



El cáncer de la cavidad oral: su importancia como problema de salud

José Francisco Gallegos Hernández*

La neoplasia más frecuente de la cavidad oral es el carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas, y el sitio anatómico más afectado usualmente es la lengua, seguida de los labios y el piso de la boca. Es uno de los tumores con mayor prevalencia en el mundo, la OMS reporta¹ que junto con el cáncer de orofaringe ocupa el sexto lugar mundial de todas las neoplasias y su prevalencia se ha incrementado en los últimos 10 años tanto en hombres como en mujeres.

Como lo es para la gran parte de los tumores malignos, la etapa es determinante en el pronóstico y tiene una relación inversamente proporcional con la supervivencia, el control oncológico y la morbilidad condicionada por el tratamiento.

Originarse en una mucosa tan importante en el organismo, tanto el propio tumor como su tratamiento, conlleva un efecto deletéreo en la calidad de vida del paciente y generalmente sólo en etapas iniciales implican tratamientos "menos radicales"; la calidad de vida es similar a la que se tenía antes que la enfermedad se presentase.

Desafortunadamente, en nuestro país el diagnóstico de este tumor se hace en etapas locorregionalmente avanzadas, en las que la posibilidad de control y, por consecuencia, la supervivencia son pobres. Este retraso en el diagnóstico está basado principalmente en dos motivos: el primero es que

el propio paciente hace caso omiso de la sintomatología inicial y acude tardíamente a evaluación médica; el segundo, y desafortunadamente el más frecuente, tiene que ver con la pobre eficiencia en el diagnóstico inicial, esto es, el paciente acude a consulta refiriendo algún tipo de molestia en la cavidad oral y el médico de primer contacto no le da la importancia necesaria a las lesiones incipientes, no identifica a los sujetos de alto riesgo o peor aún inicia "tratamientos tópicos o antiinflamatorios" que retrasan el diagnóstico.

Es muy frecuente en nuestro medio que el médico sospeche de cáncer en la boca cuando la lesión es evidente y voluminosa o cuando hay presencia de ganglios metastáticos en el cuello, en este momento (etapa 3), la posibilidad de curación no rebasa el 50%. Estos hechos coinciden con los reportes de la OMS, los cuales muestran que el cáncer de la cavidad oral se diagnostica en etapas más avanzadas en los países con producto interno bruto menor.

Al originarse en un área anatómica fundamental para la comunicación, la deglución y la interrelación social, el tratamiento del cáncer oral implica un deterioro importante en estas esferas claves de la calidad de vida del individuo; el grado de este deterioro depende de la radicalidad del tratamiento o tratamientos y éstos, a su vez, de la etapa de la enfermedad: a mayor etapa, mayor es la posibilidad de secuelas que disminuyen, si no es que imposibilitan la reintegración del individuo al entorno laboral y social. Actos tan simples como comer en público y comunicarse resultan imposibles en pacientes que reciben tratamientos multidisciplinarios y radicales en etapas locorregionalmente avanzadas, por ello, es fundamental identificar etapas tempranas o mejor aún, lesiones preneoplásicas (lesiones que aparecen por la irritación constante del carcinógeno y son el paso previo a la aparición del cáncer oral) en las que el éxito terapéutico, y la calidad de vida son mayores, así como menores las secuelas y el costo del tratamiento.

Como todos los tumores originados en las mucosas de cabeza y cuello, la causa de esta neoplasia tiene una relación directa con el estilo de vida;² la exposición de la mucosa oral a diferentes tóxicos o sustancias carcinógenas se sabe que favorece la aparición de lesiones preneoplásicas y consecuentemente de carcinoma.

* Cirujano Oncólogo. Hospital Ángeles Lomas.

Correspondencia:
Dr. José Francisco Gallegos Hernández
Consultorio 435
Hospital Ángeles Lomas
Vialidad de la barranca s/n, Huixquilucan, Edo. de Méx.
Col. Valle de las Palmas.
Correo electrónico: gal61@prodigy.net.mx
www.govame.com

Aceptado: 20-03-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

El estilo de vida es determinante para la aparición de esta neoplasia, representa el 50% de la etiopatogenia y en él se incluyen hábitos tóxicos (consumo de etanol-tabaco), hábitos sexuales (que favorecen la infección de VPH de alto riesgo) y la presencia de microorganismos y placa dentobacetrina asociada a la pobre higiene bucal; el 25% de las causas están relacionadas con factores del medio ambiente (físicos y químicos) a los que el sujeto está expuesto y el restante 25% es debido a cambios genéticos, como cambios en la inmunología local de la boca, alteraciones en la reparación del ADN y expresión del oncogene p-53 (Figura 1).

