

Ciencias de la salud

Artículo original

Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas

Oral cancer, theoretical approaches

O câncer oral, abordagens teóricas

MSc. Alcira M. Alvarado-Solórzano, MSc. María T. Restrepo-Escudero

alciraas@gmail.com , mariatre@gmail.com

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador

Recibido: 25 de mayo de 2016

Aceptado: 29 de julio de 2016

Resumen

Las enfermedades crónicas son los principales problemas de salud pública en la mayor parte del mundo. El patrón de enfermar se ha transformado en todo el mundo esto debido principalmente a los estilos de vida cambiantes, que incluyen las dietas ricas en azúcares, el uso generalizado de tabaco y el aumento del consumo de alcohol. El cáncer bucal es una enfermedad crónica no transmisible, es un factor importante de la carga mundial de morbilidad, y lo será cada vez más en los decenios venideros. Se estima que el número anual de casos nuevos pasará de los 10 millones registrados en 2000 a 15 millones antes de 2020. A tales efectos se realizó aproximaciones teóricas sobre a partir de atender las categorías relacionados con esta afección (epidemiología, factores de riesgo, aspectos vitales para el diagnóstico, signo y síntomas, tratamiento, papel del odontólogo en la prevención, importancia de la educación para la salud). Se concluyó que el control del cáncer se logra mediante medidas de salud pública destinadas a poner en práctica la aplicación sistemática y equitativa de estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer basadas en datos científicos acumulados sobre el tema.

Palabras clave: cáncer bucal, factores de riesgo, diagnostico, prevención.

Abstract

Chronic diseases are the major public health problems in most of the world. The pattern has become sick worldwide this mainly due to changing lifestyles, including diets rich in sugars, the widespread use of snuff and increased alcohol consumption. Oral cancer is a chronic non-communicable disease, is a major factor in the global burden of disease, and will be increasingly in the coming decades. It is estimated that the annual number of new cases will increase from 10 million in 2000 to 15 million by 2020. To this end theoretical approaches on from attending the categories related to this condition (epidemiology, risk factors, aspects held vital for diagnosis, signs and symptoms, treatment, role of the dentist in prevention, importance of health education). It was concluded that cancer control is achieved through public health measures designed to implement the systematic and equitable implementation of strategies for prevention, early detection and treatment of cancer based on scientific data accumulated on the subject.

Key words: oral cancer, risk factors, diagnosis, prevention.

Resumo

As doenças crônicas são os principais problemas de saúde pública na maior parte do mundo. O padrão tornou-se doente em todo o mundo este principalmente devido à mudança de estilos de vida, incluindo dietas ricas em açúcares, o uso generalizado de tabaco e aumento do consumo de álcool. O câncer de boca é uma doença não transmissível crônica, é um fator importante na carga global de doenças, e será cada vez mais nas próximas décadas. Estima-se que o número anual de novos casos vai aumentar de 10 milhões em 2000 para 15 milhões em 2020. Para este fim abordagens teóricas sobre de frequentar as categorias relacionadas a essa condição (epidemiologia, fatores de risco, aspectos detidos vital para o diagnóstico, sinais e sintomas, tratamento, papel do dentista na prevenção, importância da educação para a saúde). Concluiu-se que o controle do câncer é conseguido através de medidas de saúde pública destinadas a implementar a implementação sistemática e equitativa de estratégias de prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer com base em dados científicos acumulados sobre o assunto.

Palavras chave: câncer bucal, fatores de risco, diagnóstico, prevenção.

Introducción.

