



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL
DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CARCINOMA ORAL DE
CÉLULAS ESCAMOSAS. INFORME DE UN CASO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ISAÍ FUENTES ALANÍS

TUTOR: Mtro. ROBERTO ONNER CRUZ TAPIA

ASESOR: Dr. JAVIER PORTILLA ROBERTSON



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios por permitirme concluir un logro en mi vida, acompañarme y darme fortaleza cuando más lo he necesitado.

A mis padres: Agustín y Silvia por su amor, confianza, y esfuerzo realizado, por sus enseñanzas y apoyo incondicional, a Saúl, mi hermano, por ser mi compañero de viaje y mi cómplice en la vida.

A mis amigos por compartir conmigo el crecimiento educativo y personal, a Compromiso Universitario por la Salud, por las experiencias de vida y regalarme la satisfacción de ayudar a los demás haciendo lo que más amo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por abrirme las puertas al conocimiento y la felicidad, por darme las herramientas necesarias para crecer y permitirme devolver sonrisas a las personas.

A mi tutor, el Mtro. Roberto Onner Cruz Tapia, a mi asesor, el Dr. Javier Portilla Robertson y a la Mtra. Adriana Molotla Fragoso, por su tiempo, asesoramiento y guía en este trabajo.

Y a cada persona que confió en mí, infinitas Gracias.

Con amor, Isaí.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. ANTECEDENTES.....	6
III. MARCO TEORICO.....	6
3.1 Definición de carcinoma oral de células escamosas.....	6
3.2 Epidemiología.....	7
3.3 Etiología.....	8
3.4 Características clínicas.....	9
3.5 Características histológicas.....	16
3.5.1 Variantes histológicas.....	17
3.6 Clasificación de broders (grado de diferenciación de carcinomas)...	22
3.7 Hallazgos moleculares del carcinoma escamoso en la cavidad oral	23
3.8 Factores que intervienen en el diagnóstico tardío de carcinoma oral de células escamosas.....	24
3.8.1 Factores que intervienen en el diagnóstico tardío por parte del paciente.....	26
3.8.2 Factores que intervienen en el diagnóstico tardío por parte del profesional.....	41
3.8.3 Factores que intervienen en el diagnóstico tardío por parte de las instituciones de salud.....	45
IV OBJETIVO.....	50
4.1 Objetivo general.....	50
V METODOLOGÍA.....	50
5.1 Presentación de caso.....	50
5.2 Hallazgos clínicos.....	51
5.3 Procedimiento diagnóstico.....	51
5.4 Hallazgos microscópicos.....	52
5.5 Tratamiento y Seguimiento.....	53
VI. RESULTADOS.....	54
6.1 Factores que determinaron el retraso del diagnóstico y disminuyen la esperanza de curación y sobrevida en el paciente.....	54
VII. DISCUSIÓN.....	55
VIII. CONCLUSIONES.....	57

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
-------------------------------------	----

I. INTRODUCCIÓN

El carcinoma oral de células escamosas (COCE), es la neoplasia que se presenta con mayor frecuencia en la cavidad oral y orofaríngea. Aunque su incidencia es menor a la de otras neoplasias, actualmente ocupa el sexto lugar de carcinomas detectados a nivel mundial. Su importancia radica en su elevada mortalidad y las graves alteraciones que causan la enfermedad y el tratamiento.

El COCE afecta principalmente el dorso de la lengua, seguido de piso de boca, zona retromolar y paladar duro principalmente, aunque puede presentarse en zonas poco frecuentes como proceso alveolar y seno maxilar.

La incidencia de COCE a nivel mundial refleja que el sureste asiático es la región más afectada, seguida de países como Pakistan e India, sin embargo regiones de América latina, incluido México reportan cada vez más casos, convirtiendo a esta neoplasia en un problema sanitario de primer orden.

Se considera al COCE como una enfermedad de carácter multifactorial, en la que el consumo de tabaco, alcohol y las prácticas sexuales de manera irresponsable representan los principales factores de riesgo a erradicar.

El cese de hábitos que pueda aumentar el riesgo de padecer COCE, así como el diagnóstico temprano de las lesiones orales precancerosas y de COCE en estadios iniciales puede facilitar el tratamiento y mejorar el pronóstico, reduciendo la mortalidad y aumentando la calidad de vida.

Estudios recientes, indican un bajo índice de supervivencia global en la que el diagnóstico tardío y la diseminación metastásica cervical incontrolada, aumentan la mortalidad.

La localización tumoral, el tamaño y la profundidad, son factores que determinan el riesgo de un diagnóstico tardío. No obstante existen otros parámetros que condicionan de forma decisivo el diagnóstico y la terapéutica empleada.

II. ANTECEDENTES

A nivel mundial la problemática del cáncer oral ha movilizado campañas de prevención y diagnóstico temprano a favor de un tratamiento oportuno de la enfermedad, en 2013 el consejo de dentistas de España crea la campaña de “Diagnóstico precoz del cáncer oral”, donde, de manera anual pretende optimizar la formación de todos los profesionales de la cavidad oral en el diagnóstico de lesiones potencialmente malignizarles.

En 2015 en Chile y América Latina surge la campaña “Saca la Lengua”, la cual junto con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, crea conciencia en la población, considerando como factores principales de riesgo el consumo de tabaco y alcohol en el desarrollo del cáncer oral, e incentiva el autoexamen oral y la visita oportuna al odontólogo.⁵⁷

Por su parte en México en 2016 con la finalidad de prevenir la aparición de tumores bucales la Universidad Nacional Autónoma de México en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología lanzaron la campaña “El cirujano dentista en la prevención y detección temprana de cáncer bucal”, la cual provee de herramientas que permiten el diagnóstico y tratamiento oportuno de lesiones en boca permitiendo crear un registro nacional de lesiones que favorezca el seguimiento y prevención en todo el país.⁵⁶

III. MARCO TEORICO

3.1 DEFINICIÓN DE CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Una neoplasia es un crecimiento autónomo de los tejidos que evade a las restricciones normales de la proliferación celular y exhibe grados variables de fidelidad con sus precursores.¹

El cáncer oral consiste en un grupo diverso de tumores con variaciones histológicas que difieren según su localización, caracterizada por la formación de globos córneos y perdidos de la cohesividad.²

La OMS define al Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) como una neoplasia maligna con diferenciación escamosa que surge del epitelio que recubre la cavidad oral, este tipo de neoplasia es considerada como la más común en la cavidad oral.³

Los sitios que son más afectados por el COCE son el borde lateral de la lengua, seguido de piso de boca, mucosa alveolar, paladar y mucosa vestibular, los cuales representando más del 70% de todos los casos, sin embargo, la distribución del sitio afectado varía según los factores de riesgo prevalentes, entre ellos, el consumo de tabaco, alcohol, exposición al sol y la ingesta de nuez de betel dentro de la población asiática principalmente.⁴

Dentro de la cavidad Oral existen variantes en la presencia del cáncer, reflejadas en carcinomas de células basales, carcinomas verrugosos, nasofaríngeos, melanomas, ameloblastomas y carcinoma mucoepidermoide, sin embargo el 90% de los casos corresponde al de células escamosas.^{11,27}

3.2 EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer oral hoy en día es considerado como una de las 10 enfermedades más frecuentes que afecta a la población mundial, el cual representa del 5% al 8% del total de los carcinomas en Europa, Asia y América convirtiéndose así en un problema de salud debido al aumento de su incidencia y su alta tasa de mortalidad.^{7, 8,11}

Se ha reportado que los pacientes masculinos mayores a 50 años son la población más afectada, sin embargo, el reporte de casos ha mostrado un aumento de ambos sexos, con un pico mayor en mujeres.^{2,9}

La OMS en 2012 reportó 300 373 nuevos casos detectados de COCE, representando una tasa de incidencia de 4.0 nuevos casos por cada 100

000 habitantes lo que significa una mortalidad de 1.9 por cada 100 000 personas.²⁸

En México, el Registro Histopatológicos de Neoplasias reportó en el año 2001, 877 nuevos casos de cáncer en cavidad oral y orofaringe, representando 0.85% de todas las neoplasias diagnosticadas en ese periodo. La OMS reporta para México y América central una incidencia de 3.2/100,000 habitantes.³³

La agencia internacional para la investigación sobre el cáncer reporto en el año 2012 14 millones de casos nuevos de cáncer oral y 8 millones de muertes causados por esta enfermedad; De los cuales más de la mitad se presentaron en países menos desarrollados.²⁷

Los países con mayor incidencia de cáncer oral son India, Pakistán, Hungría, Eslovaquia, Francia, Brasil, Uruguay, Costa rica y América Latina.²⁸

El COCE en paladar duro representa el 0.8% hasta el 62% del total de los carcinomas encontrados en la cavidad bucal, estos datos resultan de la prevalencia en el consumo de tabaco de forma invertida en poblaciones como India, Filipinas, Colombia, Panamá y el sur del caribe

El 90 % de los tumores malignos primarios, son carcinomas orales de células escamosas, siendo el más frecuente en el borde lateral de la lengua, seguido de piso de boca, mucosa alveolar, paladar y mucosa vestibular.^{9,32}

3.3 ETIOLOGÍA

La etiología del COCE no ha sido descrita completamente, sin embargo, el consumo de tabaco y alcohol, son factores de riesgo que actúan por separado o sinérgicamente para causar la enfermedad.^{2, 9, 22,32}

Una dieta deficiente en antioxidantes es un factor adicional que predispone el desarrollo de COCE.³²

Otro factor asociado, es la infección por VHP en adultos jóvenes con prácticas sexuales orofaríngeas.^{9,32}

En los últimos años, se han estudiado mecanismos moleculares involucrados en el desarrollo de cáncer como la detección molecular del marcador antiapoptótico bcl2, el marcador proapoptótico caspasa 3 y el marcador de proliferación celular Ki-67; Bascones y col. Aseguran que las alteraciones en las proteínas antes mencionadas sumados a los estados premalignos epiteliales favorecen celular favoreciendo la presencia de errores oncogénicos.⁹

Factores citotóxicos dañan el ADN celular, causando estimulación de la mitosis, que junto con el proceso apoptótico inactivo generando una capacidad neoplásica capaz de invadir y metastatizar.⁹

En el desarrollo de cáncer existe alteración en los genes encargados de la homeostasis celular, como son, los oncogenes, genes supresores de tumores y genes reparadores de ADN.⁹

Por su parte la alteración de la proteína P53, responsable de detener el ciclo celular para la reparación de los daños moleculares y bioquímicos suele producir transformación maligna.⁹

Otro mecanismo implicado en la formación tumoral se debe a la proteína telomerasa, la cual activa una serie de mecanismos capaz de realizar un mantenimiento a los telómeros, necesario para producir cáncer.⁹

3.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El COCE como lo hemos descrito anteriormente puede presentarse en diferentes regiones dentro de la cavidad oral, por lo que describiremos las características clínicas por separado.

