

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN LESIONES NEOPLÁSICAS DE LA CAVIDAD ORAL

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS IN NEOPLASTIC LESIONS OF THE ORAL CAVITY

*Autores: Molina, MI; Arcuri, A; Arcuri, M; Ferro, M; Levalle, MJ;
Mayocchi, KA; Serafino, B.*

CRIT (Comité Regional de Investigación Tumoral)

comité.tumoral.folp@gmail.com

Facultad de Odontología. UNLP

“Sin Conflicto De Interés”

Resumen: *El cáncer oral representa una importante carga de enfermedad a nivel mundial, especialmente en países en desarrollo. A pesar de los avances en el tratamiento, la detección temprana sigue siendo clave para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre el cáncer oral. Se analizaron los principales factores de riesgo, las características clínicas y las opciones de diagnóstico. Resultados: El consumo de tabaco y alcohol, la infección por VPH y el trauma crónico de la mucosa oral se identificaron como los principales factores de riesgo. El diagnóstico precoz se asocia con mejores tasas de supervivencia y tratamientos menos invasivos. La detección temprana se ve obstaculizada por factores como la ausencia de síntomas en etapas iniciales y a la falta de acceso a servicios de salud. Discusión: El odontólogo juega un papel fundamental en la detección temprana mediante la realización de exámenes bucales rutinarios. La educación del paciente y la implementación de nuevas herramientas diagnósticas pueden mejorar la detección precoz. Los exámenes bucales regulares y la autoexploración oral por parte de los pacientes se reconocen como*

ARTÍCULO

AUTORES

Molina, MI;

Arcuri, A;

Arcuri, M;

Ferro, M;

Levalle, MJ;

Mayocchi, KA;

Serafino, B;

excelentes medidas preventivas. Conclusión: El cáncer oral es una enfermedad prevenible y tratable si se detecta a tiempo. La colaboración entre profesionales de la salud, la implementación de programas de prevención y la educación de la población son fundamentales para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad.

Palabras clave: CÁNCER ORAL, FACTORES DE RIESGO, DIAGNÓSTICO TEMPRANO.

Abstract: *Oral cancer represents a significant global health burden, particularly in developing countries. Despite advancements in treatment, early detection remains crucial for improving patient prognosis and quality of life. This review comprehensively examined the scientific literature on oral cancer, analyzing key risk factors, clinical characteristics, and diagnostic options. Results: Tobacco and alcohol consumption, HPV infection, and chronic mucosal trauma were identified as primary risk factors. Early diagnosis is associated with higher survival rates and less invasive treatments. Barriers to early detection include the absence of symptoms in early stages and limited access to healthcare. Discussion: Dentists play a pivotal role in early detection through routine oral examinations. Patient education and the implementation of novel diagnostic tools can enhance early detection. Regular oral examinations and self-oral examinations by patients are recognized as effective preventive measures. Conclusion: Oral cancer is a preventable and treatable disease when detected early. Collaboration among healthcare professionals, the implementation of prevention programs, and public education are essential to reduce the morbidity and mortality associated with this disease.*

Keys Words: ORAL CANCER, RISK FACTORS, EARLY DIAGNOSIS.

Introducción: *según la OMS (2015) las enfermedades no transmisibles (ENT) son hoy responsables de la mayoría de las muertes en el mundo y se espera que el cáncer se ubique como la principal causa de muerte, presentándose como el obstáculo más importante que impide el aumento de la expectativa de vida. Relevamientos recientes muestran que, el cáncer, es la primera o segunda causa principal de muerte antes de los 70 años, en 91 de 172 países relevados; ocupando el tercer o cuarto lugar en otros 22 países.¹*

El cáncer oral puede definirse como aquella neoplasia maligna desarrollada a partir de la mucosa bucal, comprendiendo las siguientes áreas: labios y comisura labial, mejillas, piso de boca y lengua móvil, paladar duro e istmo de las fauces. A nivel mundial la tasa de incidencia estandarizada por edad (ASIR) aumentó ligeramente entre 1990 y 2019, disminuyendo en los hombres y aumentando en las mujeres. El ASIR más alto se

observó en el sur de Asia, asociado posiblemente a los factores predisponentes. Con respecto a los grupos etarios, los mayores casos se dan en hombres y mujeres en los grupos de 60 a 64 años y de 65 a 69 años respectivamente, observando un aumento de la tasa en pacientes menores de 45 años.²

