



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



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

**Cáncer Bucal: Paradojas en la percepción del  
paciente**

Para obtener el grado de  
Especialista en Patología Bucal

Presenta:

Lilibeth Stephania Escoto Vásquez

Tutor: Dr. Javier Portilla Robertson

Asesora: Mtra. Carla Monserrat Ramírez Martínez

**Ciudad de México**

**2021**

# **Cáncer Bucal: Paradojas en la percepción del paciente**

**Lilibeth Stephania Escoto Vásquez<sup>1</sup>, Javier Portilla Robertson<sup>2</sup>,  
Carla Monserrat Ramírez Martínez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Residente Segundo año especialidad en Patología Bucal, DEPeI, FO, UNAM.

<sup>2</sup>Coordinador de la especialidad en Patología Bucal, DEPeI, FO, UNAM

<sup>3</sup>Departamento de Patología Bucal, DEPeI, FO, UNAM

## **Resumen**

El cáncer bucal corresponde al 6to cáncer más común a nivel global. En la actualidad el cáncer bucal es diagnosticado en estadios avanzados, impactando así de manera directa en el pronóstico del paciente. En estudios realizados anteriormente se demostró que el pronóstico de cáncer bucal está relacionado a la demora del paciente en acudir a un servicio de atención médica, el retraso del profesional en emitir un diagnóstico, la dilación en recibir un tratamiento definitivo y el estadio de la enfermedad.

El objetivo del trabajo es destacar la importancia del diagnóstico oportuno y los factores que pueden afectar que este se lleve a cabo. Se presentan dos casos clínicos; el primero corresponde a un paciente de 52 años con diagnóstico de Carcinoma adenoideo quístico; el segundo corresponde a un paciente de 61 años con diagnóstico de Melanoma oral. Ambos habían sido previamente examinados y tratados por diferentes profesionales de la salud sin un diagnóstico y con retraso en su canalización a un centro especializado impactando así en el pronóstico de cada uno.

Conclusiones: El diagnóstico oportuno de cáncer bucal representa un factor importante para la supervivencia y calidad de vida del paciente. Actualmente un período de 4 a 6 semanas parece ser aceptable desde una perspectiva oncológica. Por lo que es necesario implementar estrategias de concientización sobre cáncer bucal dirigidas a la población en general, así como la capacitación en métodos de diagnóstico para los profesionales de la salud para lograr diagnosticar la enfermedad en estadios tempranos.

**Palabras clave:** Cáncer oral, diagnóstico precoz, detección temprana de cáncer, factor pronóstico, tasa de supervivencia.

## Abstract

Oral cancer is the sixth most common cancer on a global scale. Currently, oral cancer is diagnosed in advanced stages, which has a direct impact on the patient's prognosis. Previous studies have shown that the prognosis for oral cancer is related to the patient's delay in seeking health care service, as well as the professional's delay in issuing a diagnosis, the delay in receiving a definitive treatment and the stage of the disease.

The aim of this study is to emphasize the importance of timely diagnosis and the factors that may influence its completion. Two clinical cases are presented: the first one is a 52-year-old patient diagnosed with Adenoid cystic carcinoma and the second one is a 61-year-old patient diagnosed with Oral melanoma. Both had previously been examined and treated by different health professionals without a diagnosis and with delay in being referred to a specialized center, negatively impacting their prognosis.

Conclusions: An early diagnosis of oral cancer represents an important factor for patient's survival and quality of life. Currently a period of 4 to 6 weeks seems to be acceptable from an oncological perspective. Therefore, it is necessary to implement oral cancer awareness strategies aimed at the general population as well as training in diagnostic methods for health professionals to diagnose the disease at an early stage.

**Key Words:** Oral cancer, early diagnosis, early detection of cancer, prognostic factor, survival rate.

## Introducción

El cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar 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 <sup>(1)</sup>. En cavidad bucal el 90% pertenece al tipo de carcinoma de células escamosas; que es más frecuente en el borde lateral de lengua, piso de boca y zona retromolar <sup>(2)</sup>; con menor incidencia se presentan otros tipos de cáncer, por ejemplo; en las glándulas salivales, músculo, hueso maxilar y mandíbula, tejido linfoide, etc. <sup>(3)</sup>, el melanoma en epitelio de piel y mucosas también, así como metástasis de otros tumores con una incidencia menor al 1%. <sup>(4, 5)</sup>.

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 <sup>(6)</sup>; 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. <sup>(6)</sup>

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

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. <sup>(9)</sup>

La sobrevivencia 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. <sup>(4,5)</sup>. 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 a la derivación a centros oncológicos <sup>(7)</sup>.

Estas bajas tasas de supervivencia se insisten 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. <sup>(10)</sup>

### Cáncer bucal en México

El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas de México (RHNMM) en 1993 reportó 654 casos, ocupando el lugar No.22 en el ranking de neoplasias malignas, siendo el más el Carcinoma epidermoide.

Frias-Mendivil y cols. En 1997, en un estudio realizado durante 7 años en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) reportó que el cáncer bucal corresponde al 5% de todas las neoplasias malignas.

Mosqueda-Taylor y cols. En el año 2000, en un estudio realizado durante 5 años en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) reportó una frecuencia del 5% para el cáncer bucal.

En el año 2002 (RHNMM), reportó 820 casos, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2002, colocó al Cáncer orofaríngeo: 5º lugar, 3 años más tarde (2005) reportó 1,406 casos. <sup>(4,5,6,16)</sup>.