Lengua

El COCE se presenta generalmente en el borde lateral el cual suele extenderse hacia piso de boca, al dorso o hacia la base; La mayoría de los tumores en lengua se presentan ulcerados y sumamente invasivos, ya que su capacidad de generar metástasis es mayor que a la de otros sitios.² Figura 1

Puede que surjan síntomas como dolor local, otalgia ipsilateral, dolor mandibular, aumento de volumen en el cuello, trismus y pérdida de peso; La aparición de estos síntomas suele estar asociada a lesiones grandes y de pronóstico reservado.⁴



Figura 1 Lesión de COCE en el borde lateral de la lengua.⁴⁰

Labio

Los tumores comienzan en el borde del bermellón del labio, a un costado de la línea media. Comienza como una pequeña zona de engrosamiento de aspecto indurado, irregular y ulcerado, a medida que la lesión avanza crea un defecto crateriforme o bien un procesos exofítico y proliferativo de tejido tumoral. Figura 2

El COCE en labio suele tardar en hacer metástasis, pero cuando se produce es de carácter ipsilateral atacando a los ganglios submentonianos o submaxilares.³²



Figura 2 COCE en bermellón del labio.⁴⁰

Piso de boca

El piso de boca es un área en forma de herradura dispuesta entre el borde lateral de la lengua y el reborde alveolar de la encía y que dorsalmente se extiende hacia las áreas de las amígdalas, el COCE en esta área particular representa el 15 al 20% de la totalidad de los carcinomas, superado únicamente por los encontrados en el dorso de la lengua. Figura3

La presencia de una ulcera indurada de tamaño variable, situado a un costado de la línea media es común en este tipo de neoplasia además de obstruir el flujo salival, provocando la inflamación de las glándulas salivales que comúnmente suele ser confundido con metástasis ganglionar de las cadenas submaxilares.^{2, 32}. Es de considerar que la lesión al estar cerca de la lengua puede producir limitación del movimiento y engrosamiento de la voz.³²



Figura 3 Lesión de COCE en piso de boca.⁴⁰

Carrillos

Los carrillos son estructuras musculares cubiertas de mucosa que es afectada en pocas ocasiones, cuando esta se ve afectada, el tumor suele ser asintomático y diseminarse hacia los tejidos subyacentes, esta lesión puede penetrar la porción alveolar tanto maxilar como mandibular^{2,40}. Las lesiones aparecen a lo largo de la línea de oclusión, se presentan ulceradas y generalmente dolorosas.³² Figura 4

En algunos casos proliferan de la superficie hacia afuera y son poco invasivas.³²



Figura 4 COCE en la zona de la mucosa de revestimiento lateral izquierdo.⁴⁰

Proceso alveolar

Corresponde a la mucosa que cubre el proceso alveolar de la porción maxilar y mandibular la cual está firmemente adherida al hueso alveolar. El porcentaje de COCE que afecta al proceso alveolar constituye de un 7% a 19% de los cánceres intraorales, los tumores en este sitio se presentan de forma exofítica y ulcerados, además al ocurrir en zonas conectadas al hueso suelen infiltrar en esa zona, por lo que es necesario realizar un estudio radiográfico para evaluar el grado de afectación ósea. ² Figura 5



Figura 5 COCE en zona del proceso alveolar.⁴⁰

Zona retromolar

Los tumores de la zona retromolar no difieren mucho de los presentados en el proceso alveolar, se pueden diseminar a la mucosa bucal, pero es más frecuente que afecten el área tonsilar, retromolar, tejido para faríngeo así como el nervio lingual profundo y mandibular. Figura 6^(2,40)

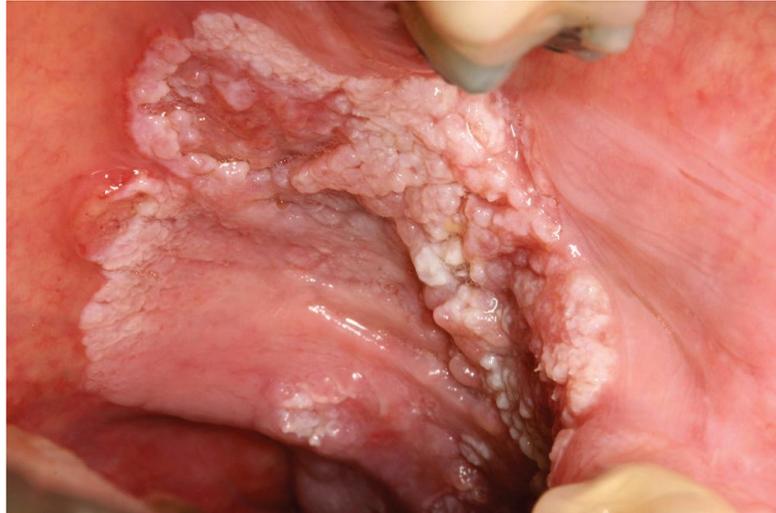


Figura 6 COCE en zona retro molar.

Paladar

Suele manifestarse como lesiones mal definidas, ulceradas y dolorosas a un costado de la línea media, las cuales se extienden en sentido lateral para afectar la encía o hacia atrás para abarcar el pilar amigdalino incluida la úvula.^{2,32} Figura 7

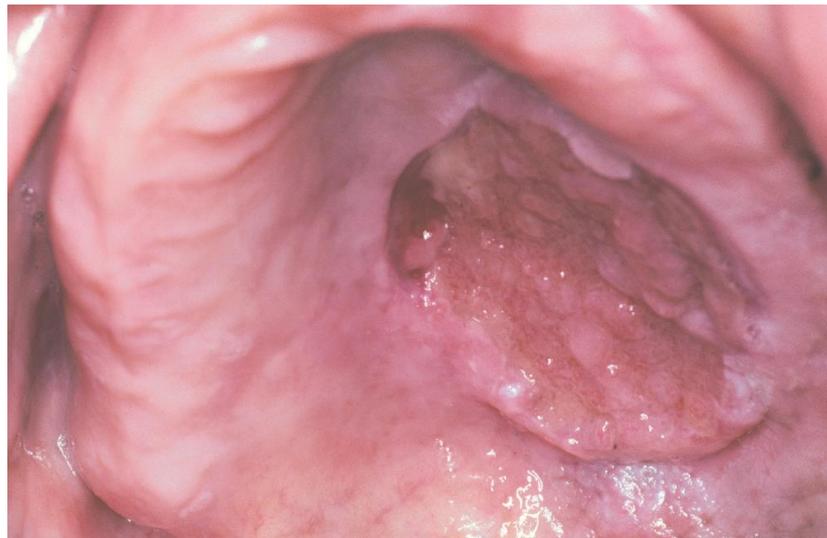


Figura 7 COCE en paladar.⁴⁰

Seno Maxilar

Cuando los senos maxilares son afectados, el aumento del volumen malar presente en el reborde alveolar superior puede provocar movilidad dentaria, inflamación en el tercio medio de la cara, parpados, seguido de obstrucción nasal unilateral, dolor, parestesia y epistaxis.

Figura 8

En fases tardías se produce la ulceración de la cavidad bucal o la piel, generando metástasis hasta los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales.³²

Una radiografía panorámica permite la visualización adecuada de la lesión, sin embargo la tomografía computarizada nos dará mejores opciones de diagnóstico.



Figura 8 COCE en seno maxilar, aumento de reborde malar superior.⁴⁰

3.5 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

La biopsia es utilizada como auxiliar de diagnóstico en lesiones que llevan más de tres semanas en la cavidad oral y aquellas lesiones que se sospeche puedan provocar malignidad.⁹

Las características morfológicas del COCE son: nucléolos prominente, pérdida de relación núcleo-citoplasma, hipercromatismo nuclear, mitosis aumentada y anormal, queratinización individual, y presencia de infiltrado inflamatorio crónico severo difuso a lo largo del epitelio e invasión hacia el tejido conjuntivo así como áreas de angiogénesis.^{2, 4,9} Figura 9

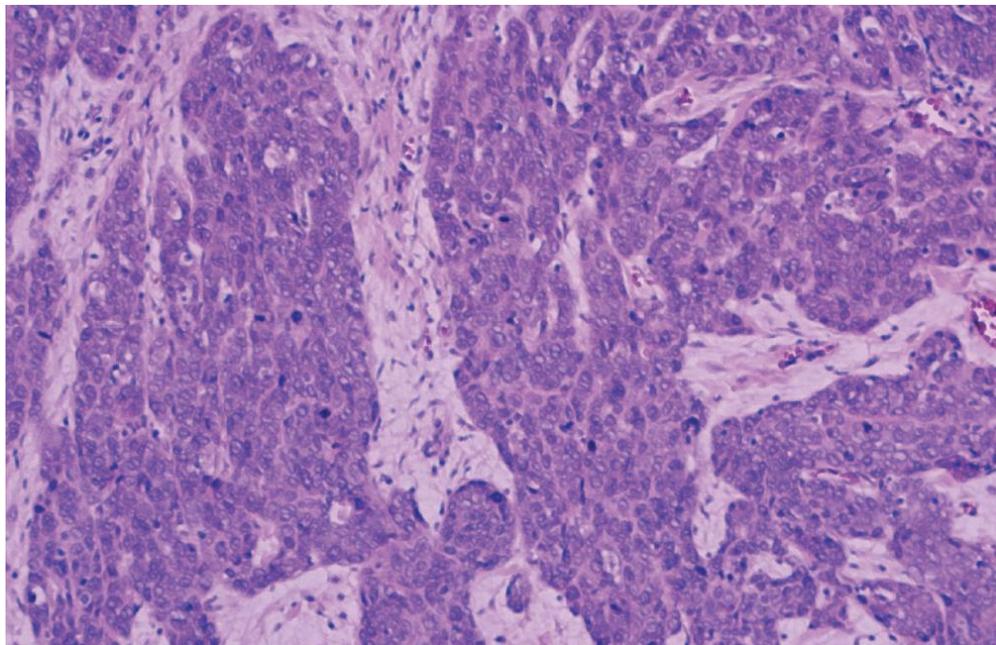


Figura 9 Microfotografía teñida con HyE la cual muestra un COCE moderadamente diferenciado, aunque no se observa queratinización en este medio, se pueden observar las células de origen epitelial.⁴⁰

3.5.1 VARIANTES HISTOLÓGICAS

Dentro de los Carcinomas Orales de Células Escamosas encontraremos variantes poco frecuentes, los cuales enumeraremos a continuación

Variante histológico verrucoso de COCE

Histológicamente observaremos invaginaciones papilares de epitelio los cuales carecen de criterios habituales de malignidad. La mitosis se presentan supra basales y poco frecuentes, las hendiduras dentro del epitelio pueden contener queratinización individual o grupal o bien estar ausentes, la unión entre el epitelio y la membrana basal a menudo causa migración hacia tejido conectivo, además de presentar infiltrado inflamatorio linfocitario crónico.² Figura 11

En ocasiones esta variable contiene características similares a un COCE, por lo que se le considerará como tumor híbrido.

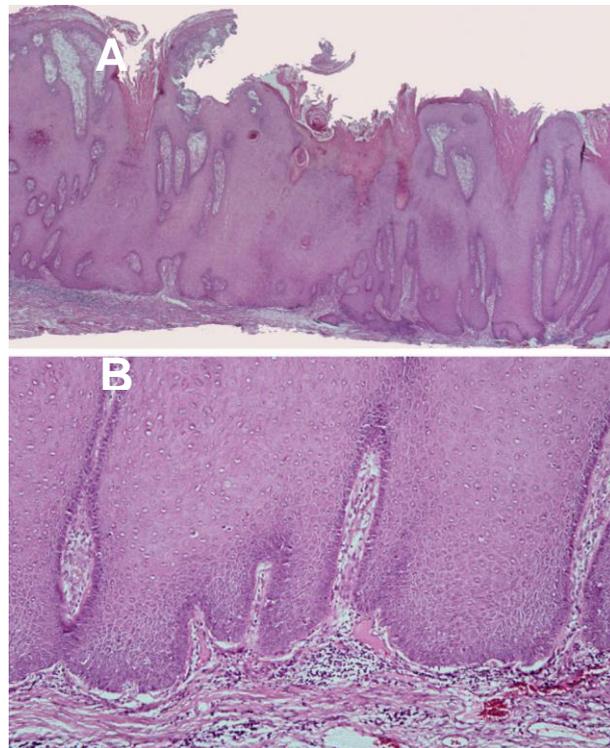


Figura 11 Carcinoma verrucoso A microfotografía que muestra hiperplasia epitelial queratinizada; B microfotografía que muestra migración epitelial sin displasias considerables.⁴⁰

Variante histológica basaloide de COCE

La característica que más destaca en esta variante es la asociación que existe entre el componente basaloide y el escamoso, este componente tiene 4 características principales, la primera es el crecimiento celular de forma lobular cercano a la superficie mucosa, seguido de células pequeñas con poco citoplasma, encontraremos también núcleos hipercromáticos sin nucléolos y finalmente la presencia de espacios quísticos que contienen necrosis el cual se tiñe con ácido periódico de Schiff, a la que se le conoce como “necrosis tipo comedo”. Ver Figura 12

Dentro de este tipo de lesión encontraremos hialinización del estroma, epitelio superficial displásico y células dispuestas en patrón de mosaico.²