Las enfermedades crónicas son los principales problemas de salud pública en la mayor parte del mundo. El patrón de enfermar se ha transformado en todo el mundo esto debido principalmente a los estilos de vida cambiantes, que incluyen las dietas ricas en azúcares, el uso generalizado de tabaco y el aumento del consumo de alcohol. Además de los determinantes socio-ambientales; las enfermedades bucales están muy relacionadas con estos estilos de vida. Las enfermedades bucales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y como en todas las enfermedades, la mayor carga es en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente. Las graves repercusiones en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y el efecto en la calidad de vida también debe ser considerado. El tratamiento de las enfermedades bucales es extremadamente costoso y no es factible en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. (GONZÁLEZ ROLDÁN.J F 2012)

Diferentes investigaciones han mostrado que más de 120 enfermedades sistémicas se originan en la cavidad bucal. Las enfermedades bucales se han asociado con compromiso nutricional, cáncer, xerostomía, neumonía, bacteriemia, enfisema, problemas del corazón, diabetes, complicaciones en cirugía entre otras. Las enfermedades bucales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la diabetes mellitus y enfermedades respiratorias. (GONZÁLEZ ROLDÁN.J F 2012).

La palabra cáncer se emplea para referirse a un grupo de más de 100 enfermedades distintas con más de 1,000 variedades histopatológicas que comparten como característica común una proliferación anormal y descontrolada de células que invaden tejidos y órganos próximos y distantes y que, si no son tratadas a tiempo, ocasionan la muerte de los individuos en cuyo seno se desarrollan. El primero en hablar de cáncer fue Hipócrates y probablemente dicho término deriva del latín cangrejo, ya que el tumor se adhiere a todo lo que agarra con la misma obstinación que un cangrejo. (MUÑOZ A 2004). Se habla de neoplasia cuando se produce una proliferación incontrolada de células somáticas producto de un cambio irreversible en las mismas. El exceso de tejido persiste aunque cese el estímulo. Las neoplasias pueden ser benignas, si son localizadas y no invaden los tejidos adyacentes ni se diseminan por el resto del cuerpo, o malignas, si invaden y destruyen tejidos y son capaces de diseminarse. (. BASCONES A 2004).

El cáncer bucal es un factor importante de la carga mundial de morbilidad, y lo será cada vez más en los decenios venideros. Se estima que el número anual de casos nuevos pasará de los 10 millones registrados en 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. (Organización Mundial de la Salud, 2002) (SANTANA JC 2002) .

La frecuencia relativa del cáncer de localización bucal, que lo sitúa prácticamente entre las primeras 10 localizaciones en el hombre en todos los países del mundo, su diagnóstico tardío en más de la mitad de los pacientes, su intervalo libre de enfermedad, que apenas promedia en todos los enfermos 40 %, la posible efectividad de la prevención, tanto primaria como secundaria y accesibilidad de la exploración de su zona de desarrollo por un facultativo previamente formado, son razones más que suficientes para justificar programas permanentes de prevención y diagnóstico temprano de la enfermedad, adecuados a las condiciones concretas de cada país.(MORALES NAVARRO, Denia 2009).

El registro de cáncer en Quito, Ecuador, informa una baja incidencia de esta localización, con tasas ajustada de 1.1 en el hombre y 0.6 en la mujer, sin alcanzar el grupo de las primeras localizaciones. En la provincia de Manabí, atendiendo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- O 140-146, nos refleja entre los 10 cánceres más comunes en el hombre de acuerdo al registro de cáncer regional, como se comporta en la mayoría de los países del mundo y del área, esto puede ser debido a una baja incidencia o a un subregistro por falta del dato primario. (Proyecto de Investigación de Patología Bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo 2012)

Con el fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención de salud en la atención primaria, se puede lograr una asistencia sanitaria integral a las personas con esta afección, toda vez que este nivel acerca la atención donde el individuo vive y se desarrolla, pues, es precisamente allí donde se promueve salud, enferma y se rehabilita.

Historia

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 o el paladar. (VENEGAS SL 2010).

El cáncer bucal es un problema de salud que afecta un grupo significativo de personas en todo el mundo, capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro. (Cáncer Bucal 2016).

Numerosos estudios han demostrado que la cancerización es un fenómeno relativamente complejo en el que actúan o participan varios factores y donde probablemente ninguno de ellos por sí solo sea capaz de originar una neoplasia. Esto justifica el criterio universal de que el cáncer es una enfermedad de causa multifactorial, que depende de la acción simultánea de factores sociales o conductuales, hereditarios y ambientales. (Cáncer Bucal 2016).

