

El dentista general y el cáncer bucal

Autora: Beatriz C. Aldape Barrios

Profesora de patología bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM

Resumen

En las estadísticas mundiales el cáncer bucal representa del 2 al 5% del total de pacientes oncológicos y es responsable de 1% de las muertes por cáncer. La incidencia del cáncer bucal está aumentando gradualmente, por ello, resulta esencial en este momento la detección temprana de lesiones premalignas o cancerizables, no sólo para mejorar la calidad de vida del paciente. Es responsabilidad del dentista efectuar el diagnóstico precoz; para facilitararlo existen muchos métodos clínicos, aunque lo más importante es una buena exploración bucal y conocer las características clínicas que pueden alertar para realizar una biopsia y determinar los factores de riesgo a los que se encuentra expuesto el paciente. Aquí se mencionan los métodos más modernos y que pueden ser utilizados por los odontólogos generales para complementar la exploración bucal.

Palabras clave: cáncer, métodos auxiliares, diagnóstico precoz.

Introducción

El cáncer bucal ha aumentado en el mundo, se estima que más de 750 000 personas presentaron cáncer bucal globalmente y más de 275 000 nuevos casos fueron reportados en el 2002. En México, se debe contar con mejores estadísticas, ya que sólo se dispone de los registros del Instituto Nacional de Cancerología y los de la Secretaría de Salud, de ahí que los proyectos de estadística son necesarios para determinar los factores de riesgo en la república mexicana.

Este cáncer se ha incrementado más en hombres y mujeres mayores de 40 años; en el caso del labio se debe a la radiación solar. La supervivencia es muy baja en los centros oncológicos, ya que las personas llegan con lesiones mayores a 2 cm y generalmente con metástasis, por eso el diagnóstico precoz en el consultorio dental es muy

importante, así como referir al paciente a un centro oncológico para su tratamiento.

La etiología del carcinoma epidermoide (células escamosas) está relacionada principalmente con el tabaco y el alcohol, sin embargo, existen otros factores asociados como los virus oncogénicos (entre ellos está el virus del papiloma humano, VPH 16 y 18 principalmente), candida, sífilis, deficiencia de hierro, radiaciones ionizantes, inmunosupresión, oncogenes y genes supresores de tumor. También es alarmante el aumento de reportes de carcinoma bucal en pacientes menores de 40 años sin factores evidentes de riesgo.

Por lo anterior, es determinante que el dentista esté mejor preparado para identificar lesiones precursoras de malignidad. Para ayudar a la detección de lesiones sospechosas se pueden usar muchos métodos clínicos moder-

nos mediante los cuales la inspección y observación para determinar cambios de color (rojo o blanco), superficie (áspero) o consistencia (firme o indurado) deben ser rigurosos.

Hallazgos clínicos

La presentación clínica es muy variada, va desde masas exofíticas hasta úlceras profundas no dolorosas con más de 15 días de evolución. Las áreas induradas y fijas a planos profundos deben ser revisadas cuidadosamente, la palpación digital meticulosa siempre detectará estos cambios. Las leucoplasias son máculas blancas que no se desprenden y que no corresponden a ninguna entidad nosológica (OMS); son comunes en hombres, aparecen en el borde lateral de la lengua y son asintomáticas. Siempre tiene que descartarse la queratosis friccional o liquen plano. Se recomienda tomar una biopsia excisional si la lesión es menor de 2 cm o incisional si es mayor de 2 cm. Más de 3% de las leucoplasias evolucionan a carcinoma epidermoide; las eritroleucoplasias pueden desarrollar un carcinoma epidermoide en 15 a 20% de los casos.

Las eritropasias son máculas rojas que no se desprenden y que no corresponden a ninguna otra entidad nosológica; es menos común, pero generalmente representa un carcinoma epidermoide, por lo que se debe intervenir más rápidamente cuando se enfrenta este tipo de lesiones. Otras manifestaciones clínicas que deben ser consideradas como lesiones premalignas o cancerizables son la queilitis actínica en el labio inferior, liquen plano erosivo y candidosis crónica hiperplásica, aunque en estas dos últimas entidades su transformación maligna es cuestionable y controversial, ya que sólo se han reportado en 1% de los casos, por lo que es mejor monitorearlas a largo plazo.

