

REVISIÓN

Oral cancer, a health risk

Cáncer bucal, un riesgo para la salud

Nairobi Hernández Bridón¹ , Magalys Pallerols Mir¹

¹Instituto de Investigaciones en Microbiología y Parasitología Médica. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Citar como: Hernández Bridón N, Pallerols Mir M. Oral cancer, a health risk. Nursing Depths Series. 2025; 1:18. <https://doi.org/10.56294/nds202218>

Enviado: 22-01-2022

Revisado: 12-04-2022

Aceptado: 01-07-2022

Publicado: 02-07-2022

Editor: Dra. Mileydis Cruz Quevedo 

ABSTRACT

A literature review on oral cancer was carried out with the aim of synthesising up-to-date information on this entity, its risk factors, diagnosis and prevention. Twenty-six bibliographic sources were consulted, including 12 journals, 9 books and 5 scientific articles. It was found to be one of the most common causes of death among all diagnosed cancers, which occurs more frequently in the male sex and in the older adult population, although everyone is susceptible to it. It is concluded that routine clinical examination and the use of diagnostic aids are the most effective measures to reduce the morbimortality of oral cancer, recommending healthy habits and lifestyles for its prevention.

Keywords: Oral Cancer; Risk Factors; Diagnosis; Prevention; Risk Factors; Oral Cancer.

RESUMEN

Se realizó un trabajo de revisión bibliográfica sobre cáncer bucal con el objetivo de sintetizar información actualizada sobre esta entidad, sus factores de riesgo, diagnóstico y prevención. Se consultaron 26 fuentes bibliográficas, de ellas 12 revistas, 9 libros y 5 artículos científicos. Se constató que es una de las causas de muerte más común entre todos los cánceres diagnosticados, que se manifiesta más frecuentemente en el sexo masculino y en la población adulta de edad avanzada, aunque todos son susceptibles a padecerla. Se concluye afirmando que el examen clínico rutinario y la utilización de medios auxiliares de diagnóstico son las medidas más efectivas para reducir la morbimortalidad del cáncer bucal, recomendando mantener hábitos y estilos de vida saludables para su prevención.

Palabras clave: Cáncer Bucal; Factores de Riesgo; Diagnóstico; Prevención.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el término cáncer como un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. Es el crecimiento incontrolado de células anormales, que pueden invadir y destruir tejidos sanos. Supone un problema de salud a nivel mundial y es una de las causas más importantes de mortalidad.^(1,2)

El cáncer bucal es una enfermedad multifactorial, de etiología discutida donde la edad, el sexo, la raza y la herencia, se reconocen como factores genéticos determinantes de riesgo, según las distintas localizaciones. La dieta, los hábitos tóxicos, el estilo de vida y el medio en general, incluyendo la infección por microorganismos, son factores que actúan sobre el genoma de las células como iniciadores o promotores tumorales en la transformación celular.⁽³⁾ Existen otros factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo, la sepsis bucal, los dientes con bordes filosos, las prótesis dentales desajustadas y la exposición excesiva a la radiación solar.

La combinación de dos o más factores aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad. El adecuado nivel de conocimientos acerca de los factores que producen el cáncer bucal, contribuye a su prevención.^(4,5)

Se estima que el número anual de casos nuevos pasará de los 10 millones registrados en el año 2000 a 15 millones antes de 2020. Cerca de 60 % de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta. De los 10 millones anuales de casos nuevos de cáncer; 4,7 millones se registran en los países más desarrollados y casi 5,5 millones en los menos desarrollados. En los Estados Unidos, tres de cada 100 personas padecen de cáncer orofaríngeo y en Argentina entre tres y cinco de cada 100 personas padecen de neoplasias bucales. En Cuba, el cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores, desde el año 1970 ocupa entre el séptimo y décimo lugar. En la provincia Holguín, se mantiene entre las primeras ocho localizaciones. El sexo masculino es el más afectado a razón de tres hombres por cada mujer.^(6,7,8)

El cáncer bucal puede ser detectado precozmente, si la población se educa para identificar algunos signos y síntomas tempranos de la enfermedad, porque la cavidad bucal resulta una de las regiones del organismo que puede ser examinada directamente y la bucofaringe es rica en manifestaciones de lesiones iniciales, entonces la atención médica será más efectiva.⁽⁹⁾