El cáncer que aparece en la cavidad bucal puede tener diversas variedades histológicas: teratoma, adenocarcinoma derivado de una de las glándulas salivales, linfoma de las amígdalas o de algún otro tejido linfático o melanoma de células pigmentadas de la mucosa oral. La forma más común de cáncer en la boca es el carcinoma de células escamosas, originado en los tejidos que delimitan la boca y los labios. El cáncer de boca por lo general está localizado en el tejido de los labios o de la lengua, aunque puede aparecer en el piso de la boca, el revestimiento de las mejillas, las encías o el paladar o techo de la boca. Bajo un microscopio, la mayoría de los cánceres que se desarrollan en la boca, tienen características similares y son llamadas conjuntamente como carcinoma de células escamosas. Son de naturaleza maligna y tienden a esparcirse con gran rapidez. (Cáncer Bucal 2016)

La variedad histológica del complejo bucal permite que en él se desarrollen diversos tipos de neoplasias benignas y malignas, pero se ha demostrado que más del 95% de los tumores malignos de la cavidad bucal son de origen epitelial. Esto justifica que el carcinoma epidermoide o espinocelular bucal (CEB) sea la neoplasia maligna más frecuente del sistema estomatológico y hacia sus orígenes han estado encaminados todos los estudios etiológicos y analíticos de perfil epidemiológico. Estas investigaciones han establecido que el complejo bucal tiene dos regiones anatómicas bien definidas y delimitadas, con capacidad de padecer el mismo tipo de cáncer, pero sometidas a la acción de factores de riesgo muy diferentes; estas localizaciones son: los labios y la cavidad bucal. (Cáncer Bucal 2016).

Epidemiología del cáncer bucal.

El cáncer de cabeza y cuello es el 6º cáncer humano más frecuente. El 3% de todos los cánceres se localizan en la cavidad oral. No obstante existe una variabilidad geográfica con una mayor

prevalencia en América del Sur, Sudeste asiático y sobretodo en la India, en la cual el cáncer oral representa el 40% de todos los tumores malignos (GARCÍA-GARCÍA V 2009).

Cada año se diagnostican en el mundo más de 575.000 casos nuevos de cáncer oral. (GARCÍA-GARCÍA V 2009)

En cuanto a la edad, el 90% de los cánceres orales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano (GARCÍA-GARCÍA V 2009).

Las principales localizaciones son lengua y suelo de boca en Europa y el norte de América y la mucosa yugal en la India. En referencia a la histología el 90% de los carcinomas orales son del tipo carcinoma oral de células escamosas (VICENTE RODRÍGUEZ JUAN C 2007).

La supervivencia a los 5 años es del 40-56% aunque varía según el tipo de cáncer:

- 70% Cáncer labial
- 30% Otras localizaciones orales (GARCÍA-GARCÍA V 2009).

Causas del cáncer bucal.

Las células cancerosas son células normales cuyo ADN y los genes son alteradas para hacer que se multiplican y crecen anormalmente.

El ADN dentro de la célula proporciona un conjunto básico de instrucciones, como por ejemplo al crecer y reproducirse. Cuando esto cambia a causa de una mutación, las instrucciones de ir loco. El crecimiento descontrolado de las células conduce a la formación de una masa de tejido llamada un tumor. (MANDAL ANANYA 2016)

Partes del cuerpo afecta el cáncer bucal

Cáncer oral o cáncer de boca afecta el interior de la boca, lengua, encías y labios. Puede extenderse a tejidos cercanos, como alrededor de la piel o en la parte posterior de la mandíbula o puede extenderse a través del sistema linfático o los vasos sanguíneos lejos órganos como el hígado, pulmones y cerebro. Esta es una etapa avanzada del cáncer y es generalmente difícil de tratar.

Cáncer de boca que se propaga a otra parte del cuerpo se conoce como cáncer metastásico de oral. (MANDAL ANANYA 2016).

