

Retraso en el diagnóstico de cáncer en cavidad bucal y anexos como factor clave para el pronóstico.

Delayed diagnosis of cancer in the oral cavity and adnexa as a key factor in prognosis.

Ilan Vinitzky Brenner,* Norma Guadalupe Ibáñez Mancera,* Elena Eljure Eljure,*** Fernanda Alba Bravo***

RESUMEN

El cáncer bucal tiene una tasa de supervivencia baja que va del 20 al 50%. Se han descrito diversos marcadores pronósticos; sin embargo, la etapa del tumor en el momento del diagnóstico es la más importante. Desafortunadamente, cerca de la mitad de las neoplasias malignas bucales se diagnostican en etapas tardías. El objetivo del trabajo fue identificar el tiempo de retraso en el diagnóstico del cáncer bucal. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional encontrando un retraso importante entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo, por lo que se debe intensificar la labor de los médicos y odontólogos encaminada al diagnóstico temprano de las neoplasias malignas en los tejidos bucales. Cuando se tratan pacientes con neoplasias malignas bucales, un diagnóstico oportuno es la clave para mejorar el pronóstico y la supervivencia.

Palabras clave: Cáncer bucal, diagnóstico oportuno, odontólogo.

ABSTRACT

Oral cancer has a low survival rate that ranges from 20 to 50%. However, there are various prognostic markers, the stage of the tumor at diagnosis being the most significant. Unfortunately, nearly half of all malignant oral neoplasms are diagnosed at a later stage. The aim of this study was to identify the length of delay in the diagnosis of oral cancer. We carried out a descriptive, cross-sectional, observational study and found a significant delay between the onset of symptoms and final definitive diagnosis. Therefore, the efforts of physicians and dentists to ensure early diagnosis of malignant tumors in the oral cavity need to be intensified. When we treat patients with malignant oral neoplasms, early diagnosis is the key to improving prognosis and survival.

Key words: Oral cancer, early diagnosis, dentist.

INTRODUCCIÓN

El cáncer oral se ha convertido en un problema de salud global, sobre todo en países subdesarrollados y en ciertas zonas geográficas en donde la incidencia y tasa de mortalidad son particularmente elevadas.¹ Las malignidades ubicadas en la cabeza y el cuello representan el 17.6% de la totalidad de las neoplasias malignas reportadas al Registro Histopatológico de las Neoplasias

en México (RHNH) en el año 2002.² Específicamente, el cáncer bucal en México corresponde aproximadamente entre un 2 y un 5% del total de las mismas.³ De la totalidad de las neoplasias malignas que pueden afectar la cavidad bucal, se estima que un 90 a 95% corresponde a carcinoma de células escamosas (Figuras 1 a 3), siendo el resto ocupado por lesiones de estirpes diversas como melanomas, linfomas, adenocarcinomas, sarcomas, etc.

En México, el cáncer bucal se presenta con una incidencia aproximada de 0.6 a 0.8 por cada 100,000 habitantes, con una edad promedio de presentación de 60 años, afectando 67% a hombres por un 33% de mujeres y ocasionando un aproximado de 623 muertes al año.⁴ Existen diversos factores etiológicos que se han asociado con el cáncer de cavidad bucal; el tabaco en sus diferentes modalidades es probablemente el que tenga una mayor relevancia; se estima que entre el 85 y 90% de las neoplasias de vías aerodigestivas son explicados por la exposición al tabaco y el riesgo es proporcional a

* Cirujano Dentista. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Profesor de Universidad Anáhuac México Norte y Universidad Tecnológica de México. Práctica privada exclusiva en Cirugía Oral y Maxilofacial. México, Distrito Federal, México.

** Cirujano Dentista. Especialista en Patología Bucal. Profesor de Universidad Anáhuac México Norte e Instituto Universitario Franco Inglés de México. México, Distrito Federal, México.

*** Alumna de la carrera de Cirujano Dentista. Universidad Anáhuac México Norte, México, Distrito Federal, México.

Recibido: Abril 2014. Aceptado para publicación: Junio 2014.



Figura 1. Carcinoma escamocelular en cavidad bucal.



Figura 3. Carcinoma escamocelular en cavidad bucal.



