



GUÍA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER ORAL

2021



Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Consejo General de Colegios
de Dentistas de España.

I.S.B.N.: xxxxxxx

Depósito legal: M-xxxxxxxxx

Editorial:



GRUPO ICM DE COMUNICACIÓN

Avenida San Luis, 47. 28033 Madrid.

Tel.: 91 766 99 34 / www.grupoicm.es

Impreso en España / Printed in Spain.

GUÍA DE PREVENCIÓN
DEL CÁNCER ORAL
2021



PRESENTACIÓN

La presente guía de prevención del cáncer oral forma parte de las múltiples herramientas que se han desarrollado para esta quinta Campaña de Prevención del Cáncer Oral 2021. En ediciones anteriores se ha ido generando diverso material dirigido a los dentistas, entre otros, la guía sobre biopsia oral, el libro de 54 recetas contra el cáncer o la guía sobre tabaquismo.

Todo ese material continúa a disposición de los dentistas en formato electrónico en la página web del Consejo General.

Esta guía está diseñada para que el clínico general pueda encontrar la información más actualizada sobre diversos aspectos del cáncer oral. Recoge lo más relevante de la epidemiología, factores de riesgo, detección precoz y manejo del mismo.

Teniendo en cuenta la existencia de excelentes manuales teóricos sobre la temática (entre los cuales, podemos resaltar el libro de varios autores españoles de prestigio sobre cáncer oral para dentistas de 2019), esta guía complementa la información disponible, de una manera clara y atractiva, a la vez que actualiza los últimos datos sobre cáncer oral.

Queremos agradecer, nuevamente, el apoyo recibido de todas aquellas clínicas que, de manera desinteresada, han participado en esta quinta edición de la campaña.

Confiamos que esta guía sea, al menos, tan bien acogida como lo fueron las anteriores.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer oral es, sin ninguna duda, la patología más grave a la que se enfrentan los dentistas. Sus repercusiones en términos de morbimortalidad, así como el importante impacto que tiene en la calidad de vida, hacen del cáncer oral una prioridad absoluta para intentar reducir sus cifras de prevalencia y, sobre todo, detectarlo de manera precoz.

Por ello, el clínico general tiene gran interés en conocer los signos precoces de la patología para, en caso de sospecha clínica, realizar una biopsia oral o derivar de inmediato al paciente.

Todos los estudios coinciden en la relevancia del dentista en cuanto a la educación sanitaria a los pacientes, tanto en lo referente a los principales factores de riesgo, como en la enseñanza de la autoexploración del cáncer oral.

El objetivo de la presente guía es proporcionar al dentista clínico una nueva herramienta que pretende ser didáctica, más que académica, para facilitar la labor de detección precoz y manejo del paciente con cáncer oral.

Í N D I C E

CAPÍTULO I	
La problemática del cáncer oral	7
CAPÍTULO II	
El cáncer oral en España	11
CAPÍTULO III	
Los factores de riesgo	20
CAPÍTULO IV	
La detección precoz	34
CAPÍTULO V	
El papel del dentista en el cáncer oral	42
CAPÍTULO VI	
Recomendaciones	58
BIBLIOGRAFÍA	68



