



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



**Facultad de Odontología
División de Estudios de Posgrado e Investigación**

Cáncer Bucal: Paradojas en la percepción del
paciente

TESIS
Para obtener el grado de
Especialista en Patología Bucal

Presenta:

Lilibeth Stephania Escoto Vásquez

Tutor: Dr. Javier Portilla Robertson

Asesor: Mtra. Carla Monserrat Ramírez Martínez



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.

Cáncer Bucal: Paradojas en la percepción del paciente

Caso Clínico

**Lilibeth Stephania Escoto Vásquez¹, Javier Portilla Robertson²,
Carla Monserrat Ramírez Martínez³**

¹Residente Segundo año especialidad en Patología Bucal, DEPeI, FO, UNAM.

²Coordinador de la especialidad en Patología Bucal, DEPeI, FO, UNAM

³Departamento de Patología Bucal, DEPeI, FO, UNAM

Resumen

La incidencia de cáncer oral sigue en aumento, por lo que se debe enfatizar en la necesidad de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, mejorando la calidad y sobrevida de los pacientes. La incidencia y la mortalidad del padecimiento no han disminuido en los últimos 60 años.

Mientras que el pronóstico del paciente evaluado y tratado en estadios tempranos es relativamente favorable, la gran mayoría son diagnosticados en estadios muy avanzados por lo que el pronóstico es desfavorable. Para explicar por qué aun con los avances tecnológicos, los pacientes son diagnosticados de forma tardía, hay varios factores a los que esto se atribuye: 1.- La demora del paciente en acudir a un servicio de salud, 2.- El retraso por parte del profesional de la salud en emitir o referir al paciente a un servicio o profesionista capacitado en patología o medicina bucal y 3.- La dilación en recibir el tratamiento definitivo, actualmente en promedio 7 de cada 10 pacientes con cáncer bucal son referidos tardíamente a pesar de haber sido revisados por varios profesionales de la salud.

Actualmente un período de 4 a 6 semanas parece ser aceptable desde una perspectiva oncológica, a fin de realizar los estudios clínicos, de laboratorio, imagenológicos e histopatológicos necesarios.

El objetivo del trabajo es destacar la importancia del diagnóstico oportuno y los factores que pueden afectar que este se lleve a cabo. Se presenta el caso de dos pacientes masculinos con diagnóstico de neoplasia maligna, que habían sido previamente examinados y tratados por diferentes profesionales de la salud sin un diagnóstico y el retraso en su canalización a un centro especializado.

Palabras clave: Cáncer oral, diagnóstico temprano, detección temprana, retraso diagnóstico, intervalo de tiempo, retraso del paciente, retraso profesional.

Abstract

The incidence of oral cancer is increasing, and the need for early diagnosis should be highlighted, since early diagnosis and effective treatment improves patient's survival and quality of life. Despite of having better diagnostic tools, chemotherapy, and surgical technics, mortality rates have not decreased in the last sixty years; patient's prognosis is relatively good when malignant disorders are diagnosed and treated in early stages; still seven out of ten patients are diagnosed in advanced stages despite been seen by several medical doctors and dentists, the prognosis is unfavorable in most cases, and affects the quality of life. Several factors must be considered to explain why despite of all technological advances, patients are still being diagnosed and treated at late stages. The delays pathways can be divided into three components: 1.- Patients delay in seeking professional advice, 2.- Large interval in professional's accurate diagnosis and referral to an oncologic facility and 3.- Hold back in time to receive the appropriate treatment.

Currently an interval of 4 to 6 weeks seems to be acceptable from an oncology perspective. The aims of this report are to highlight the importance of prompt identification and diagnosis by the patient and by health professionals and how patient's outcome can be affected. We report two male patients, diagnosed with malignant epithelial neoplasms, that had been previously examined and treated without a diagnosis by several health professionals.

Key Words: Oral cancer, early diagnosis, early detection, diagnostic delay, time interval, patient delay, professional delay.

Introducción

El cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. En cabeza y cuello se puede presentar en cualquier región anatómica incluyendo orofaringe y labios. Corresponde al 6to cáncer más común a nivel global ⁽¹⁾. En cavidad bucal el 90% pertenece al tipo de carcinoma de células escamosas; es más frecuente en el borde lateral de lengua, piso de boca y zona retromolar ⁽²⁾; con menor incidencia se presentan otros tipos de cáncer, en las glándulas salivales, músculo, maxilares, tejido linfático etc. ⁽³⁾, y el Melanoma en epitelio de piel y mucosas también, así como metástasis de otros tumores con una incidencia menor al 1%. ^(4, 5).

La incidencia a nivel global reportado por la "International Agency for Research on Cancer", (IARC); a través del portal GLOBOCAN en el 2018, señala 4 casos nuevos de cáncer bucal por cada 100,000 habitantes y 1.9 muertes por cada 100,000 habitantes ⁽⁵⁾; en México se carece de información confiable, ya que se solo se cuenta con información parcial de casuística publicada de instituciones de salud y esta es generalmente controvertida.

La incidencia parece ser más alta en hombres, con 5.5 casos y en mujeres 2.5 casos por cada 100,000 habitantes. En países como India y Tailandia la proporción es de 1:2, más en mujeres que en hombres, la edad promedio es entre los 50 y 70 años. ⁽¹⁾

En el 2018, de forma global, se reportaron 354, 854 casos de cáncer oral ⁽⁷⁾ y aproximadamente 35 mil fueron reportados en pacientes menores de 40 años, representado un 10% y un total de 177,384 muertes. ⁽⁸⁾

La tasa de supervivencia y el pronóstico del paciente están influenciados por diversos factores, como la localización del tumor, tamaño, tipo histológico, grado de diferenciación, estadio de la enfermedad, la presencia de metástasis, así como por el tiempo de evolución y tratamiento. ⁽⁹⁾

La sobrevida a los 5 años para el cáncer oral, de labio y orofaringe, se estima que es del 47% - 50% de los pacientes. Para otros tipos de cáncer, como el carcinoma adenoideo quístico, la tasa de supervivencia es de 50% - 70% en 10 años, mientras que en el melanoma es del 20% en 5 años. ^(4,5). En este contexto la supervivencia del cáncer bucal no ha mejorado a pesar de los avances quirúrgicos y terapéuticos, insistiendo que esto se debe retraso en el diagnóstico y la derivación a centros oncológicos ⁽⁷⁾.