Tirado-Gómez y Granados en el año 2007, en un estudio realizado en el INCan, reportó que los tumores de cabeza y cuello representan el 17.5% de las neoplasias malignas, siendo de la zona aero-digestiva superior 12 % y de esta el 37% corresponde cáncer bucal.

Gaitán-Cepeda y cols. En el año 2011 en un estudio realizado durante 19 años en el Servicio de Diagnóstico de Patología bucal, UNAM, reportó 298 casos de cáncer bucal. Describiendo que la prevalencia aumentó 200%, de 0.02% - 0.6%.

Gallegos-Hernández y cols. En el año 2012, en un estudio realizado durante 26 meses en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS): reportó 410 pacientes con esta neoplasia lo que representa un porcentaje del 10% de casos de cáncer bucal.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) en el año 2015 reportó 428 lesiones sospechosas de Cáncer bucal. <sup>(7,10,9,8)</sup>

### Estadísticas Mortalidad

Anaya-Saavedra y cols. En el año 2008, en un estudio realizado durante 24 años reportaron que según el INEGI ocurrieron 15,576 muertes por Cáncer orofaríngeo, con prevalencia en el género (3:1).

Aldaco-Sarvide y cols. En el año 2018, reportaron que, en un estudio realizado en el 2015, ocurrieron 1,196 defunciones por cáncer en la región de labio, boca y faringe sin especificar la estirpe histológica.

La Gaceta Mexicana de Oncología reportó en un estudio realizado durante 15 años un total de 3,966 muertes causadas por cáncer de labio, boca y faringe. Por último, el portal Globocan reportó 586 muertes en 2020. <sup>(12,13,14)</sup>

### Tasa de supervivencia

La sobrevida a los 5 años para el cáncer bucal se estima que es del 47% - 50%. Los estadios I y II (75%) tienen una sobrevida de 10 años y los estadios III y IV (60%) una sobrevida de 5 años.

Las tasas de supervivencia se atribuyen al estadio avanzado de la enfermedad y al diagnóstico y tratamiento tardío. <sup>(2,5,7)</sup>

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%. <sup>(6)</sup>

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 referir al paciente al patólogo o médico

bucal. <sup>(11)</sup> 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 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 y médicos particulares, el paciente reportó malestar y adormecimiento en la hemicara derecha aproximadamente hace 5 meses. 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).



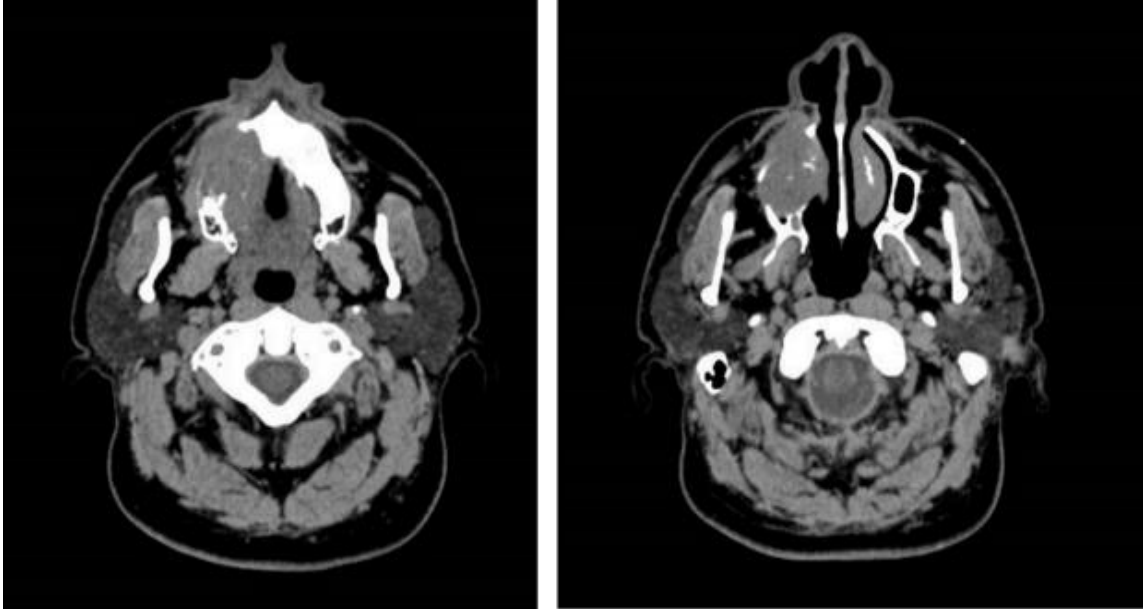
**Figura 1.** Fotografías extraorales frontales y laterales. No se observan alteraciones. Fuente directa, Clínica de Medicina Bucal, DEPEI, FO UNAM.



**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 radiolúcida 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 que 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.

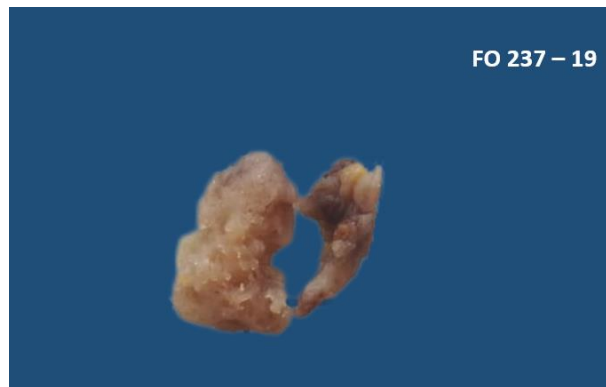


**Figura 3c.** Tomografía computarizada, corte coronal y reconstrucción 3D. Se observa destrucción de reborde alveolar y piso de seno maxilar con invasión a la pared lateral de las fosas nasales del lado derecho. Fuente directa, Clínica de Medicina Bucal, DEPEI, FO UNAM.