1

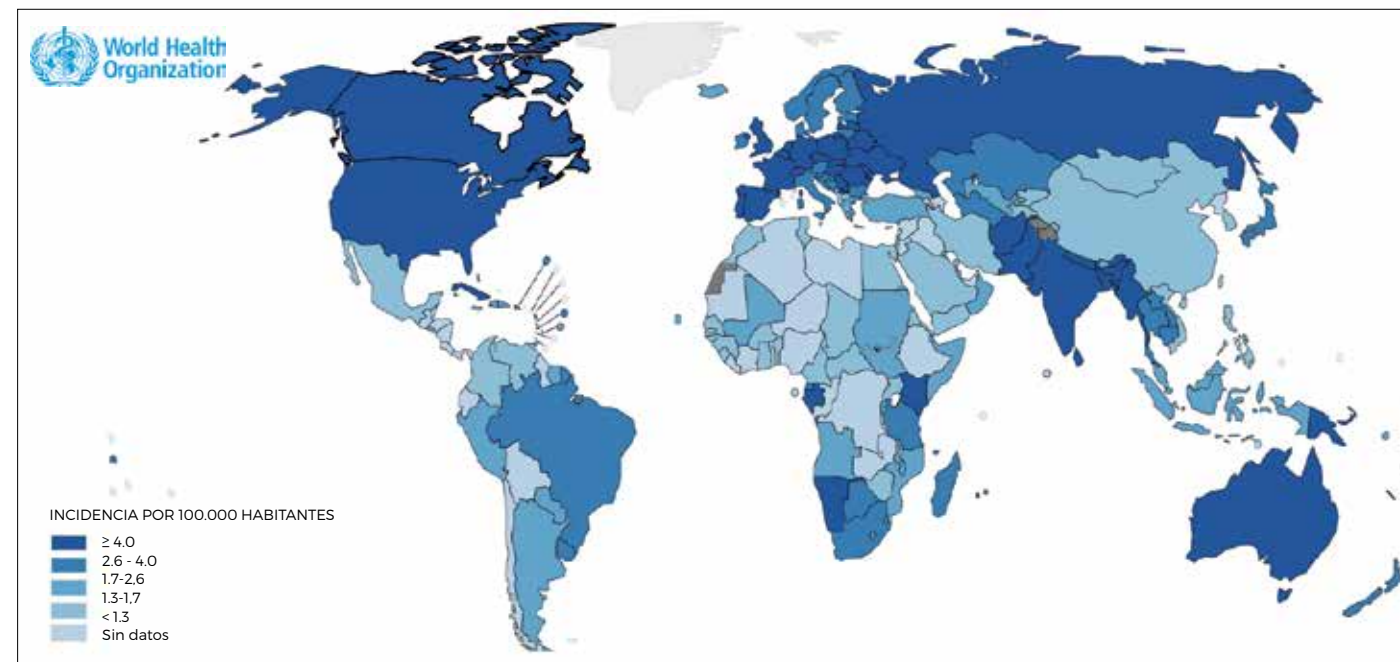
LA
PROBLEMÁTICA
DEL CÁNCER
ORAL

EL CÁNCER ORAL EN EL MUNDO

El cáncer oral es una enfermedad con alta mortalidad y se sitúa entre los 10 cánceres más frecuentes, dependiendo del país y región de mundo. Se estima que cada año se producen entre 300.000 y 700.000 nuevos casos, pero no existen datos de vigilancia fiables. El sur y sudeste asiáticos son las regiones con mayores tasas de nuevos casos, pero el este de Europa, Francia y algunas partes de África y de América Latina también tienen elevada carga de cáncer oral. Se trata, generalmente, de un proceso que afecta a hombres de mediana edad, pero estamos asistiendo a un incremento en mujeres y en gente joven. La enfermedad suele comenzar con una úlcera que no se cura. Otros síntomas pueden incluir dolor, hinchazón, sangrado y dificultad al masticar o al tragar. Más del 70% de los cánceres orales están precedidos de lesiones orales potencialmente malignas, como manchas rojas o blancas persistentes en la boca. El cáncer puede pasar desapercibido durante sus estadios iniciales, por lo que muchas veces se encuentra avanzado

