

¿RESTAURACIONES PELIGROSAS?

¿DANGEROUS RESTORATIONS?

Molina, MI; Arcuri, A; Levalle, MJ; Mayocchi, KA;
Sirimarco, K.

Comité Regional de Investigación Tumoral y
Oncología Odontológica (CRITOO)

comite.tumoral.folp@gmail.com

Facultad de Odontología - UNLP (Calle 50 e/ 1 y
115) La Plata (1900)

Fuente de apoyo financiero: Folp

“Sin conflicto de Interés”.

Resumen: En este artículo, la gran protagonista es la mucosa bucal. En sus letras el Comité Regional de Investigación Tumoral y Oncología Odontológica (CRITOO) invita al odontólogo de hoy a llevar su mirada hacia la mucosa bucal, tomando conciencia de la importancia de la prevención del Cáncer Oral en sus estadios iniciales.

Palabras clave: OPERATORIA DENTAL, LESIONES PRECANCEROSAS, CÁNCER BUCAL.

Summary: In this article, the main focus is on oral mucosa. In its words, the Regional Committee for Tumoral Research and Odontological Oncology (CRITOO) invites today's dentist to direct their attention towards oral mucosa, raising awareness about the importance of early-stage Oral Cancer prevention.

Key words: DENTAL OPERATION, PRECANCEROUS LESIONS, ORAL CANCER.

Introducción

No cabe ninguna duda que los odontólogos somos artistas. Somos capaces de moldear, esculpir, imitar y mimetizar nuestras restauraciones. Utilizamos resinas y cerámicas para recrear la belleza perdida de las piezas dentarias de nuestros pacientes. Fresas, piedras, espátulas, pinceles y discos nos ayudan a generar estética y brillos. Vivimos en la era de lo bello y estético. La demanda de belleza de toda índole ha inundado la sociedad en casi cualquier ámbito, desde la salud a lo poco saludable; posiblemente influida por las imágenes tan vividas desde las numerosas redes sociales, llenas de abusos de muchos filtros “poco saludables”. Los que se muestran tienen radiantes y blancas sonrisas, como si fuera un pecado tener un color compatible con la realidad que vivimos.

Y ahí vamos los dentistas un poco aturdidos, tratando de surfear en las aguas tormentosas que se generan entre la demanda estética de la población y la definición de salud que nos enseña la OMS, buscando el bienestar biopsicosocial de nuestros pacientes.

Dientes blancos y bellos, encías rosadas y saludables, alientos agradables son el objetivo de nuestra práctica diaria. Hoy la gran olvidada es la mucosa bucal, el foco de estudio del estomatólogo, el área de competencia de los odontólogos que va perdiendo terreno a medida que avanza la estética y la blancura. Esa mucosa que vemos cuando hay algo que nos llama mucho la atención, y quizás ya sea tarde.

Desarrollo:

Si tomamos la definición de la OMS, diremos que el cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, sinónimo de neoplasias y tumores malignos. El cáncer que inicia y termina en la cavidad oral se denominará cáncer oral y puede dividirse en tres grandes grupos: carcinomas propios de la cavidad oral, carcinomas de labio-bermellón y carcinomas de la orofaringe.¹

Una lesión de cáncer ya establecida no es difícil de diagnosticar; dolor, sangrado, ulceración, una masa, otalgia y/o disfagia dirigirán al profesional a una lesión primaria; con posibilidades de que ya

se tenga alguna linfadenopatía cervical asociada.² Un diagnóstico temprano es compatible con una mayor tasa de supervivencia y menores disfunciones post tratamiento.

Para hacer un diagnóstico temprano el odontólogo deberá ser cuidadoso a la hora de inspeccionar la mucosa y semi-mucosa de los pacientes sin esperar que aparezcan síntomas. La ADA (Asociación Dental Americana) aconseja el control anual a pacientes de más de 40 años, junto a la educación en factores de riesgo, buscando disminuir la morbi-mortalidad.

El cáncer oral puede afectar a cualquier parte de la cavidad oral pero su localización más frecuente suele ser en el borde lateral de la lengua y suelo de boca, aunque también puede afectar a otras estructuras como orofaringe, paladar blando, mucosa yugal o labio inferior.³

El diagnóstico temprano depende de la astucia clínica del profesional o incluso del propio paciente cuando es capaz de identificar una lesión sospechosa mientras ésta se encuentra en un estadio temprano.