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).

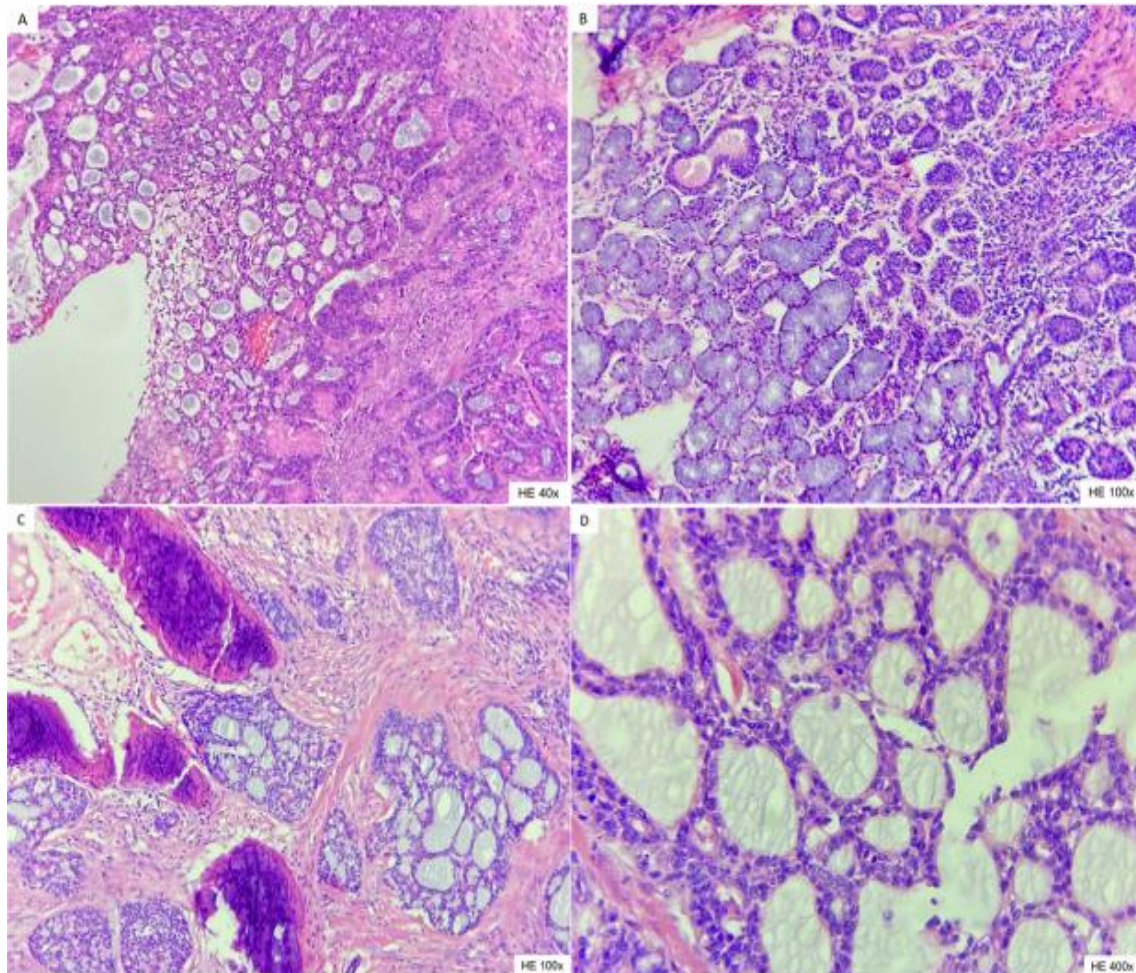


**Figura 4.** Fotografía macroscópica del espécimen. Fuente Directa, Servicio de Diagnóstico de Patología Bucal, DEPEI, FO UNAM.

### **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 hiperchromatismo, 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.

