assoc* 2005; 36: 594-601.
 31. Nicotera G, Gnisci F, Bianco A, Angelillo I. Dental Hygienist and oral cancer prevention: knowledge, attitudes and behaviors in Italy. *Oral Oncol* 2004; 40: 638-644.
 32. Gallegos JF. Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aero-digestivas superiores (VADS). *Act Med Gpo Ang* 2005; 3(4): 247-252
 33. Ord RA, Blanchaert RH. Current management of oral cancer. A multidisciplinary approach. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 19-23.
 34. Epstein JB, Scully C, Spinelli JJ. Toluidine blue application in the assessment of oral malignant disease and lesions at risk of malignancy. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 160-163.
 35. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Sensitivity and specificity of Oral Scan I toluidine blue mouth rinse in the detection of oral cancer and precancer. *J Oral Pathol Med* 1996; 25(3): 97-103.
 36. Mashberg A, Samit AM. Early detection, diagnosis and management of oral and oropharyngeal cancer. *Cancer J Clin* 1999; 39(2): 67-68.
 37. Martín IC, Kerawala CJ, Reed M. The application of toluidine blue as a diagnostic adjunct in the detection of epithelial dysplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo* 1998; 85(4): 444-446.
 38. Dabelsteen E, Roed-Petersen B, Smith CJ, Pindborg JJ. The limitations of exfoliative cytology for the detection of epithelial atypia in oral leukoplakias. *Br J Cancer* 1971; 25: 21-24.
 39. Sugerman PB, Savage NW. Exfoliative cytology in clinical oral pathology. *Aust Dent J* 1996; 41: 71-74.
 40. Diniz-Freitas M, García-García A, Crespo Abelleira A, Martins Carneiro JL, Gándara Rey JM. Aplicaciones de la citología exfoliativa en el diagnóstico del cáncer oral. *Med Oral* 2004; 9: 355-361.
 41. Warnakulasuriya S, Jonson NW, Vanderwaal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575-580.
 42. Shedd DP, Hukill PB, Sleeper HR y Kligerman MM. Recognition of early oral cancer. *CA Cancer J Clin* 1965; 15: 21-24.
 43. Mashberg A, Garfinkel L. Early diagnosis of oral cancer: the erythroplastic lesion in high risk sites. *Cancer J Clin* 1978; 28: 297-303.
 44. Duffy SW, Agbaje O, Tabar L, Bedrich V, Bjurstam N, Björneld L et al. Overdiagnosis and overtreatment of breast cancer: estimates of overdiagnosis from two trials of mammographic screening for breast cancer. *Breast Cancer Res* 2005; 7(6): 258-265.
 45. Paci E, Warwick J, Falini P, Duffy SW. Overdiagnosis in screening: is the increase in breast cancer incidence rates a cause for concern?. *J Med Screen* 2004; 11(1): 23-27.
 46. Kujan O, Glenny AM, Oliver RJ, Thakker N, Sloan P. Programas de cribaje (screening) para la detección precoz y prevención del cáncer oral. Revisión Cochrane, traducida y publicada. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008; 3.
 47. Sauri D, Frouzandeh A, Jahanbany J. Sarcoma of the head & neck: a 20-year study of 88,196 patient files from the Cancer Institute (Tehran). *Oral Oncol* 2007; 2(1): 212.
 48. Melgar IP, Mercado V, Valdenegro JP, Krause F. Caso Clínico: plasmocitoma extramedular en otorrinolaringología. *Rev Otorrinolaringol Cir Cab-Cuello* 2001; 61: 47-54.
 49. Severi G, Giles G, Robertson C, Boyle P, Autie P. Mortality from cutaneous melanoma: evidence for contrasting trends between populations. *Br J Cáncer* 2000; 82: 1887-1891.
 50. Grodecka J, Tyndorf M, Zielinska-Kazmierska B. Sarcomas of the head and neck in clinical material from the Clinic of Cranio-Maxillofacial and Oncological Surgery of the Medical University of Lodz. *Oral Oncol* 2007; 2(1): 217.
 51. Horowitz AM, Alfano MC. Performing a Death-Defying Act. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 20-23.

52. Pate R, Gao K, Clark J, O'Brien C. The prognostic impact of bone invasion in squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncol* 2007; 2(1): 71.
53. Silverman S. Demographics and Occurrence of Oral and Pharyngeal Cancers: the Outcomes, the Trends, the Challenge. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 25-29.
54. Woolgar JA, Triantafyllou A. Pitfalls and procedures in the histopathological diagnosis of oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma and review of the role of pathology in prognosis. *Oral Oncol* 2009; 45(4): 361-385.
55. Olsen K, Moore E. Tonsil cancer and retropharyngeal metastasis-Evaluation and management. *Oral Oncol Suppl* 2007; 2(1): 10.
56. Huang CJ, Clifford KS, Tsai J, Simpson JR, Haughey B, Spector GJ et al. Cancer of retromolar trigone: Long-term radiation therapy outcome. *Head Neck Surg* 2001; 23(9): 758-763.
57. Douglas W, Rigual N, Giese W, Bauer J, Wiseman S, Loree T et al. Advanced Soft Palate Cancer: The Clinical Importance of the Parapharyngeal Space Otolaryngology. *Head Neck Surg* 2005; 133(1): 66-69.
58. Lockhart PB, Norris CM, Pulliam C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncol* 1998; 34: 133-139.
59. Epstein JB, Stevenson-Moore P. Periodontal disease and periodontal management in patients with cancer. *Oral Oncol* 2001; 37: 613-619.
60. Schapira, M. V. La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada. *Hist Cienc Saúde –Manguinhos* 2003; 10(3): 955-977.
61. Narain R, Smita A, Satyanarayana L, Seghal A, Das BC. Assessment of prevalence of tobacco use and impact of health education intervention among school students. *Institute of cytology and preventive oncology. Annual Report Oral Cancer* 2003; 5: 45-47.
62. Pavia M, Pileggi C, Nobile CGA, Angelillo IF. Association between fruit and vegetable consumption and oral cancer: meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 1126-1134.