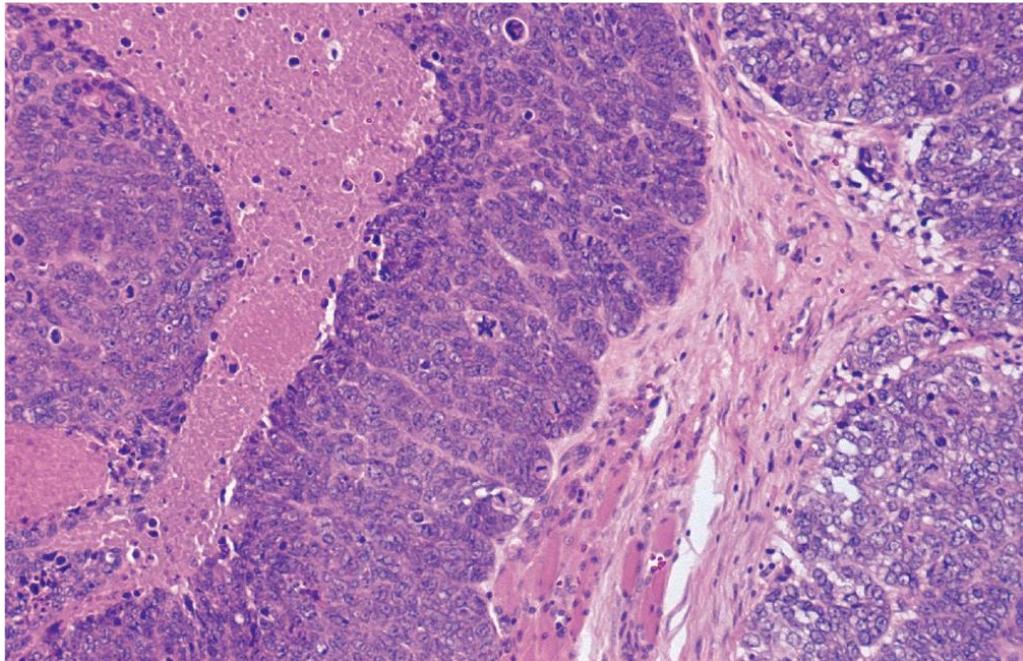


Figura 12 Variante Basaloide de COCE, en el cual se observa mitosis celular y necrosis de tipo comedo.⁴⁰

Variante histológico adenoideo de COCE

El carcinoma escamoso adenoideo, es una variante poco frecuente del COCE, el cual se caracteriza por un patrón de crecimiento lobular de células escamosas que contienen áreas alveolares pseudoglandulares revestidas por una capa basal de células poligonales que contienen una luz central de queratinocitos desprendidos y células de aspecto mucosecretor.² Figura 13

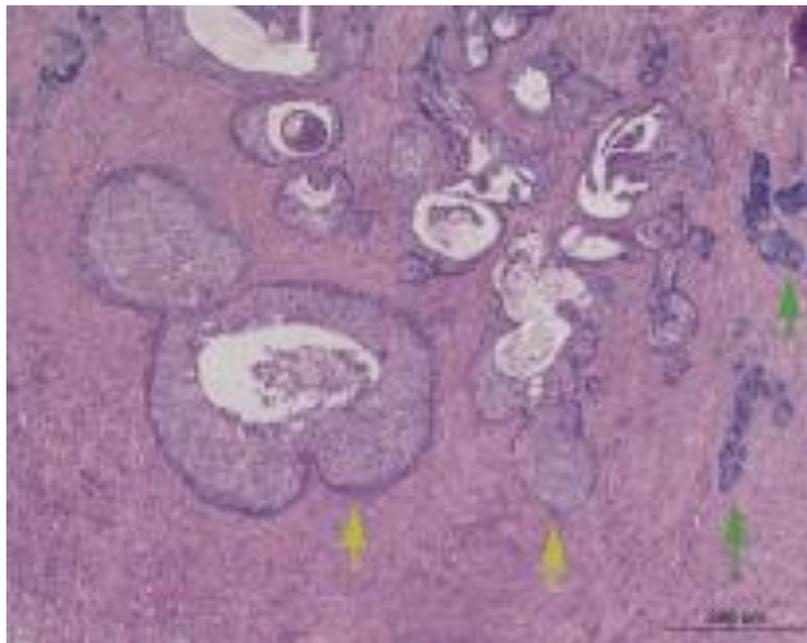


Figura 13 Variante Adenoidea de COCE. ⁴⁴

Variante histológico adenoescamoso de COCE

Gerugthy y colaboradores la definen como una lesión compuesta de origen glandular que posee características histológicas de las siguientes neoplasias: carcinoma ductal in situ, adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas y carcinoma mixto. Histológicamente encontraremos formación de puentes de queratina, queratinización celular, arreglos celulares en forma de mosaico y presencia de mucina intracitoplasmática con presencia de estructuras de aspecto distal. Figura 14

Los estudios de inmunohistoquímicos han mostrado afinidad a citoqueratinas de alto y bajo peso molecular (LKL1 y 19KD

respectivamente) tanto en los componentes escamosos como glandulares.²

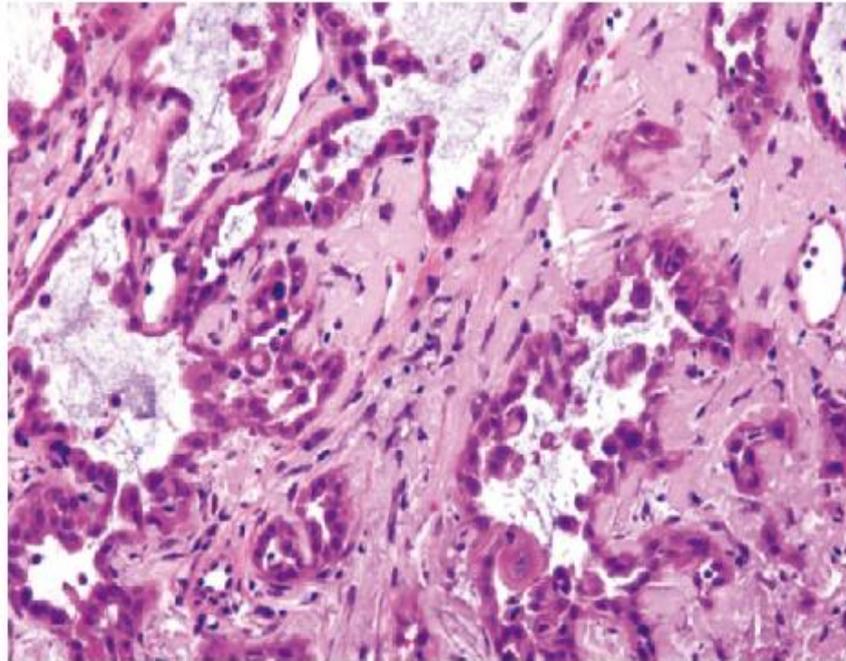


Figura 14 Microfotografía que muestra la variante Adenoescamoso. ⁴⁰

Variante histológico papilar de COCE

Las características histológicas que comprenden esta variante del COCE son: proyección papilar de tallos fibrovasculares revestido de epitelio displásico con grosor variable. Si no existe invasión del estroma las lesiones deben llamarse hiperplasia pailar atípica.^{2, 32} Figura 15

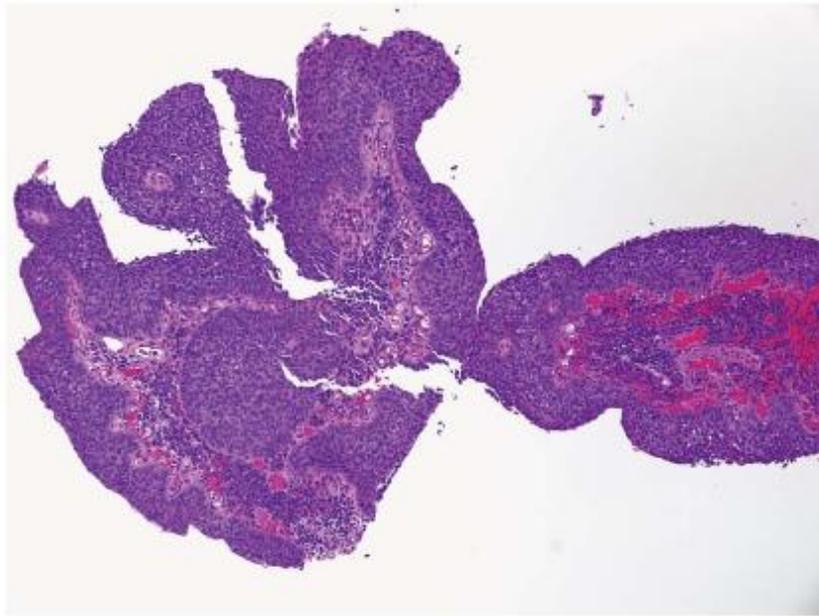


Figura 15 Microfotografía de COCE que muestra la variante Papilar .⁴⁰

Variante histológico de células fusiformes (Sarcomatoide) de COCE

Esta variante fue descrita por primera vez por Greene y Bernier, las características histológicas se muestran de manera diferente, en cortes seriados las células se presentan fusiformes e indiferenciadas, presentan actividad mitótica, polimorfismo e hipercromatismo nuclear, en esta neoplasia las células se disponen formando corrientes y gruesos fascículos que se disponen de manera irregular. ^{2,32}

3.6 CLASIFICACIÓN DE BRODERS (GRADO DE DIFERENCIACIÓN DE CARCINOMAS)

Broders en 1927 propuso un sistema de clasificación tumoral de 4 grados para COCE que ha sido utilizado durante muchos años; El cual se basa en el grado de diferenciación celular y su semejanza con epitelio escamoso normal.³⁵ Figura 10

Grado	Porcentaje de células atípicas	Descripción
1	Hasta un 25%	Diferenciado con celularidad aumentada, leve maduración celular, núcleos pequeños y homogéneos.
2	26 a 50%	Semidiferenciado con células mínimamente maduras y núcleos variables.
3	51 75%	Indiferenciado con gran número de miosis, citoplasma y núcleos variables.
4	76 a un 100%	Células atípicas.

Figura 10. Clasificación de tumores de Broders. ³⁶

Broders y colaboradores afirma que el porcentaje de diferenciación celular refleja la agresividad de la neoplasia y que esta es proporcional a su tasa de curación y su capacidad metastásica.³⁵

3.7 HALLAZGOS MOLECULARES DEL CARCINOMA ESCAMOSO EN LA CAVIDAD ORAL

En los últimos años, se ha estudiado a profundidad los mecanismos moleculares involucrados en el desarrollo del cáncer como la detección molecular de marcadores antiapoptótico bcl-2, el marcador proapoptótico caspasa 3 y el marcador de proliferación celular Ki-67 , estas alteraciones proteínicas sumados a los estados epiteliales crean hiperproliferación celular lo cual favorece la capacidad de invasiva.(9)Los productos de los genes Rb y p53 restringen la división celular por lo que su inactivación también se relacionan con el desarrollo de tumores malignos.^{30,31}

Las moléculas que predicen el comportamiento del cáncer se denominan biomarcadores, y su presencia o ausencia modifica el tratamiento del cáncer ²⁹.Genéticamente, no existen marcadores fiables que detecten el Cáncer oral por ahora, aunque se ha visto que los marcadores CK13, CK19 y SCC mRNA obtuvieron valores positivos para la presencia de cáncer, siendo el más confiable para el diagnóstico de metástasis de carcinoma.⁹