Etiología del cáncer oral y factores de riesgo

(García-García V 2009). La etiología del cáncer oral es desconocida, sin embargo, existe una serie de factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinogénicos favoreciendo el desarrollo de la enfermedad. Entre estos destacamos:

Tabaco: El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de lesiones premalignas y del cáncer oral, en especial del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE). 8 de cada 10 pacientes con cáncer oral son fumadores de tabaco en sus diversas formas: cigarrillos, puros, tabaco de mascar, tabaco en pipa, etc. Hay multitud de estudios transversales en los que se ha visto la asociación entre el tabaco y la aparición del cáncer oral, no obstante, los estudios más valiosos son los que examinan longitudinalmente el efecto de tabaco. (García-García V 2009).

Alcohol: El etanol puro, por sí mismo, no es una sustancia carcinogénica, sin embargo, se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco. Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran: desprendimiento del epitelio, ulceraciones en la mucosa, gingivitis, petequias, lesiones blancas. (GARCÍA-GARCÍA V 2009).

Factores dentales: Una mala o nula higiene dental, factores que erosionen la mucosa como dientes rotos, mal posicionados o prótesis mal ajustadas, son también factores que favorecen la formación de lesiones que se pueden malignizar. Mantener la boca en buen estado es fundamental para prevenir el cáncer bucal. (Cáncer Bucal 2016).

Algunos nutrientes y hábitos alimenticios están asociados al desarrollo de muchas enfermedades como el cáncer oral. (GARCÍA-GARCÍA V 2009).

El consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes favorece el desarrollo del cáncer oral, ya que desprenden sustancias carcinógenas como las aminas heterocíclicas. Las frutas y verduras son ricas en micronutrientes y tienen un efecto antioxidante y protector frente al cáncer oral. (GARCÍA-GARCÍA V 2009).

Inmunosupresión: El aumento del cáncer oral en jóvenes podría explicarse por el problema de la inmunosupresión crónica asociada al VIH (GARCÍA-GARCÍA V 2009)

Radiaciones: Las personas con poca pigmentación en la piel que estén sometidas a una exposición solar ocupacional y prolongada presentan mayor riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide de labio. El labio pasa por una serie de cambios preneoplásicos que progresan más intensamente cuando la dosis de radiación actínica se acumula y cuando se va envejeciendo. A estos cambios se les denomina queilitis actínica. Si continuara la exposición se podría acabar desarrollando un carcinoma epidermoide. (BASCONES A 2003).

Por otro lado, se ha visto relación entre las radiaciones ionizantes y un aumento del riesgo de neoplasias de glándulas salivares. (VICENTE RODRÍGUEZ JUAN C 2007).

Factores socioeconómicos: Se ha podido constatar una prevalencia del cáncer oral en trabajadores de la rama textil, comerciantes de alcohol, trabajadores de imprentas, manipuladores de material fosforescente para la fabricación de las esferas de los relojes y también en las clases sociales más desfavorecidas y en sujetos divorciados debido a problemas de malnutrición. (BASCONES A 2003).

Genética: Se observa una predisposición asociada en caso de:

- Síndromes (mutaciones).
- Aumento de mutaciones del ADN.
- Dificultad en metabolizar carcinógenos.
- Dificultad de reparar el ADN. (BASCONES A 2003)

Diagnóstico del cáncer oral. Importancia de la detección temprana.

En cuanto a la práctica del examen clínico hay que mencionar que los odontólogos especialistas no tienden a examinar toda la cavidad oral o no están entrenados para la detección del cáncer oral, ya que suelen inspeccionar el área involucrada en los intereses de la especialidad; es decir, regularmente en dientes o encía, ignorando lesiones en los tejidos contiguos. De la misma manera pueden pasar desapercibidas las lesiones premalignas y malignas cuando otras especialidades médicas como la otorrinolaringología examinan parcialmente la boca.

Existen medios diagnósticos clínicos e histopatológicos muy efectivos que muchos autores recomiendan y que los odontólogos generales y especialistas no conocen y/o aplican. El primer paso en el examen clínico consiste en la anamnesis: en la que es fundamental consignar toda la información concerniente a factores de riesgo tales como: hábitos alimenticios, ingestión de alcohol, uso de cigarrillo, marihuana u otra modalidad (intensidad y tiempo), también es importante recoger información sobre antecedentes familiares y personales: diabetes, cáncer, sífilis, papiloma virus, VIH, herpes virus, enfermedades inmunodepresivas, etc (GALLEGOS JF 2005).