En Cuba desde 1982 se puso en marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB); único en el mundo por su cobertura nacional. Tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así, que al seguir la metodología de examen del complejo bucal y cadenas y grupos ganglionares de cabeza y cuello, se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta médica o estomatológica o en pesquisajes. Si se detecta alguna alteración el paciente debe ser remitido al segundo nivel de atención.⁽¹⁰⁾

Hoy día, la prevención y promoción de salud ocupan un lugar cimero en el campo de la Estomatología, por lo que se impone evaluar y renovar los programas de forma tal que sean cada vez más preventivos y educacionales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para ejecutar las medidas de prevención, en sus distintas etapas, no solo es imprescindible la preparación del estomatólogo en los aspectos clínico-epidemiológicos del cáncer bucal a nivel de su profesionalidad, sino también la interiorización de los objetivos del programa y la necesidad de desarrollar métodos educativos específicos.⁽¹¹⁾

Por ser esta una enfermedad con gran riesgo de producir incapacidad, y eventualmente la muerte, su diagnóstico y tratamiento precoz constituyen la clave para reducir su morbilidad, lo cual implica disminución del costo del tratamiento hasta la mortalidad.⁽¹¹⁾

La motivación para la realización de este trabajo ha sido la alta incidencia del Cáncer Bucal a nivel nacional e internacional. Como futuros estomatólogos debemos conocer en que consiste esta enfermedad, los factores de riesgo que la ocasionan, y lo más importante las estrategias de trabajo y conductas a seguir con el fin de prevenirla.

Objetivo: Describir las principales características del cáncer bucal, sus factores de riesgo, diagnóstico y prevención.

DESARROLLO

El cáncer bucal es un crecimiento anormal de las células de la mucosa oral y puede asentarse en los labios, la lengua, el piso de la boca, las glándulas salivales, el revestimiento interior de las mejillas (mucosa yugal), las encías y el paladar. Es de gran relevancia su detección precoz y el control de los factores de riesgo, ya que detectado a tiempo tiene solución en 9 de cada 10 casos 12.

Aunque la herencia también es un factor de riesgo, ciertos estilos de vida y condiciones de salud pueden aumentar la posibilidad de que una persona desarrolle la enfermedad, pero como tal no existe un patrón específico que manifieste la aparición de la misma, sino que condicionan su desarrollo factores de riesgo y enfermedades como:

Hábito de fumar

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedades bucales como la enfermedad periodontal y el cáncer bucal. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean.⁽¹³⁾

El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Otras sustancias cancerígenas como el níquel y cadmio, elementos radioactivos como carbono-14 y polonio-210, incluso residuos de pesticidas se han detectado en el humo del tabaco. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal.⁽¹³⁾

El hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, cigarrillos, pipa o mascado o

aspirado o por fumar invertido. El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también de la calidad y la técnica de consumo.⁽¹³⁾

Consumo de Alcohol

Aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico y, además, sus efectos perjudiciales se potencian cuando se consumen simultáneamente. Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto cáustico sobre la mucosa bucal y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que interfiere con la síntesis y reparación del ADN.⁽¹³⁾

Según Zygianni y otros, alrededor del 80 % de los pacientes alcohólicos fuman cigarrillos y la adicción a la nicotina es más severa en fumadores con dependencia alcohólica. El hábito de fumar incrementa la carga de acetaldehído que sigue al consumo de alcohol y las bebidas alcohólicas favorecen la activación de los procarcinógenos del tabaco, por lo que tienen efectos aditivos. Se estima un riesgo atribuible de cáncer bucal debido al tabaco y alcohol de más del 80 %; los grandes bebedores y fumadores tienen un riesgo 38 veces superior.⁽¹³⁾

Factores dietéticos

Las deficiencias nutricionales, sobre todo de vitaminas y minerales, favorecen la aparición del cáncer de la cavidad bucal. La condición nutricional más importante asociada al cáncer bucal es la anemia ferropénica.⁽¹⁴⁾ En el déficit de hierro se encuentra una atrofia de la mucosa, que asociada a otros factores de riesgo puede incrementar la actividad mitótica y disminuir la capacidad de reparación del epitelio. También la deficiencia nutricional de hierro se acompaña de deficiencias de micronutrientes que favorecen la carcinogénesis bucal.⁽¹³⁾