Figura 2. Carcinoma verrucoso en cavidad bucal.

la intensidad de la exposición.^{2,5} Esto explica claramente el por qué de la incidencia tan elevada en países como la India donde este hábito está altamente arraigado en la sociedad, por lo que el cáncer bucal es la enfermedad maligna más frecuente y explica más del 50% de los caso de cáncer.⁶ Otros factores asociados son: la radiación UV (específicamente cuando se localiza en labio, el alcohol,⁷ algunos virus como el Epstein Barr⁸ y virus del Papiloma Humano,⁹ deficiencias nutricionales e higiene oral deficiente.¹⁰

Aunque como se ha mencionado, la incidencia global es baja, lamentablemente el cáncer bucal, a pesar de los avances en cuanto a tratamiento, tiene una de las tasas más bajas de supervivencia.¹

Se han descrito diversos marcadores pronósticos en relación al cáncer oral, como lo son: edad, estado inmunológico y nutricional, tamaño y localización del tumor, etapa, expresión oncogénica y afección ganglionar; sin embargo, la etapa del tumor en el momento del diagnóstico es actualmente el marcador pronóstico más importante para el cáncer de cavidad bucal.^{1,11} Desafortunadamente, casi la mitad de las neoplasias bucales se diagnostican en etapas III o IV, con tasas de supervivencia de un 20 a 50% dependiendo de la localización.¹² El tamaño del tumor en el momento del diagnóstico influencia directamente en el tratamiento y el pronóstico, ya que los carcinomas de tamaños considerables se han relacionado con un mayor riesgo de metástasis así como una pobre sobrevida.¹³ El porcentaje de pacientes que se diagnostican y tratan tardíamente, permanece alto a nivel mundial, con rangos desde tres semanas hasta cuatro meses de retraso en países de Europa y Asia.¹⁴ En México no se han encontrado datos relevantes en la literatura que nos aporten información confiable sobre el retraso en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Los motivos por los cuales se retrasa el diagnóstico de los pacientes con neoplasias en cavidad oral son diversos, algunos atribuibles al paciente como una inadecuada cultura de prevención y revisiones periódicas, aunado a factores socioeconómicos.¹⁵ Otros atribuibles a los servicios de salud, como la falta de acceso de algunos pacientes a servicios básicos de esta área o bien en ciertos países la saturación que tienen las instituciones de salud pública

que retardan la atención de los pacientes,^{1,14} y finalmente existen factores relacionados con el clínico, ya sea médico u odontólogo; éstos se deben básicamente a no realizar un examen completo y minucioso de la cavidad oral, a un índice bajo de sospecha o falta de experiencia y conocimientos sobre la enfermedad.

La falta de conocimiento sobre el cáncer bucal por parte del personal de salud, es una realidad a nivel mundial y se ha relacionado como un factor muy influyente en el retraso del diagnóstico y tratamiento del paciente y como consecuencia un peor pronóstico.^{14,16} Los odontólogos son los profesionales de la salud que trabajan en relación directa con la cavidad bucal, es por ello que su participación, ya sea del odontólogo general o especialista en el diagnóstico oportuno de neoplasias bucales, es de suma importancia, ya que puede ser un factor esencial y determinante en el pronóstico y sobrevida del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional. La muestra estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico de neoplasias malignas en cavidad bucal, y anexos que acudieron a consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), durante cinco días. Se explicó y solicitó el consentimiento de los pacientes, se reunió la información en una ficha de recolección de datos respecto a edad, género, diagnóstico, etapa, tiempo de evolución, y la relación que tuvo el odontólogo y/o médico en el diagnóstico de la lesión.

Se concentró la información en una base de datos para obtener los resultados, se analizaron y se realizaron pruebas de independencia entre variables.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 27 pacientes, de los cuales el 56% (15 pacientes) fueron hombres y el 44% (12 pacientes) mujeres, con una relación hombre-mujer de 1.3:1. El rango de edad fue de 18 a 85 años, con una media aritmética de 60.5 y moda de 73 años, el mayor número de casos se observó en la octava década de la vida, seguida por la quinta década, con el 25.9 y 22.3% de los casos respectivamente.

