

Cáncer de la cavidad oral. Un reto para la salud de la población mexicana en la próxima década

Oral cavity cancer. A challenge to the health of the Mexican population in the next decade

José Francisco Gallegos-Hernández

El cáncer de la cavidad oral (CavOr) es una de las neoplasias de las cuales, se ha reportado aumento importante de su prevalencia en la última década. El incremento en el consumo de tabaco y alcohol, la generalización de su utilización en la población, el aumento en el número de mujeres que fuman y consumen etanol, así como las prácticas sexuales de alto riesgo, han favorecido que el número de casos de CavOr sea de más del doble, comparado con la frecuencia que tenía en los años 80. La Organización Mundial de la Salud estima que es uno de los tumores con mayor prevalencia en el mundo,¹ situándolo junto con el cáncer originado en la orofaringe, en el séptimo lugar en frecuencia. El aumento en el número de casos hace prever que para el año 2020, la frecuencia aumentará hasta 50%.

El comportamiento epidemiológico del CavOr ha tenido dos cambios importantes. Se ha incrementado su prevalencia, presentándose **en forma cada vez más frecuente** en personas jóvenes (menores de 45 años de edad), principalmente mujeres y sin antecedente de consumo de etanol-tabaco. En la actualidad, el virus del papiloma humano (VPH) es considerado el tercer factor etiológico más importante. Su asociación al cáncer de orofaringe ha sido reportada desde los años 70, pero en los últimos 10 años se ha comprobado la relación causa-efecto, surgiendo además como un factor pronóstico en cáncer de cabeza y cuello en general, y de cavidad oral y orofaringe en particular.²⁻⁴

En México, la mortalidad por cáncer en general ha aumentado de 0.60% en 1922 a 13.1% en 2001. El CavOr y orofaringe ha mostrado igualmente, un aumento importante, se calcula que ocupa el séptimo lugar.

Además, su mortalidad se triplicó de 1980 a 2008, presentando hasta el momento actual, una constante tendencia a la alza en forma significativa, y una variabilidad de tasas por 100 000 habitantes de 0.6 a 0.9, representando el 1.5% del total de tumores malignos.⁵ En el Instituto Mexicano del Seguro Social en un periodo de 26 meses entre 2010 y 2012, se evaluaron 410 pacientes con ésta neoplasia, lo cual representó el 10% de todos los tumores de cabeza y cuello. El incremento en el consumo de tabaco y alcohol⁴ en la población mexicana, especialmente en individuos jóvenes según reportes del INEGI, hace prever que el diagnóstico de ésta enfermedad será aún más frecuente, alertándonos sobre el problema de salud que implicará para la población mexicana, en la próxima década.

En México, aunque la prevalencia es menor a la de otros países de Latinoamérica, el aumento en el número de casos hace suponer que alcanzaremos a países como Brasil y Cuba en los próximos años. En el Brasil,⁶ el CavOr tiene una de las incidencias más altas del mundo y ocupa el sexto lugar de todas las neoplasias, se relaciona con el consumo de tabaco-alcohol en 52% de los casos. Por otra parte, en Cuba se localiza entre las 10 primeras causas de cáncer, con incremento importante en el número de casos.

Como en la mayoría de las neoplasias, la etapa es el factor pronóstico de mayor importancia e impacta en forma inversamente proporcional en la supervivencia. Desafortunadamente, el 80% de estos pacientes se presenta a su primera consulta de especialidad con etapas locorregionalmente avanzadas, a pesar de que la enfermedad ha causado síntomas en promedio 10 meses antes, de la primera consulta.

Es necesario, que hagamos un viraje en la evaluación de ésta neoplasia hacia la prevención primaria y secundaria. Asimismo, es preciso mejorar la educación para la salud, informar a la población sobre los factores de riesgo y capacitar a los médicos de primer contacto, para identificar sujetos con riesgo de padecer CavOr, haciéndolos conscientes de la importancia que tiene en el pronóstico, la referencia oportuna.

Después de la etapa, el grosor tumoral (profundidad de invasión del tumor en el tejido subyacente a la mucosa) es el factor pronóstico más importante en CavOr, principalmente el localizado en lengua y piso de boca. A partir de 4 mm de grosor, el pronóstico es ominoso, la tasa de metástasis ganglionares es mayor y la posibilidad de curación menor. Esto implica que el tiempo que se tiene entre la identificación de una lesión superficial, y que ésta se haga invasora con mal pronóstico es corto. Por ello se debe actuar con celeridad. Las guías de la *Fundación para el Cáncer de Boca* (MCF) indican que las lesiones sospechosas (eritroplasia, leucoplasia, liquen plano, úlcera o masa en mucosa oral y presencia de movilidad de un órgano dental sin causa dental aparente), deben ser referidas en las dos primeras semanas de haberse diagnosticado.

A la población debemos hacerle conocer los factores de riesgo, la problemática que implica el aumento del CavOr y la importancia de la autoevaluación de la mucosa oral. A los médicos de primer contacto, generalmente odontólogos, les debemos enfatizar la importancia de referir las lesiones sospechosas a las autoridades de salud, se les debe demandar que se incrementen las medidas anti tabaco-alcohol y prohibir con mayor energía el inicio del tabaquismo a edades tempranas, así como facilitar el acceso de la población a centros para la higiene oral.

