



Rev Mex Med Forense, 2020, 5(suppl 3):113-116

ISSN: 2448-8011

Tamizaje bucal: Criterios clínico-patológicos importantes en lesiones malignas y orales potencialmente malignas de cavidad bucal.

Artículo Original

Oral Screening: frequent clinical-pathological criteria in malignant lesions and potentially malignant oral lesions of the oral cavity.

Maya-García, Yazaret¹; Maya-García, IA²; Cuevas-González, JC³; Ordoñez-Chávez, GC⁴; García-Calderón, AG⁵; Acuña-González, GR⁶

¹Estudiante de Cirujano Dentista, Universidad Autónoma de Campeche.

²Profesor e Investigador de tiempo completo, Universidad Autónoma de Campeche.

³Profesor e Investigador en Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

⁴Profesor e Investigador en Universidad Autónoma de Campeche

⁵Mtra. en programa de Cirujano Dentista, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

⁶Profesor e Investigador en Universidad Autónoma de Campeche.

Corresponding author: Maya García Ixchel Araceli; ixcamaya@uacam.mx.

RESUMEN

Introducción: las estadísticas a nivel mundial en referencia a cáncer bucal y lesiones orales potencialmente malignas (LOPM), reflejan contrastes desde la perspectiva sociodemográfica, usos y costumbres asociados con el estilo de vida y factores de riesgo. En México, según la GPC “Diagnóstico y tratamiento del Cáncer Epidermoide de la cavidad oral en pacientes mayores de 18 años”; reporta que 65% de los casos examinados por el Instituto Nacional de Cancerología en “consulta de primera vez” son estadios regionalmente avanzados. Actualmente, el esfuerzo a nivel mundial es poder consolidar la detección temprana, evitando llegar a tratamientos mutilantes, con pronóstico reservado y riesgo de metástasis. **Objetivo:** recomendar al odontólogo de primer contacto, criterios clínico-patológicos relevantes de LOPM y malignas de cavidad bucal, aplicables durante un tamizaje. Por lo que, se presentan dos casos clínicos que invitan a reflexionar sobre esta problemática. **Discusión:** los programas de tamizaje bucal han mostrado efectividad a nivel mundial, cuando el primer nivel de atención en salud consolida identificar LOPM en etapas iniciales. Esto requiere capacitación constante en personal odontológico de primer contacto por patólogos bucales. **Conclusión:** estos criterios clínico-patológicos tienen como fin, que el odontólogo de primer contacto conceptualice cada uno de ellos y los reconozca desde una perspectiva clínica.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer a Nivel Mundial

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) espera en las próximas dos décadas, 22 millones de casos nuevos al año. En el año 2012 se reportaron 14 millones de casos nuevos, con 8.8 millones de fallecimientos por esta enfermedad e incremento del 70% a 20 años. La detección tardía, falta de diagnóstico y tratamiento en países subdesarrollados, son problemas frecuentes. Por lo que, la OMS para el 2020 sugiere disminuir exposición a factores de riesgo e investigación en predicción.

Cáncer de Cavidad Oral a nivel mundial

En Latinoamérica el sexo masculino posee mayor incidencia, con diferencias mundiales mínimas y reportes que lo ubican entre los diez tipos frecuentes de cáncer en general. Datos del GLOBOCAN en 2008 reflejan un número muy bajo de casos, con incremento en países de primer mundo. Las estimaciones de proyección reflejan un incremento paulatino y su relación a problema de salud.

El tamizaje bucal y el odontólogo de primer contacto

Ante esta problemática, el tamizaje bucal es un recurso enfocado en detectar LOPM en una población aparentemente sana, con objeto de realizar un examen bucal meticuloso, sistematizado y reproducible en cada paciente valorado. En esencia, el odontólogo de primer contacto es responsable de emplear este recurso aún en lesiones incipientes, derivando casos para manejo a segundo nivel en salud. Por lo que, el examen visual por un odontólogo

capacitado con uso de azul de toluidina es crucial, pues la confirmación diagnóstica dependerá del estudio histopatológico en segundo nivel.

Criterios clínico-patológicos importantes en lesiones orales potencialmente malignas

- a) El tiempo de evolución: la mayoría de los casos en LOPM se correlacionan con crecimiento rápido, que va ligado a un alto índice proliferativo celular.
- b) En lesiones con potencial de transformación maligna, la superficie de la lesión bucal es relevante. En leucoplasias no homogéneas, incrementa el riesgo.
- c) Límites no definidos: las LOPM y el cáncer bucal no respeta estructuras adyacentes, originando imágenes clínicas “infiltrantes”, “destructivas”, sin respeto a la morfología de estructuras adyacentes, destruyendo su anatomía coloquial.
- d) El carcinoma oral de células escamosas suele tener un crecimiento endofítico o exofítico, según reportes de la literatura. Por lo que, cuando se presenta en bordes laterales de lengua (BLL) puede poseer un aspecto “crateriforme”. Sin embargo, en lesiones incipientes puede ser placas o úlceras inadvertidas por odontólogos de primer contacto.
- e) Las LOPM suelen tener áreas de necrosis.
- f) En etapas avanzadas las lesiones malignas presentan adenomegalias no desplazables.
- g) Incluso es muy importante, anexar la perspectiva del componente óseo, es decir, ¿La lesión rompe la cortical ósea perforándola?, ¿Esta lesión desplaza órganos dentales o destruye con reabsorción patológica estructuras adyacentes?
- h) ¿Existen telangiectasias?

