Received: 29/12/2023 | Revised: 29/12/2023 | Accepted: 30/12/2023

ASD JOURNAL
Applied Sciences in Dentistry

EDITORIAL

El odontólogo y la problemática del cáncer de boca, hoy

Dra. Silvia López de Blanc[1] | **Dra. Rosana Morelatto** [2]

[1]Profesora Emérita, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

[2]Profesora Titular Estomatología B, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Correspondence
Email: silvia.lopezdeblanc@unc.edu.ar

Las tendencias epidemiológicas mundiales del cáncer bucal, como una de las neoplasias malignas más comunes de cabeza y cuello, están cambiando significativamente. Mientras el número estimado de nuevos casos de cáncer en los distintos órganos a nivel mundial disminuyó, los casos de cáncer bucal (CB) informados por GLOBOCAN aumentaron de 354.864 en 2018 a 377.173 en 2020; el número de muertes se mantuvo estable en aproximadamente 177.000 (47 %). El carcinoma a células escamosas constituye el 90 % de las neoplasias malignas de cabeza y cuello incluyendo las bucales. En los últimos años han aumentado los casos en menores de 45 años y también en mujeres [1-3]. Los principales factores de riesgo para el CB lo constituyen el consumo de tabaco y de alcohol y la infección por el virus de papiloma humano especialmente en orofaringe. A éstos se suman, particularmente en Latinoamérica, el mal estado bucal y la irritación mecánica crónica [4]. El abordaje de la prevención primaria es clave en este sentido. Los carcinomas pueden iniciarse sobre mucosa sana (di-novo) o sobre TOPM (secuenciales) en un menor número de casos, según revela un estudio multicéntrico latinoamericano que analiza 2705 casos [5]. Los carcinomas pueden iniciarse sobre mucosa sana (di-novo) o sobre trastornos orales potencialmente malignos (TOPM) denominados secuenciales, lo que se observa en un menor número de casos, según revela un estudio multicéntrico latinoamericano que analiza 2705 casos [5].

Los TOPM como la leucoplasia, la eritroplasia, leucoplasia proliferativa verrugosa, el liquen plano y las lesiones liquenoides, las queilitis crónicas, la fibrosis de la submucosa, entre otros, pueden preceder hasta diez años al CB. Estas alteraciones se asocian a un mayor riesgo de transformación maligna [6]. Su detección temprana y la aplicación de protocolos preventivos nos permitirán evitar las posibilidades de transformación maligna, y en caso de malignizar, arribar al diagnóstico en los primeros estadios, y así tener la posibilidad de aplicar tratamientos más eficaces. Existe una

©2021 Applied Sciences in Dentistry -Universidad de Valparaíso, [Facultad de Odontología]. This is an Open Access article licensed under the Attribution 4.0 license.International (CC BY 4.0) Creative Commons. (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/dee