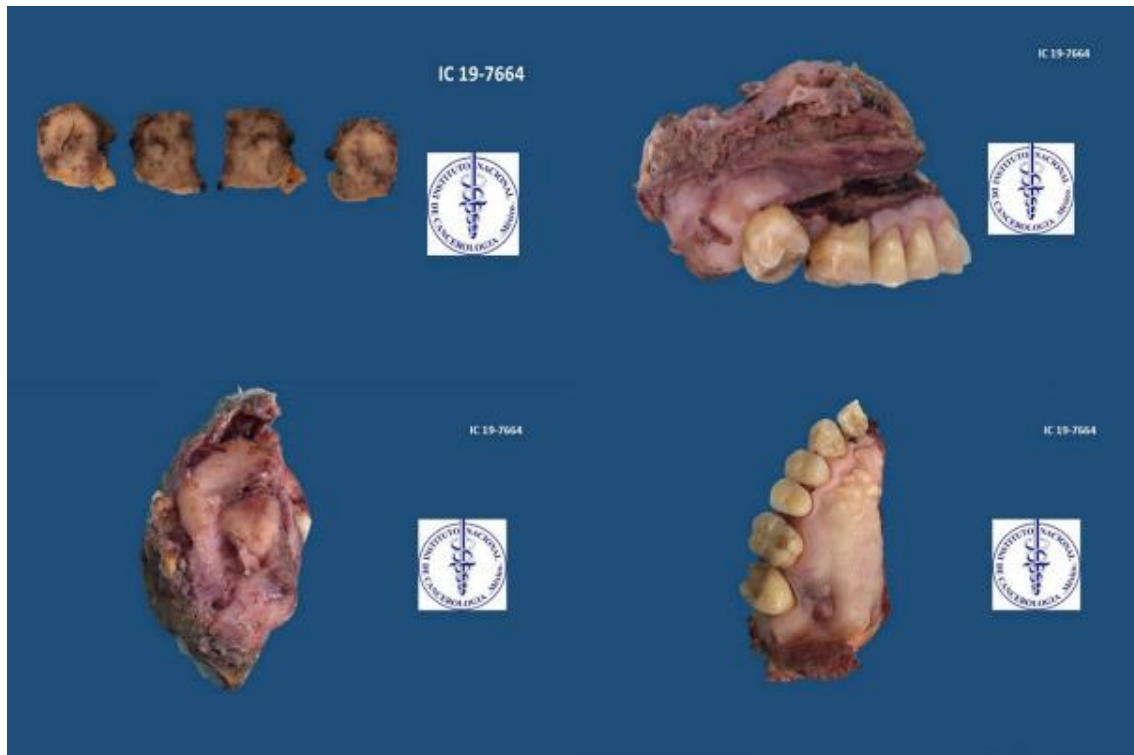


**Figura 5.** Fotografías H&E A. 40x Neoplasia maligna con patrón de predominio cribiforme, B. 100x Infiltración a parénquima glandular salival, C. 100x Infiltración a tejido óseo circundante, D. 400x Células ovas con núcleos hiper cromáticos dispuestas en patrón cribiforme. Fuente Directa, Servicio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

Paciente es referido al Instituto Nacional de Cancerología, al Servicio de Cabeza y Cuello, siendo evaluado nuevamente se corrobora el 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

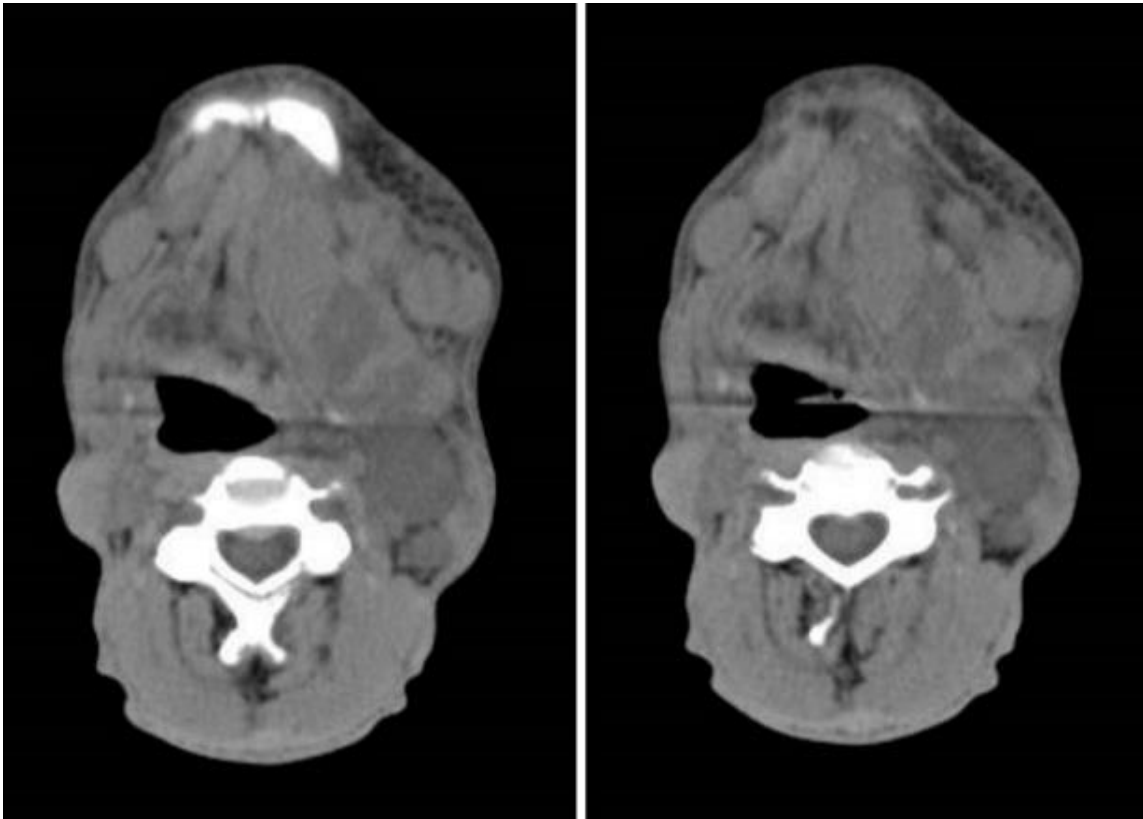
El paciente presentó un pronóstico favorable. Recibió tratamiento curativo en el cual se le realizó maxilectomía subtotal. Posteriormente el 29/3/2021 se le realizó un estudio radiográfico postero-anterior de tórax que reportó ausencia de actividad tumoral. Se le colocó una prótesis obturadora palatina por parte del servicio de Prótesis Maxilofacial de dicho centro hospitalario y su última evaluación fue el 3/9/2021.