Pacientes con déficit de vitamina A se consideran de alto riesgo de transformación maligna de la mucosa de la cavidad bucal. El papel de la vitamina A es controlar la diferenciación celular y su deficiencia nutricional desencadena alteraciones celulares similares a las inducidas por carcinógenos químicos, aunque se requieren estudios concluyentes.⁽¹³⁾

La vitamina E incrementa la inmunidad, controla los trastornos asociados a los radicales libres, mantiene la integridad de las membranas e inhibe el crecimiento de las células cancerosas, aunque se requieren más estudios. Además de la vitamina A, la C y algunos elementos, como el cinc, cobre se han asociado con la carcinogénesis bucal en hombres y animales.⁽¹⁴⁾

El consumo de frutas y vegetales reduce el riesgo de cánceres bucales. Un solo estudio en Estados Unidos encontró una asociación inversa entre la ingesta de frutas y vegetales y la incidencia a los 5 años de cáncer de cabeza y cuello. En Italia se demostró que el consumo durante 8 años de abundantes vegetales, frutas, cereales, aceite de oliva, vino y baja ingesta de carne y productos lácteos, protege contra el cáncer bucal y faríngeo cuando se comparaba con quienes consumían menos componentes de esta dieta mediterránea. Esto sugiere que la deficiencia dietética de antioxidantes es un factor predisponente al cáncer bucal, aunque se requieren ensayos clínicos que exploren la efectividad del suplemento dietético en la reducción de este riesgo.⁽¹³⁾

Los polifenoles dietéticos disminuyen la incidencia de carcinomas bucales y protegen contra este cáncer por inducción de la muerte celular e inhibición del crecimiento tumoral, la invasión y la metástasis, lo que pudiera explicar parte del efecto beneficioso del consumo de frutas y vegetales. Otros estudios han encontrado una asociación entre los alimentos y nutrientes consumidos con el cáncer bucal, aunque los estudios no son concluyentes.⁽¹³⁾

Los estados de inmunodepresión relacionados o no con los trastornos nutricionales también favorecen el desarrollo del cáncer debido a las dificultades del sistema inmune para eliminar las células cancerosas.⁽¹³⁾

Sobre el papel de la alimentación en la carcinogénesis bucal se deben tener en cuenta: primero, el largo tiempo transcurrido en la aparición del cáncer dificulta la valoración precisa de los patrones alimenticios que fluctúan con el tiempo y segundo, sobre la carcinogénesis influyen numerosos factores de riesgo que aceleran este proceso. Esto dificulta la identificación y control de estos factores, que pueden actuar como variables de confusión y pudiera explicar parte de las contradicciones encontradas en la literatura publicada.⁽¹³⁾

Factores ambientales

Los factores ambientales como las radiaciones ionizantes de fuentes naturales o terapéuticas o accidentes nucleares contribuyen al riesgo de cáncer, aunque existen pocos datos sobre el cáncer bucal. El cáncer de labio es más frecuente en personas de piel blanca expuestas a los rayos solares. En personas predispuestas, el sol puede provocar queilitis exfoliativa o queratosis solar en los labios, sobre todo, en el labio inferior. La mayoría de estos carcinomas se inician sobre queilitis crónicas y, dentro de ellas, la de mayor grado de malignización son las de origen actínico.⁽¹³⁾

La carcinogénesis actínica en el labio se debe al efecto de los rayos ultravioletas de la luz solar, que provoca mutaciones en el ADN de las células epiteliales con la activación de oncogenes y la inactivación de genes supresores tumorales, un proceso de desarrollo lento que explica el largo periodo de latencia en el surgimiento de estos cánceres.⁽¹³⁾

Los metales pesados como el cromo, el níquel y el arsénico son carcinógenos para los humanos. El cromo y el níquel son contaminantes industriales y ambientales. El cromo es un potente inductor del crecimiento de tumores de la cavidad bucal en modelos animales y de células transformadas en cultivos celulares. El níquel puede inducir la transformación cancerosa en animales. Un estudio encontró asociación entre el contenido de metales pesados en el suelo y la mortalidad por cáncer bucal. Las diferencias en las tasas de incidencia de cánceres bucales en diferentes regiones geográficas pudieran relacionarse con factores de carácter ambiental.⁽¹³⁾