Estas bajas tasas de supervivencia se insiste que se atribuyen al estadio avanzado de la enfermedad y al diagnóstico y tratamiento tardío siendo que la mayoría de los casos de cáncer en la cavidad bucal pueden ser detectados clínicamente en estadios tempranos. ⁽¹⁰⁾

Los profesionales de la salud, y especialmente los odontólogos, tienen un rol importante en el diagnóstico temprano, ya que son los que se encuentran en la primera línea de detección; si estas fuesen diagnosticadas y tratadas en estadios tempranos, la tasa de supervivencia excedería aproximadamente el 80%. ⁽⁶⁾

Los odontólogos se encuentran en una posición única para examinar la cavidad bucal y zonas adyacentes, orofaringe y zonas cervicales; y las alteraciones pueden ser detectadas fácilmente mediante un examen clínico completo, cuidadoso, detallado y sistemático. Sin embargo, el conocimiento y la detección oportuna es muy deficiente, ya que no siempre se realiza la revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad bucal, lamentablemente el odontólogo egresa sin adquirir la capacidad para la toma de una biopsia, sus indicaciones y contra indicaciones; prescribiendo medicamentos sin un diagnóstico, y/o derivando a otros profesionales de la salud antes de ser referidos al patólogo o médico bucal. ⁽¹¹⁾

Actualmente existen campañas que se enfocan en la importancia del diagnóstico temprano, tanto en población abierta como al odontólogo en los sectores educativo, institucional y privado para el diagnóstico temprano, el objetivo es reducir la morbilidad del paciente y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Se presentan a 2 casos clínicos, el primero con un diagnóstico y tratamiento temprano y el segundo con diagnóstico y tratamiento tardío.

Presentación de caso

Caso No.1

Paciente masculino de 52 años, se presenta a la Clínica de Medicina Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, atendido previamente por odontólogos particulares. Extraoralmente no se observan alteraciones, a la palpación el paciente refiere dolor en tercio medio facial del lado derecho (Fig. 1). En la exploración intraoral se observa un aumento de volumen en zona posterior de paladar duro y blando del lado derecho, con la presencia de una zona ulcerada de aproximadamente 1 cm, a la palpación paciente refiere dolor (Fig.2). con notoria movilidad de los órganos dentarios 16, 17 y 18. Se solicita tomografía computarizada y se identifica tumor en proceso alveolar superior derecho, que ocasiona erosión ósea a nivel de premolares y molares, involucra paladar duro y muestra invasión a cavidad nasal, con pérdida de la interfase con el cornete inferior; aumento en el diámetro del agujero palatino mayor ipsilateral, erosión de la lámina pterigoides con posible diseminación perineural. No se observan adenopatías. El resto de los espacios del cuello sin datos que consignar. (Figs. 3a, 3b y 3c).



Figura 1. Fotografías extraorales frontales y laterales. No se observan alteraciones. Fuente directa, Clínica de Medicina Bucal, DEPEI, FO UNAM.



Figura 2. Fotografía intraoral de maxilar superior. Se observa presencia de una zona ulcerada de aproximadamente 1 cm en zona posterior de paladar duro y blando del lado derecho. Fuente directa, Clínica de Medicina Bucal, DEPEI, FO UNAM.



Figura 3a. Se observa zona isodensa a tejidos blandos en zona de órgano dentario 14 y 17, de bordes no definidos. Fuente directa, Clínica de Medicina bucal, DEPEI, FO UNAM.

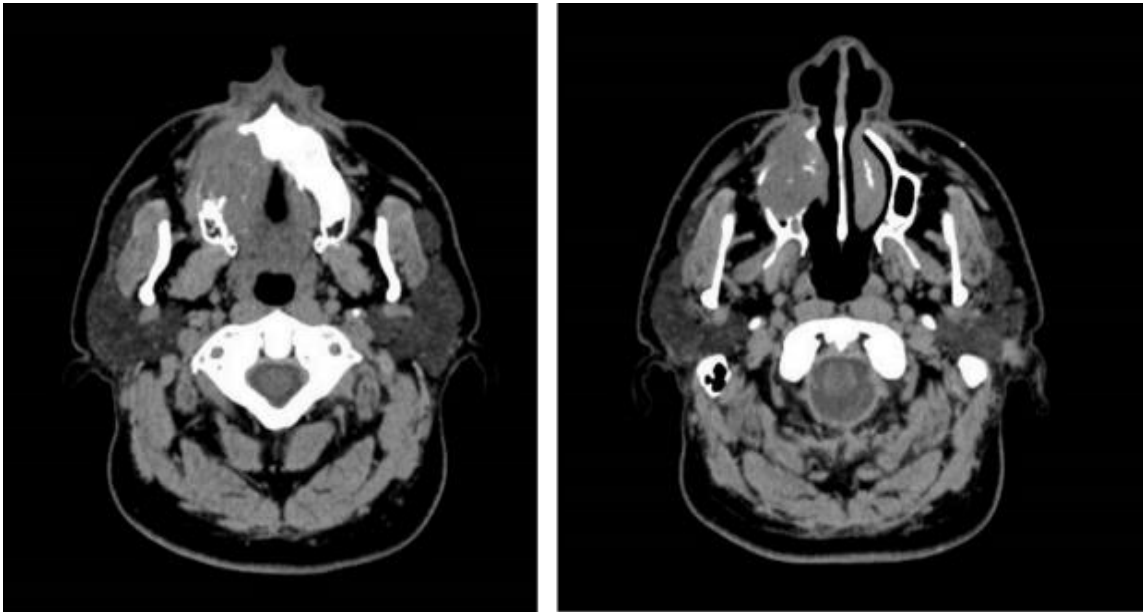


Figura 3b. Tomografía computarizada, corte axial. Se observa una zona isodensa a tejidos blandos perfora cortical vestibular y palatina del reborde alveolar del maxilar y que invade pared lateral de fosa nasal del lado derecho. Fuente directa, Clínica de Medicina Bucal, DEPeI, FO UNAM.