El mayor número de casos correspondió al diagnóstico de carcinoma escamocelular, con 18 pacientes (66.7%), seguido por tres casos (11.1%) de carcinoma adenoideo quístico, de condrosarcoma, adenocarcinoma de parótida, carcinoma ex-adenoma pleomorfo, melanoma, carcinoma basocelular y leucemia, habiéndose registrado un caso de

cada uno (3.7%). El 7.2% de los casos se diagnosticaron en etapa I, el 35.7% en etapa II, el 21.4% en etapa III y el 35.7% en etapa IV, sumando 92.8% de casos diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad y más de la tercera parte con metástasis al momento del diagnóstico.

La localización más frecuente en los pacientes estudiados fue la lengua con ocho casos (29.7%), en el labio inferior se registraron cuatro casos (14.8%), en la glándula parótida y paladar duro tres casos (11.1%) cada uno.

El tiempo de evolución antes del diagnóstico fue para más de la mitad de los pacientes (51.8%) de un año aproximadamente.

El 55.5% de los pacientes fueron remitidos al INCan por un médico, el 29.7% por odontólogos y el restante 14.8% por alguna persona ajena al área de la salud.

En cuanto al número de consultas que realizaron los pacientes a odontólogos y médicos para el diagnóstico de la lesión se encontró que, respecto a las consultas a odontólogos, el 40.7% de los pacientes no realizaron ninguna, 44.4% sólo una consulta, 11.1% dos consultas y 3.7% tres consultas, quedando un promedio de 0.8 consultas por pacientes, mientras que todos los pacientes visitaron de 1 hasta 6 médicos generales o de diversas especialidades, con un promedio de 2.3 visitas al médico; al sumar las consultas que realizaron los pacientes con fines de diagnóstico, tanto a odontólogos como a médicos, encontramos un promedio de tres visitas, oscilando entre 1 y 6 antes del diagnóstico de la lesión, tardando entre un mes y tres años para ser diagnosticados y remitidos al INCan para el inicio del tratamiento.

DISCUSIÓN

El cáncer de cabeza y cuello es el quinto tipo de cáncer en frecuencia;¹⁷ en nuestro país, ha incrementado su prevalencia de forma importante en los últimos años; desafortunadamente la expectativa de vida para los pacientes es pobre debido al retraso en el diagnóstico.⁴ En el presente trabajo se reporta un retraso que va de un mes a tres años desde el momento en que el paciente solicita por primera vez una consulta para tal motivo, ocasionando que la neoplasia evolucione, invada localmente y posteriormente dé metástasis, impactando todo ello desfavorablemente en el paciente, debido a que evoluciona el estadio de la enfermedad dificultando el éxito del tratamiento. Para contrarrestar este efecto es necesario el diagnóstico temprano de la enfermedad o mejor aún la identificación de los desórdenes potencialmente malignos,¹⁸ con el fin de mejorar el pronóstico de vida en los pacientes.

La leucoplasia y eritroplasia son las lesiones cancerizables más comunes; la leucoplasia se define como una placa blanca que no desprende al raspado y no corresponde a otra lesión blanca, en tanto que la misma descripción aplica para la eritroplasia, pero siendo esta lesión de color rojo; se asume que un buen porcentaje de los carcinomas escamocelulares bucales identificados iniciaron como una de estas entidades,^{18,19} así que todos esos casos de cáncer invasivo pudieron ser diagnosticados como lesiones locales sin ser francos carcinomas, si hubieran sido examinados los pacientes por un odontólogo experimentado.

En este estudio, se observó que la mayoría de los pacientes se diagnosticaron en etapas avanzadas de la enfermedad, incluso algunos casos mostraban ya metástasis al momento del diagnóstico. El retraso en el diagnóstico de las lesiones aumentó el tiempo de evolución y referencia al INCan, retrasando de forma importante el inicio del tratamiento.

Todo profesional de la salud debe promover en sus pacientes un examen oral convencional; los odontólogos en especial deben realizar una revisión minuciosa de las estructuras bucales durante la primera consulta y cada año, o si existieran factores de riesgo en el paciente, la evaluación debiera hacerse con una frecuencia mayor (bianualmente). Estas acciones pueden contribuir de forma importante en la detección y diagnóstico temprano de desórdenes potencialmente malignos, como la leucoplasia y eritroplasia, así como la identificación de neoplasia malignas bucales en etapas tempranas.

CONCLUSIONES

Cuando tratamos a pacientes con neoplasias malignas bucales, un diagnóstico oportuno es la clave para mejorar el pronóstico y la supervivencia. Actualmente observamos un retraso importante entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo, por lo que se debe intensificar la labor de los médicos y odontólogos encaminada al diagnóstico temprano de las neoplasias malignas en los tejidos bucales.