Infecciones bacterianas

Las infecciones bacterianas, micóticas y virales se vinculan al surgimiento y desarrollo de los cánceres bucales por diferentes mecanismos, no del todo esclarecidos.⁽¹³⁾

Las bacterias participan en la carcinogénesis bucal mediante la inducción de inflamación crónica, por interferencia directa o indirecta con el ciclo celular eucariótico y las vías de señalización o por el metabolismo de sustancias potencialmente cancerígenas como acetaldehído que causa mutaciones, daño del ADN y proliferación secundaria del epitelio. Las bacterias también secretan tóxicos celulares como actinomicina D que provoca cambios del cariotipo que llevan a la malignización. Ciertas infecciones bacterianas pueden evadir el sistema inmune o estimular la respuesta inmune que contribuyen a los cambios cancerígenos mediante los efectos mutagénicos y estimulantes de las citosinas liberadas por las células inflamatorias.⁽¹³⁾

Las toxinas bacterianas destruyen células, a concentraciones reducidas, alteran los procesos celulares que controlan la proliferación, apoptosis y diferenciación. Estas alteraciones se asocian con carcinogénesis y pueden estimular aberraciones celulares o inhibir los controles normales de las células.⁽¹³⁾

La mala higiene bucal es un factor de riesgo independiente de cáncer bucal. Con frecuencia los pacientes con este tipo de cáncer, presentan problemas de salud bucal como la pérdida de dientes y periodontitis. El número de dientes perdidos se ha asociado con el cáncer bucal, pero las variables relacionadas con la salud bucal también se vinculan con el consumo de tabaco y alcohol, un factor de confusión difícil de controlar en los estudios epidemiológicos. Además, la enfermedad periodontal incrementa el riesgo de cáncer de cabeza y cuello y esta asociación se mantiene en sujetos que nunca han fumado o bebido. También es más probable que los pacientes con periodontitis presenten carcinomas bucales de células escamosas más indiferenciados.⁽¹³⁾

Algunos microorganismos bucales pueden producir acetaldehído carcinogénico a partir del alcohol, lo que pudiera explicar por qué la mala higiene bucal se asocia con el cáncer bucal en grandes bebedores y tomadores, en quienes las concentraciones salivares de acetaldehído se incrementan con la mala higiene. No se ha demostrado si la eliminación de estas bacterias reduce la incidencia de cáncer.⁽¹³⁾

Infecciones Virales

Los virus causan entre el 10 y el 15 % de los cánceres humanos. Su principal efecto sobre la inestabilidad genética incluye mutaciones, aberraciones y daño del ADN.⁽¹³⁾

En relación con las infecciones virales, se ha detectado ADN del virus del papiloma humano (VPH) hasta en el 30-50 % de los casos de cáncer bucal. Existe una correlación inversa entre la prevalencia de infección por el VPH y la edad de los pacientes con cáncer bucal, que resulta rara por encima de los 60 años. Inicialmente, ambos afectan a la región genital y son transmitidos por contacto sexual. Se cree que la infección es un evento oncogénico precoz, seguido de un largo período de latencia antes de la aparición del carcinoma de células escamosas.⁽¹³⁾

El virus herpes simple también se ha asociado con la carcinogénesis. Los ácidos nucleicos de estos virus se han encontrado en el cáncer de labio, los niveles de anticuerpos al tipo 1 y 2 son más altos en pacientes con cáncer bucal y la seropositividad al virus herpes simple, junto al hábito de fumar, parece incrementar el riesgo de cáncer. Otro virus, Epstein-Barr, también está implicado en el cáncer bucal, aunque las pruebas son controversiales.⁽¹⁴⁾

En el cáncer bucal por ser un prolongado proceso que dura años, originado habitualmente sobre lesiones y condiciones premalignas, su carácter multifactorial en el que están implicados múltiples factores de riesgo y la variación en la susceptibilidad individual al cáncer, se dificulta precisar las relaciones de causa- efecto, por lo que esta enfermedad y sus factores de riesgo asociados se están investigando intensamente a nivel mundial, con muchos aspectos polémicos y controversiales que requerirán aclaración en investigaciones futuras.⁽¹³⁾