cuando el paciente requiere cuidados. El diagnóstico precoz es capaz de doblar la supervivencia a los 5 años. Las localizaciones más comunes son la lengua, el interior de las mejillas y el suelo de la boca. El tratamiento, normalmente, incluye una combinación de extirpación quirúrgica, radioterapia o quimioterapia, sin embargo, las tasas de supervivencia permanecen de las más bajas de todos los cánceres y no han variado en las últimas décadas. Las causas principales del cáncer oral son el tabaco y el alcohol (90% de todas las causas de cáncer oral). Masticar tabaco, junto a otras sustancias carcinogénicas, como el betel, es una causa muy común en Asia. Sin embargo, la infección por papilomavirus humano (VPH) se está convirtiendo en un factor de riesgo emergente, sobre todo en países de altos ingresos. Los profesionales de la salud bucodental están en una posición privilegiada para detectar signos precoces del cáncer oral, pero la oportunidad de un simple examen oral es frecuentemente olvidada.

INCIDENCIA ESTIMADA MUNDIAL EN 2020 DEL CÁNCER ORAL (INCLUYE LABIOS) PARA AMBOS SEXOS Y TODAS LAS EDADES



¿QUÉ SE PUEDE HACER?





2

EL
CÁNCER ORAL
EN ESPAÑA

LOS DATOS EN ESPAÑA

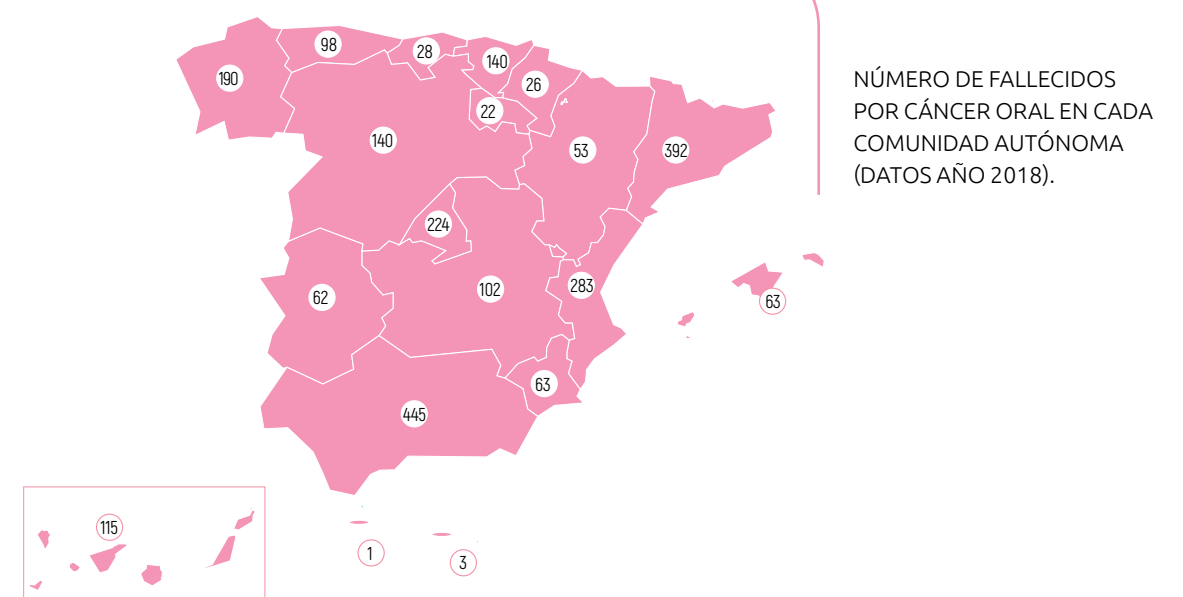
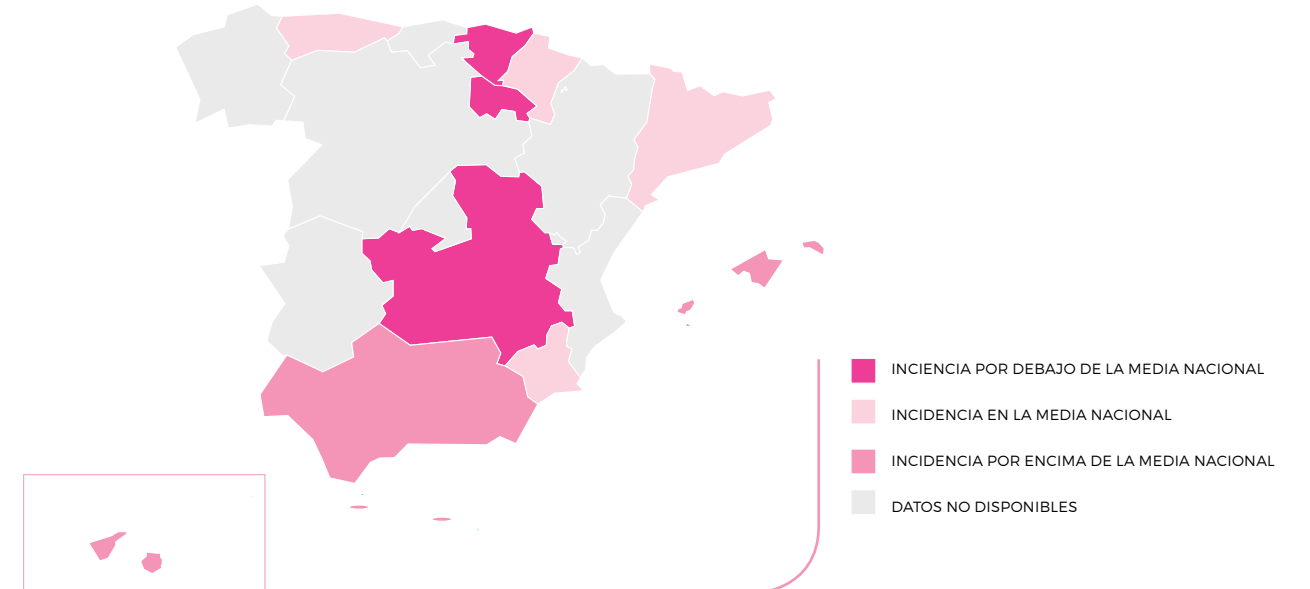
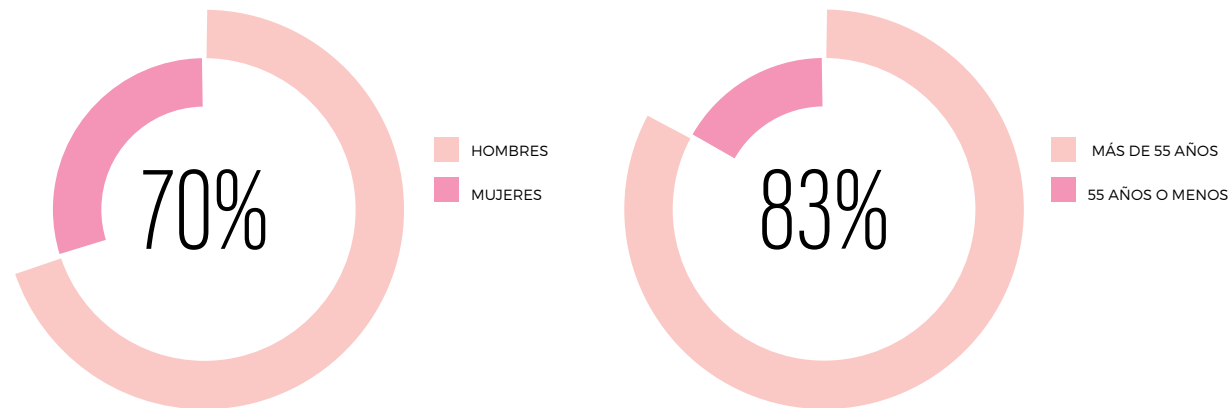
Las cifras muestran que, en el último año, **8.188 personas** fueron diagnosticadas de cáncer oral en España.