Las neoplasias orales representan un desafío significativo para la salud pública siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial. El carcinoma oral de células escamosas constituye más del 90% de los cánceres orales y su diagnóstico precoz es un factor determinante para mejorar el pronóstico del paciente.³ En 2018, la estimación mundial fue de 177.384 muertes y 354.864 nuevos casos de lesiones cancerosas en los labios y la cavidad bucal.¹¹ La detección temprana de estas lesiones no solo incrementa la tasa de supervivencia sino que también reduce la necesidad de tratamientos invasivos, mejorando la calidad de vida post tratamiento.

El hallazgo clínico más frecuente a nivel oral es el de una úlcera indurada con bordes evertidos y en ocasiones dolorosa, que generalmente se acompaña de adenopatías cervicales. En estadios más avanzados el carcinoma epidermoide puede presentarse bajo 3 formas clínicas³:

- *Morfología endofítica* : conformando una úlcera irregular con bordes evertidos y fondo sucio.
- *Morfología exofítica*: de crecimiento tumoral vegetante irregular e indurado a la palpación.
- *Tipo mixto*: formado por asociación de las dos formas anteriores.

Epidemiología y factores de riesgo: el cáncer oral según los datos de la OMS tiene una alta prevalencia en países en vías de desarrollo, con un impacto notable en Asia meridional. Factores de riesgo bien establecidos como son el consumo de tabaco y alcohol, el hábito de mascar nuez de areca, la infección por el virus del papiloma humano (HPV) y la exposición agentes carcinogénicos como la radiación ultravioleta en caso de cánceres labiales, están asociados con la aparición de neoplasias orales. El tabaco y el alcohol actúan de manera sinérgica aumentando exponencialmente el riesgo.

Se ha establecido el papel causal del virus del papiloma humano (VPH), principalmente de tipo 16, sobre todo en los cánceres que aparecen en la base de la lengua y las amígdalas. La tasa de positividad del VPH entre las neoplasias de la cavidad oral es de aproximadamente el 11 %.⁹ Llama la atención el aumento del porcentaje de cánceres de



cabeza y cuello diagnosticados VPH positivo; que aumentaron por ejemplo, en Estados Unidos, del 16,3% en la década del 80 a más del 72,7% en la década del 2000.⁶

No podemos dejar de mencionar al Trauma Crónico de la Mucosa Oral (TCMO) como un factor de riesgo que comienza a aparecer en la literatura. La irritación mecánica crónica provocada por los elementos dentarios dispuestos en ambas

arcadas, sobre los bordes laterales de la lengua, piezas dentarias rotas, ásperas, restauraciones desbordantes, pulidas deficientemente parecen entrar en juego cuando hablamos de TCMO.⁷ Se suma a estos factores predisponentes la mala higiene bucal, la infección bacteriana es una de las principales causas de inflamación crónica, que facilita el aumento de la proliferación celular, la mutagénesis, la mutación de oncogenes y la angiogénesis. Alteraciones en el microbioma oral provoca una inflamación que impulsa al CCE.⁴

*Resultado de revisiones sistematicas Indican que la infección por *O. gingivalis* y/o *F. nucleatum* desencadena la producción de citocinas inflamatorias y factores de crecimiento en las células de la pulpa dental o las células periodontales, lo que afecta la supervivencia, proliferación, invasión y diferenciación de las células del CCE. Parece ser que estas bacterias y las citocinas que inducen, detienen la diferenciación y estimulan la proliferación e invasión de las células madre que pueblan la pulpa dental o el periodonto.^{5,6} Por otro lado, *Cándida albicans* se asocia estrechamente con lesiones orales potencialmente malignas y malignas por diversas vías, sin embargo aún falta evidencia, el tema aun requiere mucha investigación, particularmente investigación clínica.¹⁰*

La prevención primaria, centrada en la reducción de estos factores es crucial pero, cuando el cáncer ha comenzado, el diagnóstico precoz sigue siendo la clave. Es necesario implementar intervenciones contra los factores de riesgo, concientizar a los individuos a desarrollar buenos hábitos de vida y mejorar las estrategias de prevención.