Figura 3c. Tomografía computarizada, corte coronal y reconstrucción 3D. Se observa destrucción de reborde alveolar y piso de seno maxilar con invasión a la pared lateral de las fosas nasales del lado derecho. Fuente directa, Clínica de Medicina Bucal, DEPeI, FO UNAM.

Se decide realizar biopsia incisional bajo anestesia local, realizando incisión de espesor total, obteniendo fragmento de tejido blando, el cual se envía y se procesa en el Servicio de Diagnóstico de Patología Bucal, DEPEI, FO UNAM.

Hallazgos macroscópicos

Se recibe espécimen único de tejido blando que mide aproximadamente 1.8 x 0.8 x 0.4 cm de forma y superficie irregular, consistencia firme, de color café claro, con zonas café oscuro. (Fig. 4).

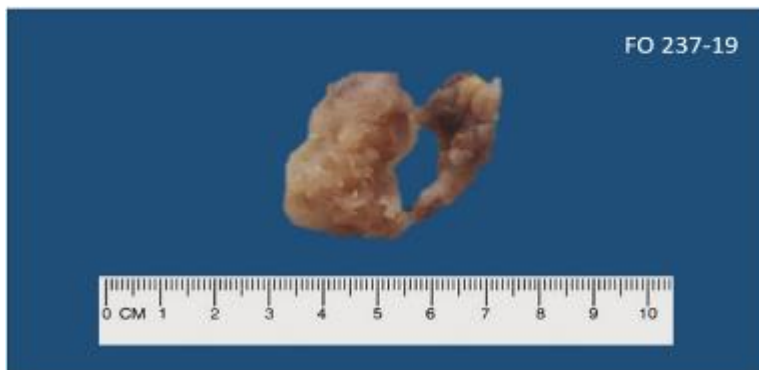


Figura 4. Fotografía macroscópica del espécimen. Fuente Directa, Servicio de Diagnóstico de Patología Bucal, DEPEI, FO UNAM.

Hallazgos microscópicos

En los cortes histológicos examinados se observó una neoplasia maligna de estirpe epitelial, con células de morfología basaloide, con núcleos de morfología oval con hiper cromatismo, y escaso citoplasma, estas organizadas en un patrón cribiforme y tubular, dispuesto en un estroma de tejido conectivo denso irregular bien vascularizado. (Fig. 5).

Se emite diagnóstico histopatológico de Carcinoma Adenoideo Quístico con patrón predominantemente cribiforme.

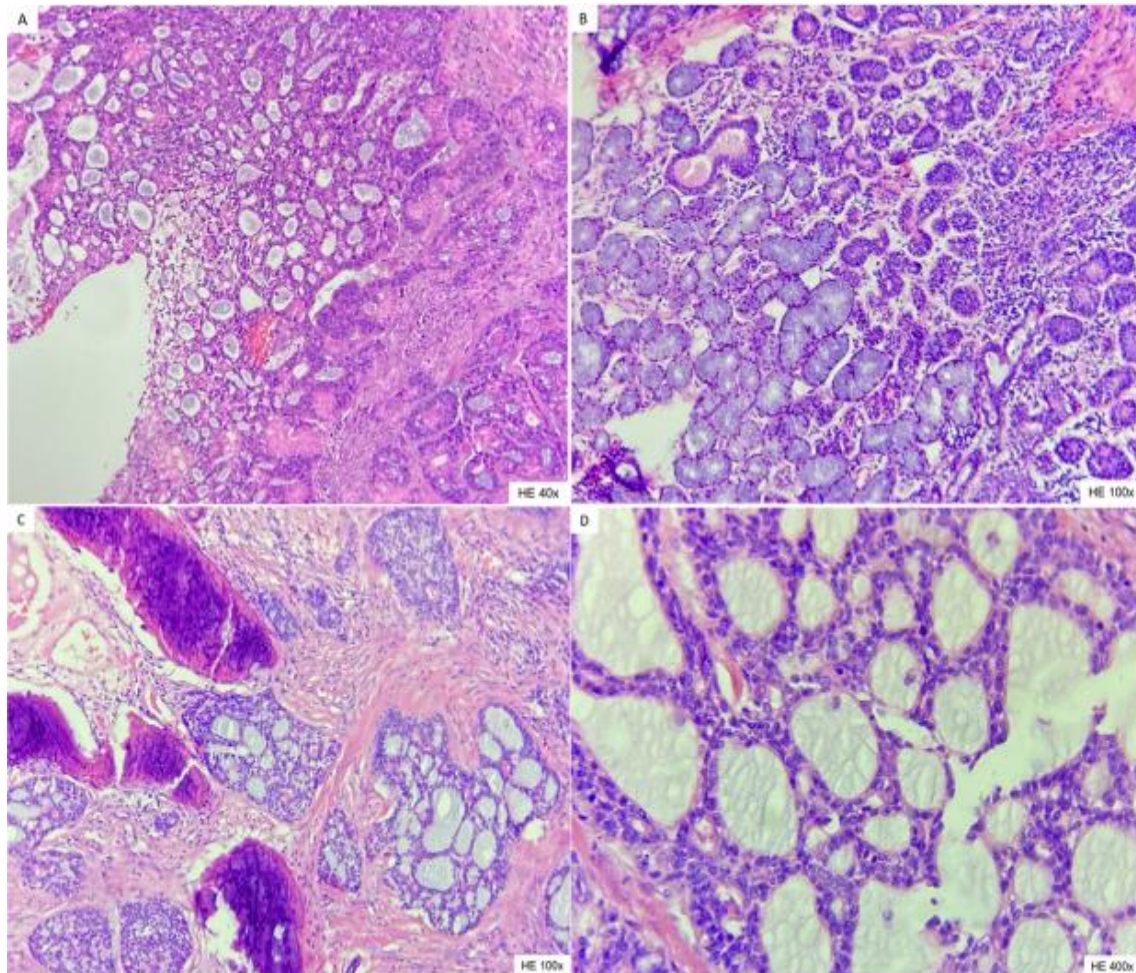


Figura 5. Fotografías H&E A. 40x Neoplasia maligna con patrón de predominio cribiforme, B. 100x Infiltración a parénquima glandular salival, C. 100x Infiltración a tejido óseo circundante, D. 400x Células ovas con núcleos hiper cromáticos dispuestas en patrón cribiforme. Fuente Directa, Servicio de Diagnóstico de Patología Bucal, DEPel, FO UNAM.