El cáncer oral representa cerca del **3%** de todos los cánceres, ocupando el décimo lugar.

Los hombres tienen más probabilidades de tener cáncer de boca que las mujeres: **El 70%** de todos los pacientes son hombres.

La prevalencia total del cáncer oral en España es de **40.087 hombres y 18.778 mujeres.**

El cáncer oral está muy relacionado con la edad: 8 de cada 10 (83%) casos nuevos se producen en personas **mayores de 55 años.**



LOS FACTORES DE RIESGO EN ESPAÑA

Los factores predisponentes principales son el tabaco y el alcohol, que actúan sinérgicamente. Aproximadamente, el 80% de los pacientes son fumadores y el 50% consume diariamente alcohol. La frecuencia de cáncer oral se dispara en grandes fumadores y bebedores.

CONSUMO DE TABACO EN ESPAÑA

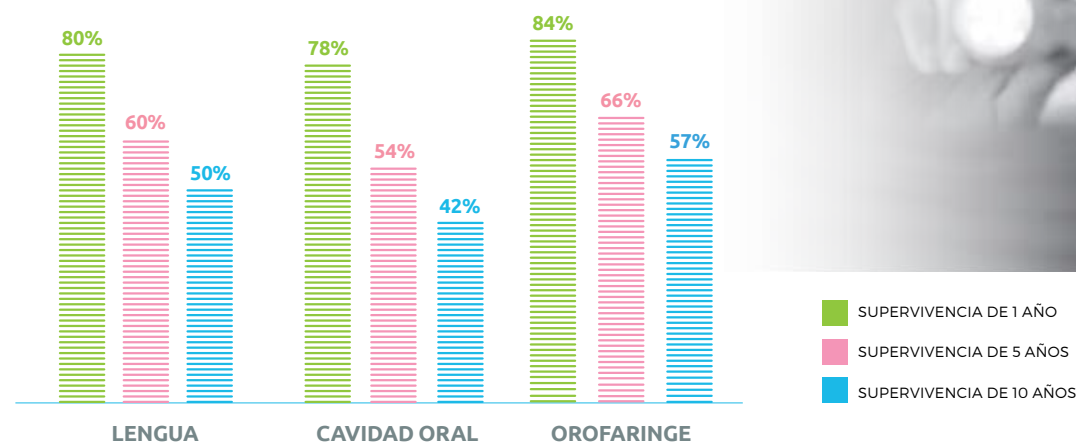


CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA

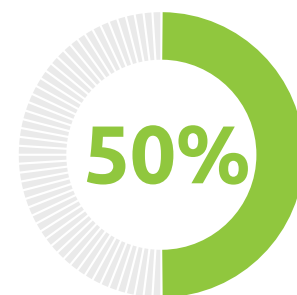


MORTALIDAD, SUPERVIVENCIA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

Se estima que entre 1.500-2.000 pacientes fallecen anualmente en España debido al cáncer oral, lo que supone 4-5 muertes diarias por esta causa. El cáncer oral en España se lleva 500 vidas más que los accidentes de tráfico cada año. Dependiendo de la localización del tumor, la supervivencia al año se sitúa entre el 78-84%, disminuyendo al 50% transcurridos 5 años. La detección precoz permite aumentar la