El segundo paso tiene que ver con el examen clínico, en el que es fundamental observar asimetrías o malformaciones faciales que pueden hacer sospechar sobre algún crecimiento sospechoso, igualmente cuando el paciente saca la lengua es importante observar si existe alguna desviación, lo que puede hacer pensar en un signo de tumor en la base de la lengua, que esté infiltrando los músculos o nervios glossofaríngeo o hipogloso. El tercer paso es la palpación, la cual se considera el paso más importante, puesto que con frecuencia se presentan pequeños carcinomas infiltrantes ocultos en una lengua saburral o que no se pudieran previamente observar en piso de boca por la segregación excesiva de saliva, pero que sí se pueden detectar al palpar una induración o cambio de textura en la mucosa. Las anteriores son las razones de peso para que la palpación se haga bidigital en labios, carrillos, paladar, piso de boca y lengua; de igual manera debe hacerse en cuello en búsqueda de ganglios duros o fijos, no dolorosos. (Ord RA, 2001).

El otro método diagnóstico que coadyuva al examen clínico es la citología exfoliativa, cuyas principales ventajas clínicas se deben a que es una técnica rápida, no agresiva y relativamente indolora, muy bien aceptada por los pacientes, lo que permite que sea practicada repetidamente en programas preventivos de screening, en lesiones sospechosas ya identificadas o en el seguimiento de lesiones malignas postratamiento. (ROCHA BUELVAS 2009).

Por consiguiente, el diagnóstico precoz debe tener en cuenta que existen condiciones de premalignidad, cuyos signos clínicos y citopatológicos alertan y previenen un desenlace fatal dadas las características del cáncer en cavidad oral. A nivel clínico estas lesiones se presentan de la siguiente manera como:

- Leucoplasia que es un término clínico que el odontólogo no confirma y que puede ser el reservorio de carcinoma in situ. El término fue acuñado por la OMS en 1978 para denominar las manchas blancas en mucosa oral. Existe una discusión alrededor de este tipo de lesión, las cuales se

ha demostrado son benignas en su mayoría, a pesar de no dejar de ser precursoras del cáncer oral. (ROCHA BUELVAS 2009).

- Según el Centro de Precáncer y Cáncer Oral del Reino Unido existen las leucoeritoplasias o lesiones que presentan la combinación de placas blancas y rojas de alto riesgo y cuyo diagnóstico las considere carcinoma in situ. (ROCHA BUELVAS 2009).

- También puede presentarse como Eritroplasia que es un término clínico que el odontólogo no confirma y que puede ser el reservorio de un carcinoma in situ. Esta se diferencia de las demás lesiones porque se observan como lesiones rojas, pequeñas, ligeramente elevadas y de apariencia granular. Existe alto riesgo de carcinoma in situ cuando se encuentran ulceradas. (ROCHA BUELVAS 2009).

La lucha por reducir la morbi-mortalidad por cáncer oral se puede hacer en tres niveles diferentes: la prevención primaria; la prevención secundaria, el cribaje (screening) y la detección temprana; mejor tratamiento. Esta forma de cáncer comparte muchos rasgos comunes con los de otros tejidos, por ejemplo: el de mama y el de cuello uterino. (ROCHA BUELVAS 2009).

El pronóstico y la supervivencia del paciente cambian radicalmente ante un diagnóstico precoz. De este modo, un examen sistemático de la mucosa oral, tanto por medios visuales como mediante la palpación digital, deben formar parte de todo examen dental rutinario. (BASCONES A 2003).

Signos y síntomas

Los signos y los síntomas son ambos señales de lesión, enfermedad o dolencia: señales de que algo no está bien en el cuerpo.

Las señales y síntomas posibles de estos tipos de cáncer pueden incluir:

- Una llaga en la boca que no se cura (es el síntoma más común).
- Dolor en la boca que no desaparece (también es muy común).
- Un bulto o engrosamiento en la mejilla.
- Un área blanca o roja sobre las encías, lengua, amígdalas o el revestimiento de la boca.