Sin duda, el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas (fumado, inhalado o colocado en contacto con la mucosa oral), de alcohol y sobre todo la asociación alcohol-tabaco son los principales factores etiológicos del carcinoma epidermoide de la cavidad oral. Esta neoplasia es hasta nueve veces más frecuente en sujetos que se intoxican, comparada con los que no lo hacen y es dosis-dependiente; el consumo de *Cannabis* se asocia también con lesiones preneoplásicas y con carcinoma.

Los hábitos sexuales juegan un rol importante en la etiopatogenia de esta neoplasia; la promiscuidad y el con-

tacto orogenital sin protección incrementan el riesgo de infección por VPH sobre todo los tipos 16 y 18 que tienen relación causa-efecto en esta enfermedad.³ Existe el nivel de evidencia 1 que muestra que la presencia de VPH de alto riesgo es un factor independiente en la oncogénesis de la cavidad oral; se sabe también que las parejas de mujeres a las cuales se les ha diagnosticado neoplasia intraepitelial cervical asociada a VPH tienen nueve veces más riesgo de tener infección por VPH-16 en la orofaringe.^{4,5}

El cáncer de la cavidad oral es más frecuente en varones de la quinta década de la vida consumidores de tabaco y etanol; sin embargo, en la última década, la OMS ha reportado un incremento exponencial de la frecuencia de esta neoplasia en mujeres no fumadoras-bebedoras, menores de 45 años de edad. Esta tendencia es mundial y México no es la excepción; la relación hombre:mujer, en nuestro país, es cada vez más estrecha y el grupo etario menor de 45 años es el más frecuentemente afectado.^{6,7}

El aumento tan importante en la prevalencia del cáncer oral nos hace prever que en los próximos 10 años la población mexicana podría encontrarse ante un grave problema de salud, que implica un elevado costo tera-

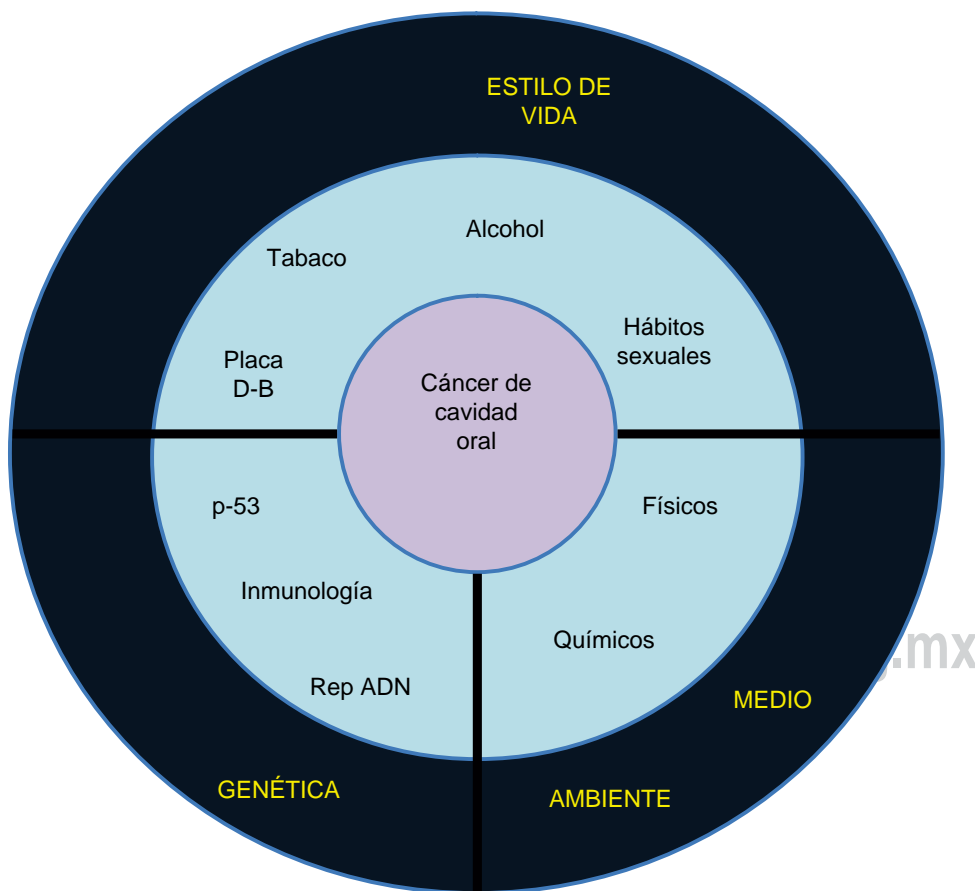


Figura 1. El estilo de vida es el factor de mayor importancia en el desarrollo del cáncer de la cavidad oral; en él intervienen el consumo de alcohol y de tabaco, la presencia de placa dentobacteriana (D-B) y los hábitos sexuales. Factores genéticos como expresión de p-53, inmunología local, alteraciones en la reparación del ADN (rep ADN), así como factores inherentes al medio ambiente son causas secundarias.

péutico e incremento en el número de incapacidades laborales de personas que se encuentran en pleno periodo de productividad y son la fuente de ingreso económico y/o la base misma de la integración familiar. Por ello, es menester hacer promoción para la salud y campañas antitabaquismo-alcoholismo en la población en general, así como campañas de detección oportuna en sujetos de riesgo; debemos promover la suspensión del tabaquismo, cesar el hábito tabáquico disminuye el riesgo de cáncer de la cavidad oral.