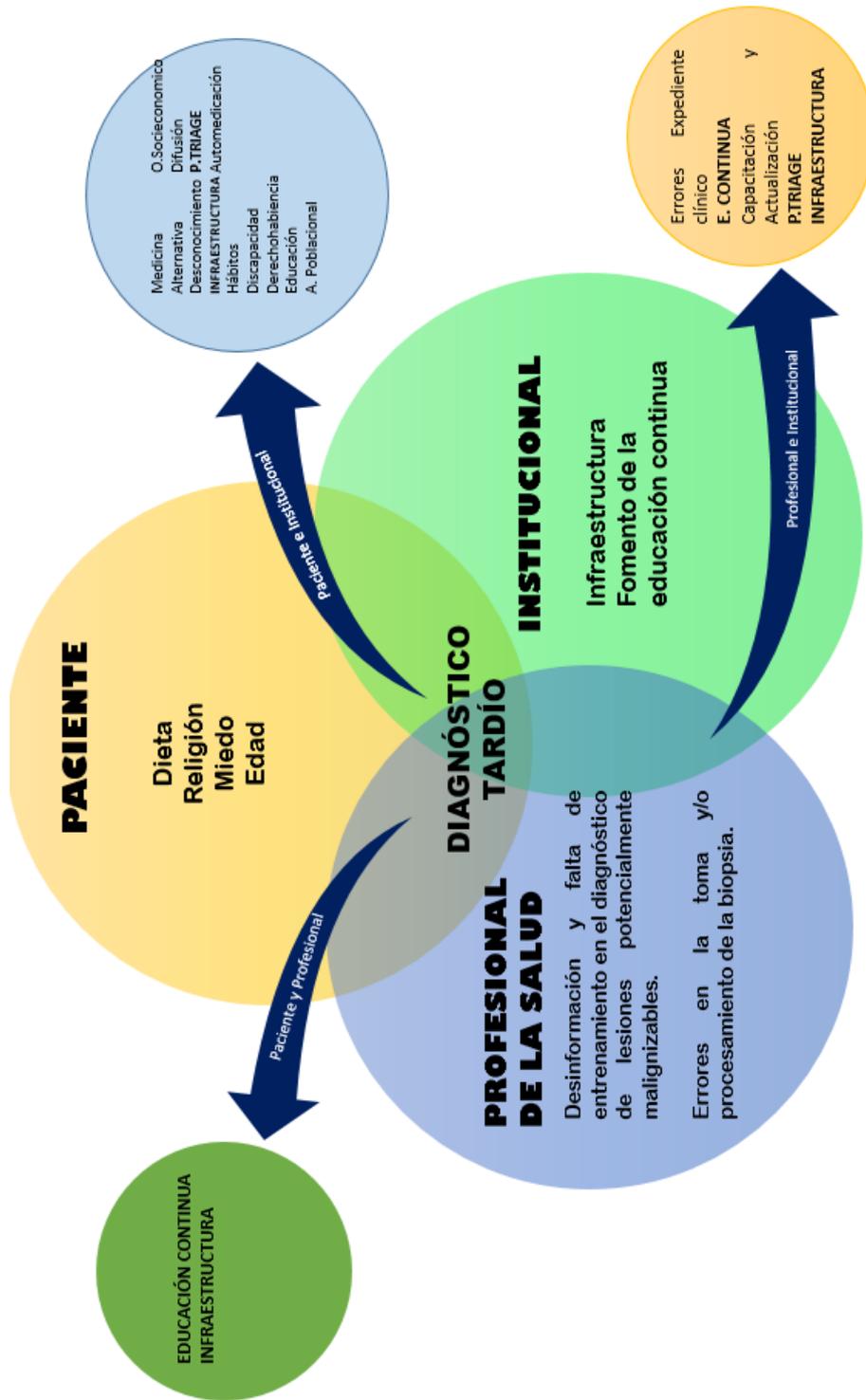
Existe una variante donde la diferenciación en las células escamosas es mínima o inexistente, por lo que es necesario confirmación inmunohistoquímica con los marcadores AE1 / AE3, CK5 / 6, p63 y p40 para su diagnóstico.

3.8 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Hablar de factores que intervienen en un diagnóstico tardío de cualquier tipo de cáncer conlleva abordar temas de carácter sociocultural que afectan a la población y que juegan un papel importante del diagnóstico hasta el tratamiento no solo del cáncer oral, sino también en otros sitios como la mama, el estómago y algunos tipos de linfomas.

Para comprender mejor el tema dividiremos en dos los factores que contribuyen al diagnóstico tardío, una que se le atribuye al profesional (medico de primer contacto) otro que se le atribuye al paciente y finalmente aquellos provocadas por las instituciones gubernamentales.

Esquema 1



3.8.1 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO POR PARTE DEL PACIENTE

El rol del paciente es importante para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, debido a la desinformación de la existencia o reconocimiento de la misma, en muchas ocasiones el paciente se niega la atención, interpretando sus malestares y emplea remedios caseros encaminados al tratamiento paliativo de sus molestias, visitas escasas o nulas al profesional de salud cuando este comienza a sospechar de una enfermedad grave, pudiendo comenzar una etapa de negación y desarrollar miedo al posible diagnóstico y sus consecuencias

Por otra parte los factores sociodemográficos en los que se ven envueltos gran parte de la población, con poco acceso a la información ,limitado acceso a servicios de salud pública, y el lenguaje son factores que influyen no solo al diagnóstico tardío de cáncer si no a enfermedades crónico degenerativas.

Uso de Medicina alternativa

En los últimos años se ha observado un aumento en la divulgación de las actividades denominadas como medicina complementaria o alternativa, El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM), las define como: el conjunto de diversos sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional.³⁷

En nuestro país la práctica de salud más común es la medicina convencional, por lo que las diferentes prácticas serán consideradas como alternativas. En México la herbolaria figura en los primeros lugares como opción alternativa gracias al basto conocimiento entre la población y la riqueza natural con la que cuenta nuestro territorio.³⁷

Los pacientes que buscan alternativas médicas lo aluden a carencias en la medicina convencional tales como: dificultad de acceso, consultas

deficientes, deterioro en la relación médico-paciente, ausencia en los resultados y aumento de la esperanza de vida en enfermedades terminales.³¹

Un estudio reciente ha demostrado que aquellos pacientes que decidieron tomar medicina tradicional a base de hierbas antes de la búsqueda profesional tenía un retraso significativo en el diagnóstico de 1.6-5.4 meses aproximadamente, por otra parte solo el 13 % de las personas afectadas por cáncer oral se presentaron a consulta después de manifestarse los primeros síntomas, de este porcentaje la mitad pensó que las lesiones mejorarían con el paso del tiempo.²⁷ Figura 16



Figura 16 Uso de medicina alternativa en México.⁴¹

Desconocimiento de la enfermedad

El desconocimiento de la enfermedad se relaciona con la falta de información, experiencia previa y el poco acceso que tienen las campañas preventivas en regiones alejadas del país.

Las neoplasias malignas en cavidad oral comienzan como lesiones ulcerativas asintomáticas y tumores menores a 2cm de diámetro^{4,5} los cuales son tratados paliativamente, presentándose a consulta solo al presentar síntomas que impiden realizar acciones cotidianas como comer o beber. Figura 17



Figura 17 Lesión leucoplasica de COCE de superficie granular, localizada en la parte ventral de la lengua.⁴⁰

Miedo

El COCE tiene complicaciones que afectan estructuras orales como glándulas salivales, hueso, dentición, mucosa oral, función del habla y alimentación; El tratamiento de primera línea en el cáncer de cavidad oral es la cirugía seguida de radioterapia ^{17,18, 21} los cuales tienen importantes efectos secundarios funcionales sobre la capacidad de alimentarse y hablar. Figura 18

La terapéutica empleada en el COCE da lugar a xerostomía, y otros efectos tardíos como mucositis, trismus, caries, alteración de la microbiota oral y estomacal, fibrosis muscular, disfagia, pérdida de cabello, depresión y muerte.^{21, 9,18}

Enfrentarse al cáncer resulta difícil para el paciente el cual genera negación y miedo al diagnóstico.

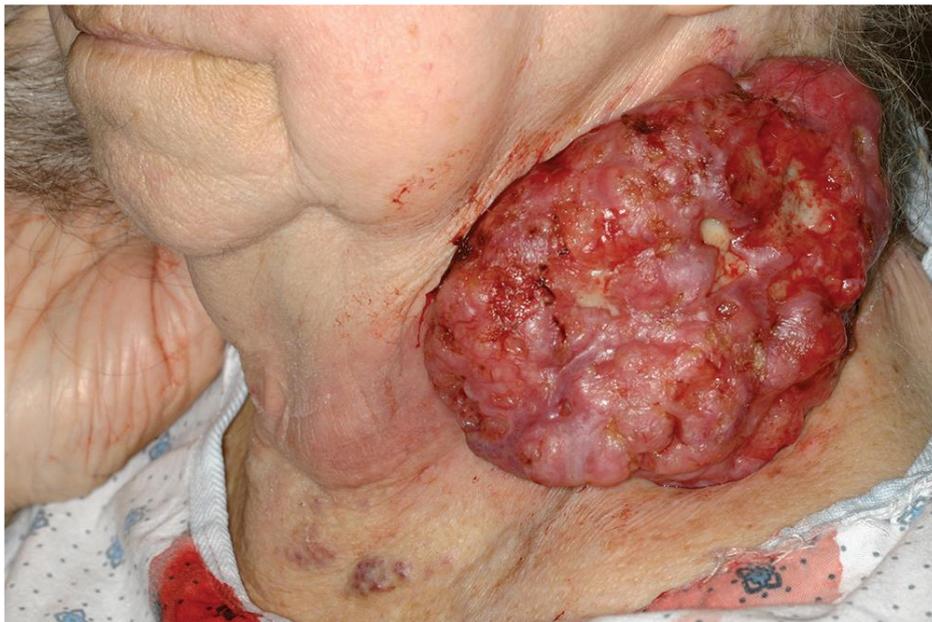


Figura 18 Tumor con afectación de cuello. ⁴⁰

Automedicación

La automedicación se ha definido de forma clásica como: “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al profesional de la salud”.³³

Para una automedicación responsable es importante realizar un esfuerzo en la formación de la población, respecto al manejo de su salud. Sin embargo el creciente protagonismo farmacéutico producto del marketing conduce a situaciones donde el criterio del mercado puede entrar en conflicto con los aspectos éticos del sector salud, favoreciendo el

consumo sin límites de todo tipo de productos sin reflexionar sobre el impacto social y las consecuencias.³³ Figura 19

El problema de la automedicación es grave, genera dependencia, fallas en el diagnóstico, resistencia microbiana y en ocasiones la muerte.

Los medicamentos son instrumentos de salud y no un bien de consumo, su uso debe adecuarse a cada individuo y utilizarse de manera racional.³³

Educar al paciente en la identificación de signos de alarma que obliguen a consultar al médico, promover la autoobservación y favorecer la colaboración y la comunicación con el medico pueden ayudar a erradicar la automedicación de manera irresponsable.^{33,42}

Clase terapéutica	Número (%)	Numero de medicamentos tomados simultáneamente (Media ± DE)
Analgésicos/Antiinflamatorios	367 (73,3%)	2,59 ± 1,24
Anticatarrales	219 (43,7%)	2,19 ± 1,15
Vitaminas	120 (24%)	3,08 ± 1,26
Antidepresivos	67 (13,4%)	3,30 ± 1,14
Antibióticos	61 (12,2%)	3,34 ± 1,24
Tranquilizantes/Ansiolíticos	37 (7,4%)	3,24 ± 1,36
Antialérgicos	34 (6,8%)	3,41 ± 1,33
Anticonceptivos	24 (4,8%)	3,38 ± 1,31
Otros	22(4,4%)	3,41 ± 1,33

Figura 19 Automedicación por diferentes grupos de medicamentos.⁴²

Hábitos

El COCE es una enfermedad de carácter multifactorial en la que el tabaco y el alcohol juegan un papel importante^{9, 11,12}. Sin embargo estudios recientes sugieren una relación directa entre el aumento de los casos de COCE en adultos jóvenes que nunca han fumado y el virus de papiloma humano (VPH)¹².

Según la OMS fumar causa la muerte de 6 millones de personas por año y puede aumentar a 8 millones para 2030 ¹². Dejar de fumar y consumir alcohol implica mejorar el pronóstico de COCE, disminuyendo las complicaciones en el tratamiento y bajando el riesgo de contraer una lesión secundaria. Figura 20

El uso de pipa para fumar, beber alcohol, consumir café, y comidas condimentadas o muy calientes explica la aparición de lesiones malignas por su acción de irritante local de la mucosa oral.¹⁴

Un cigarro contiene nicotina, arsénico, metanol, amonio, cadmio, monóxido de carbono, formaldehído, butano y cianuro de hidrogeno que interactúan con los tejidos orales provocando daño progresivamente.