- Un dolor de garganta o la sensación de que hay algo atascado en la garganta que no desaparece.
- Dificultad para masticar o tragar.
- Dificultad para mover la mandíbula o la lengua.
- Entumecimiento de la lengua u otra área de la boca.
- Hinchazón de la mandíbula que hace que las dentaduras postizas no se adapten como es debido o se sientan incómodas.
- Aflojamiento de los dientes o dolor alrededor de los dientes o en la mandíbula.
- Cambios en la voz.
- Un bulto o masa en el cuello.
- Pérdida de peso.
- Mal aliento constante.

Muchos de estos signos y síntomas pueden también ser causados por otras dolencias diferentes al cáncer, o incluso por otros tipos de cáncer. Aun así, resulta muy importante consultar con un médico u odontólogo si alguna de estas condiciones dura más de 2 semanas para que se pueda encontrar y tratar la causa, de ser necesario (American Cancer Society 2016).

Tratamiento del cáncer bucal.

Para facilitar el seguimiento clínico y terapéutico de los pacientes se emplea la clasificación TNM: T (Tamaño del tumor primario); N (Presencia de ganglios linfáticos); M (Metástasis a distancia). (García-García V 2009).

El factor más importante en la supervivencia es la etapa de la enfermedad en que se diagnostica. (GARCÍA-GARCÍA V 2009).

El tratamiento del paciente oncológico es multidisciplinar, siendo más agresivo y menos conservador cuanto más tarde se diagnostique la enfermedad. Habitualmente se necesita realizar una cirugía y, luego, se aplica una terapia de rayos y quimioterapia. (GARCÍA-GARCÍA V 2009).

Papel del odontólogo en la prevención del cáncer bucal.

El cáncer oral se puede decir que es curable siempre que se haga el diagnóstico precoz, como lo afirma el doctor Edmond Chediak en su libro cáncer de cavidad oral, puesto que se conocen ampliamente los factores de riesgo asociados y además es de fácil detección, siendo después de la piel la boca el órgano más accesible a la inspección y al examen. De modo que el papel fundamental del médico y especialmente del odontólogo que es el profesional más consultado y comprometido por estos desórdenes es de gran importancia; por consiguiente debe estar debidamente entrenado para la detección del estado inicial de la enfermedad por su carácter asintomático y por tornarse confuso el diagnóstico diferencial dada la variedad de manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas semejantes. No obstante, es importante también encontrarse entrenado en la realización de exámenes rutinarios en pacientes sin lesiones orales con presencia de factores de riesgo.(CHEDIAK E. 2005).

La comunidad odontológica tiene la responsabilidad en la educación, detección precoz, el diagnóstico y la remisión al especialista de pacientes con cáncer oral. El cumplimiento de esta responsabilidad por parte del odontólogo proporcionará una tasa de supervivencia mayor para nuestros pacientes y una marcada reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad mundial. (CHIMENOS KÜSTNER, 2008)

Importancia de la educación para la salud en la detección del cáncer bucal.

La prevención y educación sanitaria de los pacientes adquiere cada vez mayor importancia en el campo de la odontología. Si bien la prevención de la caries, enfermedad periodontal y maloclusiones, es de un gran interés desde el punto de vista odontológico, la prevención del cáncer oral, aun siendo una enfermedad relativamente poco frecuente en relación con las anteriores, multiplica su importancia debido a que pone en juego la vida del paciente. (PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. 2001).

Existe un método sencillo y práctico que permite conocer cualquier cambio que acontece en la boca por parte del paciente, este método puede ser la autoexploración o autoexamen para el cáncer bucal. El auto examen bucal es la exploración por las personas de su boca y cuello, mediante la inspección y palpación con el propósito de identificar cualquier alteración, la cual debe de ser consultada con su odontólogo o médico de familia. (PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. 2001)

Metodología del examen del complejo bucal.