## Caso No.2

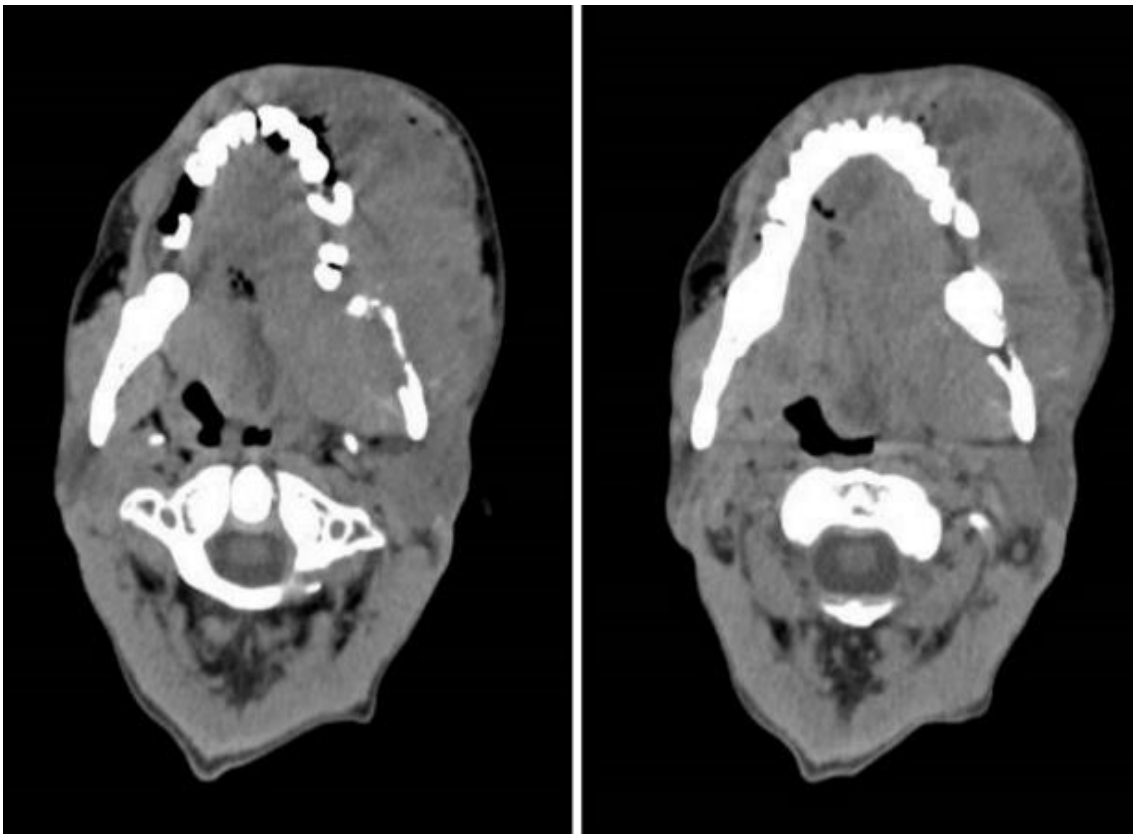
Paciente masculino de 61 años, se presenta a consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología, de la Ciudad de México. Referido por odontólogo particular posterior a una extracción dental (después de haber sido revisado y tratado por varios médicos y odontólogos), con un aumento de volumen en tercio inferior facial del lado izquierdo con 2 - 4 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 exófitico. (Fig. 2a y 2b). Se indicó radiografía simple posteroanterior de tórax que reportó ausencia de actividad tumoral. Posteriormente se indicó 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

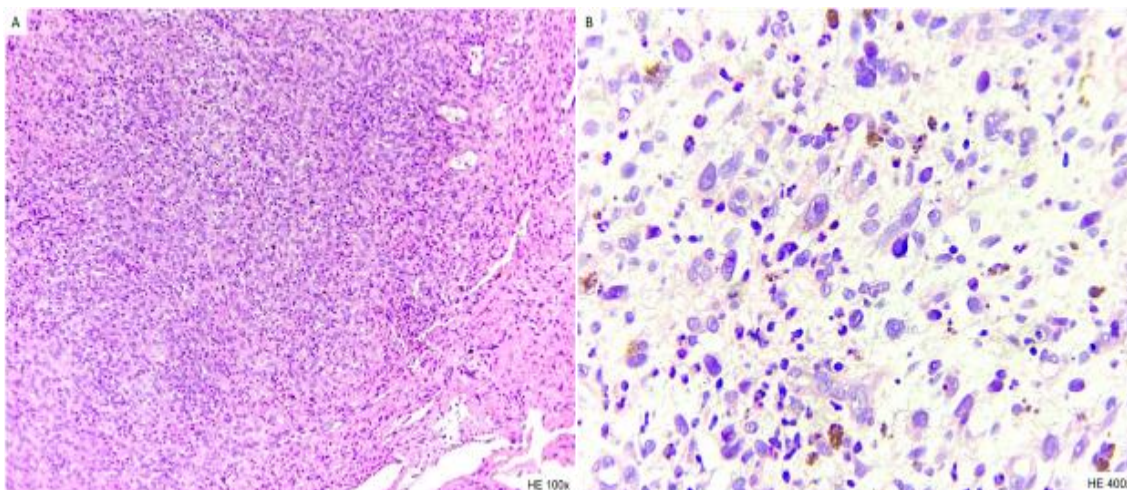
isodensa a tejidos blandos de bordes no definidos que compromete el reborde alveolar mandibular, destruyendo cortical ósea lingual y vestibular, extendiéndose desde incisivos centrales inferiores hasta zona retromolar del lado izquierdo. Fuente Directa, INCan.