Cada vez que se inhala una cantidad de humo de cigarro, pequeñas cantidades se vierten en el torrente sanguíneo a través de los pulmones, deteriorando la salud de los individuos y de quienes lo rodean. ^{14,26}

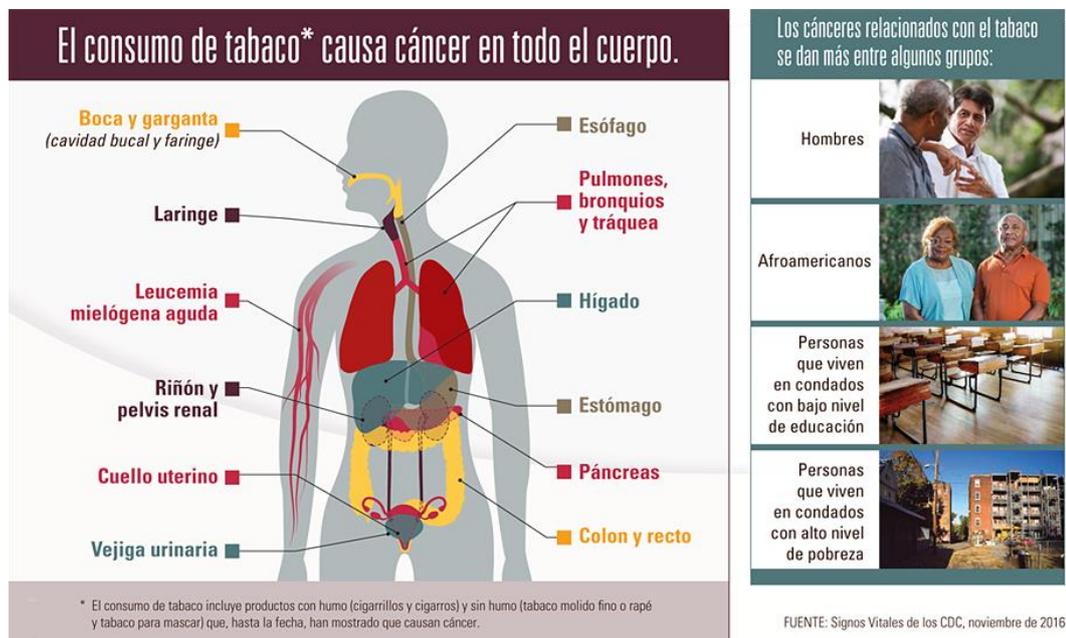


Figura 20 Infografía sobre el consumo del tabaco y su relación con el cáncer. ⁴⁵

Los carcinógenos como nitrosaminas específicas del tabaco, hidrocarburos, metales y radicales libres, bloquean las enzimas antioxidantes glutatión S-transferasa, glutatión reductasa, superóxido dismutasa y la glutatión peroxidasa provocando cambios en la mucosa oral.²⁶

Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos para el alcohol, entre ellos actúa como factor químico irritativo local, provoca disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto caustico sobre la mucosa oral y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que interfiere en la síntesis y reparación de ADN. Cuando es alto el consumo de bebidas alcohólicas, existe un cambio de etanol a acetaldehído causado por el citocromo P450 2E1, favoreciendo la activación de procarcinogénicos del tabaco, por lo que tienen efectos aditivos.²⁶

La exposición a VPH 16 con mayor frecuencia el cual se desarrolla independientemente de la exposición al tabaco o el alcohol El VPH se caracteriza por tener afinidad al epitelio de la mucosa La transmisión de éste virus ocurre cuando entra en contacto con dichas áreas permitiéndole la transferencia entre las células epiteliales. Actualmente se considera que el contagio más frecuente es mediante la práctica sexual e manera irresponsable ente los adultos jóvenes principalmente.²²

Discapacidad

En el mundo y particularmente en México, las personas con discapacidad ven limitado su acceso a la educación y a los servicios de salud por diversos factores: porque la provisión de servicios de salud y educativos no es pertinente, por limitación física debido a que su entorno no les facilita el acceso, falta de transporte adecuado y factores de discriminación.³⁸ Figura 21



Figura 21 Atención médica a paciente con discapacidad.⁴⁶

Dieta

La condición nutricional más importante asociada a la presencia de cáncer oral es la anemia ferropénica.²² Figura 22. En la deficiencia de hierro se presenta atrofia muscular, que asociada a otros factores de riesgo puede incrementar la actividad mitótica y disminuir la reparación del epitelio.



Figura 22 Manifestaciones clínicas de anemia ferropenia en boca, imagen clínica.⁴⁷

Población Indígena y Lingüística

Uno de los retos que tiene el sistema gubernamental es la atención a la población indígena del país, en particular a los jóvenes y adultos mayores, pues implica que los servicios de educación y de salud se otorguen en la lengua materna.³⁸

De la población total, 6,5% habla alguna lengua indígena, lo que representa que más de 7 millones de mexicanos hablan una lengua diferente al español, de estos más del 88% es bilingüe (utiliza español y su lengua materna) y el 12% monolingüe.(Figura 23)³⁸

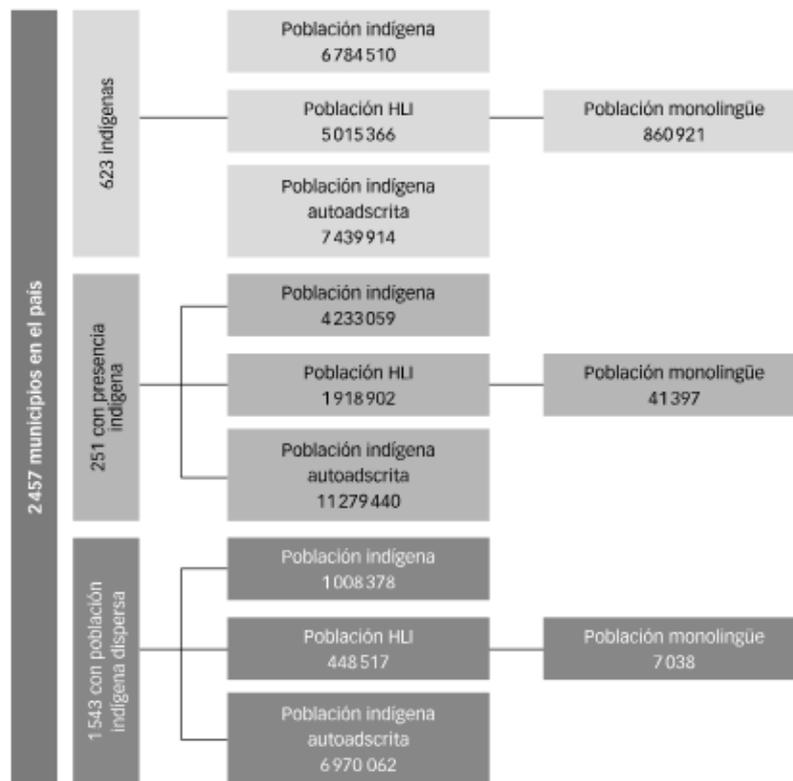


Figura 23 Distribución de la población indígena (HLI), monolingüe y autoadscrita indígena por tipo de municipio.

De acuerdo a la Comisión para el desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), en los pueblos considerados como indígenas se concentra el 54.4% de la población indígena que constituye de la población monolingüe de alguna lengua indígena.³⁸

La falta de Intérpretes que traduzcan la sintomatología de los pacientes que acuden a los centros de salud de primer nivel en regiones de habla indígena, se traduce en un retraso en la consulta médica, deficiencias en la elaboración de la historia clínica, y fallas en el seguimiento del tratamiento por parte del paciente.

Religión

Las áreas más afectadas del sureste Asiático e India pertenecen a grupos religiosos Hinduistas y Musulmanes donde encontramos diferencias significativas respecto a los hábitos y la conciencia sobre el cáncer oral.

Dentro de estas religiones es de suma importancia el consumo de alcohol, tabaco y el “pan” el cual es la forma personalizada en la que el tabaco se envuelve en la hoja de la nuez de betel el cual es colocado a un costado de la boca, esta práctica religiosa cultural se conoce comúnmente como “khaini”.¹¹ Figura 24



Figura 24 Tabaco envuelto en hoja de nuez de betel. ⁴⁸

Entendiendo este punto resulta complicado erradicar un hábito religioso que ha trascendido por generaciones, generando con el paso del tiempo

lesiones importantes que al modificar estas costumbres dietéticas podrían contribuir a disminuir la mortalidad por estas enfermedades.⁵

Dentro del tratamiento para COCE en etapas avanzadas, la resección quirúrgica es la más común, este hecho implica realizar transfusiones sanguíneas, las cuales en algunas religiones, como el Gitanismo resultan impropias pues impiden la reencarnación, por su parte los testigos de Jehová, no permiten el contacto con la sangre pues ingerirla implica tomar el alma de la persona.³⁴

Por su parte el Islam y la mayoría de las religiones como el cristianismo, budismo, cree firmemente en el principio de la salvación de vidas humanas, permiten el trasplante de órganos como una necesidad para procurar este noble fin.³⁴

Educación

Según la ONU la educación es el medio perfecto para que las personas en situación de vulnerabilidad social tengan posibilidades de salir de la pobreza, permite la autonomía y la liberación, promueve el respeto, evita la explotación laboral y sexual, e incrementa la calidad de vida de las personas.³⁸

En México, por derecho constitucional, la educación es gratuita de los 3 a los 17 años abarcando la educación preescolar, básica (primaria y secundaria) y media superior.³⁸

El reto en México tiene por objetivo considerar factores que condicionan al sistema educativo nacional, el contexto demográfico, socioeconómico y cultural puede contribuir a la labor educativa u obstaculizarla (Figura 25)³⁸

Dentro de las condicionantes que interfieren en la educación de calidad destacan el tamaño y distribución poblacional, cultura, étnica, y la existencia de gran cantidad de localidades rurales en situación socioeconómica deficiente.³⁸

La desigualdad de ingresos y bienestar social, entre personas y entidades federativas esta intimidante ligado al entorno educativo del país el cual no

se ha logrado revertir a pesar de las políticas de compensación social y crecimiento para mejorar la condición de vida de las familias mexicanas.³⁸

Población seleccionada	Año				
	2008	2010	2012	2014	2016
Ingreso promedio per cápita por quintil (pesos 2008)					
I	696	651	692	724	825
II	1546	1460	1515	1505	1633
III	2424	2314	2356	2309	2428
IV	3794	3576	3675	3600	3691
V	10416	9998	9912	10110	10542
Total	3775	3593	3630	3649	3824
% en condición de pobreza ^{1,2}					
Pobreza	44.3	46.1	45.5	46.2	43.6
Pobreza extrema	10.6	11.3	9.8	9.6	7.7
Pobreza moderada	33.7	34.8	35.7	36.6	35.9
Vulnerable por carencias sociales	32.2	28.1	28.6	26.2	26.8
Vulnerable por ingresos	4.7	5.9	6.1	7.1	7.0
No pobre y no vulnerable	18.8	19.9	19.8	20.5	22.6
% en rezago educativo					
No presenta carencia	78.0	79.3	80.8	81.3	82.6
Presenta carencia	22.0	20.7	19.2	18.7	17.4

Figura 25 Ingreso promedio per cápita de la población por quintiles de ingreso y porcentajes de población en condición de pobreza y rezago educativo.

