

Dr. Alejandro Aldana Cáceres

Doctor en Ciencias de la Salud, Docente responsable del área de Cirugía Buco Maxilo Facial UNJBG.

INTRODUCCIÓN

El estomatólogo, cirujano dentista u odontólogo, debe ser el protagonista en la educación, prevención y diagnóstico de las condiciones preneoplásicas y lesiones neoplásicas del complejo bucal en las poblaciones o en individuos dependientes de su acción de salud. Nadie es capaz de cuestionar el importante papel del estomatólogo en la identificación temprana de las neoplasias malignas de la bucofaringe.

El dominio de la afección oncológica bucal por el estomatólogo requiere de una actitud cognoscitiva, acorde con la problemática crucial de la lesión que más crudamente margina a un sujeto de su medio social. Esta primordial labor del estomatólogo no admite alternativas de superficialidad, ni ensayos teoricistas que impliquen limitaciones. En el adecuado nivel de prevención, el estomatólogo debe poseer un adiestramiento suficiente cuya dinámica de trabajo le permita descubrir cualquier condición preneoplásica o lesión maligna clínica e identificar los signos de posibles alteraciones premonitorias de una malignidad preclínica.

Epidemiología del Cáncer Oral

El cáncer oral constituye un grave problema en muchos países; está entre los 10 principales cánceres más comunes en el mundo y representa entre el 3% al 5% de todas las lesiones malignas diagnosticadas del organismo. No sólo genera una mortalidad significativa, además también provoca una desfiguración extensa, pérdida de función, cambios conductuales y problemas económicos y sociológicos. La frustración abunda porque la tasa de tratamiento efectivo es tristemente baja para una neoplasia tan accesible.

EL carcinoma epidermoide oral (CEO) también denominado carcinoma oral de células escamosas (COCE), carcinoma de células escamosas (CCE) o carcinoma espinocelular (CE) representa más del 90% de todas las neoplasias orales malignas.

El cáncer oral mantiene todavía un pronóstico general negativo, ya que la supervivencia media a los 5 años no supera el 50%, manteniendo altas tasas de mortalidad y morbilidad.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en el año 2012 hubo un total de 145 mujeres y 161 varones diagnosticados con cáncer oral, el grupo etario más afectado fue el de personas mayores de 65 años.

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	2008		2009		2010		2011		2012	
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
0-14	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0
15-29	6	7	5	3	6	5	5	2	6	3
30-49	28	32	27	16	22	25	24	39	27	25
50-64	37	31	42	48	41	48	54	40	43	60
65 A MAS	49	53	38	41	62	59	68	51	68	73
Total	120	123	112	109	132	139	151	132	145	161



DR. ALEJANDRO
ALDANA CÁCERES

Diagnóstico del Cáncer Oral

De acuerdo con los conocimientos actuales y considerando las disponibilidades terapéuticas para curar el cáncer del complejo bucal, la única medida que puede aumentar los índices de curabilidad es el diagnóstico en una etapa inicial de cualquiera de los tipos histopatológicos que se desarrollan en esta importante área de la estructura humana. El inicio de una conducta terapéutica precoz, condiciona el descubrimiento e identificación de las neoplasias en una etapa donde la técnica seleccionada tenga la posibilidad de triunfar en la lucha contra el cáncer. Cuanto más pequeña sea la lesión cancerosa, más simple y seguro es el tratamiento, ya sea un proceder quirúrgico o una medida radioionizante.

Las formas precoces de presentación pueden ser como un área blanca o eritroleucoplásica, o como un pequeño crecimiento tumoral o, lo que es más común como una ulceración que no acaba de curar. Todas las ulceraciones o tumoraciones de la cavidad oral que no se solucionan en dos semanas deben ser biopsiadas.