## Hallazgos macroscópicos

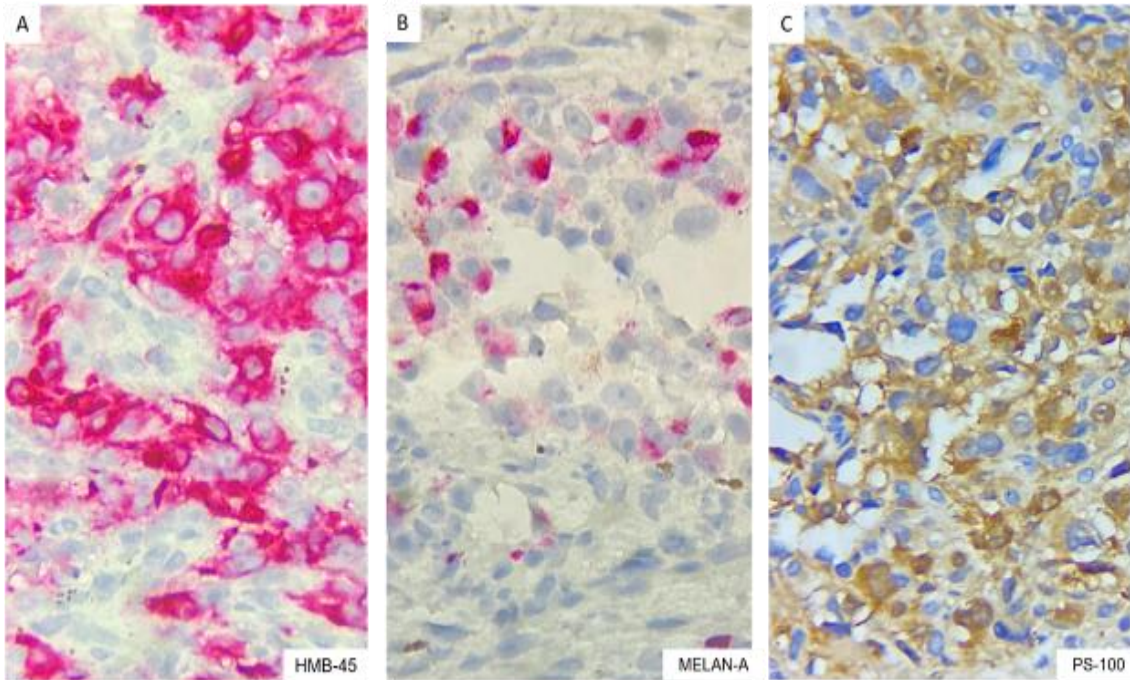
Referido como biopsia incisional de tumor en cavidad oral, se reciben dos fragmentos de tejidos nodulares de forma irregular, con dimensiones; para el mayor de 1.1 x 0.4 x 0.2 cm y para el menor 0.9 x 0.3 x 0.2 cm. ambos de color café claro y consistencia blanda. La superficie de corte es sólida de color 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 citoplasmática, B. Melan-A, positividad citoplasmática, C. P-S100, positividad nuclear y citoplasmática, (se utilizó Fosfatasa Alcalina y Fast Red). Fuente Directa, INCan.

Diagnóstico histopatológico detallado:

- Melanoma en fase de crecimiento vertical, ulcerado con abundante tejido de granulación.
- Se realizaron estudios de inmunohistoquímica los cuales demostraron 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 como tratamiento paliativo.



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

## Seguimiento

Se presentó a una segunda cita a consulta externa y a la exploración extraoral e intraoral no se observaron cambios. Sin embargo, el paciente se presentó con disnea, disfagia, astenia y adinamia. Debido a esto se indicó la realización de traqueotomía y colocación de sonda gástrica. Fig.5.

El paciente presentó un pronóstico no favorable, ya que no recibió tratamiento curativo sino paliativo (Radioterapia). Posteriormente se da de alta hospitalaria y su última evaluación fue el 7/4/2020, ya que el paciente no se presentó nuevamente al centro hospitalario.

## Consideraciones éticas

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el artículo 17, fracción I este estudio se considera como investigación sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos presentados.

## Discusión

El Carcinoma adenoideo quístico corresponde al 1% de cáncer de cabeza y cuello, corresponde al 10% de neoplasias de glándulas salivales, y solo el 0.3% se presenta en seno maxilar. Luna y cols. En el año 2016, realizaron un estudio durante 26 años reportando 101 casos. Por otro lado, Gamboa y cols. En el año 2020 realizaron un estudio durante 5 años reportando 23 casos, en el INCan e IMSS respectivamente.

Se mostró un predominio por el género femenino (2.4:1), en una de edad de 50 años. Los signos clínicos más comunes fueron aumento de volumen, parestesia, dolor, reportando una localización por orden de frecuencia en glándula parótida, paladar y seno maxilar.

En cuanto a las características histológicas se reporta que el 50% presenta patrón cribiforme, el 28.7% patrón sólido y el 21.9% patrón tubular. Estudios complementarios de inmunohistoquímica incluyen Citoqueratina 7, CD-117, Calponina, Actina músculo liso y p63/p40.