Ventajas del diagnóstico precoz:

1. *Reducción de costos sanitarios: detectar y tratar neoplasias en sus primeras fases es considerablemente menos costoso que abordar casos avanzados. En las cirugías menores, el menor uso de terapias sumantes y la hospitalización más corta supone una reducción significativa en los costos de tratamiento.*
2. *Mejor pronóstico y supervivencia: la tasa de supervivencia para las neoplasias orales varían drásticamente dependiendo del estadio en el que se diagnostiquen. Cuando el cáncer oral se detecta en su fases iniciales (estadios I y II) la tasa de supervivencia a 5 años supera el 80%; sin embargo en etapas avanzadas (estadios III y IV) esta cifra disminuye considerablemente llegando a algunos casos al menos del 30%.*
3. *Tratamientos menos invasivos: el diagnóstico temprano permite la intervención quirúrgica conservadora, minimizando la necesidad de tratamientos agresivos como son la radioterapia o quimioterapia. En fases avanzadas, el tratamiento puede requerir resecciones extensas que podrían afectar funciones vitales como son la deglución, el habla y la estética facial, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente.*

Retos en el diagnóstico temprano: a pesar de las claras ventajas del diagnóstico precoz su implementación efectiva se ve obstaculizada por diversos factores:

1. *Asintomático: en etapas iniciales, muchas neoplasias orales son indoloras y asintomáticas en las primeras fases, lo que hace que los pacientes no busquen atención médica hasta que la lesión ha progresado.*
2. *Falta de reconocimiento clínico: la identificación de lesiones potencialmente malignas como leucoplasias o eritroplasias puede ser dificultosa para profesionales no especializados; esto resalta la necesidad de una mayor formación de odontólogos y médicos generales quienes suelen ser los primeros en evaluar a los pacientes.*
3. *Acceso limitado a la atención médica: en muchas regiones del mundo el acceso a servicios de salud dental y médica está limitado por factores socioeconómicos lo que retrasa la detección y tratamiento.*

Con el propósito de la detección temprana la Sociedad Americana de Cáncer e incluso la Asociación Dental Americana —ADA— sugieren que un examen de cáncer oral es recomendado de ser 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.⁸ Desde el Comité Regional de Investigación Tumoral (CRIT) perteneciente a la Facultad de Odontología de La Plata, adherimos y propiciamos la

idea de que, el control anual de todos los pacientes sin importar su edad, se hace necesario para diagnosticar la enfermedad en estadios tempranos.

Herramientas para la detección precoz: *los avances en tecnología diagnóstica han permitido el desarrollo de nuevas herramientas para facilitar la detección temprana de neoplasias orales; entre las más destacadas se incluyen:*

- *Luz autofluorescente: esta técnica permite identificar áreas sospechosas de la mucosa oral que podrían no ser visibles bajo la iluminación convencional. El tejido afectado por cáncer o displasia presenta una alteración en la autofluorescencia facilitando su localización.*
- *Biopsias guiadas por imágenes: las tecnologías de imagen como la tomografía por coherencia óptica, ayudan a obtener imágenes detalladas de las capas de la mucosa permitiendo una detección más precisa de áreas displásicas o cancerosas .*
- *Marcadores moleculares: la identificación de biomarcadores específicos en la saliva o el tejido pueden ofrecer un diagnóstico precoz no invasivo y mejorar la precisión diagnóstica implementando el examen clínico convencional.*

El papel del odontólogo en la detección temprana: *el odontólogo juega un rol crucial en la detección precoz de neoplasias orales. Durante los exámenes de rutina la inspección sistemática de la cavidad oral debe incluir la evaluación de cualquier anomalía en la mucosa como ulceraciones, cambio en la coloración o engrosamiento inusuales. Las áreas sospechosas deben ser evaluadas más exhaustivamente y si es necesario derivadas a un especialista para biopsia y diagnóstico histopatológico.*



La educación y participación del paciente también es fundamental. Informar a los pacientes sobre los signos de alerta del cáncer oral como úlceras que no sanan, sangrado anormal o dolor persistente, puede facilitar la consulta médica oportuna y mejorar los resultados clínicos.