Ayuda diagnóstica

Los avances recientes moleculares para entender el cáncer bucal pueden ayudar a establecer el diagnóstico, tratamiento y prevención de éste. Entre los marcadores moleculares se encuentran la ploidia del ADN, la pérdida de la heterocigosidad (LOH), los genes supresores de tumor (p53) y protooncogenes (ciclina D1, c-Myc, ras, receptor del factor de crecimiento epidermal). Éstos no sustituyen a la biopsia de cualquier lesión sospechosa, pero pueden ayudar a los especialistas a monitorear las alteraciones celulares. ▶

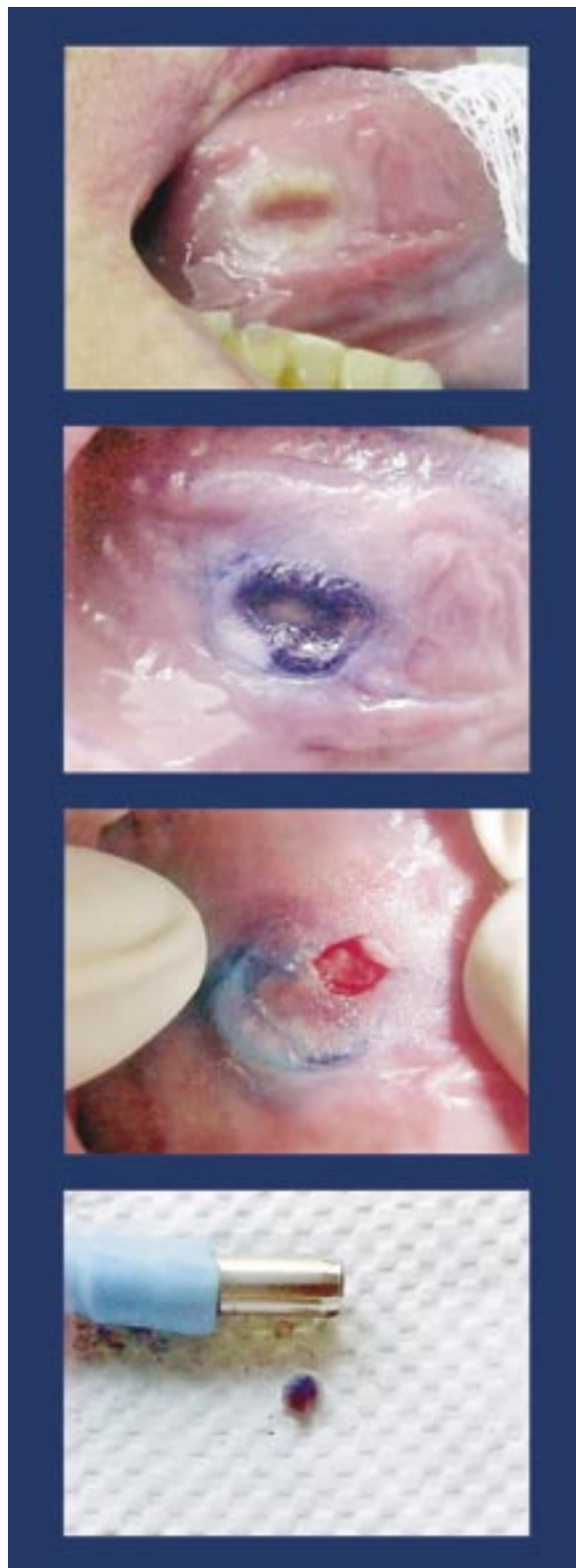


Foto 1. Úlcera en el borde lateral de la lengua con un mes de evolución, asintomática y con bordes indurados. Se usó azul de toluidina para determinar la zona de biopsia de punch

Tinción vital

El azul de toluidina es una tinción metacromática vital. Se trata de una herramienta para determinar zonas de actividad celular y lesiones sospechosas; el producto usado con frecuencia delimita las lesiones potencialmente malignas, pero presenta un alto grado de negativos y positivos falsos.