La inspección de la cavidad bucal debe empezar con el examen de los labios, en la superficie externa se evaluará color, integridad de la semimucosa, borde libre y comisuras, y en la interna frenillos, nódulos a la palpación, integridad de la mucosa y cambios de color. Luego se evalúa de manera global la cavidad bucal, atendiendo especialmente al tejido gingival y fondo de surco, se observa y se palpa la mucosa yugal, el suelo de boca y la lengua tanto en su cara ventral, dorsal y bordes laterales para lo cual se la debe tomar con una gasa. Una vez realizada esta observación, se realiza la del paladar tanto duro como la zona del velo y sus pilares. En todas estas áreas debemos estar atentos a la presencia de lesiones elementales.⁴

El diagnóstico clínico debe realizarse ante la presencia de aquellas lesiones que la Organización Mundial de la Salud, revisión del año 2022 considera como Desórdenes Potencialmente Malignos, “las manchas blancas, como pueden ser leucoplasias (Figuras 1 y 2), manchas rojas o eritroplásicas y manchas blancas y rojas (leucoplasias moteadas y eritroleucoplasia) y displasia moderada a severa o carcinoma in situ “. La úlcera traumática en esta clasificación toma un destacado rol.



Figura N° 1



Figura N° 2

Es importante tener presentes los factores predisponentes del cáncer oral a saber: el tabaquismo y el consumo de alcohol y la sinergia entre ellos.²⁻⁶ El consumo de nuez de betel o de areca, o hábitos tales como mascar tabaco y fumar invertido, son también factores muy importantes en la etiología del cáncer oral en países asiáticos o Sudamérica. Algunos virus, como virus de ADN (hepatitis B y C), Epstein-Barr o VPH (genotipos 16 y 18), se engloban también dentro de la etiología. El aumento de edad, químicos en dieta, prótesis mal ajustadas, mala higiene oral, fármacos como el dietilestilbestrol o exposiciones a energías que producen daño directo a los genes como los rayos X, son también factores a tener en cuenta.³

En la literatura aparece evidencia sobre la existencia de otros riesgos emergentes, entre

ellos la irritación mecánica crónica provocada por los elementos dentarios dispuestos en ambas arcadas, sobre los bordes laterales de la lengua.⁶ Ingassia y Rivarola (2022) también nos llaman la atención sobre el Trauma Crónico de la Mucosa Oral (TCMO), su acción mecánica y repetitiva como agresor, que puede ocasionar irritación mecánica y lesionar o intensificar lesiones ya existentes de patologías bucales previas, que figuran en la literatura como asociadas a carcinogénesis. (Figura N°3) Piezas dentarias rotas, ásperas, restauraciones desbordantes, pulidas deficientemente parecen entrar en juego cuando hablamos de TCMO.



Figura N° 3

Algunos autores mencionan al trauma como consecuencia del aumento de tamaño por causa del mismo tumor, lo que genera controversia. Aquí es donde entra en juego nuestro rol de profesionales de salud, ya sea si lo causa o si lo empeora, nuestra tarea será disminuir cualquier elemento que ocasione trauma crónico en la mucosa oral.



Figura N° 4

Conclusiones

La Operatoria Dental fue siempre considerada un arte, hoy desde el Comité Regional de Investigación Tumoral y Oncología Odontológica (CRITOO) los invitamos a extender esa mirada y destacar la belleza de una mucosa sana, y seguir mirando siempre las posibles transformaciones de su aspecto, en cuanto a color, textura, continuidad para lograr un perfecto cuadro ensamblando una bella sonrisa y la armonía de las formas dentales sobre la mucosa bucal.

Bibliografía

1. 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.
2. Mashberg, A. and Samit, A. (1995), Early diagnosis of asymptomatic oral and oropharyngeal squamouscancers. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 45: 328-351. <https://doi.org/10.3322/canjclin.45.6.328>
3. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Av. Odontoestomatol* 2015; 31 (4): 247-259.
4. García-García, V., & Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. *Avances en Odontoestomatología*, 25(5), 239-248.
5. Casariego, Z. J. (2009). La participación del odontólogo en el control del cáncer oral: Manejo en la prevención, tratamiento y rehabilitación. Revisión. *Avances en odontoestomatología*, 25(5), 265-285.
6. Ingrassia Tonelli, M.E.; Rivarola, E. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo. 2022. Volumen 16. N° 1