Interrogatorio: Puede ser de un paciente asintomático que acude a realizarse un tratamiento de atención general o especializada, o bien tratarse de un paciente con conocimiento de presentar una lesión o síntomas subjetivos. En el primer caso, el interrogatorio va dirigido a buscar datos que se relacionan con el grupo de alto riesgo de padecer cáncer; en el segundo caso, al paciente que consulta por una molestia o lesión específica, se le interroga para relacionar los hallazgos clínicos con la evolución y los síntomas requeridos. (PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. 2001).

En todos los casos se debe valorar la edad del paciente, hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, ocupación, padecimientos, enfermedades crónicas y antecedente familiares.. (PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. 2001).

Examen físico: Odontólogos y clínicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes. (PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. 2001).

El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección. (PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL 2001).

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos. Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables. (PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. 2001).

El examen se ha simplificado en siete pasos aprovechando al máximo la habilidad del examinador. En estos pasos se dirige el examen a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica. (PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. 2001).

En el primer paso, después de realizar una inspección general de la cara del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, posteriormente se procede a examinar las diferentes estructuras del complejo bucal en el orden establecido. (PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CANCER BUCAL. 2001).

1. **Labio:** Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y el altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina. La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía y el labio.

2. **Mucosa del carrillo:** Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial. Deben recordarse las estructuras normales como la terminación del conducto de la parótida, la línea alba, las glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.

3. **Paladar:** En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y, ocasionalmente, el torus palatino.

4. **Lengua móvil:** Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones. Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.

5. **Suelo de la boca:** Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro. Para la palpación bidigital del piso de la boca el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso

anterior de la boca de cada lado. Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.

6. **Raíz o base de la lengua y bucofaringe:** Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucofaringe, auxiliándose del espejo bucal o laringeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal, mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de la base de la lengua y las valéculas.

7. **Examen del cuello:** La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación comenzando por el lado izquierdo incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la palpación, repita la maniobra en el lado derecho invirtiendo sus manos. Palpe atentamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular internas, cervicales transversas y espinal accesoria y los grupos submentonianos, parotídeos.

La tarea más difícil consiste en motivar al paciente para que lo realice. Las técnicas de motivación son las mismas que las que se emplean para que un paciente realice los procedimientos de higiene bucodental en su casa. En este caso el beneficio puede ser la vida del paciente. (BACA GARCÍA P 2002).

Desde los años noventa ha existido un consenso mundial por la generación de políticas públicas que conduzcan a la prolongación de la esperanza de vida y una nueva perspectiva de la salud, orientándose el control del cáncer hacia su relación con factores de riesgo, por tal razón se ha concluido actualmente que la problemática del cáncer no es cuestión de intervenir la enfermedad, sino más bien, de controlar la forma como la sociedad se está desarrollando. (ROCHA BUELVAS 2009).

La promoción de salud desempeña un papel muy importante para contrarrestar la fase inespecífica de la enfermedad, es decir, anteponerse al desarrollo de los factores de riesgo que favorecen su aparición, y se debe precisar sobre los conocimientos de cómo utilizar al máximo la epidemiología del riesgo, para mejorar la eficiencia de la promoción y la prevención de padecer de lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. (GONZALES RAMOS, Rosa María, 2010).

Conclusión

El control del cáncer se logra mediante medidas de salud pública destinadas a poner en práctica la aplicación sistemática y equitativa de estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer basadas en datos científicos acumulados sobre el tema.

Referencias Bibliográficas

BASCONES, A ed. Medicina bucal. Editorial Avances-ariel. 3ª edición. 2004

BASCONES A. SJM, Aguado A., SUÁREZ J.M. Cáncer y precáncer oral. Bases clínico-quirúrgicas y moleculares. Ediciones Avances.1ª Edición. 2003.

BACA GARCÍA P , JUNCO LAFUENTE P RODRÍGUEZ ARCHILLA A.