Recientemente, se introdujo al mercado un producto desarrollado en Estados Unidos, llamado Ora Test, cuya sensibilidad y especificidad es de 93.9 y 42.9%, respectivamente. En estudios previos, los resultados mostraron negativos falsos en 20.5 y 100% de sensibilidad para carcinomas epidermoides y 79.5% en displasia epitelial bucal. Por ello, se recomienda el uso del azul de toluidina para delinear las áreas de posibles carcinomas epidermoides. Este producto no se consigue en México, pero sería importante contar con él, pues es de bajo costo y sólo requiere que el paciente haga un enjuague.

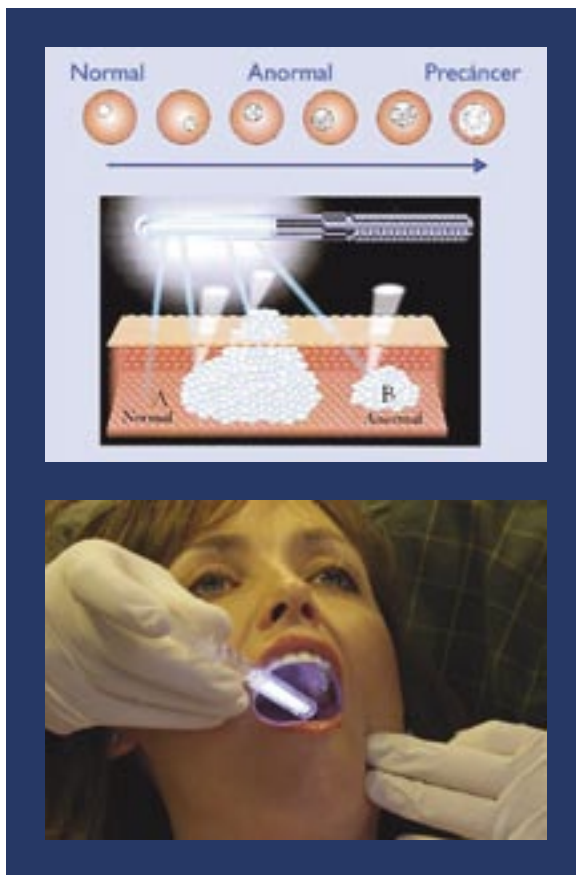


Foto 2. Estas imágenes ejemplifican cómo se utiliza el ViziLite

Quimoluminiscencia

Existe un nuevo producto desechable que puede ayudar a los clínicos a visualizar la mucosa anormal, que fue elaborado en la Unión Americana. Se utiliza también un enjuague de ácido acético para inducir el blanqueamiento de la mucosa bucal, y con una luz quimiluminiscente se observa la mucosa, se evalúan y monitorean las lesiones blancas de la mucosa en poblaciones con aumento de riesgo de cáncer bucal. Debe ser usado sólo por los especialistas preparados, como los higienistas dentales y dentistas o especialistas en medicina y patología bucal.

Los fabricantes recomiendan que siempre se aplique inicialmente el enjuague con ácido acético porque provoca deshidratación citoplásmica, de tal manera que las lesiones blancas se observarán mejor debido a las propiedades reflejantes. Posteriormente, se combina con azul de toluidina (ViziLite Plus (TBlue 630)); el costo aproximado por cada uno es de \$250. El empleo de este producto no parece justificado, ya que no brinda datos contundentes de su eficacia.

Debido a lo arriba expuesto, recientemente los fabricantes realizaron una variación utilizando una luz LED que puede ser esterilizada en el autoclave, su costo aproximado es de \$3,500 y cada examen le costaría al paciente \$160.00. Ninguno de éstos ofrece datos confirmados de su eficacia, por lo que el dentista tendrá que evaluar si invierte en estos productos para usarlos en la práctica diaria.

Autofluorescencia

En el 2006 salió al mercado un aditamento para la visualización directa de los tejidos de la cavidad bucal con fluorescencia denominado VELScope (Visually Enhanced Lesion Scope, LED Dental, Inc., Vancouver, Canadá) para la detección de lesiones de alto riesgo, potencialmente malignas, y lesiones malignas en estadios iniciales. Una luz azul, entre los 400 a 460 nm, es la que se emplea para excitar la fluorescencia verde-roja de los fluoróforos del tejido de cavidad bucal.