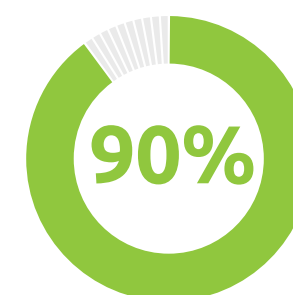


DIAGNÓSTICO TARDÍO



% DE SUPERVIVENCIA

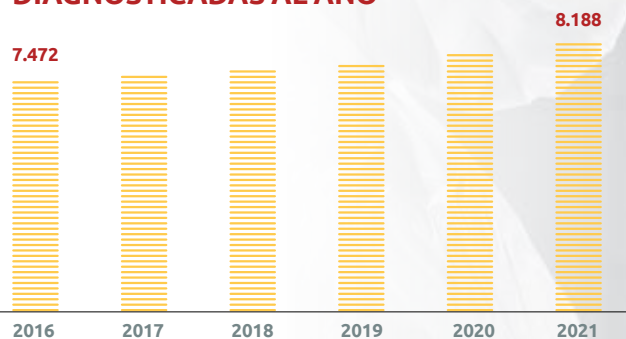
DIAGNÓSTICO PRECOZ



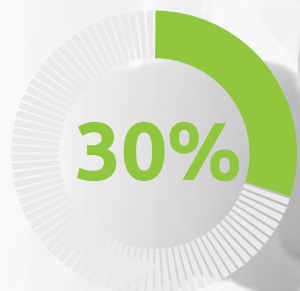
EVOLUCIÓN DEL CÁNCER ORAL EN ESPAÑA

El número de personas diagnosticadas de cáncer oral en España continúa creciendo. En el último año se ha observado un incremento del 2%, cifra constante en los últimos 6 años. Los datos muestran que entre 2016 y 2021 se ha producido un aumento de cerca del 10% en la incidencia de cáncer oral en nuestro país.

NÚMERO PERSONAS DIAGNOSTICADAS AL AÑO



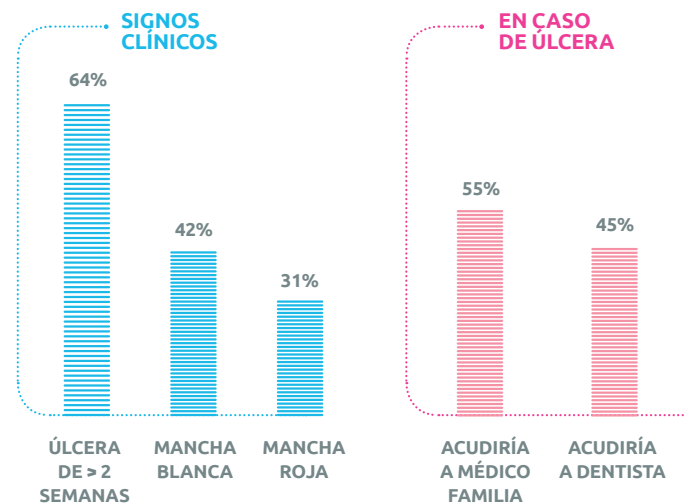
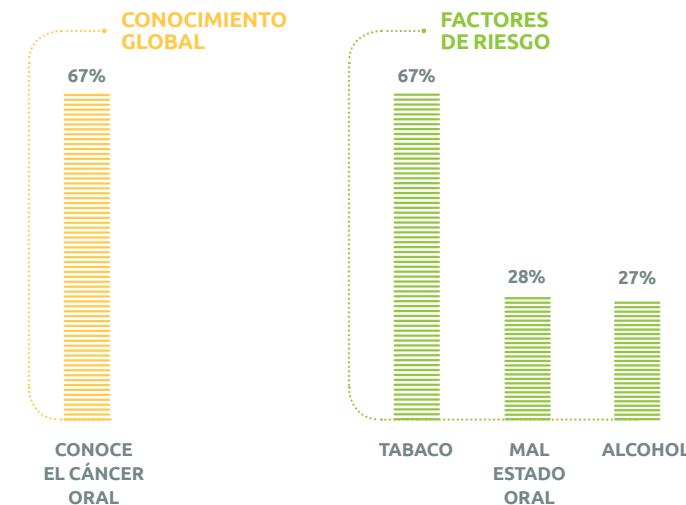
■ PRECOZ
 ▨ TARDÍO



GRADO DE CONOCIMIENTO EN ESPAÑA SOBRE EL CÁNCER ORAL

Los datos sobre el grado de conocimiento de la población española sobre cáncer oral muestran la urgente necesidad de seguir realizando campañas educativas sobre esta patología. Tres de cada diez españoles no ha oído hablar nunca del cáncer oral y una gran mayoría desconoce los factores de riesgo potenciales, así como los principales signos de alarma.