Paciente es referido al Instituto Nacional de Cancerología al Servicio de Cabeza y Cuello, evaluado nuevamente y se corrobora diagnóstico de carcinoma adenoideo quístico con patrón cribiforme y se procede a realizar maxilectomía subtotal derecha. Los hallazgos macroscópicos reportaron:

Espécimen único de tejido óseo y tejidos blandos que mide 7 x 5 x 4 cm. Forma rectangular, con áreas café claro, marrón y zonas de hemorragia. Presenta tumor de aspecto esférico el cual es bien delimitado y mide 5 x 3 x 2 cm. localizado en el seno maxilar derecho ocupando casi la totalidad de la cavidad. Tiene superficie anfractuosa, de color café amarillento y de consistencia media. El borde anterior corresponde a proceso maxilar anterior a la altura del órgano dentario lateral derecho, medialmente se continua con la sutura palatina, el borde posterior se encuentra conformado por la tuberosidad del maxilar en la cual se presentan inserciones del musculo pterigoideo lateral, el borde superior está limitado por la lesión. Hacia la base se observa mucosa de la encía de color blanco grisáceo

con áreas violáceas, se identifican los órganos dentarios de lateral al segundo molar. Su cara inferior consiste en paladar duro y blando revestido por mucosa rugosa y opaca, de color blanco rosado con una zona ulcerada localizada a 1cm del segundo molar que mide aproximadamente 0.5cm de diámetro. El resto de la mucosa palatina no presenta alteraciones. A los cortes seriados se observa disminución en la consistencia del tejido óseo por infiltración neoplásica. El tumor tiene superficie irregular, de color blanco amarillento con zonas calcificadas. No se observa involucro aparente de las raíces de los órganos dentarios. Fig. 6.



Figura 6. Fotografía macroscópica de producto de maxilectomía subtotal derecha. Fuente Directa, INCaN.

El diagnóstico histopatológico detallado:

- Carcinoma Adenoideo Quístico con patrón predominantemente Cribiforme (Grado 2).
- Epicentro tumoral en el antro maxilar, con infiltración al piso, pared medial y tuberosidad del maxilar, con extensión al paladar.
- Tamaño del tumor: 5 x 3 x 2cm.
- Se observó permeación linfovascular y destrucción del tejido óseo.
- No se identificó invasión del espacio perineural en los cortes estudiados.

- Márgenes quirúrgicos: medial a 3mm, lateral a 2mm, anterior a 6mm, posterior a 3mm.
- Margen óseo superior a 1cm de la neoplasia.
- Ampliación del margen medial (enviado por separado) con infiltración por carcinoma adenoideo quístico a 3mm del borde.

Seguimiento

Actualmente el paciente se presenta a revisiones postoperatorias al servicio de cirugía oncológica de cabeza y cuello. Es atendido actualmente por el servicio de Prótesis Maxilofacial para realizar rehabilitación integral del paciente.

Caso No.2

Paciente masculino de 61 años, se presenta a consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología, de la Ciudad de México. Referido por odontólogo particular, (después de haber sido revisado y tratado por varios médicos y odontólogos), con un aumento de volumen en tercio inferior facial del lado izquierdo con 2 meses de evolución. A la exploración extraoral se observa asimetría facial a expensas de aumento de volumen del tercio inferior facial del lado izquierdo, con dolor a la palpación. A la exploración intraoral se observa un aumento de volumen que abarca desde zona de incisivos centrales inferiores hasta zona de molares del lado izquierdo, de aspecto heterogéneo, con zonas ulceradas, y con variación en el color, de superficie irregular y consistencia blanda, con dolor a la palpación, (Fig. 1). Se indica tomografía computarizada, donde se observa una zona isodensa a tejidos blandos, que abarca casi en su totalidad hueso mandibular del lado izquierdo, de forma irregular, de crecimiento exofítico. (Fig. 2a y 2b). Por lo que se indica realizar biopsia incisional.



Figura 1. Fotografías extraorales frontales, donde se evidencia asimetría facial a expensas de aumento de volumen en tercio medio facial y aumento de volumen intraoral heterogéneo en superficie y color del lado izquierdo. Fuente Directa, INCan.