El Tratamiento de primera línea es la cirugía. Sin embargo, se pueden combinar con radioterapia o quimioterapia dependiendo del caso. Existen reportes que indican que el porcentaje de recurrencia es del 12% y que el 50% de los casos desarrollará metástasis a pulmón a los 36 meses posterior al diagnóstico.

El pronóstico está relacionado al patrón histológico que se presenta, se reporta que el patrón sólido tiene un peor pronóstico, también se debe tomar en cuenta el índice mitótico y la complejidad anatómica dependiendo de la localización del tumor. La tasa de supervivencia en 5 años es del 57.8% y de 10-15 años es del 20% - 40%. <sup>(5,16,17,18,19)</sup>

El melanoma corresponde a un 0.26% de casos de cáncer bucal, y corresponde a <1% de todos los melanomas. Maldonado y cols. En el año 2014, reportaron 33 casos en 12 años (INCan). Con un predominio en el género femenino. Mientras que Takana y cols. En el año 2017 reportaron predominio por el género masculino. Se presenta en la edad de 66 años, siendo las manifestaciones clínicas más comunes una mácula o nódulo, asintomático. Se presenta con mayor frecuencia en el maxilar en la zona de paladar y encía.

Las características histológicas reportan múltiples patrones de organización celular, en el cual el 48.5% de los casos presentan patrón sólido, patrón mixto y organoide. Al utilizar inmunohistoquímica los anticuerpos empleados y determinados como panel principal son HMB45, Melan-A y S100.

El tratamiento de primera instancia es la cirugía teniendo mejores resultados que cuando solo se indica radioterapia o quimioterapia por sí sola. La recurrencia es de 37.5% y se reporta que el 20% de los pacientes desarrollarán metástasis a distancia, de estos el 50% será a ganglios linfáticos regionales, en un promedio de 18 meses posterior al diagnóstico.

El pronóstico de acuerdo a la Western Society of Teachers of Oral Pathology (WESTOP) está relacionado a la invasión vascular, población celular polimorfa y a la presencia de necrosis. La tasa de supervivencia es baja, Bachar y cols. En el año 2008 reportan que el 0%-10% de los pacientes vivirán 5 años. La Organización mundial de la salud (OMS) reporta una supervivencia máxima de 2 años y Tashemi y cols. En el año 2008 reportan que la supervivencia a 10 años es del 0%. (5,20,21)

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<sup>(12)</sup> 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, 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. <sup>(10)</sup> 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. <sup>(10)</sup> 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. <sup>(7)</sup> 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. <sup>(10)</sup>, 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 recae en 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. <sup>(7)</sup>, reportan una perspectiva que incluye el análisis sobre el intervalo de tiempo, que está 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 trayecto 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 sobrevida en el cáncer cervicouterino y de mama, han mejorado en las últimas décadas.

Noone y cols. <sup>(13)</sup> enfatizan en el estadio de la enfermedad como otro factor para tomar en cuenta, ya que la tasa supervivencia en 5 años, tiende a ser más alta cuando se diagnostica en estadios tempranos, siendo la supervivencia del 84% comparado con estadios avanzados que llega 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 sobrevida 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 <sup>(11)</sup> 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 que fue 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. <sup>(13)</sup> 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 que variables se evaluarán y su influencia en el proceso o trayecto del paciente. 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. 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 al crear campañas y protocolos para el diagnóstico temprano y oportuno. <sup>(14)</sup>

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](http://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. <sup>(14)</sup>

## **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 redoblarse 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.

## **Agradecimientos**

Agradezco al Dr. Javier Portilla Robertson, Dr. Luis Fernando Jacinto Alemán, Dra. Claudia Patricia Mejía Velázquez y Dra. Carla Monserrat Ramírez Martínez por su apoyo al realizar este trabajo.

Agradezco al personal del departamento de Anatomía Patológica del Instituto Nacional de Cancerología y a la Dra. Ana María Cano por permitirme el acceso a la historia clínica, estudios imagenológicos e histopatológicos de cada caso clínico. También agradezco al Dr. Roberto Onner Cruz Tapia por proporcionarme la información y ayuda necesaria para el desarrollo de este trabajo.

## Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. France: Lyon; 3 marzo 2021 [citado 2 junio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/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. Neoplasms of the oral cavity. En: Wenig BM, editor. *Atlas of Head and Neck Pathology*. 3rd ed. New York: Elsevier; 2016. p. 156 – 281.
4. Woo SB. Pigmented Lesions. En: Woo SB, editor. *Oral Pathology: A Comprehensive Atlas and Text*. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. 193 – 216.
5. Takana T, Slootweg PJ. Tumours of the oral cavity and mobile tongue. En: El-Naggar AK, Chan JK, Grandis JR, Takana T, Slootweg PJ, editor. *WHO Classification of Head and Neck Tumors*. 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.