Cáncer bucal. Autoexamen para la detección de las lesiones orales sospechosas y prevención del cáncer bucal. Practica 10.2002 [online]. 2002, [citado 2016-07-20] Disponible en: <http://www.ugr.es/~pbaca/p10cancerbucal/02e6009a081211405/prac10.pdf>

Cancer Bucal .2016 Enciclopedia Cubana . EcuRed . . [online]. 2012. [citado 2016-07-05] Disponible en Disponible en. [online]. 2012. [citado 2016-07-05] Disponible en Disponible en http://www.ecured.cu/C%C3%A1ncer_bucal

Cáncer de orofaringe y de cavidad oral. Cáncer de orofaringe y de cavidad oral. American Cancer Society. [online]. 2016, [citado 2016-07-20] Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral-early-signs-symptoms>. 2016

CHEDEAK E. Cáncer de cavidad oral. En: Chediak Edmond. Neoplasias malignas. Bogotá: Editorial Médica Panamericana. 2005. p. 18-37.

CHIMENOS KUSTNER, E.. Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. Av Odontoestomatol [online]. 2008, vol.24, n.1 [citado 2016-07-20], pp.61-67. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008001100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-1285.

GARCIA-GARCIA, V. y BASCONES MARTINEZ, A.. Cáncer oral: Puesta al día. Av Odontoestomatol [online]. 2009, vol.25, n.5 [citado 2016-07-20], pp.239-248. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009005500002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-1285.

GONZÁLEZ ROLDÁN.J F Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. Septiembre 2012. [online]. 2012. [citado 2016-07-05] Disponible en www.epidemiologia.salud.gob.mx/.../20_2012_Manual_PatBucales_vFin

GALLEGOS JF. Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aerodigestivas superiores (VADS). Act Med Gpo Ang 2005; 3(4): 247-252

GONZALES RAMOS, Rosa María; BARBARA HERRERA LOPEZ, Isis; OSORIO NUNEZ, Maritza y MADRAZO ORDAZ, Deysi. Leading oral lesions and risk factors present in a population aged over 60 years. Rev Cubana Estomatol [online]. 2010, vol.47, n.1 [citado 2016-07-19], pp. 105-114 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-297X.

JORDAN, Mariela. Importancia del Programa de Deteccion Temprana del cancer bucal en Cuba. Rev haban cienc méd [online]. 2009, vol.8, n.4 [citado 2016-07-19], pp. 0-0 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-519X.

MANDAL ANANYA , MD. Causas del cáncer de boca. News. Medical. 2016 <http://www.news-medical.net/health/Causes-of-mouth-cancer-%28Spanish%29.aspx>

MUÑOZ A. Cáncer. Genes y nuevas terapias. Madrid: Hélice. 2004

Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de prevención de cáncer. Ginebra: OMS; 2002

Ord RA, Blanchaert RH. Current management of oral cancer. A multidisciplinary approach. J Am Dent Assoc 2001; 132: 19-23.

Prevención y control del Cáncer Bucal en Manabi Proyecto de Investigación de Patología Bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo 2012.. Ecuador . [online]. 2012. [citado 2016-07-05] Disponible en Disponible en <http://odo.sangregorio.edu.ec/doc/INVESTIGACION/PROYECTO-PATOLOGIA%20BUCAL.pdf>

Programa de Deteccion del Cancer Bucal. (pdcb). Octubre 2001Ministerio de salud Pública de Cuba . [online]. 2001, [citado 2016-07-20] Disponible en: www.sld.cu/.../programa_de_deteccion_del_cancer_bucal.doc

ROCHA BUELVAS, Anderson. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq [online]. 2009, vol.21, n.1 [cited 2016-07-19], pp.112-121. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2009000200011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0121-246X.

ROCHA BUELVAS, Anderson. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq [online]. 2009, vol.21, n.1 [cited 2016-07-19], pp.112-121. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2009000200011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0121-246X.

SANTANA JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.

VENEGAS SL. Cáncer Oral . Prevención y diagnostico Precoz. Hospital municipal de Vte . López . I.E.O 2010. Academia nacional de medicina Bs. As. – Argentina . [online]. 2012. [citado 2016-07-05] Disponible en Disponible en http://www.slacom.org/src/img_up/CANCER_ORAL-poblacion.pdf

VICENTE RODRÍGUEZ Juan C. Cáncer oral .Inibsa y Fundación Central Española. 2007