Otros factores condicionales lo constituyen las lesiones pre-malignas u otros estados pre-cancerosos, el liquen plano, mucosas atróficas, traumatismos crónicos, sobre todo los provocados por las prótesis mal adaptadas y los dientes filosos, la sepsis bucal, fibrosis submucosa bucal, papilomatosis bucal florida, infecciones candidiásicas crónicas, exposición a elevadas radiaciones ionizantes y el SIDA entre otros.⁽¹³⁾

Todas las neoplasias benignas aunque no son potencialmente malignizables, pueden constituir elementos promotores del cáncer.⁽¹³⁾

Para el reconocimiento del cáncer bucal, tanto el paciente como el profesional deben estar alerta ante la aparición de:⁽¹⁵⁾

- Manchas blancas que no se desprenden al raspado.
- Heridas que no cicatrizan en más de una semana.
- Movilidad y/o pérdida dentaria sin causa aparente.
- Anestesia o parestesia en cualquier sector de la boca.
- Asimetría facial progresiva.
- Limitación de la apertura bucal.
- Limitación de la movilidad de la lengua.
- Ganglios indoloros (fijos o móviles).
- Cualquier crecimiento localizado de los tejidos.
- Ronqueras persistentes.
- Dificultad y/o dolor al tragar.

Se puede detectar precozmente observando habitualmente la boca ante cualquier cambio ya sea en un examen de rutina con el especialista o con el autoexamen del paciente.⁽¹⁵⁾

El autoexamen del complejo bucal (AECB)

El AECB es una variante de la exploración del complejo bucal, no es realizado por un facultativo especializado, sino por el propio sujeto que se le ha motivado a realizar un examen de su boca y cuello para la identificación de posibles condiciones preneoplásicas o neoplasias malignas incipientes. El AECB es una maniobra de gran utilidad y complemento en todo Programa de Detección del Cáncer Bucal. En la parte educativa de estos programas se debe realizar un adiestramiento, a todos los miembros de la comunidad, sobre la metodología del autoexamen. El mensaje debe ser sencillo y breve para que su ejecución sea posible realizarla por la población de todos los niveles culturales. En la promoción del AECB se deben utilizar los medios masivos de comunicación, como la televisión, el radio, el vídeo, etc. También la distribución de alegorías, leyendas o afiches con fotografías o dibujos donde se representen los pasos a seguir para la ejecución del AECB. Se debe destacar que el AECB no es más que el inicio de un posible diagnóstico que, sin la asistencia a un centro especializado que rectifique o ratifique las sospechas o dudas del autoexaminado, el objetivo de la detección precoz no se habrá alcanzado.⁽¹⁶⁾

Para la ejecución del AECB se pueden seguir varios métodos, pero recomendamos que, al escoger una variante, siempre se realice en el mismo orden. Previamente debe realizarse el lavado de las manos, luego el sujeto debe colocarse delante de un espejo y comenzar con la exploración del labio en todas sus partes; en este primer paso, al igual que en los que siguen a la observación visual se puede agregar la palpación manual, en el segundo paso se debe observar la mucosa del carrillo, desde donde terminó la exploración del labio hasta la parte más posterior incluyendo la encía por su parte externa, hasta el final donde terminan los dientes. En el tercer paso se explora el techo de la boca, es decir, el paladar duro y blando o bóveda palatina, y se llega hasta la úvula, incluye también la encía superior de ese lado; aquí es útil decir “ah” para ver el movimiento del velo del paladar. En el cuarto paso se examina la lengua; se comienza en su protrusión o, simplemente sacar la lengua y moverla para comprobar su movilidad, y si no se desvía hacia un lado o hacia otro al presentar algún obstáculo que impida su salida de la boca: continuamos observando todas sus partes, la superficie superior, bordes, punta y su cara inferior; se puede ayudar con la palpación manual. En el quinto paso, se explora la parte inferior o piso de la boca, desde su parte anterior hasta la posterior, junto a la encía, que es la maniobra más difícil. También se completa la observación de la parte interior de la encía; en el sexto, o último paso se observa todo el cuello y se ve si hay algún aumento de volumen, nódulo o dureza. Ante la duda, o para completar el examen se usa la palpación manual, importante cuando se sospecha de nódulos u otra alteración. Este procedimiento debe utilizarse por lo menos, cada 6 meses. Ante el hallazgo de cualquier anomalía se debe consultar de inmediato a su estomatólogo o médico de la familia.⁽¹⁶⁾