Los cambios de la fluorescencia normal de los tejidos sanos se reflejan con las modificaciones estructurales y bioquímicas indicativas del desarrollo de células tumorales. Normalmente, el tejido normal se ve de un color verde pálido fluorescente, mientras que las células potencialmente tumorales o displásicas aparecen negras o verde oscuro. El VELScope se usa en la revisión poblacional de cáncer



Foto 3. Aditamento VELScope y cómo se utiliza con el paciente

bucal para determinar dónde tomar la biopsia y para delinear los márgenes de las lesiones. El costo del aparato es de \$50,000. Todos los aditamentos mencionados sólo son una ayuda y no sustituyen, de ninguna manera, a una buena observación y palpación digital.

Biopsia por BRUSH (citología)

Este procedimiento se llama OralCDx y es una herramienta para el diagnóstico de lesiones premalignas o malignas; se usa desde el 2000. El diagnóstico con el OralCDx se complementa con una computadora altamente especializada desarrollada por la NASA, la cual realiza el análisis de las células.

Una vez tomada la muestra, se hace el extendido en un portaobjetos, se fija y luego se envía por correo al laboratorio. La laminilla se tiñe con la tinción de papanicolaou modificada y es escaneada mediante la computadora con un programa que detecta las células anormales. Las imágenes de las células anormales son revisadas por el patólogo antes del reporte final, que se tarda de siete a 10 días; el costo es de \$850. Es un procedimiento no accesible y poco útil si se puede realizar una biopsia directamente de la lesión.

Histopatología

El diagnóstico de las lesiones de la mucosa bucal se basa tradicionalmente en la histopatología de las biopsias que establecen el diagnóstico definitivo para determinar la malignidad o el potencial de malignización. Este es el es- ▶



Foto 4. Computadora que realiza el análisis de las células

tándar de oro, aunque siempre puede haber discrepancias entre los parámetros de displasia, ya que es una observación subjetiva, por eso los patólogos siempre realizan una investigación interexaminadores para llegar a un acuerdo al firmar los diagnósticos. Hay que recordar que la histopatología sólo sirve para corroborar el diagnóstico clínico, y la correlación clínica es indispensable, de ahí que el trabajo conjunto entre patólogos bucales y cirujanos dentistas generales o maxilofaciales es indispensable para aumentar los diagnósticos acertados.

Conclusión

Los dentistas generales pueden usar las herramientas que se mencionan aquí para mejorar el diagnóstico de las lesiones de la mucosa bucal, sin embargo, siempre deben considerarse los negativos y positivos falsos de cada uno de los elementos para obtener el diagnóstico. Lo más importante es detectar a aquellos pacientes de alto riesgo que sean fumadores o bebedores crónicos, que tengan prótesis o piezas desobturadas y con antecedentes de cáncer en su familia.

En cada cita debe llevarse a cabo la exploración bucal completa del paciente, recomendarle acudir cada seis meses y efectuar la autoexaminación después del cepillado dental por las mañanas. Asimismo, es importante advertirle que si observa una úlcera que no cicatriza después de dos semanas, debe acudir a consulta para que el odontólogo determine la necesidad o no de la toma de biopsia para el diagnóstico final. Ningún aditamento o auxiliar de diagnóstico sustituye a un buen examen, al conocimiento de los cambios más frecuentes y al estudio histopatológico como diagnóstico definitivo. *CC*

Bibliografía

1. VizLite Product information. Zila Pharmaceuticals, Phoenix, Arizona, USA. <http://www.vizilite.com>
2. MicroLux/DL. AdDent Inc, Danbury, CT, USA. http://www.addent.com/product_microlux.html
3. Novel device shows great potential in detecting oral cancer. National Institutes of Health. <http://www.nih.gov/news/pr/apr2006/ndcr-10.html>
4. VELScope. The mucosal examination system. LED Dental Inc. Vancouver, British Columbia, Canada. <http://www.velscope.com>
5. Oral Scan Laboratories, Inc. Your dentist has a painless new way to test even the tiny spots in your mouth for oral cancer [website]. Suffern, NY: Oral Scan Laboratories, Inc. 2001. <http://www.oralsdx.com>
6. Sciubba JJ. Oral brush biopsy with computer-assisted analysis. *Medicine Dermatology Topic* 701. Omaha, NE: Medicine.com; updated august 11, 2003. <http://www.emedicine.com/derm/topic701.htm>