El retraso del diagnóstico en nuestro medio tiene dos causas. En primer lugar, el propio paciente no hace caso de la sintomatología inicial y acude tardíamente a evaluación médica. En segundo lugar y desafortunadamente, la más frecuente es la pobre eficiencia en el diagnóstico inicial. Esto sucede cuando el paciente acude a consulta refiriendo algún tipo de molestia en la cavidad oral, y el médico de primer contacto no le da la importancia necesaria a las lesiones incipientes,⁷ no identifica a los sujetos de alto riesgo o peor aún, inicia "tratamientos tópicos o antiinflamatorios", que retrasan el diagnóstico. Estos hechos coinciden con los reportes de la OMS, que evidencian que el CavOr se diagnostica en etapas más avanzadas en los países con producto interno bruto menor, en poblaciones con menor acceso a sistemas de salud oral y con mayores diferencias socioeconómicas.

Al originarse en un área anatómica fundamental para la comunicación, la deglución y la interrelación social, el

tratamiento del CavOr implica deterioro importante en éstas esferas claves en la calidad de vida del individuo. El grado de éste deterioro depende de la radicalidad del tratamiento o tratamientos, y éstos a su vez de la etapa de la enfermedad. A mayor etapa, mayor es la posibilidad de secuelas, que disminuyen sino es que imposibilitan la reintegración del individuo al entorno laboral y social, actos tan simples como comer y beber en público o comunicarse resultan imposibles en pacientes que reciben tratamientos multidisciplinarios y radicales en etapas lo-corregionalmente avanzadas. Por ello, es fundamental identificar etapas tempranas o mejor aún lesiones preneoplásicas (lesiones que aparecen por la irritación constante del carcinógeno, y son el paso previo a la aparición del CavOr), en las que el éxito terapéutico y la calidad de vida son mayores, así como menores las secuelas y costo del tratamiento.

El estilo de vida es determinante para la aparición de esta neoplasia, representa el 50% de la etiopatogenia. En él se incluyen hábitos tóxicos, hábitos sexuales y la presencia de microorganismos y placa dento-bacetriana asociada a la pobre higiene bucal. El 25% de las causas están relacionadas con factores del medio ambiente y el restante 25%, es debido a cambios genéticos como cambios en la inmunología local de la boca, alteraciones en la reparación del ADN y expresión del oncogene p-53. Los hábitos sexuales juegan un rol importante en la etiopatogenia de esta neoplasia, la promiscuidad y el contacto orogenital sin protección, incrementan el riesgo de infección por VPH sobretodo los tipos 16 y 18, que tienen relación causa-efecto en esta enfermedad,³ la historia clínica debe de incluir el interrogatorio de ésta esfera.

El aumento tan importante en la prevalencia del CavOr, nos hace prever que en los próximos 10 años, la población mexicana podría encontrarse ante un grave problema de salud, que implica elevado costo terapéutico e incremento en el número de incapacidades laborales de personas, que se encuentran en pleno periodo de productividad y son la fuente de ingreso económico y/o la base misma de la integración familiar. Debemos estar preparados y atentos ante el incremento en la frecuencia de CavOr, desecharlo el concepto de que es una enfermedad de hombres mayores, consumidores crónicos de alcohol.

Finalmente, es menester mencionar que el tratamiento inicial es fundamental en la evolución y pronóstico de los pacientes con CavOr. El primer tratamiento que ofreczamos es el que determina para bien o para mal, el pronóstico. El flujograma diagnóstico-terapéutico está bien definido para cada una de las etapas de la enfermedad, en las guías de práctica clínica para el

tratamiento del CavOr.⁸ Los tres puntos fundamentales en los que se basa del tratamiento del CavOr y que deben ser seguidos puntualmente son:

1. Estadificación clínica correcta y determinación de resecabilidad.
2. Estadificación quirúrgico-histopatológica, que implica tres aspectos insoslayables: 2.1. Obtener márgenes quirúrgicos negativos a infiltración neoplásica en la resección del tumor primario.
2.2. Linfadenectomía cervical rutinaria (disección radical de cuello), cuya extensión y radicalidad son determinadas con base en la etapa clínica.
- 2.3. Evaluación histopatológica completa, que permita conocer todos los factores pronóstico.
3. Clasificación posoperatoria en grupos con base en el resultado histopatológico, lo cual implica la selección de la terapéutica adyuvante.

La adecuada coordinación entre identificación de grupos de riesgo, pesquisa, diagnóstico temprano y terapéutica multidisciplinaria adecuada, debe de ser la meta a lograr para disminuir la mortalidad en CavOr.

REFERENCIAS

1. Nagao T, Warnakulasuriya S. Annual screening or oral cancer detection. *Cancer Detect Prev* 2003;333-337.
2. Gallegos-Hernández JF. Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aero-digestivas superiores (VADS). *Acta Med* 2005;3:247-254.
3. Gallegos-Hernández JF, Paredes-Hernández E, Flores-Díaz R, et al. Virus del papiloma humano asociado con cáncer de cabeza y cuello. *Cir Ciruj* 2007;75:151-155.
4. García-Cuellar CM, González-Ramírez IC, Granados-García M. VPH y los carcinomas de cavidad bucal y bucofarínge. *Cancerología* 2009;4:188-191.
5. Consultado el 20 de marzo de 2012. www.cenevace.salud.gob.mx
6. Dediwit RA, França CM, Mafra ACB, et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70:35-40.
7. Reyes-Vivanco CA. Perspectiva y expectativas de la odontología frente al cáncer oral. *Cir Ciruj* 2009;77:1-2.
8. Consejo de Salubridad General. Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de cavidad oral en pacientes mayores de 18 años. Evidencias y Recomendaciones. México. Secretaría de Salud. 2010.

Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello.
Hospital de Oncología del CMN SXXI. IMSS.
México D.F., México.

Correspondencia: Dr. José Francisco Gallegos Hernández.
Hospital de Oncología del CMN SXXI. IMSS.
Av. Cauhtémoc 330. Col. Doctores. C.P. 08725.
México D.F., México. Teléfono y fax: (52) 4697 2359.

Correo electrónico: gal61@prodigy.net.mx