## Bibliografía Adicional

1. Cancer [Internet]. Who.int. [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Ren ZH, Hu CY, He HR, Li YJ, Lyu J. Global and regional burdens of oral cancer from 1990 to 2017: Results from the global burden of disease study. *Cancer Communications*. 2020.
3. The Globocan S. Lip, oral cavity [Internet]. Iarc.fr. [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/1-Lip-oral-cavity-fact-sheet.pdf>.
4. Mosqueda-Taylor A, Mancera-Ibáñez N, Díaz-Franco MA, et al. Frecuencia de neoplasias malignas de la región bucal y maxilofacial en dos servicios de Patología Bucal de la Ciudad de México. *Rev Invest Clin*. 2000; 1: 31-35.
5. Frias-Mendivil M, Zeichner Gancz I, Suchil-Bernal L, Ochoa-Carrillo FJ. Epidemiología descriptiva del cáncer de cavidad bucal en el Instituto Nacional de Cancerología (1985–1992). *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)*. 1997; 43: 80–5.
6. Mungarro G, Muñoz K, García A, Espinosa L, Donohue A, Cueva J, et al. El carcinoma oral de células escamosas como un reto diagnóstico en nuestra población: una revisión de la literatura. *Ciencia en la frontera: revista de ciencia y tecnología de la UACJ*. 2019; 16(1).
7. Tirado-Gómez y Granados. Epidemiología y Etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello. *Cancerología 2*. 2007; 9-17.
8. Gaitán-Cepeda LA, Peniche-Becerra AG, Quezada-Rivera D. Trends in frequency and prevalence of oral cancer and oral squamous cell carcinoma in Mexicans. A 20 years retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16: 1-5.
9. Gallegos-Hernández JF. Oral cavity cancer. A challenge to the health of the Mexican population in the next decade. *GAMO*. 2012; 11 (2).
10. Gob.mx. [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212323/SIVEPAB-2015.pdf>
11. Villanueva-Sánchez F.G, Leyva-Huerta E.R, Gaitán-Cepeda L.A. Oral cancers in low-risk subjects: Presentation of 4 cases and literature review. *Odontoestomatología*. 2016; 18(28).
12. Iarc.fr. [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-factsheets.pdf>.
13. Aldaco-Sarvide F, Pérez- Pérez P, Cervantes-Sánchez G, Torrencilla-Torres L, Valle-Solís A, Cabrera-Galeana P. Mortalidad por cáncer en México. *Gaceta mexicana de Oncología*. 2018; 17: 28 – 34.
14. Anaya-Saavedra G, Ramírez-Amador V, Irigoyen-Camacho ME, Zimbrón-Romero A, Zepeda-Zepeda MA. Oral and pharyngeal cancer mortality rates in México, 1979-2003. *J Oral Pathol Med*. 2008; 37: 11-7.
15. Hernández-Guerrero JC, Jiménez-Farfán, Ledesma-Montes C, et al. Oral Squamous Cell Carcinoma: Its Prevalence in Mexico. *Oral Health Dental Sci*. 2018; 2(1): 1-4.

16. Bachar G, Seng Loh K, Sullivan B, Goldstein D, Wood S, Brow D, et al. Mucosal melanoma of the head and neck: The Princess Margaret hospital experience. *Head and Neck*. 2008.
17. Gamboa-Hoil S, Silva J, Abrego J. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck; a 5 year retrospective study: Experience in a single third level reference center. *Cir Cir*. 2020; 88(1): 34-40.
18. Luna-Ortiz K, Villavicencio-Valencia V, Rodríguez-Falconi A, Peteuil N, Mosqueda-Taylor A. Adenoid Cystic Carcinoma in a Mexican Population. *J Maxillofac Oral Surg*. 2016; 15(2): 236-42.
19. Lahjaouj M, Berrada O, Rayhane A, Oukessou Y, Abada RA, Rouadi S, et al. Advanced adenoid cystic carcinoma of maxillary sinus: Rare case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2021;80(105622):105622.
20. Maldonado J, Ramírez V, Anaya G, Ruiz L, Irigoyenn M, Meneses A. Clinicopathological characterization of primary oral and sinonasal melanoma in a referral centre in Mexico City: 2000–2012. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2014; 44(4): 427-432.
21. Fauzdar S, Rao DD, Arthanari KK, Krishnan G, Naikmasur VG, Revanappa MM. Malignant melanoma of the mandibular gingiva. *Rare Tumors*. 2010;2(2).
22. de Andrade B, Toral V, León J, Contreras E, Carlos R, Delgado W. Primary oral melanoma: a histopathological and immunohistochemical study of 22 cases of Latin America. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17: 382 – 388.
23. Anderson R, Agudelo A. Social gradient, aging and delayed diagnosis of oral cancer. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2011; 29(3): 320-328.
24. Herrera S, Lara S, Toral V, do Amaral C. Comparación entre incidencia y factores de riesgo en cáncer oral en diferentes países de América Latina. *Salud Pública*. 2020; 24: 50 – 64.
25. Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Ochoa-Carrillo F, Cuapio-Ortiz A, Frias-Mendivil M, Meneses-Garcia A, et al. Cancer of the Mobile Tongue in Mexico. A Retrospective Study of 170 Patients. *Oral Oncol, Eur J Cancer*. 1995; 31 (1): 37 – 40.
26. Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles, Lopez-Jornet P, Suarez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Diseases*. 2010; 16: 333–342.
27. Scott SE, Grunfeld EA, Auyeung V, McGurk M. Barriers and triggers to seeking help for potentially malignant oral symptoms: implications for interventions. *J Public Health Dent*. 2019; 69(1): 34–40.
28. Peacock ZS, Pogrel MA, Schmidt BL. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. *J Am Dent Assoc* 2008; 139:1346–52.
29. Ford PJ, Farah CS. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. *Journal of Cancer Policy*. 2013; 11: 2– 7.
30. Diz P, González N, Lestón J, Carmona I, Posse J, Centelles P. “Scheduling delay” in oral cancer diagnosis: a new protagonist. *Oral Oncology*. 2005; 41: 142–146.