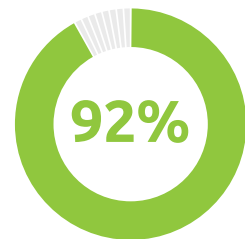
Resultados de encuesta a población general (datos Consejo General de Dentistas de España). Realizada en 2019 (n=687 sujetos).



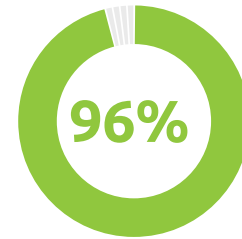
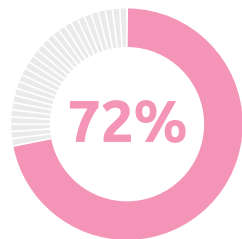
LA ACTITUD DE LOS DENTISTAS FRENTE AL CÁNCER ORAL EN ESPAÑA

Se dispone de varios estudios realizados en España sobre la actitud de los dentistas frente al cáncer oral, analizándose tanto aspectos relativos a la exploración clínica, como a la educación sanitaria suministrada a los pacientes. Si bien los datos han mejorado entre 2007 y 2019, determinados aspectos son perfectibles.

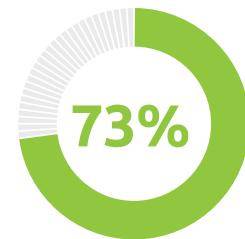
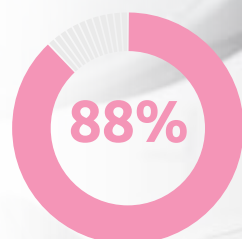
■ 2007 ■ 2019



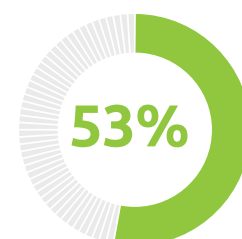
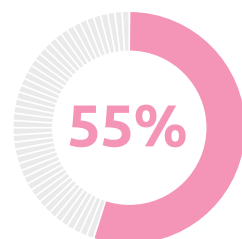
EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA CABEZA Y CUELLO



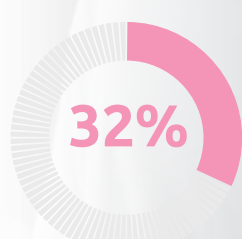
EDUCACIÓN SOBRE HÁBITO TABÁQUICO



EDUCACIÓN SOBRE CONSUMO ALCOHOL



EDUCACIÓN SOBRE DIETA SALUDABLE



3

LOS FACTORES DE RIESGO



EL CÁNCER ORAL NO DISCRIMINA, PUEDE AFECTAR A CUALQUIERA

Sin embargo, está fuertemente asociado con la edad y el género de la persona. Es más probable en hombres a partir de los 40 años.

El estilo de vida también es importante: nueve de cada diez casos están relacionados con factores de riesgo, como el tabaco o el consumo excesivo de alcohol.

Esto muestra la influencia que pueden tener determinadas elecciones y hábitos en nuestra salud.



Cambiando estos hábitos, dando pequeños pasos día a día, podemos ayudar a reducir las posibilidades de desarrollar cáncer oral.

Es básico que en nuestra actividad profesional diaria eduquemos a nuestros pacientes para que adopten hábitos saludables y abandonen los que no lo son.

Los cinco factores de riesgo clave sobre los que es necesario informar son:

TABACO: es la principal causa de cáncer oral. Tampoco el tabaco para mascar o los cigarrillos electrónicos son alternativas seguras al uso de cigarrillos tradicionales.