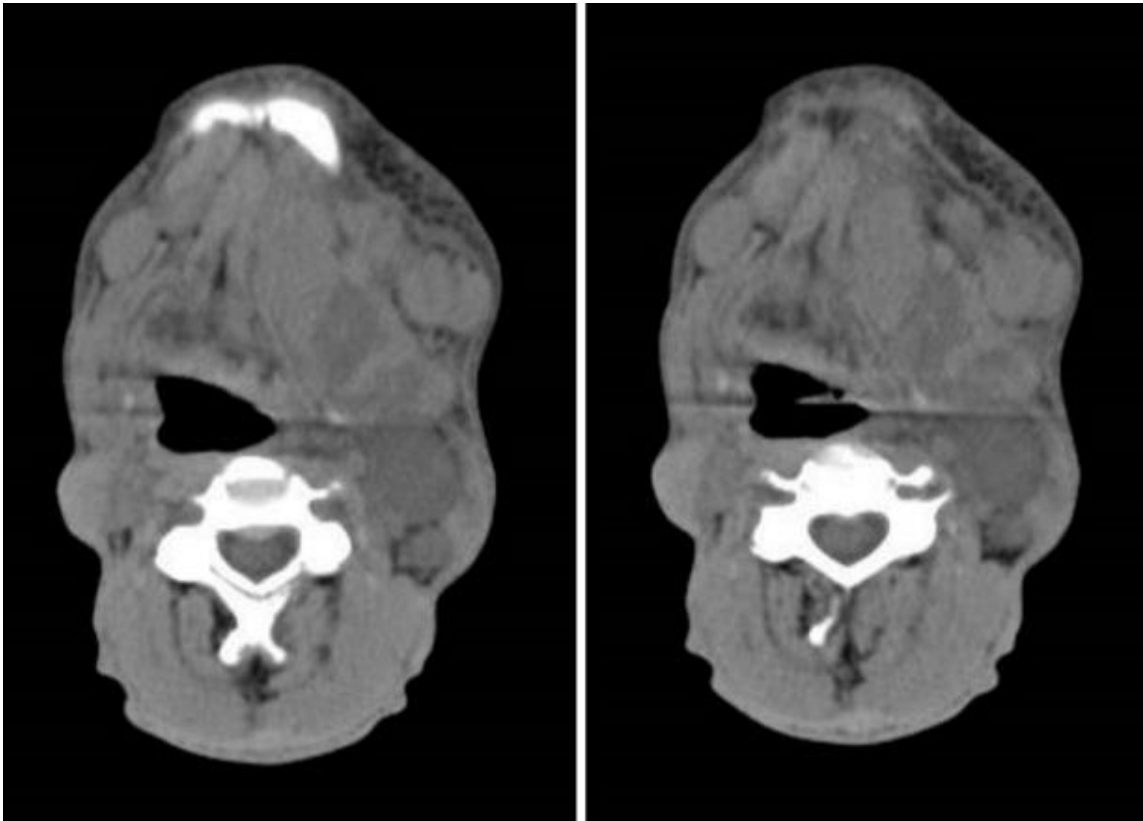


Figura 2a. Tomografía Computarizada, corte axial. Se observa una zona isodensa a tejidos blandos que invade nivel IIb de cuello de bordes no definidos del lado izquierdo. Fuente Directa, INCan.

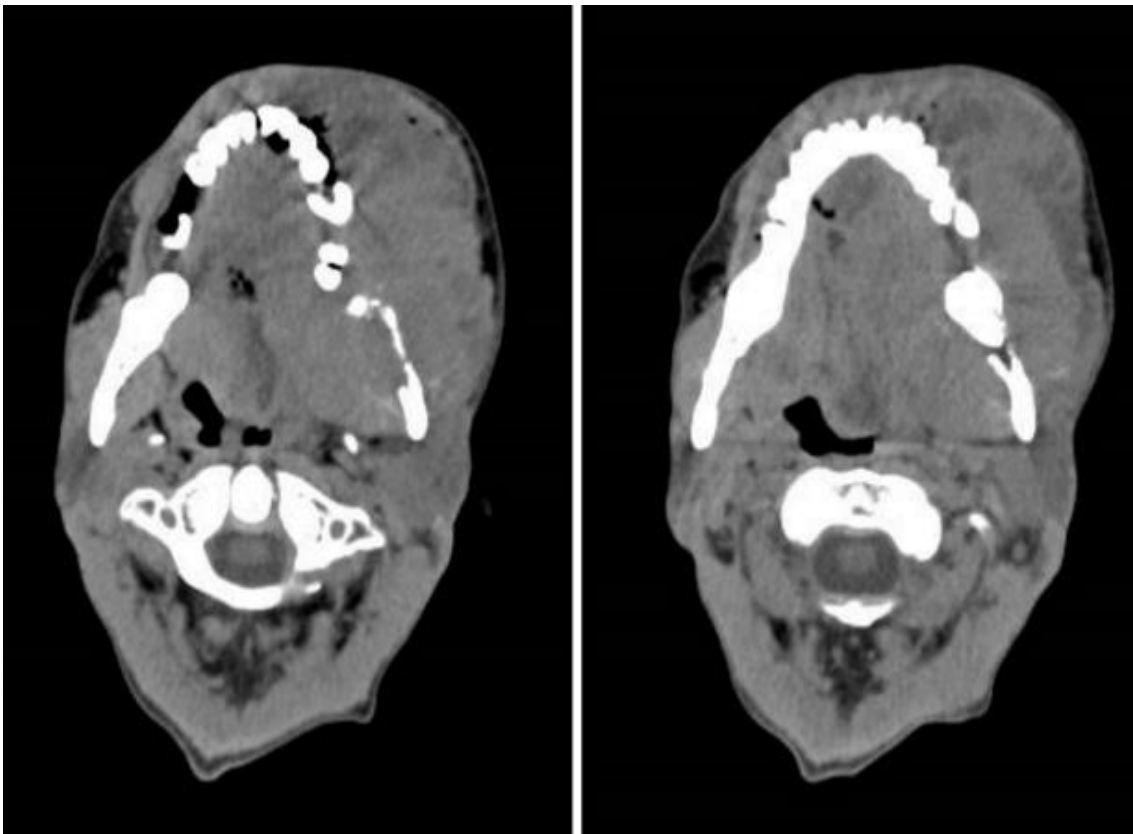


Figura 2b. Tomografía Computarizada, corte axial. Se observa una zona

isodensa a tejidos blandos de bordes no definidos que compromete el reborde alveolar mandibular, destruyendo cortical ósea lingual y vestibular, extendiéndose desde incisivos centrales inferiores hasta zona retromolar del lado izquierdo. Fuente Directa, INCan.

Hallazgos macroscópicos

Referido como biopsia incisional de tumor en cavidad oral, se reciben dos fragmentos de tejidos nodulares de forma irregular, con dimensiones para el mayor de 1.1 x 0.4 x 0.2 cm y para el menor 0.9 x 0.3 x 0.2 cm. ambos de color café claro y consistencia blanda. La superficie de corte es sólida de color café con zonas de aspecto hemorrágico.