A nivel federal Nuevo León, Baja California Sur, Sonora y Coahuila representan el porcentaje de mayor poder adquisitivo por persona, mientras que Veracruz, Guerrero, Oaxaca y Chiapas tienen un porcentaje de población con ingresos bajos cercana o superior al 40%.³⁸

La desigualdad económica que sufre el país representa que cerca de nueve millones de personas vivan por debajo de la línea de bienestar mínimo reflejándose en una educación de baja calidad.³⁸

Elevar el grado de consciencia preventiva en los pacientes con bajos niveles educativos implica llegar a ellos con información clara y precisa, fomentar la utilización de diagramas e imágenes así como el uso de lenguaje apropiado para que sean capaces de identificar signos y síntomas característicos de una lesión neoplásica.⁵

Asentamiento poblacional

La distribución poblacional en México responde a las condicionantes geográficos, sociales y económicos que han cambiado a lo largo del tiempo y que hoy forjan el asentamiento poblacional. En 1950 el territorio nacional era predominantemente rural, pues el 58.5% vivía en localidades menores a 2500 personas, cinco décadas después el predominio de asentamiento poblacional es urbano y representa el 76% del territorio mexicano.(Figura 26)³⁸

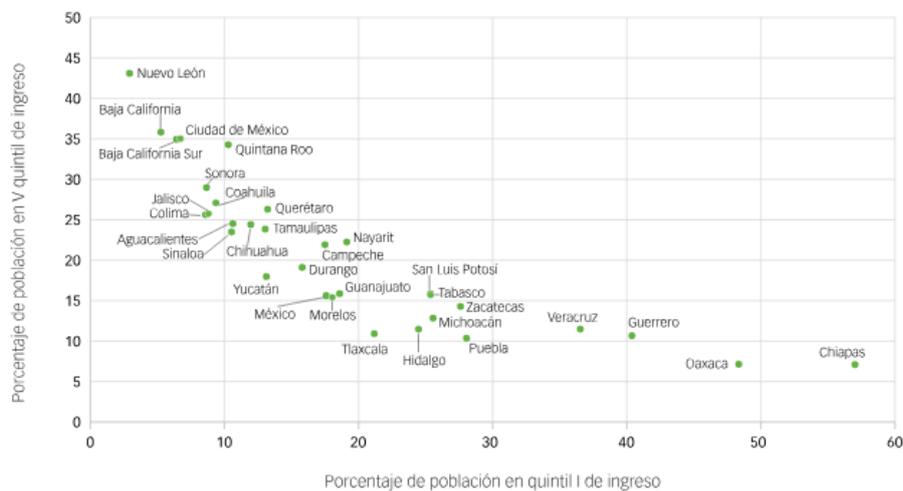


Figura 26 Porcentajes de población en los quintiles de ingreso más bajo y más alto por entidad federativa 2016

Estos procesos de crecimiento fueron acompañados de la concentración de la mayoría de la población en el centro del país y la conformación de una gran cantidad de localidades de menos de 500 habitantes desde 2010.³⁸

Ocupación y estado socioeconómico

La ocupación, y los ingresos determinan la posición social, partiendo de ese punto, la educación, la vivienda, y el área de residencia influyen directamente en la forma de vivir y de morir de las personas, por lo que su acceso a la información y servicios de salud son mayores que la clase media.³ Figura 27



Figura 27 Inspección clínica bucal en paciente con bajo rezago socioeconómico.⁴⁶

Las personas en diferentes países y diferentes estratos sociales están expuestas a diferentes factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de cáncer oral, como lo son, nivel educativo, condiciones de trabajo, conducta sexual, contaminantes y hábitos de consumo. La accesibilidad a la cavidad bucal por examen clínico, citológico y biopsia, así como la implementación de campañas enfocadas a detección temprana y control del cáncer oral en estas zonas es baja impidiendo que el paciente conozca la forma de realizar una autoexploración bucal y modificar sus hábitos.³⁸

En países en vías de desarrollo la disponibilidad para hacerse estudios no son cubiertos por servicios de salud pública por lo que es necesario de un seguro de salud privada, donde la mayoría de la población no cuenta con seguro de gastos médicos privado, por lo que se debe de ingresar a los trámites administrativos del sector gubernamental. ³

Edad

La vejez implica una serie de cambios morfológicos, complicaciones médicas y sociales que se ven reflejadas en obstáculos para poder acudir a un servicio médico o bien completar una ruta clínica; La desinformación, problemas de memoria, abandono social, dificultad para trasladarse, polifarmacia e ingresos económicos reducidos son solo algunos de los retos que tienen que cumplir los viejos para satisfacer una necesidad básica como lo es la salud.³ Figura 28

Estas circunstancias provocan en ellos tratamientos inconclusos, citas pérdidas, retrasos en diagnósticos e incluso la muerte.



Figura 28. Atención al paciente viejo en población vulnerable.⁴⁶

3.8.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO POR PARTE DEL PROFESIONAL

Sin duda alguna el profesional de la salud de primer contacto debe estar capacitado para interpretar de manera correcta los hallazgos clínicos que estén encaminados al diagnóstico temprano de lesiones potencialmente malignizables, sin embargo la falta de interés, entrenamiento, deficiencias y omisiones en la elaboración de la historia clínica así como las fallas y malas referencias dentro del círculo profesional de la salud, pueden terminar retrasando el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades.

Desinformación y falta de entrenamiento en el diagnóstico de lesiones potencialmente malignizables

Las neoplasias malignas de cabeza y cuello son un grupo heterogéneo de enfermedades que en la mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados; El cáncer de cavidad oral con mayor frecuencia es detectado cuando múltiples tratamientos han fracasado y el tumor ha afectado las actividades cotidianas en los pacientes (hablar y comer).¹⁸

La falla principal para establecer un diagnóstico correcto en etapas iniciales está íntimamente relacionado con la desinformación y la falta de entrenamiento en el uso de herramientas auxiliares diagnósticas^{17,18}

La historia clínica debe considerarse una herramienta de diagnóstico efectiva en el tratamiento de cualquier enfermedad, realizarla conlleva efectuar un buen examen clínico considerando siempre los factores de riesgo.^{17,18}

El uso de suplementos diagnósticos encaminados al tratamiento del cáncer oral debe formar parte de la elaboración de una adecuada historia clínica.

La biopsia es una herramienta utilizada como suplemento diagnóstico en la que se analiza el comportamiento celular de un área de tejido específico, sin embargo, existen diversas técnicas que analizan la presencia de enfermedad aun siendo esta asintomática, entre la que encontramos diferentes técnicas de screening como examen oral con luz incandescente, colorantes vitales (azul de toluidina) y uso de ácido acético al 1% entre otras. ⁹ Figura 29



Figura 29 Uso de azul de toluidina como auxiliar diagnóstico de COCE.⁴⁹

Errores u omisiones de información en el expediente clínico

Es necesario profundizar en la elaboración y revisión del expediente clínico informado, sobre todo si son pacientes que están llevando un tratamiento por alguna otra enfermedad, y en general mantener una comunicación ágil con el demás personal de la salud tratante.³⁹

Los profesionales de la salud deben actuar en conjunto, diseñar estrategias y protocolos dirigidos a la reducción de tiempos de espera, optimización de atención del paciente, elaboración, revisión y seguimiento del expediente clínico integrado, así como el registro claro y preciso de la hoja de evolución.³⁹ Se ha demostrado que los pacientes tienen más

acceso a los médicos que a los odontólogos, por lo que la detección del COCE debe involucrar a todos los profesionales de la salud y no solo al odontólogo. ³

Errores en la toma y/o procesamiento de la biopsia

El diagnóstico de una lesión potencialmente maligna dentro de la mucosa oral en la mayor parte de los casos requiere de un estudio histopatológico que corrobore las sospechas clínicas de la enfermedad. La biopsia debe ser manejada con cuidado durante el proceso quirúrgico y procesado con el fin de obtener una degeneración celular mínima y proporcionar un diagnóstico preciso en un tiempo corto; La habilidad y la experiencia del patólogo deberán fortalecer la interpretación del tejido evitando la formación de variables diagnósticas que retarden el tratamiento.²⁷ Si se toma un fragmento de tejido que no muestre claramente las características de la lesión, la toma de una nueva biopsia será necesaria y retrasará el diagnóstico por unas semanas más, así mismo, si el procesamiento de la muestra ya sea desde la fijación o durante su inclusión puede favorecer que no hay un análisis óptimo en el diagnóstico histopatológico. Figura 30



Figura 30. Toma de Biopsia de COCE en el labio inferior. FD

Capacitación y/o actualización

La capacitación y la actualización constante son componentes esenciales para contar con las herramientas y la selección del personal adecuado para realizar una correcta inspección de la cavidad oral.³⁹

El odontólogo de práctica general que no adquiere los conocimientos básicos en la exploración bucal o que no se actualiza para poder emitir un diagnóstico clínico, se encuentra con una limitante importante para desarrollar un juicio clínico crítico de las lesiones orales, es necesario completar un buen expediente clínico así como saber referir a los pacientes con los especialistas.³⁹ Figura 31



Figura 31. Diplomado de Odontología para el bebé.⁵⁰

3.8.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

A nivel institucional existen factores que confluyen entre si pudiendo retrasar el diagnóstico temprano de COCE y retrasando en tratamiento oportuno. Figura 32

A continuación se enumerará los principales factores presentes en el

De estructura:	De proceso:	De resultados:
<p><i>Equipo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación insuficiente • Equipo inadecuado <p><i>Personal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente • Selección y capacitación insuficiente • Distribución inadecuada <p><i>Insumos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficientes • Surtidos sin oportunidad • Falta de calidad • Insuficiente sangre o sus Fracciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidad en la atención médica • Carencia de manuales de operación • Falta de normas o su supervisión • Competencia profesional insuficiente • Falta de respeto a principios éticos • Desconocimiento de medidas de seguridad para el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de salud no satisfechas • Complicaciones y secuelas temporales o permanentes • Evento adverso con o sin error médico • Defunción no esperada • Expectativas no satisfechas

Figura 32 Hallazgos frecuentes en la medición de la calidad de los servicios de salud. ³⁹

Acceso al servicio institucional de salud pública

En México el sistema de atención medica está orientado a atender a una población derechohabiente que rebasa por mucho la capacidad de instalaciones y recursos, esto es válido para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Salud y Seguridad Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE) los trabajadores de Petróleos Mexicanos (Pemex) y los hospitales afiliados al Seguro Popular.³⁹

La población no derechohabiente, la cual, en su mayoría, se encuentran en los deciles más bajos de ingresos económicos, acude a los servicios públicos (Ver figura 33), tanto de Secretaria de Salud federal, como

Estatad, donde la atención no es justa ni de calidad. La mayoría de estos pacientes están resignados y agradecidos de ser recibidos y atendidos, sin importar las horas de espera, procesos internos, condiciones de servicio y elementos que para el resto de la población son inaceptables.³⁹ En la mayoría de los casos, las molestias en la población son causadas por diferimiento de días, semanas o meses para recibir consulta, debido a la falta de insumos (medicamentos), y la mala atención recibida. Estos aspectos se justifican por un exceso de demanda de servicio, falta de recursos (los medicamento no son enviados a las unidades en tiempo y forma), falta de personal médico, disponibilidad de 15 minutos por consulta, entre otros.³⁹ Figura 33



Figura 33 Centro de salud en Tochimilco Puebla.⁵¹

Infraestructura de las instituciones.

El diagnóstico y tratamiento de COCE y demás enfermedades requiere de instalaciones que cuenten con personal capacitado para emitir diagnóstico asertivos, insumos suficientes que garanticen una exploración y tratamiento adecuada, e instalaciones adecuadas e incluyentes para proporcionar el tratamiento adecuado a cualquier paciente que se presenta a consulta.³⁹ Figura 34



Figura 34 Centro de Salud Rural en Palmito Sinaloa ⁵²

Protocolos de atención y triage de paciente

A nivel institucional la atención médica carece de protocolos de atención que estandaricen las enfermedades que requieren una atención oportuna, con citas cortas y referencias al especialista de forma rápida y eficaz. ³⁹ Figura 35



Figura 35 Sistema Triage utilizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).⁵³

Medios de difusión.

En diversos artículos se ha sugerido la participación de los medios de difusión (internet, televisión, periódico, radio, revistas, folletos, y carteles) para aumentar la conciencia del cáncer oral en la sociedad con el único objetivo de disminuir la demora por parte del paciente.²⁷ Figura 36



Figura 36 Campaña Mexicana en contra del consumo del tabaco.⁵⁴

Fomento en la educación continua

El sistema de salud debe desarrollar iniciativas apropiadas para aumentar el conocimiento entre los odontólogos y médicos como profesionales de sector público y privado mediante educación continua, así como fomentar la promoción de la salud en base a la experiencia lo cual ayudará a facilitar el diagnóstico entre la comunidad.²⁷ Figura 37

Ejecutar medidas preventivas en las diferentes etapas, no solo impacta en la preparación del profesional de la salud, sino, también fomenta la participación activa de la comunidad para convertirse en un conglomerado consiente en defender su salud.¹⁰

La frecuencia relativa en la que el COCE se sitúa dentro de las 10 más frecuentes, su diagnóstico tardío en más de la mitad de los pacientes, la

posible efectividad de los modelos de prevención primaria y secundaria, los problemas de accesibilidad de la zona anatómica en el que desarrolla la enfermedad, y los pocos recursos para asistir a un facultativo previamente formado, son razones para justificar protocolos de estudio y programas permanentes de prevención.¹⁰

Promover la investigación y la estratificación de factores de riesgo en pacientes que han sufrido COCE permite determinar un régimen de seguimiento de supervisión de la cavidad oral, y evitar la reincidencia; identificar síntomas significa mejor supervivencia, función, calidad de vida.¹⁵ El riesgo de desarrollar un segundo tumor maligno es mayor en pacientes que no han suspendido el consumo de tabaco ni alcohol.¹⁶

Protocolos de estudio empleados al diagnóstico temprano contribuyen a mejorar la calidad de vida y promover modelos que faciliten la terapéutica empleada.¹⁹



Figura 37 Educación continua.⁵⁵

IV OBJETIVO

4.1 Objetivo general

Identificar cuáles son los factores que influyen en el diagnóstico tardío del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) y determinar cuál es de mayor prevalencia a propósito de un caso clínico.