A su vez, los signos que se pueden observar son úlcera sin dolor, induración, parestesia de lengua o labio, crecimiento papilar y dificultad para abrir la boca debida a la disminución de la movilidad del tejido. Sospecharemos que una lesión pueda ser cáncer si persiste más de 3 semanas en boca.⁽¹⁾

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 la boca, aunque también puede afectar a otras estructuras como orofaringe, paladar blando, mucosa yugal o labio inferior. Se ha observado que cuando el paciente es fumador o ingiere alcohol, las lesiones se ven sobretodo en la zona anterior de lengua, suelo de boca, mucosa oral y alvéolos. Mientras que las lesiones por HPV aparecen más en las regiones posteriores de la cavidad oral como base de lengua, orofaringe, pilares amigdalinos y amígdalas.⁽¹⁾

Lo primero será realizar una buena historia clínica, para encontrar posibles factores de riesgo que puedan

producir que se desarrolle esta lesión a nivel oral, por ejemplo; si el paciente es fumador (el riesgo aumenta de cinco a nueve veces más en pacientes fumadores que en no fumadores) o sólo bebe (tiene treinta veces más posibilidad de desarrollar cáncer oral o faríngeo) o ambos (efecto sinérgico aumentando el riesgo cien veces más de lo normal), acompañada de una exhaustiva y buena exploración clínica, tanto extra como intraoral, la cual requiere una adecuada iluminación, gasas 2x2, guantes de protección y espejos, gracias a los cuales, se explora todas las zonas de la cavidad oral. En éste, se deberá examinar toda la mucosa oral de forma exhaustiva, además de incluir la palpación de los nódulos linfáticos cervicales. Prestando especial atención a las zonas de la boca que sean más propicias para el carcinoma; como son el labio, suelo de boca, bordes laterales de la lengua y mucosa yugal. El diagnóstico temprano depende de la astucia clínica o incluso del propio paciente cuando es capaz de identificar una lesión sospechosa mientras ésta se encuentra en un estadio temprano. Los estadios primarios pueden ser asintomáticos o causar pequeños cambios, por lo que se recomienda que los profesionales de la salud tengan un alto índice de sospecha y sepan identificar las lesiones orales precancerosas. Los pacientes que no acuden con frecuencia al dentista tienen más riesgo de diagnosticarles las lesiones en estadios muy avanzados. En el estudio llevado a cabo por Thomas Yu, se observó que hubo más retraso en el diagnóstico en las mujeres que en los hombres, pero se necesita investigar más el porqué de esta razón.⁽¹⁾

En muchas ocasiones, en caso de cualquier duda, los profesionales de la salud precisan de técnicas complementarias de apoyo al diagnóstico. La biopsia es un método que usamos como suplemento al diagnóstico, ésta se realizará cuando la lesión lleve más de 3 semanas en boca, lesiones que hagan sospechar que pueden producir malignidad. Histológicamente, se observa que en el carcinoma hay una displasia extendida a lo largo del grosor del epitelio e invasión a través de la membrana.⁽¹⁾

En Cuba se comenzó a aplicar el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) único en el mundo por su cobertura nacional, desde el año 1982 y oficialmente establecido por el Ministerio de Salud Pública en el año 1984. Dicho programa permite elevar el nivel de salud de la población a través de acciones de prevención, promoción, protección, curación y rehabilitación. Su objetivo principal es disminuir la morbilidad y la mortalidad del cáncer oral mediante la prevención primaria y el diagnóstico precoz de lesiones y estados precancerosos, incrementando la curación y la supervivencia. En la lucha contra la enfermedad oncológica de la cavidad bucal se destaca la labor de estomatólogos y médicos de familias en el cumplimiento de las acciones del PDCB.^(17,18)

La cobertura completa no se ha alcanzado debido probablemente a que la población supuestamente sana no demanda del chequeo anual del complejo bucal, y en gran parte este pesquizado se caracteriza por ser pasivo, aunque contempla a los pacientes que son vistos en pesquizados activos por el estomatólogo y el médico de familia.⁽¹⁹⁾