Hallazgos microscópicos:

En los cortes histológicos examinados se observó una neoplasia maligna de estirpe mesenquimal, con células de diferentes tamaños, con pleomorfismo celular y nuclear, cromatina dispersa y presencia de mitosis atípicas organizadas en un patrón sólido con presencia de infiltrado inflamatorio moderado linfoplasmocitario dispuesto de forma difusa y pigmento granular marrón. (Fig. 3). Se realizaron tinciones de inmunohistoquímica (HMB-45, Melan-A, Proteína S-100), (Fig. 4).

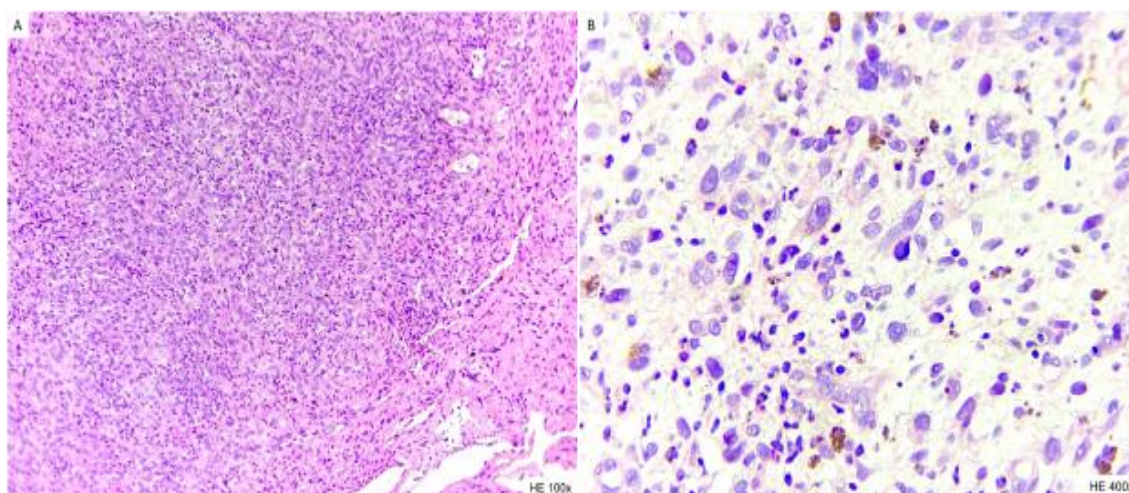


Figura 3. Fotografías H&E A. 100x Neoplasia maligna dispuesta en un patrón sólido, B. 400x presencia de células con pleomorfismo celular y nuclear, cromatina dispersa, nucléolos evidentes y con presencia de pigmento granular marrón. Fuente Directa, INCan.

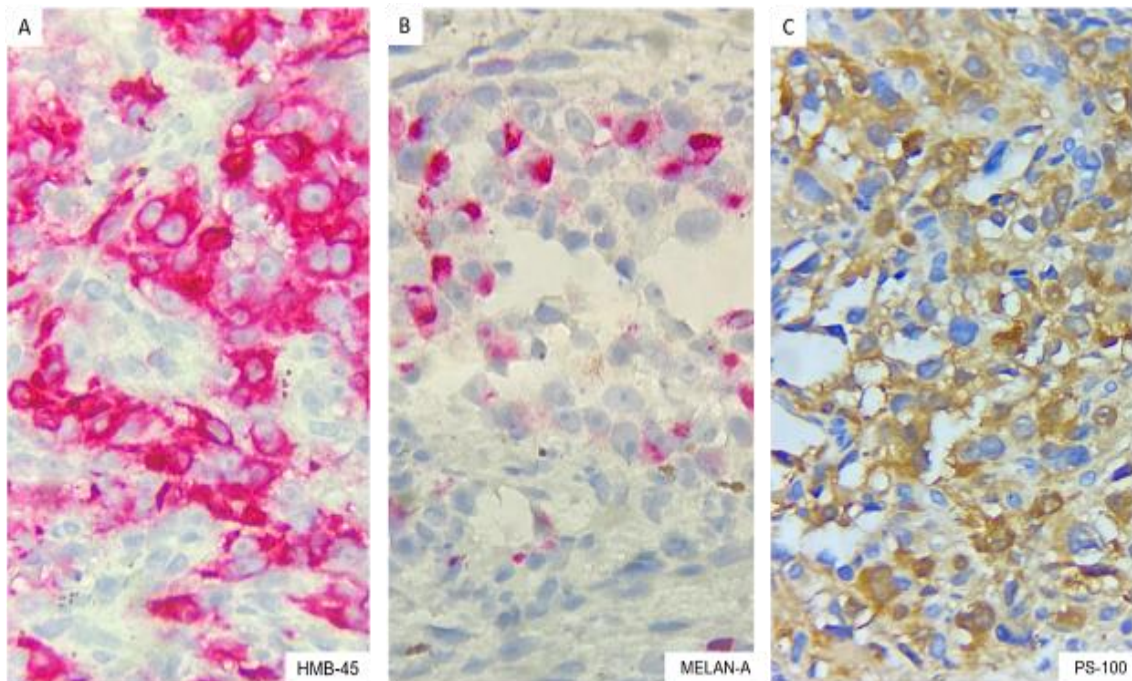


Figura 4. Fotografías Inmunohistoquímica, A. HMB-45, positividad nuclear, B. Melan-A, positividad nuclear, C. P-S100, positividad nuclear y citoplasmática. Fuente Directa, INCan.

Diagnostico histopatológico detallado:

- Melanoma en fase de crecimiento vertical, ulcerado con abundante tejido de granulación.
- Se realizaron estudios de inmunohistoquímica los cuales dieron los siguientes resultados en las células neoplásicas: Proteína S-100, Melan-A, HB45 positivos, Citoqueratina AE1/AE3 negativo.