notable heterogeneidad geográfica en la morbilidad por CB y muchas de las características del comportamiento de los TOPM y del cáncer bucal, dependen de los factores asociados que han participado en la carcinogénesis y de sus interacciones debidas a costumbres y hábitos regionales, como el caso de los componentes de diferentes bebidas alcohólicas, del agua, el consumo de mate, el hábito de masticar coca, el rapé, el fumar invertido, entre otros [5-8]. En relación con la tasa de mortalidad, en Norteamérica se aprecian valores bajos alrededor del 15%, y en Latinoamérica la mortalidad se aproxima al 50% llegando en algunos países, al 65 - 70%. A pesar de los avances en el tratamiento (a la luz de nuevas tecnologías y de la inmunoterapia), la mortalidad, no ha disminuido como se esperaba [3]. El paciente con CB tiene una reducción significativa en su calidad de vida, con las consecuentes dificultades económicas y problemas psicológicos importantes. Lamentablemente, aproximadamente la mitad de estos cánceres se diagnostican en estadios avanzados (III o IV). Mientras que cuando se detectan lesiones pequeñas y se tratan, la supervivencia es del 70 al 90%. Así, la posibilidad de curación depende del tiempo entre el primer síntoma y el inicio del tratamiento [7]. Múltiples razones pueden influir en un menor o mayor lapso, originando demoras: la educación, las costumbres, las razones socioeconómicas, y la calidad del sistema de salud y de las variaciones regionales del comportamiento de las personas. En este sentido, el estadio en el momento del diagnóstico es el indicador pronóstico más importante [8], es por ello que el papel de la Atención Primaria de la Salud por parte de odontólogos y médicos, en la detección precoz del cáncer oral (CO) son claves para la salud de las poblaciones [9, 10]. La formación sesgada de los profesionales de la salud y en particular del odontólogo, revela la necesidad de entrenar a nuestros alumnos de grado para la detección de pequeñas lesiones que definirán el futuro del paciente. Además, es necesario que el odontólogo sea capaz de comprender y actuar en consecuencia, al momento de preparar la boca para el tratamiento oncológico, y acompañar diagnosticando y tratando las complicaciones durante el tratamiento. Así también, el rol del odontólogo continúa teniendo un valor incalculable al momento de cuidar la salud bucal en aquellos pacientes que estuvieron sometidos a radioterapia, o que se les haya indicado tratamiento con drogas anti-resortivas, indicadas por padecer problemas óseos como la osteoporosis, la enfermedad de Paget, mieloma múltiple, o por presentar metástasis óseas. La osteoradionecrosis o las lesiones de osteonecrosis asociada a medicaciones, pueden llegar a disminuir notablemente la calidad de vida, representando en la actualidad una de las complicaciones más devastadoras que, en algunos casos, puede complicar seriamente la salud. Teniendo en cuenta la frecuencia y la importancia de estas complicaciones, se hace necesario revisar y adaptar el entrenamiento clínico de los odontólogos, a las necesidades cambiantes de las poblaciones. Es importante preguntarnos, ¿cuáles son las consultas que nos hacen más frecuentemente? Sabemos que muchas lesiones son asintomáticas, que se descubren durante un examen bucal com- pleto; ¿estamos revisando la lengua de nuestros pacientes? Las lesiones, ¿podrían haber sido evitadas? El considerar la salud del individuo, indivisible y a las afecciones que in- volucran la boca, como integrantes del listado de la

OMS de las enfermedades crónicas no transmisibles; representa una oportunidad muy esperada y un gran desafío. Somos conscientes de que estos acontecimientos destacan al odontólogo como integrante indiscutible del sistema de salud, y que tiene la posibilidad de trabajar por la reivindicación de uno de los derechos más básicos del ser humano como es la salud [10, 11]. Un hecho reciente y significativo en este contexto es la "Estrategia Global para la Salud Bucal" de la OMS adoptada por los 194 estados miembros en mayo de 2022 [11, 12] reconociendo a la salud bucal como un bien mundial de salud pública, dirigida a los responsables de la formulación de políticas y de la toma de decisiones con una visión de cobertura universal de la salud bucodental para todas las personas y comunidades hacia el 2030, acceso a servicios de salud esenciales y de calidad, dando respuesta a sus necesidades. ¡En Latinoamérica estamos muy esperanzados en avanzar en este nuevo desafío!

Referencias

[1] Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France (n.d.). https://gco.iarc.fr/today.

[2] Sarode G, Maniyar N, et al. Epidemiologic aspects of oral cancer. Dis Mon 2020;66(12):100988.

[3] Sung H, Ferlay J, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin 2021;71(3):209–249.

[4] Piemonte E, Lazos J, et al. Chronic mechanical irritation enhances the effect of tobacco and alcohol on the risk of oral squamous cell carcinoma: acase-controlstudyinArgentina.Clinic Oral Inv. 2022;26:6317–6326.

[5] Gilligan G, Panico E, et al. Oral squamous cell carcinomas and oral potentially malignant disorders: A Latin American study. Oral Diseases 2023;00:1–20.

[6] Warnakulasuriya S, Kujan K, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. Oral Diseases 2020;27(8):1862–1880.

[7] Bolesina N, López de Blanc S, Femopase F, Morelatto R, Olmos M. Oral squamous cell carcinoma. Clinical considerations. In: Oral Cancer In-Tech; 2012.p. 21–46. http://www.intechopen.com/books/show/title/oral-cancer.

[8] Morelatto R, et al. Reexamination of delays in diagnosis of oral cancer following an intervention program in Cordoba, Argentina. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2022;133:301–307.

[9] Secchi D, Aballay E, et al. Red meat, micronutrients and oral squamous cell carcinoma of Argentine adult patients. Nutrición Hospitalaria 2015;32:1214–1221.

[10] Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. Prevención del cáncer oral: manuales de prevención del cáncer de la IARC. Vol 19; 2023. https://publications.iarc.who.int/617.

[11] de la Salud OM, Executive Board: 150th session provisional agenda item 7, political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases; 2022. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7-en.pdf.

[12] de la Salud OM, Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; 2022. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add1-sp.pdf.