Si bien la educación para la salud es muy importante, es aún de mayor trascendencia e impacto hacer saber a los médicos que tienen el primer contacto con estos pacientes, que la diferencia entre la curación y el fracaso en esta enfermedad depende de la celeridad con la que el diagnóstico se establezca. El factor pronóstico más importante en tumores limitados en la lengua es el espesor tumoral (nivel de invasión); a partir de 4 mm el pronóstico se ensombrece y hace decaer la supervivencia hasta 50%, de tal manera que no tenemos mucho tiempo para actuar.

Se deben identificar sujetos de riesgo (por su estilo de vida) y en ellos, además de explorar periódicamente la cavidad oral, no se debe de menospreciar cualquier tipo de alteración mucosa que pudiese corresponder a lesión preneoplásica. La OMS ha establecido que toda lesión en la boca tipo leucoplasia, eritroplasia, ulceración, líquen plano o nódulo submucoso que no cede con tratamiento local o antiinflamatorio después de una semana, debe ser evaluada por un especialista en el área en los siguientes 10 días y es necesario descartar por medio de biopsia la presencia de un carcinoma. No hay justificación para retrasar el diagnóstico en estos pacientes, ello implica identificar enfermedad avanzada y menor posibilidad de control oncológico.

El diagnóstico oportuno tiene relación directa con la etapa y ésta lo tiene en forma inversamente proporcional con la posibilidad de éxito terapéutico.

Debemos estar preparados y atentos ante el incremento en la frecuencia de cáncer de la cavidad oral y desechar el concepto que afirma que ésta es una enfermedad de varones mayores consumidores crónicos de alcohol.

Si bien, este editorial no tiene como propósito describir el tratamiento del cáncer oral, es muy importante puntualizar que la terapéutica inicial es fundamental en la evolución y pronóstico; después de un tratamiento inicial inadecuado o una mala estadificación, la posibilidad de "rehacer" el camino es casi imposible y tiene impacto deletéreo en el

paciente, el primer tratamiento que ofrezcamos es el que determina para bien o para mal el pronóstico.

El flujograma diagnóstico-terapéutico está bien definido para cada una de las etapas de la enfermedad en la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento del cáncer de la cavidad oral y en las Guías de Práctica Clínica de la *American Head and Neck Society*, es necesario que sigamos dichas normas para obtener la mayor tasa de éxito.

Los tres puntos fundamentales en los que se basa el tratamiento del cáncer de la cavidad oral y que deben ser seguidos puntualmente son:

1. Estadificación clínica correcta y determinación de resecabilidad.
2. Estadificación quirúrgico-histopatológica que implica márgenes adecuados de resección del tumor primario, linfadenectomía cervical rutinaria (disección radical de cuello) cuya extensión y radicalidad son determinadas con base en la etapa clínica y una evaluación histopatológica completa que permita conocer todos los factores pronósticos.
3. Clasificación postoperatoria en grupos con base en el resultado histopatológico, lo cual traduce la selección de la terapéutica adyuvante.

El omitir o no cumplir cabalmente cualquiera de estos tres puntos en el abordaje terapéutico de un paciente con cáncer de la cavidad oral implica un tratamiento insuficiente, menor control y pobre supervivencia.

REFERENCIAS

1. Nagao T, Warnakulasuriya S. Annual screening or oral cancer detection. *Cancer Detect Prev* 2003; 333-337.
2. Gallegos-Hernández JF. Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aéreo-digestivas superiores (VADS). *Acta Médica Grupo Ángeles* 2005; 3: 247-254.
3. Gallegos-Hernández JF, Paredes-Hernández E, Flores-Díaz R, Minauro-Muñoz GG, Apresa-García T, Hernández-Hernández DM. Virus del papiloma humano asociado con cáncer de cabeza y cuello. *Cir Cir* 2007; 75: 151-155.
4. Sánchez-Vargas LO, Díaz-Hernández C, Martínez-Martínez A. Detection of human papilloma virus (HPV) in oral mucosa of women with cervical lesions and their relation to oral sex practices. *Infect Agent Cancer* 2010; 5: 25.
5. De Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawita M, Fakhry C, Koch WM et al. Case-control study on human papilloma virus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2007; 356: 1944-1956.
6. http://www.who.int/oral_health
7. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>