Debido al avanzado estado de la enfermedad el Departamento de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello decide que el paciente no es candidato para la escisión quirúrgica, por lo que es referido al servicio de Oncología Médica, para recibir radioterapia y quimioterapia como tratamiento paliativo.

Paciente se presentó a una segunda cita a consulta externa y a la exploración extraoral e intraoral no se observan cambios, sin embargo, paciente se presenta con disnea, disfagia, astenia y adinamia. Debido a esto se indica la realización de traqueotomía y colocación de sonda gástrica. Fig.5.



Figura 5. Fotografías extraorales laterales. Paciente ingresado a unidad hospitalaria con presencia de cánula de traqueostomía. Fuente Directa, INCan.

Seguimiento

Posteriormente se da de alta hospitalaria y actualmente se encuentra recibiendo ciclos de radioterapia y quimioterapia.

Discusión

El diagnóstico temprano y oportuno, es el elemento más importante en el pronóstico y calidad de vida del paciente, disminuyendo la mutilación quirúrgica y aumentando la sobrevida, sin embargo, este es uno de los aspectos más débiles en la práctica general ya que la estadística del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), señala que 7 de cada 10 pacientes referidos a este instituto con cáncer bucal, fueron antes vistos y tratados por médicos y odontólogos sin un diagnóstico.

La Organización Mundial de la Salud y varios autores entre los que citamos Güneri y Epstein⁽¹²⁾ recomiendan poner en práctica una serie de componentes que pueden ayudar a la detección temprana del cáncer bucal, desde la utilización de técnicas en la práctica clínica, como la tinción con azul de toluidina en lesiones sospechosas de malignidad, citología exfoliativa y estudios de imagen, la implementación de detecciones sistemáticas en pacientes asintomáticos, aplicando revisiones periódicas, mediante intervenciones de salud pública, concientizando a la población en general.

En la actualidad existen pocos estudios sobre el rol que cumplen los profesionales de la salud en la detección, diagnóstico y derivación de pacientes con cáncer bucal.

Un estudio realizado por Crossman y cols. ⁽¹⁰⁾ sobre la sintomatología de los pacientes con cáncer bucal previo a ser diagnosticados y el rol que representan los profesionales de la salud, demostró que el 62% de los pacientes con cáncer bucal eran referidos por médicos generales a centros especializados. A pesar de esto se sabe que el odontólogo general cumple un rol muy importante en la identificación y derivación de este tipo de pacientes, ya que el mismo estudio demostró que al menos el 58% de los pacientes habían tenido citas previas con odontólogos generales.

Scott y cols. ⁽¹⁰⁾ señalan que la mayoría de los pacientes antes de buscar ayuda profesional, creían que sus signos y síntomas eran de naturaleza benigna y que resolverían por sí solos, por lo que no acudían con un profesional de la salud, ya que no lo consideraban necesario, buscando ayuda profesional hasta que notaron un cambio que les causaba una verdadera molestia o que les imposibilitaba de alguna manera la calidad de vida.

López – Cedrún y cols. ⁽⁷⁾ comparan diversos estudios y concluyen que la demora en el diagnóstico oportuno se atribuye tanto al paciente como al profesional de la salud; el retraso atribuido al paciente se debe a la interpretación errónea e información sobre los signos y síntomas que padece sin buscar ayuda de profesional de forma temprana, así mismo el retraso atribuido al profesional de la salud se debe a falta de conocimiento sobre cáncer bucal, una revisión deficiente del área bucal y maxilofacial, no detectando los desórdenes potencialmente malignos o malignos retrasando la derivación del paciente a un centro oncológico.

Scotts y cols. ⁽¹⁰⁾, reportan que los profesionales de la salud, tanto odontólogos como médicos generales, tienen desconfianza en la habilidad para identificar pacientes con cáncer. Por lo que enfatizan la necesidad de entrenamiento para la detección oportuna de cáncer en cavidad oral y así una posterior derivación con el especialista.

La importancia del diagnóstico oportuno de cáncer bucal es el intervalo de tiempo desde que se emite el diagnóstico definitivo hasta que el paciente recibe tratamiento curativo o paliativo, impactando de forma directa la calidad de vida. López-Cedrún y cols. ⁽⁷⁾, reportan una perspectiva que incluye el análisis sobre el intervalo de tiempo, estimado en 187 días, con una leve variación en diferentes países como Irán (157 días), Australia (195 días), India (210) y Estados Unidos (206 días). Es probable que estas variaciones se deben a variables que afecten el lapso del paciente desde el diagnóstico hasta recibir el tratamiento. Las cuales son: 1.-Retraso por parte del paciente para buscar atención odontológica/médica, 2.- Dilación del profesional de la salud para identificar y derivar al paciente, 3.- Demora en la emisión de un diagnóstico definitivo y 4.- Retraso en el inicio del tratamiento definitivo.

El incremento de este intervalo de tiempo (entre el diagnóstico definitivo y el inicio del tratamiento curativo), se asocia a resultados no favorables para el paciente,

no solo para cáncer bucal o de cabeza y cuello, sino también para otros tipos de cáncer, pero paradójicamente el diagnóstico, tratamiento y supervivencia en el cáncer cérvico-uterino y de mama, han mejorado en las últimas décadas.

Noone y cols. ⁽¹³⁾ enfatizan en el estadio de la enfermedad como otro factor para tomar en cuenta, ya que la tasa de supervivencia en 5 años, tiende a ser más alta cuando se diagnostica en estadios tempranos, siendo que la supervivencia es del 84% comparado con estadios avanzados llegando a ser del 35% - 39%. Esto una vez más se debe al retraso en emitir un diagnóstico o bien a la demora del paciente para acudir con un profesional de la salud ya que del 40% - 60% de los pacientes que acuden con un profesional, se encuentran en estadios muy avanzados de la enfermedad y esto se ve reflejado incluso en los últimos 40 años, donde se sabe que la supervivencia de pacientes que se presentan en estadios avanzados no ha disminuido, por el contrario, ha ido en aumento.