*Para ello podemos hacer conocer a nuestros pacientes el método de **autoexploración o autoexamen para el cáncer bucal**. Este debe ser sencillo y práctico para que pueda llevarlo a cabo cualquier persona. Quizás el paciente deba ser guiado la primera vez que realice su propia exploración bucal, en una visita al consultorio, frente a un espejo grande. Deberíamos empezar por contarles cuáles son las estructuras normales y fisiológicas, enseñarles texturas al tacto y palpación para luego sugerirle que, si algo de esto varía, deberá concurrir a un consultorio para ser examinado.*

Para el auto examen el paciente deberá sistematizar su método tal como lo hacemos nosotros:

- *Cara y cuello a boca cerrada.*
- *Examen a boca abierta de labios, mejillas, paladar, encía, lengua y piso de boca.*

Confeccionar un folleto explicativo con imágenes que permitan un mejor entendimiento por parte del paciente podría ser una práctica muy recomendada.

Discusión: *El odontólogo juega un papel fundamental en la detección temprana mediante la realización de exámenes bucales rutinarios. La educación del paciente y la implementación de nuevas herramientas diagnósticas pueden mejorar la detección precoz. Los exámenes bucales regulares y la autoexploración oral por parte de los pacientes se reconocen como excelentes medidas preventivas.*

Conclusión: *el diagnóstico precoz de las neoplasias orales es esencial para mejorar la tasa de supervivencia, reducir la morbilidad y optimizar los resultados estéticos y funcionales de los tratamientos. La colaboración entre odontólogos, médicos y especialistas, junto con el uso de herramientas diagnósticas avanzadas es fundamental para garantizar que los pacientes reciban la atención oportuna y adecuada en este contexto. La educación continua y la concientización son los pilares para combatir de manera efectiva esta enfermedad devastadora.*

Referencias:

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *CA A Cancer J Clinicians*. noviembre de 2018;68(6):394–424.
2. Sun R, Dou W, Liu W, Li J, Han X, Li S, et al. *Global, regional, and national burden of oral cancer and its attributable risk factors from 1990 to 2019*. *Cancer Medicine*. junio de 2023;12(12):13811–20.
3. García-García V, Bascones Martínez A. *Cáncer oral: Puesta al día*. *Av. Odontoestomatol* 2009; 25 (5): 239–248.
4. Chattopadhyay I, Verma M, Panda M. *Role of Oral Microbiome Signatures in Diagnosis and Prognosis of Oral Cancer*. *Technol Cancer Res Treat*. 1 de enero de 2019;18:1533033819867354.
5. Ciani L, Libonati A, Dri M, Pomella S, Campanella V, Barillari G. *About a Possible Impact of Endodontic Infections by Fusobacterium nucleatum or Porphyromonas gingivalis on Oral Carcinogenesis: A Literature Overview*. *IJMS*. 7 de mayo de 2024;25(10):5083.
6. McIlvanna E, Linden GJ, Craig SG, Lundy FT, James JA. *Fusobacterium nucleatum and oral cancer: a critical review*. *BMC Cancer*. diciembre de 2021;21(1):1212.
7. Ingrassia Tonelli, M.E.; Rivarola, E. *Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo. 2022. Volumen 16. N° 1*.
8. Rocha Buevas A. *Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control*. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 21(1): 112–121.
9. *OPMDCare. Trastornos orales potencialmente malignos: formación de profesionales sanitarios (1.ª edición)*. Santiago de Compostela, España: OPMDCare; 2022. 978-84-09-46104-2.
10. Ayuningtyas, N.F.; Mahdani, F.Y.; Pasaribu, T.A.S.; Chalim, M.; Ayna, V.K.P.; Santosh, A.B.R.; Santacroce, L.; Surboyo, M.D.C. *Role of Candida albicans in Oral Carcinogenesis*. *Pathophysiology* 2022, 29, 650–662. <https://doi.org/10.3390/pathophysiology29040051>.
11. Herrera Serna BY, Betancourt JAO, Soto OPL, et al. *Tendencia de la incidencia, mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad del cáncer oral en América Latina*. *Rev Bras Epidemiol*. 2022; 25:e220034. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220034.2>