BIBLIOGRAFÍA

- Varela-Centelles P, Seoane-Romero JM, Gómez I, Diz-Dios P, Santos de Melo N, Seoane J. Timing of oral cancer diagnosis: implications for prognosis and survival. In: Kalu U. E Oral Cancer. Ogburek Intech, 2012 Open Acces Book disponible en línea a través de: <http://www.intechopen.com/books/oral-cancer/timing-of-oral-cancer-diagnosis-implications-for-prognosis-and-survival>
- Tirado G, Granados M. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. *Cancerología*. 2007; 2: 9-17.
- Frias-Mendivil M, Zeichner Gancz I, Súchil-Bernal L, Ochoa-Carrillo FJ. Epidemiología descriptiva del cáncer de cavidad bucal en el Instituto Nacional de Cancerología (1985-1992). *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)*. 1997; 43: 80-85.
- Anaya-Saavedra G, Ramírez-Amador V, Irigoyen-Camacho ME, Zimbrón-Romero A, Zepeda-Zepeda MA. Oral and pharyngeal cancer mortality rates in México, 1979-2003. *J Oral Pathol Medicine*. 2008; 37(1): 11-17.
- Spitz MR, Fueger JJ, Goepfert H. Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. A case comparison analysis. *Cancer*. 1988; 61: 203-208.
- Sankaranarayanan R. Oral cancer in India: an epidemiologic and clinical review. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol*. 1990; 69 (3): 325-330.
- Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol*. 2006; 7: 149-156.
- Preciado MV, Chabay PA, De Matteo EN, Gismondi MI, Rey G, Zubizarreta P. Epstein Barr virus associated pediatric nasopharyngeal carcinoma: its correlation with p53 and bcl-2 expression. *Med Pediatr Oncol*. 2002; 38: 345-348.
- Fakhry C, Gillison M. Clinical implications of human papillomavirus in head and neck cancers. *J Clin Oncol*. 2006; 24 (17): 2606-2611.
- Guha N et al. Oral health and risk of squamous cell carcinoma of the head and neck and esophagus: results of two multicentric case-control studies. *Am J Epidemiol*. 2007; 166 (10): 1159-1173.
- Garzino-Demo P, Dell'Acqua A, Dalmasso P et al. Clinicopathological parameters and outcome of 245 patients operated for oral squamous cell carcinoma. *J Craniomaxillofac Surg*. 2006; 34: 344-350.
- Brandizzi D, Chuchurru J, Lanfranchi H, Cabrini R. Analysis of the epidemiological features of oral cancer in the city of Buenos Aires. *Acta Odontol Latinoam*. 2005;18: 31-35.
- Woolgar JA, Rogers S, West CR et al. Survival and patterns of recurrence in 200 oral cancer patients treated by radical surgery and neck dissection. *Oral Oncol*. 1999; 35: 257-265.
- Seoane J, Varela-Centelles PI, Walsh TF et al. Gingival squamous cell carcinoma: diagnostic delay or rapid invasion? *J Periodontol*. 2006; 77: 1229-1233.
- Kerdopon D, Sriplung H. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma in southern Thailand. *Oral Oncology*. 2001; 37: 127-131.
- Allison P, Locker D, Feine J. The role of diagnostic delay in the prognosis or oral cancer: a review of the literature. *Oral Oncology*. 1998; 34: 161-170.
- Heck JE, Berthiller J, Vaccarella S, Winn DM, Smith EM, Shan'gina O et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Int J Epidemiol*. 2009; 39 (1):166-181.
- Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of literature. *J Oral Pathol Med*. 2008; 37: 1-10.
- Weijers M, Ten Hove I, Allard R, Bezemer DP, van der Waal I. Patients with oral cancer developing from pre-existing oral leukoplakia: do they do better than those with de novo oral cancer? *J Oral Pathol Med*. 2008; 37: 134-136.

Correspondencia:

Dra. Norma Guadalupe Ibáñez Mancera

Coordinación de Odontología.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Av. Universidad Anáhuac Núm. 46,

Col. Lomas Anáhuac, Huixquilucan,

52786, Edo. de México.

E-mail: norma.ibanez@anahuac.mx