Por esta razón es importante la concientización del paciente, sobre signos o cambios en cavidad bucal tanto leves como severos, así como la capacitación del profesional de la salud para detectar y así poder derivar de manera oportuna al paciente.

Psoter ⁽¹¹⁾ reportó que la práctica cotidiana de los profesionales de la salud especialmente los odontólogos, guiada en detección y revisión minuciosa de la cavidad bucal, de desórdenes potencialmente malignos, el 87% de odontólogos comunicaron al menos 1 lesión sospechosa de cáncer bucal y referida a biopsia, y en el 15% de los casos se diagnosticó como cáncer bucal; este reporte es alentador pues los odontólogos generales están identificando lesiones sospechosas de cáncer bucal.

Por otra parte, Gigliotti y cols. ⁽¹³⁾ enfatizan en la discrepancia o defecto metodológico que existe en la literatura en relación con el retraso en el diagnóstico de cáncer bucal y como afecta a la calidad de vida del paciente, ya que no hay unificación en el protocolo establecido para la decisión de las variables a evaluar y su influencia en el proceso o trayecto del paciente, los intervalos de tiempo son inaceptablemente largos. La mayoría de los estudios solo evalúan el retraso en la derivación del paciente por parte del profesional de la salud, la emisión de un diagnóstico definitivo y el inicio del tratamiento, la demora del paciente en acudir al profesional de la salud, desde que observó el primer signo o síntoma, el intervalo de tiempo para emitir el diagnóstico definitivo, el tiempo en ser derivado al centro tratante, luego de recibir el diagnóstico, y el inicio del tratamiento curativo o paliativo. Este estudio demostró que un alto porcentaje de pacientes tarda entre 2 a 5 meses para acudir al profesional de la salud, luego de observar una alteración en cavidad bucal, y este parece ser el punto determinante y más largo en el trayecto hacia diagnóstico.

Lamentablemente en México se estima que uno de cada dos pacientes con cáncer bucal muere por la enfermedad, lo que representa un problema clínico importante pues, cuando se establece un tratamiento quirúrgico genera importantes secuelas; funcionales y estéticas, con un grado de incapacidad y mala calidad de vida del paciente. Esta situación podría cambiar y reducir el

índice de mortalidad, estableciendo campañas y protocolos para el diagnóstico temprano y oportuno. (14)

Las publicaciones sobre cáncer oral en México son escasas, sin embargo, si se registrara la incidencia de cáncer bucal de centros oncológicos, centros de diagnóstico privados o universitarios, en el registro nacional lesiones bucales (RMLB.- www.rmlb.org.mx), lo cual es obligado por la ley, (Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de julio 2018) se obtendría una estadística sobre los casos diagnosticados, pacientes derivados a centros oncológicos, tratamientos recibidos, supervivencia y mortalidad; en el año 2016 la Facultad de Odontología de la UNAM y el INCan establecen la “Campaña Permanente para el Diagnóstico Temprano del Cáncer Bucal” dirigida a estudiantes de odontología, al sector público, privado y asociaciones gremiales a fin de involucrarlos en la importancia del diagnóstico oportuno. (14)

Conclusión

El diagnóstico oportuno y temprano de cáncer bucal ha demostrado que mejora el pronóstico del paciente, ofreciendo la posibilidad de curar la enfermedad, reducir mortalidad y mejorar la sobrevida.

La evidencia señala que la asociación entre el intervalo de tiempo desde el momento del diagnóstico hasta que el paciente recibe tratamiento influye directamente en la mortalidad del paciente y las secuelas.

Deben redoblar los esfuerzos enfocados a disminuir los factores que afectan el trayecto del paciente al tratamiento y las intervenciones dirigidas al aumento de la concientización de la población en general y las capacidades diagnósticas en los profesionales de la salud.

Es importante destacar que realizar exploraciones orales sistematizadas, con enfoques orientados a buscar lesiones sugestivas de malignidad y malignas conllevaría a una detección oportuna y temprana del cáncer bucal.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization [Internet]. France: Lyon; 2020 [citado mayo 5 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Markopoulos A. Current Aspects on Oral Squamous Cell Carcinoma. The Open Dentistry Journal. 2012; 6: 126 – 130.
3. Wenig BM. Atlas of Head and Neck Pathology. 3rd ed. New York: Elsevier; 2016.

4. Woo SB. Oral Pathology: A Comprehensive Atlas and Text. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
5. El-Naggar AK, Chan JK, Grandis JR, Takana T, Slootweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. Lyon: IARC; 2017.
6. International Agency for Research on Cancer/World Health Organization [Internet]. France: Lyon; 2020 [citado mayo 5 2020]. Cancer today. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>.
7. Lopéz-Cedrún J, Varela-Centelles P, Otero-Rico Ana, Vázquez-Mahía I, Seoane J, Castelo-Baz P. Overall time interval ("Total diagnostic delay") and mortality in symptomatic oral cancer: A U-shaped association. *Oral Oncology*. 2020; 104.
8. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Ca Cancer J Clin*. 2018; 68 (6): 394–424.
9. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*. 2009; 45: 309–316.
10. Crossman T, Warburton F, Richards M, Smith H, Ramirez A, Forbes L. Role of general practice in the diagnosis of oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2015.
11. Psoter W, Morse D, Ross A, Tomar S, Aguilar M, Harris D et al. Oral cancer examinations and lesion discovery as reported by U.S. general dentists: Findings from the National Dental Practice-Based Research Network. *Preventive Medicine*. 2019; 124: 117–123.
12. Güneri P, Epstein JB. Late-stage diagnosis of oral cancer: Components and possible solutions. *Oral Oncol*. 2014.
13. Gigliotti J, Madathil S, Makhoul N. Delays in oral cavity cancer. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2019; 48: 1131–1137.
14. Moctezuma-Bravo GS, León-Medina R, Rodríguez-Quilantan F, Moctezuma-Davila M. Cáncer oral en un hospital general de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en México, (1988-2005). *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14 (6): 323-328.
15. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017.