La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico y la promoción es un elemento indispensable para su mejoramiento. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.^(19,20)

Funciones del Estomatólogo en relación con el PDCB.⁽²¹⁾

1. Realizar el examen del complejo bucal a todo paciente que solicite los Servicios Estomatológicos.
2. Hacer constar en la historia clínica ambulatoria del paciente la visita estomatológica y el examen del PDCB.
3. Velar porque todo paciente de 35 años y más, que habite en su área de atención, le sea realizado el examen del complejo bucal, al menos una vez al año.
4. Examinar anualmente a la población de riesgo de su área: población que habita en lugares cerrados con o sin sillón estomatológico, (fábricas, hogares de ancianos, etc.).
5. Remitir a la consulta de Cirugía Maxilofacial a todo paciente sospechoso de lesiones preneoplásicas o malignas del complejo bucal y llenarle el modelo de remisión de caso e informarlo al médico de familia.
6. Dispensarizar y llevar un tarjetero o listado de control de todo paciente remitido a consulta de Cirugía Maxilofacial.
7. Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Maxilofacial.
8. Participar en las evaluaciones periódicas sobre la marcha del Programa.
9. Participar activamente en las actividades científicas tendientes a mejorar la calidad del Programa.
10. Participar activamente, en coordinación con las organizaciones de masa, en las tareas educativas del Programa y asesorar al Médico de Familia en el examen y patologías del complejo bucal.
11. Cumplir los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadística del Programa.
12. Realizar tratamiento Estomatológico priorizado a pacientes remitido PDCB o que haya recibido tratamiento oncoespecífico.^(21,22)

El Estomatólogo General Integral, como primer contacto de la población con la atención estomatológica, debe incluir la educación para la salud en su quehacer diario, para propiciar la auto-responsabilidad y colaboración conjunta en la disminución de esta enfermedad en la población, con énfasis en los adultos mayores. Debe difundir y concientizar a la población en la importancia de la realización del examen bucal de forma minuciosa y sistemática, el cual permite detectar por simple observación, los cambios que se producen a nivel de la cavidad bucal, y en especial de la mucosa en forma precoz, y así evitar la aparición de lesiones precancerosas. En caso de ser necesario realizar la remisión de pacientes al segundo nivel de atención, según el programa del PDCB, correspondiéndole al estomatólogo realizar el tratamiento preventivo y rehabilitar a los pacientes. Con respecto a la educación, buscar los mecanismos más efectivos para motivar adecuadamente a las personas a que se realicen el autoexamen bucal y se vuelva una práctica habitual en las familias. La educación de la comunidad constituye el método ideal para desarraigar el hábito del tabaquismo; la prevención primaria preconiza, en primer lugar, motivar a las personas, principalmente a los jóvenes (en actividades escolares, en sociedades juveniles, a través de medios masivos) a que no emprendan el hábito; en segundo lugar, a los que ya tienen el hábito, motivarlos a que lo abandonen y, en último caso, a que modifiquen o disminuyan esta costumbre. Así como ejercer persuasión consciente, que conduzca a cambios conductuales sobre hábitos deletéreos como el consumo de bebidas alcohólicas, explicar los efectos de los factores de riesgo y enfatizar en la importancia de mantener una dieta adecuada. Es vital el accionar del odontólogo y el médico de la familia, ambos pueden contribuir de manera positiva y puntual en la prevención y promoción de salud. El reto está en lograr motivar a los pacientes y hacerlos realmente responsables de su salud para que el saldo sea positivo y puedan mejorar su calidad de vida.

Medidas de prevención y control del cáncer bucal⁽²³⁾

Entre las medidas más importantes se encuentran las siguientes:

- Realizar el examen de PDCB a todas las personas que acudan a la institución.
- Realizar actividades educativas y de divulgación dirigidas a la modificación de los factores de riesgo de la población como el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas.
- Identificar y eliminar hábitos de queilofagia y mordedura de carrillo.
- Orientar ingestión de alimentos no irritantes.
- Identificar y controlar factores de riesgos intrínsecos.
- Identificar y remitir a cirugía máxilo-facial (CMF) pacientes con lesiones bucales malignas o premalignas, así como con adenopatías cérvico-faciales.
- Confeccionar historia epidemiológica de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El cáncer bucal es un crecimiento anormal de las células de la mucosa oral, afectando gran parte de esta y siendo una enfermedad de origen multifactorial.