CANCER ORAL	PARTICULARIDADES HISTOPATOLOGICAS
Cáncer de Labio	<ul style="list-style-type: none"> • Se localiza preferentemente en el labio inferior (90%) presentando una clara relación con la exposición solar. • Las lesiones se suelen originar sobre alteraciones preexistentes como la queilitis actínica o leucoplasias. • Se suelen observar áreas de atrofia, leucoplásicas o ulceraciones crónicas que no curan. • Por lo general, la invasión en profundidad es tardía y las metástasis a los ganglios submentonianos y submandibulares no son comunes. • El pronóstico en esta localización es muy favorable.
Cáncer de lengua	<ul style="list-style-type: none"> • Es el más común intraoralmente y se presenta preferentemente en la zona ventrolateral posterior. • Suele manifestarse a menudo como una lesión exofítica con áreas de ulceración o como una ulceración superficial o como un área eritroleucoplásica. • La lengua es una localización habitual de lesiones precancerosas como la leucoplasia y el líquen que deben ser estrechamente vigiladas. • Por lo general, en el curso de la enfermedad se desarrolla una lesión ulcerada con características de malignidad, a menudo de varios centímetros de diámetro que constituye la lesión típica. • Su crecimiento es progresivamente infiltrante, provocando aumento del dolor y dificultad para la fonación y deglución. • El dolor suele ser severo, constante y se irradia hacia el cuello y el oído homolaterales. Las metástasis linfáticas son frecuentes a los ganglios submandibulares y yugulodigástricos.



<p>Cáncer del suelo de la boca</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se asocia a los hábitos de fumar tabaco y beber alcohol y es más común entre las mujeres. • La mayoría de los carcinomas epidermoides del suelo de la boca se presenta en su porción anterior. • La lesión en esta zona comienza como una masa indurada que pronto se ulcera. La infiltración tumoral, desde el suelo de la boca, puede extenderse hacia las estructuras vecinas, afectando la encía, los músculos genioglosos y la lengua. • Las metástasis linfáticas son comunes y suelen aparecer en los ganglios submaxilares y subdigástricos, pudiendo ser bilaterales.
<p>Cáncer de paladar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los carcinomas epidermoides del paladar se localizan preferentemente en la porción blanda. • La presentación clínica suele ser en forma de placas blancas, rojas o como ulceración crónica o en ocasiones como una gran lesión fungosa. • La proporción de casos con metástasis cervicales en el momento del diagnóstico es elevada.

BIBLIOGRAFIA

SANTANA GARAY .Prevención y Diagnóstico del Cáncer bucal .La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2002

Departamento de Epidemiología y Estadística del Instituto Nacional de Neoplasias (INEN). R-SAIP N° 068-2014-OC-SG/INEN

Datos Estadísticos de casos de tumoraciones benignas y malignas de la cavidad oral correspondientes a los años 2012, 2013 y 2014 (Hospital Hipólito Unanue, Unidad de estadística, informática y telecomunicaciones).

CASSINELLI MORÓN, Viviana. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral libre en el INEN (1980-1989). Lima: UPCH 1993.

BASCONES MARTÍNEZ, Antonio. Tratado de Odontología. 2a ed. Ediciones Avances Médico-Dentales, 1998.

SAAP, J.; EVERSOLE, L.; Patología oral y maxilofacial contemporánea 2º ed. en español. Ediciones Harcourt 2004.

CECCOTTI, Eduardo L. Clínica estomatológica: SIDA, cáncer y otras afecciones 1º ed. Editorial Panamericana. 1993 Buenos Aires.

REGEZI, JOSEPH A; Patología bucal 3º ed. Editorial Interamericana - McGraw-Hill; 1992 México.

WOOD, NORMAN K. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5a ed. en español. Editorial Harcourt Brace, 1998.

BHASKAR, S. N. Patología Bucal. 4º ed. Argentina: Editorial El Ateneo, 1991

SACSAQUISPE, S.; ASURZA, J. El cáncer de la cavidad oral en la población peruana. Lima: Actualidad Odontológica y Salud Vol.1 N° 2 Oct.-Dic. 2004.

SOL SILVERMAN, Jr. Oral cancer. 2º edición. American Cancer Society, New York 1985.

BORAKS, Silvio. Diagnóstico bucal. Ed. Artes Médicas 1999.

GARCÍA, V.; GONZÁLEZ-MOLES, MA.; BASCONES, A. Bases moleculares del cáncer oral. Avances en Odontostomatología Vol.21 n.6 Madrid nov.-dic. 2005

LÓPEZ CHAGUIN, A. Carcinoma verrugoso en la cavidad bucal: reporte de dos casos. Acta Odontológica Venezolana Vol. 34 n. 21 1996.

LÁREZ ANDRESEN, L. Riesgo probable de cáncer bucal y lesiones precancerosas en mujeres de 30 años residentes en Ocumare, 2004. Acta Odontológica Venezolana Vol. 44 n.3 2006.

GOAZ, Paul W. Radiología oral. 3º edición. Ed. Mosby/Doyma Libros 1995. Madrid

RIERA, P.; MARTÍNEZ, B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faringeo en Chile Revista Médica de Chile Vol. 133 n.5 Santiago. Mayo 2005.