V. METODOLOGÍA

5.1 Presentación de caso

Presentamos el caso de un hombre de 58 años de edad proveniente del Centro de Prevención y Readaptación Social “Chalco” en el Estado de México que acude a la Clínica de Medicina Bucal del Departamento Patología Bucal y Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM por presentar dolor punzante en el carrillo izquierdo con dificultad para hablar y tragar alimentos actualmente tratado con 1 tableta de Ibuprofeno de 400mg cada 8 horas.

Como antecedentes personales patológicos refiere apendicitis en el año 2010 tratada con cirugía, tabaquismo positivo con 27 años de evolución, con consumo actual de 1 a 2 cigarrillos por día con y sin filtro, alcoholismo positivo con 10 años de evolución hasta llegar a la embriaguez. Actualmente presenta prurito generalizado tratado con Loratadina de 10mg

El paciente fue referido la unidad odontológica del Centro de Prevención y Readaptación Social Chalco y remitido al Hospital de especialidades Juárez de México donde no se pudo realizar la biopsia correspondiente, por lo que la Cirujano Dentista encargada de la unidad Odontológica del reclusorio decide comunicarse al Centro Diagnostico Virtual de Patología Bucal y Maxilofacial (CEDIVIPA) para su posterior evaluación en la Clínica de Medicina Bucal más adelante.

5.2 Hallazgos clínicos

A la exploración extraoral se palpan ganglios submandibulares no indurados y dolorosos a la palpación; en la exploración intraoral se observa aumento de volumen localizado en mucosa yugal anterior en relación a la comisura labial de lado izquierdo de aproximadamente 4.0 x 3.0 x 0.9 cm de con superficie nodular y ulcerada con áreas blancas, bordes indurados, que provoca dolor punzante con 8 meses de evolución.

Figura 38



Figura 38 Características clínicas de COCE en paciente Fuente direct

5.3 Procedimiento diagnóstico

Se aplicaron los criterios avalados por la guía de práctica clínica mexicana para el diagnóstico y tratamiento de carcinoma de células de la cavidad oral en pacientes mayores de 18 años, por lo que se decide realizar una biopsia incisional de la parte anterior de la lesión. Figura 39

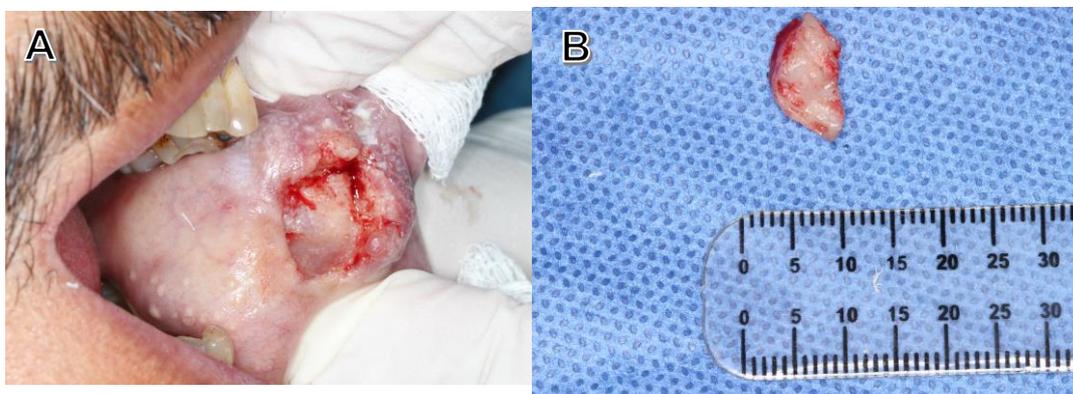


Figura 39. A Toma de muestra de tejido. B Muestra en fresco de la lesión Fuente direc

5.4 Hallazgos microscópicos

Se obtuvieron cortes histológicos con tinción de rutina HyE en la que se observa una neoplasia maligna de estirpe epitelial constituida por células escamosas con polimorfismo celular y nuclear, cromatina vesiculosa exhibiendo de 2 a 3 nucleolos evidentes y con incremento en el número de mitosis. Dichas células se disponen en islas que forman perlas de queratina y a su vez infiltran el tejido conjuntivo y muscular estriado. Se observa infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario intra y peritumoral. (Ver figura 41)

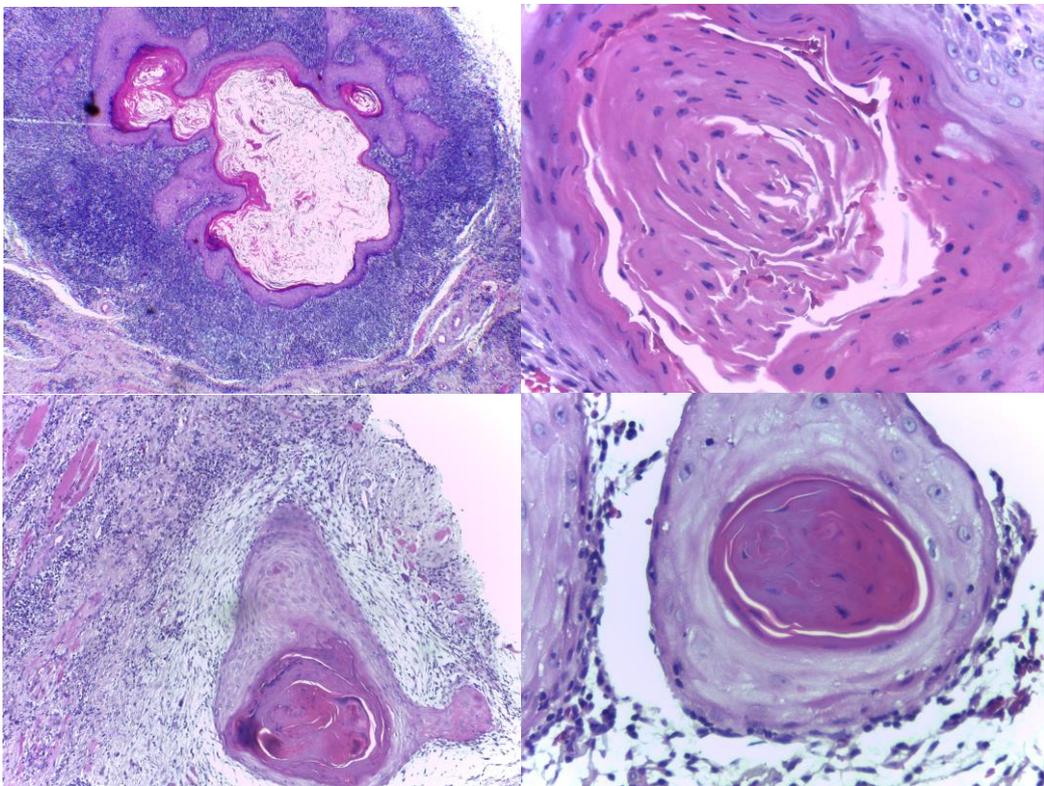


Figura 41 Microfotografías teñidas con HyE de COCE bien diferenciado ^{Fuente directa}

5.5 Tratamiento y Seguimiento

Se realiza nota de referencia para su tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), donde se retrasa el tratamiento por presentar complicaciones cardiacas.

La guía de práctica clínica mexicana para el diagnóstico y tratamiento de carcinoma de células de la cavidad oral en pacientes mayores de 18 años, sugiere, para este tipo de casos la utilización de quimioterapia combinada con cisplatino adicionada con cetuximab, el uso de dexametasona con ondasetron para el control de náusea, y el tratamiento quirúrgico con la respectiva valoración de los factores de riesgo, las condiciones propias de cada centro médico, así como las consecuencias funcionales para cada localización anatómica.⁴³

VI. RESULTADOS

6.1 FACTORES QUE DETERMINARON EL RETRASO DEL DIAGNÓSTICO Y DISMINUYEN LA ESPERANZA DE CURACIÓN Y SOBREVIDA EN EL PACIENTE



Figura 42 Factores que determinaron el retraso del diagnóstico y disminuyen la esperanza de curación y supervivencia en el paciente Fuente directa

VII. DISCUSIÓN

Según el análisis realizado por la Internacional Agency for Research on Cancer (IARC) el aumento en la incidencia de cáncer, será mayor en regiones más pobres del mundo como lo son África, sureste asiático, India y Latinoamérica.^{3,11} Por otra parte el Dr. Parikshit en 2018 afirma que el cáncer oral conlleva una gran carga económica tanto para los pacientes como para la nación, lo que hace más rentable invertir en programas de preventivos encaminados a la autoexploración y cambio de hábitos que en el tratamiento.¹¹

Un estudio reciente realizado en Australia demostró que un examen oral convencional es una opción viable y satisfactoria para reducir el diagnóstico tardío de un 50% hasta un 80%.¹⁷, así mismo sugiere que se requieren esfuerzos continuos para mejorar las prácticas de detección temprana de cáncer oral que deberá incluir la capacitación y educación en la materia, de estudiantes, y personal de salud de primer contacto.¹⁷⁻¹⁸

Por su parte Mateo-Sidrón en 2015 propone la realización de exámenes anuales realizados por especialista en materia de salud oral en aquellos pacientes mayores de 60 años con factores de riesgo como lesiones pre malignas o que consuman altas cantidades de alcohol o tabaco, sin dejar de lado el resto de la población.⁹

Thomas Yu, aconseja que para aumentar la supervivencia necesitamos programas enfocados a la educación pública fomentando en la población la eliminación de factores de riesgo.⁹ También propone la realización de métodos de screening que completarán la historia clínica y por lo tanto el diagnóstico temprano, la cual consiste en analizar la presencia de la enfermedad en personas que no tienen síntomas teniendo con base en los siguientes criterios: La enfermedad debe ser un problema importante de salud, debe haber un tratamiento aceptable para pacientes con enfermedad reconocida, debe haber facilidades de diagnóstico, estadios sintomáticos tempranos entre otros, Thomas Yu expone que el cáncer

oral cubre con al menos tres de los criterios expuestos, por lo que se justifican la utilización de screening como medio auxiliar de diagnóstico ⁹.

Por su parte Ankhil Soman y Col en el artículo “Diferential impact of socioeconomic position across life on oral cancer risk in Kerala, India: An investigation of life-course models under a time-varying framework” refiere que la infancia representa un momento específico de rápido desarrollo y vulnerabilidad, donde la desnutrición y las exposiciones a factores ambientales y genéticos, pueden producir daños biológicos irreversibles que provocarán en un futuro procesos carcinogénicos en la cavidad oral.⁶

Pelin Güneri en 2014 menciona que la homocigocidad del receptor para el desapareamiento del epítipo de HLA-DR en pacientes inmunodeprimidos funge como factor para presentar cáncer oral, los cuales clínicamente podrán presentar lesiones eritematosas y ulcerativas, por tal motivo propone la realización de un examen minucioso de cabeza y cuello para un diagnóstico temprano de cáncer oral.²⁷

La capacitación y actualización permanente debe ser una política para todo el personal de salud, incluido, técnico, administrativo y directivo.

El profesional de la salud, debe brindar atención de calidad, y seguir avanzando en las consolidaciones de certificación periódica, seria, y profesional en su quehacer cotidiano por parte de organismos con prestigio, tanto nacionales como extranjeras.

La capacitación Odontológica a nivel pregrado como posgrado adquiere matices peculiares que la distinguen de otras áreas de la salud. El aumento de las instituciones educativas que imparten los estudios en materia odontológica favorece a que se generen profesionales de la salud bucal que no se ajustan a los estándares de calidad y competencias necesarias para brindar atención segura y digna.