Los factores de riesgo que pueden conllevar a la aparición de la enfermedad son el tabaquismo, alcoholismo, higiene bucal deficiente, dientes ásperos y prótesis desajustadas.

El autoexamen del complejo bucal y el examen clínico rutinario son las herramientas más eficaces para la detección del cáncer oral.

Realizar actividades educativas y de divulgación dirigidas a la modificación de los modos y estilos de vida es una de las principales medidas de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol*. 2015;31(4):247-59.

2. Rosin MP, Poh CF, Mark J, Williams M, Gallagher R, MacAulay C, et al. New hope for an oral cancer solution: together we can make a difference. *J Can Dent Assoc*. 2008;74(3):261-6.

3. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986. p. 5-16.

4. Fedele S. Diagnostic aids in the screening of oral cancer. *Head Neck Oncol*. 2009;1:5.

5. Matos Paraguassú G, Andrade Pimente P, Rode Santos A, Araujo Silva Gurgel CL, Almeida Sarmento V. Prevalencia de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis dentales removibles, en un servicio de estomatología. *Rev Cubana Estomatol*. 2011;48(3):268-76.

6. Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de prevención de cáncer. Ginebra: OMS; 2002.
7. Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
8. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
9. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol.* 2008;44(1):10-22.
10. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Estomatología General Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
11. López E, Placeres M, Alfonso P. Comportamiento del programa de detección precoz del cáncer bucal en la clínica estomatológica docente provincial. *Rev Arch Med Camagüey [Internet].* 2001 [citado 2024 Abr 1];5(2). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2001/v5n2/406.htm>
12. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev Cubana Estomatol [Internet].* 2006 Mar [citado 2024 Abr 1];43(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003
13. Miguel Cruz PA, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel-Soca PE. Comportamiento del cáncer bucal. *Rev Cubana Estomatol.* 2016;53(3):[s.p.].
14. GarcíaKassAI, DomínguezGordilloAA, GarcíaNúñezJA, CancelaRivasG, TorresSalcinesJ, EsparzaGómezGC. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. *Av Odontoestomatol [Internet].* 2013 [citado 2024 Ago 30];29(5):255-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005
15. Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
16. Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
17. Verdecia Jiménez AI, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. *Correo Científico Médico [Internet].* Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/1479/461>
18. Portelles Massó AM. El cáncer oral como problema de salud. *Rev CCM [Internet].* 2012;16(1). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/801>
19. Gispert Abreu ED, Bécquer Águila JL. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. *Rev Cubana Estomatol [Internet].* 2015 [citado 2016 abr 2];52(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/943>
20. Álvarez Estupiñán M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. *Correo Científico Médico [Internet].* 2013 [citado 2016 mar 15];17(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/769>
21. Ministerio de Salud Pública. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Unidad Nacional para el Control del Cáncer. Pautas para la gestión 2010. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 19-22.
22. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: MINSAP; 2014. p. 65-68.
23. Mora Alpízar MC, Montenegro Valera I, Pérez Martell T, Rodríguez Hernández AL. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal: su impacto en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2001 jun [citado 2012 abr 10];17(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000300006&lng=es

24. Verdecia Jiménez AI, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [Internet]. 2014 mar [citado 2014 ago 15];18(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es

25. Gutiérrez Segura M, Carmenate Ochoa RM, Leyva Infante M. Conocimiento sobre el programa de detección precoz del cáncer bucal en médicos de familia. Rev CCM [Internet]. 2016. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1909/514>

26. Doncel Pérez C, Méndez Calunga M, Betancourt Dieste H, Castillo Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2015 [citado 2016 abr 2];52(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/213>

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Curación de datos: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Análisis formal: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Investigación: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Metodología: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Administración del proyecto: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Recursos: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Software: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Supervisión: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Validación: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Visualización: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Redacción - borrador original: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.

Redacción - revisión y edición: Nairobi Hernández Bridón, Magalys Pallerols Mir.