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO 1. Paciente F/48 años que acude al servicio de Patología y Medicina Bucal, por presentar una “ulcera” de más de 4 meses de evolución, refirió múltiples tratamientos sin mejoría, zona de vivienda rural, con antecedentes heredofamiliares de cáncer en general. Al momento de la exploración bucal, se observa una lesión de aspecto tumoral, ubicada en borde lateral de lengua, forma circular, con áreas leucoeritroplásicas, bordes irregulares, indurada, aspecto crateriforme, superficie con fibrina e intento de reparación, área de telangiectasias en base de zona ventral y que mide 2.5 cm de D2 aproximadamente. (Ver foto 1)

CASO 2. Paciente F/49 años que acude al servicio de Patología y Medicina Bucal, para obtener una “segunda opinión” de “ulcera” con 2 meses de evolución, que apareció de “novo”, multitratada sin mejoría. Sin antecedentes patológicos relevantes para el diagnóstico actual, vivienda en región urbana. El diagnóstico previo fue COCE. (Ver foto 2)

DISCUSIÓN

Al analizar los casos presentados, podemos ver la aplicación clínica de cada criterio mencionado con anterioridad, logrando un análisis integral que dirige hacia la presencia de una lesión oral potencialmente maligna, cuyo aspecto clínico difiere de las lesiones benignas en todos los aspectos. En ambos casos, el estadio 2 y 1 respectivamente se puede hablar de detección temprana, con tratamientos menos agresivos, mejor pronóstico de sobrevida y calidad de vida. Pero, por otra parte, no debemos olvidar que existe un factor económico, que repercute en el tratamiento de esta patología en estadios avanzados, con resultados desalentadores a plazo de sobrevida de 5 años. Por ende, la OMS en sus recomendaciones para países subdesarrollados contempla la prevención como herramienta fundamental.

CONCLUSIÓN

La recomendación de estos criterios clínico-patológicos tienen como fin que el odontólogo de primer contacto conceptualice cada uno de ellos, percibiendo la aplicación en los ejemplos clínicos compartidos. A fin, de que en cada tamizaje bucal no omita ningún detalle, logrando reconocer el aspecto clínico de las LOPM, a través de un examen extraoral e intraoral metódico, sistematizado y ordenado para consolidar un diagnóstico certero. El odontólogo de primer contacto es piedra angular de interacción, para el sistema referencia-contrarreferencia entre segundo y tercer nivel de salud para estos casos urgentes.

REFERENCIAS

1. OMS. International Agency for Research on Cancer. [Sitio Web] GLOBOCAN 2020; Cáncer Today. Lyon France: IARC, 2018; [2018; consultado en Agosto 2020]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
3. Fuente: OMS. International Agency for Research on Cancer. [Sitio Web] GLOBOCAN 2020; Cáncer Today. Lyon France: IARC, 2018; [2018; consultado en Agosto 2020]. Disponible en: <https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/table9s.asp>.
4. Kilinc A, Saruhan N, Gundogdu B, Yalcin E, Ertas U, Urvasizoglu G. Benign tumors and tumor-like lesions of the oral cavity and jaws: An analysis of 709 cases. Niger J Clin Pract 2017; 20:1448-54.
5. Oreamuno Yadira V. Boza. Carcinoma oral de células escamosas diagnosticado precozmente: Reporte de caso y revisión de literatura. Odontos. 2017;19(1):43-50
6. José-Nunes Carneiro Neto, Juliana Dreyer-da-Silva de- Menezes, Lucas-Borin Moura, Elaine-María-Sgavioli Massucato, Cleverton-Roberto de-Andrade. Protocols for management of oral complications of chemotherapy and/or radiotherapy for oral cancer: Systematic review and meta-analysis curret. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(1):e5-23.

7. Min Nie et al. Development and evaluation of oral Cancer quality-of-life questionnaire (QOL-OC). BMC Cancer.2018;18:523.
8. Larrisa Suelen da Silva Lins et al. Socio-demographic characteristics are related to the advanced clinical stage of oral cancer. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019;24(6):e759-63.



**Revista Mexicana de Medicina Forense
y Ciencias de la Salud**