La formación de odontólogos en México está altamente influenciada por la escuela americana enfocada en un punto de vista bio-social de la enfermedad, Bajo esta perspectiva, se enfatiza más la repetición de tratamientos y la curación que la prevención, ocasionando deficiencias en materia de diagnóstico en enfermedades como el COCE.

VIII. CONCLUSIONES

- El COCE es una enfermedad con etiopatogenia multifactorial, donde factores como la genética, consumo de tabaco, alcohol y presencia de VPH son los principales desencadenantes.
- El COCE es una enfermedad prevenible y con pronóstico favorable en etapas tempranas.
- Los factores asociados al diagnóstico tardío de COCE no tienen un efecto individual, si no como un mecanismo complejo en el que intervienen varios desencadenando un diagnóstico tardío.
- Es necesario implementar estudios que involucren criterios y objetivos que permitan la realización de programas especiales para cada tipo de población nacional.
- Educar a un sector de la población puede ayudar a compartir el conocimiento y favorecer el diagnóstico prematuro de COCE en regiones alejadas del país.
- Realizar promoción de la salud y campañas de prevención en la población adulta de manera periódica ayudará, a incrementar el rango de diagnósticos de COCE de manera temprana.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubin R, Strayer D. Patología: Fundamentos clinicopatológicos en medicina. 6ta Ed. España. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. Pp 158-159.
2. Thompson L, Baishop J. Head and Neck Pathology . 3ra Edición. Estados Unidos. Elseviere. 2018. Pp 65-93
3. Buelvas A, Agudelo A. Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral. Rev.Fac.Nac. Salud Pública 2011; 29(3): 320-328.
4. Fuentes C, Alvarado R, Aldape B, Carcinoma epidermoide de lengua con diagnóstico tardío. Presentación de un caso clínico. Rev. Méx. De Cirugía Bucal y Máxilofacial 2009;5 (2): 79-82.
5. García-Roco O, Arredondo M, Castillo E. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. Rev Cubana Estomatol 2006. (1) Pp 10-16.
6. Akhil S, Ashley I, Sreenath A, Shahul H, Gopalakrishnan N, Sacker A, Schlech N, Nicolau B. Differential impact of socioeconomic position across life on oral cancer risk in Kerala, India: An investigation of life-course models under a time-varyng framework. Community Dent Oral Epidemial. 2018; 1-9.
7. Sharma N, Om H. Usage of Probalistic and General Regression Neural Network for Early Detección and

- Prevención Oral Cancer. The Scientific World Journal 2015; 1-9.
8. Mendoza M, Ordaz A, Abreu A, Romero O, García M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas. 2013; 17(4): 24-32.
 9. Mateo-Sidrón A, Somacarrera M. Cáncer oaral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Av.Odontoestomatol 2015; 31 (4): 247-259.
 10. Morales D, Rodriguez L, Mariela G. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Ren. Haban. Cienc. Med 2009 8 (4): pp 1-7
 11. Sherma P, Deb T, Ray JG, Singh AK, Gupta G, Das A. Oral squamous cell carcinoma profile in North-Eastern regions of India from habits to histopatology: A hospital- based study. Natl J Maxilofac Surg 2018; (9): 56-60.
 12. Mariño R, Haresaku S, McGrath R, Bailey D, Mccullough M, Musolino R, Kim B, Chinnassamy A, Morgan M. Oral cáncer screening practives of oral health professionals in Australia. BMC Oral Health 2017; (17) 1-9.
 13. Abrahao R, Anantharaman D, Gaborieau V, Abedi-Ardekani B, Laggiou P, Laggiou A, Ahres W, Holcatova I, Betka J, Merletti F, Richiardi L, Kjaerheim K, Serraino D, Polesel J, Simonato L, Alemany L, Agudo A, Mcfarlane T, Mcfarlane G, Znaor A, Robinson M, Canova C, Conway D, Wright S, Healy M, Toner M, Cadoni G, Boccia S, Gheit T, Tommasino

- M, Scelo G, Brennan P. The influence of smoking, age and stage diagnosis on the survival after larynx, hypopharynx and oral cavity cancer in Europe: The ARCAGE study. *IJC* 2018; (143) 32-44.
14. Rodriguez E, Santana K, Fong Y, Rey Y, Jacas M, Quevedo K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. *Rev. Arch Med Camagüey* 2014 (18); 642-655.
15. Brands M.T, Brennan P.A, Verbeek A, Merckx M, Geurts S. Follow-up after treatment for oral squamous cell carcinoma. A critical appraisal of the guidelines and review of the literature. *European Journal of Surgical Oncology* 2018(30) 1-7.
16. Tarragó J, Fernández L, García G, Rodríguez I, Trujillo E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de la Habana 1999- 2016. *Revista Cubana de Estomatología*; 2010; 47(4) 381-391.
17. Sriharsha H, Rukmangadha N, Vijayalakshmi Devi B, Narendra H. A prospective analysis of prevalence of metastasis in levels IIB and V neck nodes in patients with operable oral squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Oncology*. 2018 (83)115-119.
18. Mariño R, Haresaku S, McGrath R, Bailey D, McCullough M, Musolino R, Kim B, Chinnassamy A, Morgan M. Oral cancer screening practices of oral health professionals in Australia. *BMC Oral Health* 2017 17; 1-9

19. De Silva R, Siriwardena B, Samaranayaka A, Abeyasinghe W, Tlaktarane W. A model to predict nodal metastasis in patients with oral squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Pathology and Medicine*. 2018; 1-16.
20. Ganesh D, Sreenivasan P, Öhman J, Wallström M, Braz-Silva P, Giglio D, Kjeller G, Hasséus B. Potentially Malignant Oral Disorders and Cancer Transformation. *Anticancer Research*. 2018; 38: 3223-3229.
21. Pérez D, De Nicola L, Namendys-Silva S, Copca E, Hernández M, Herrera Á, Meneses A. Estado Nutricional de los pacientes con cáncer de cavidad oral. *Nutr. Hosp*, 2013; 28(5): 1458-1462.
22. Ali S, Awan M, Atif S, Ali N, Mirza Y. Correlation of human papillomavirus infection and clinical parameters with five-year survival in oral squamous cell carcinoma. *JLO*, 2018 1-8.
23. Kumar D, Bose J, Maiti A, Mitra B, Mukherjee G, Kumar P. Automatic identification of clinically relevant regions from oral tissue histological images for oral squamous cell carcinoma diagnosis. *Tissue and Cell*. 2018 111-119.
24. Jeihooni A, Dindarloo S, Harsini P. Effectiveness of Health Model on Oral Cancer Prevention in Smoker Men. *J Can Educ*. 2018 1-8.
25. Subramaniam N, Murthy S, Balasubramanian D, Low T-H, Vidhyadharam S, Clark J, Thankappan K, Iyer S. Adverse pathologic features in T1/2 oral squamous carcinoma

- classified by THE American Joint Committee on Cancer eighth edition and implications for treatment. *Head & Neck*. 2018;1-7.
26. Miguel-Cruz P, Niño A, Batista K, Miguel-Soca P. Factores de riesgo de cáncer bucal. *Revista Cubana de Estomatol*. 2016; 53(3):128-145.
27. Güneri P, Epstein J. Late stage diagnosis of oral cancer: Components and possible solutions. *Oral Oncol*. 2014; 1-6.
28. El-Naggar A, Chan J, Grandis J, Takata T, Slotweg P. WHO Classification of Head and Neck Tumours. Lyon. Editorial: International Agency for Research on Cancer. 2017 pp 106-132.
29. Cotran R, Kumar V, Collins T. Robbins y Cotran Patología Funcional y Estructural, Madrid, Mc Graw-Hill Interamericana 6ta edición, 2000. Pp 88-101
30. Donado M. Cirugía Bucal Patología y Técnica. España Elsevier Masson 4ta Edición 2015 pp: 858-865.
31. Nogales J. Medicina alternativa y complementaria. *Rev. Chil neuro-psiquiatr*. 2004. Pp 243-250.
32. Warnakulasuriya. S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral oncology*. 2009. Pp. 309-316.
33. López J, Dennis R, Moscoso S. Estudio sobre la automedicación en una ciudad de Bogotá. *Rev. Salud pública*. 2009. Pp 432-442

34. Enfoques religiosos sobre la donación de órganos/tejidos y trasplante. Hallado en: <http://www.beadonor.org/storage/documents/wrtcreligiousviewsspanish.pdf>
35. Ankur. B, Sonal.S, Monali. C. Histopathological Grading Systems In Oral SquamousCell Carcinom a: A Review. JIOH. 2010. pp 1-10
36. Cirela Y. Tumores uroteliales. Nueva nomenclatura clasificación de consenso WHO/ISUP 1998. Federación Argentina de Urología, Año 7, No.20. 3-6.
37. Nogales J. Medicina alternativa y complementaria. Rev.chil. neuropsiquiatr. 2004. Pp 243-250.
38. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE). La educación Obligatoria en México, Informe 2018. Sitio de Internet. <https://www.inee.edu.mx/> Hallado en: https://www.inee.edu.mx/portalweb/informe2018/04_informe/capitulo_01.html
39. Gobierno y Administración Pública. La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus Instituciones. 2da edición. México Editorial: Biblioteca mexicana del conocimiento. 2015. pp 34-330.
40. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. Oral and Maxillofacial Patology 4ta edición. Estados Unidos. Elsevier. 2016. Pp 374-394.
41. Cristianis S, Madariaga A, Mendoza K. Catálogo de plantas medicinales selectas cultivadas en la Ciudad de México

- enfocado al control de calidad. 1ra Edición. México. Grap Heritage. 2015 pp. 7.
42. Guillem P, Frances F, Gimenez F, Saiz C. Study on self-medication in the Spanish university population. Rev. Clin. Med.Fam. 2010. Pp 99-103.
43. Gobierno Federal. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de Cáncer Epidermoide de Cavidad Oral, en pacientes mayores de 18 años. México Consejo de Salubridad General. 2010. Pp 1-21.
44. León M, Shamekh R, Coppola D. Human papillomavirus-related squamous cell carcinoma of the anal canal with papillary features. World J Gastroenterol. 2015; 21 (7) pp. 2210-2213.
45. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. El cáncer y el consumo de tabaco. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/signosvital/cancer-tabaquismo/infographic.html>.
46. Compromiso Universitario por la Salud
47. Nutrición. Anemia Ferropénica y Osteoporosis. Disponible en: <http://cerenutri4.blogspot.com/2012/09/anemia-ferropenica-y-osteoporosis.html>
48. Every second Bihari is addicted to Khaini, Disponible en <http://www.facenfacts.com/NewsDetails/14111/every-second-bihari-is-addicted-to-khaini.htm>.
49. Martínez B. Cáncer en la Mucosa Oral. Universidad Mayor. Disponible en: <http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1756>

50. Diplomado en odontología para el bebé Universidad de Guadalajara, disponible en:
<http://www.udg.mx/es/noticia/ofreceran-diplomado-en-odontologia-para-el-bebe>
51. Inaugura RMV obras de salud, educación e infraestructura en Tochimilco Disponible en:
<http://www.regionalpuebla.mx/corredor-atlixco/item/3568-inaugura-rmv-obras-de-salud-educacion-e-infraestructura-en-tochimilco.html>
52. Tizado C Retoman construcción en Centros de Salud. Disponible en:
<https://www.noroeste.com.mx/publicaciones/view/retoman-construccion-en-centros-de-salud-1090257>
53. Instituto Mexicano del Seguro Social. Triage. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/tags/triage>
54. Medina A. Como ganar 3 mil millones de dólares por fumar y enfermar de cáncer. Disponible en:
<https://news.culturacolectiva.com/noticias/como-ganar-millones-de-dolares-por-fumar/>
55. Federación Odontologica Colombiana. Disponible en:
<http://federacionodontologicacolombiana.org/blog/general/distributo-ofrece-tratamiento-odontologico-especial-para-pacientes-con-discapacidad-neurologica>
56. UNAM e INCan lanzan campaña de detección de tumores bucales Disponible en:
<http://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/unam-e-incan-lanzan-campana-de-deteccion-de-tumores-bucales/>

57. Previene el cáncer Oral. Disponible en:
<http://www.previenecanceroral.cl/>

58. Campaña de Prevención del Cáncer Oral 2013. Rev. Del
Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y
Estomatólogos de España. 2013. Vol 18.