ALCOHOL: beber alcohol en exceso está relacionado con más de un tercio de los casos de cáncer oral. Su asociación al tabaco eleva el riesgo muy considerablemente.

VPH (EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO): el virus más común de transmisión sexual está relacionado con el aumento de casos de cáncer oral, sobre todo, en jóvenes.

DIETA: las investigaciones muestran que una dieta rica en frutas y verduras puede reducir el riesgo.

EXPOSICIÓN EXCESIVA AL SOL: está relacionada con cáncer labial.



EL TABACO

Actualmente, la mayor parte de casos de cáncer oral se relaciona con determinados hábitos conductuales. En nuestro país, el tabaco y el alcohol son los principales agentes de riesgo de esta patología, llegando a estar presentes en el 75% de los casos.

El tabaco contiene numerosos agentes carcinógenos, entre los que destacan las nitrosaminas, los hidrocarburos aromáticos policíclicos y los metales pesados. Asimismo, la formación de radicales libres genera alteraciones en diversas enzimas oxidativas implicadas en la carcinogénesis del cáncer oral. Finalmente, también es importante considerar el efecto térmico provocado por la combustión del tabaco fumado.

Las personas fumadoras presentan un riesgo 3 veces mayor de cáncer oral y 7 veces mayor de cáncer faríngeo.

Asimismo, existe una relación dosis y tiempo dependiente, en la que un mayor número de cigarrillos fumados durante periodos de tiempo más largos implican un incremento en el riesgo de padecer cáncer oral.

El contenido de alquitrán también se relaciona con el poder carcinogénico del tabaco. Los cigarrillos que contienen niveles elevados de esta sustancia (>22 mg) suponen un riesgo hasta 16 veces mayor de cáncer oral, frente a la mitad de riesgo que conllevan aquellos de bajo contenido.

Es importante destacar que el cese del hábito tabáquico determina una disminución del riesgo de cáncer oral del 35% después de un periodo de 1 a 4 años, mientras que después de 20 años el riesgo se vuelve similar al de una persona que nunca ha fumado.

Los cigarrillos contienen una gran cantidad de sustancias, todas ellas tóxicas para nuestro organismo. Contienen gases, metales, venenos, alquitrán y demás sustancias, que afectan no solamente a la salud oral, sino a todos nuestros órganos	NICOTINA Sustancia química que provoca la adicción a los cigarrillos	METANOL Conocido como alcohol metílico. Se trata de un disolvente industrial	MONÓXIDO DE CARBONO Gas inodoro e insípido muy perjudicial para la salud	BUTANO Combustible de uso doméstico. No tóxico en condiciones habituales	ALQUITRÁN Se deposita en los pulmones. Es una de las principales causas de cáncer	FILTROS Fabricados en acetato de celulosa, retienen parte del alquitrán y del humo
	ARSÉNICO Muy tóxico. Usado como compuesto de veneno para ratas	AZÚCAR Aditivo muy común. Al arder refuerza el efecto de la nicotina	AMONIACO Gas de olor muy característico que aumenta los niveles de nicotina libre	RELLENO Trozos de tallos y otros desechos de la hoja de tabaco que se añaden al cigarrillo	CADMIO Metal pesado tóxico que se emplea en la fabricación de pilas	PAPEL Cuanto más poroso sea, más aire permite pasar durante la combustión del cigarrillo



EL ALCOHOL

El consumo de alcohol está muy extendido en la sociedad española. Los últimos datos disponibles indican que el 8% de las mujeres y el 23% de los hombres afirma consumir alcohol a diario.

El consumo de alcohol es un factor de riesgo independiente para el cáncer oral, si bien su asociación al hábito tabáquico es muy habitual. El consumo de alcohol puede originar un riesgo de hasta 6 veces superior frente a los no bebedores. Se ha comprobado que la asociación de alcohol y tabaco es sinérgica (mayor riesgo que la suma de ambos factores).

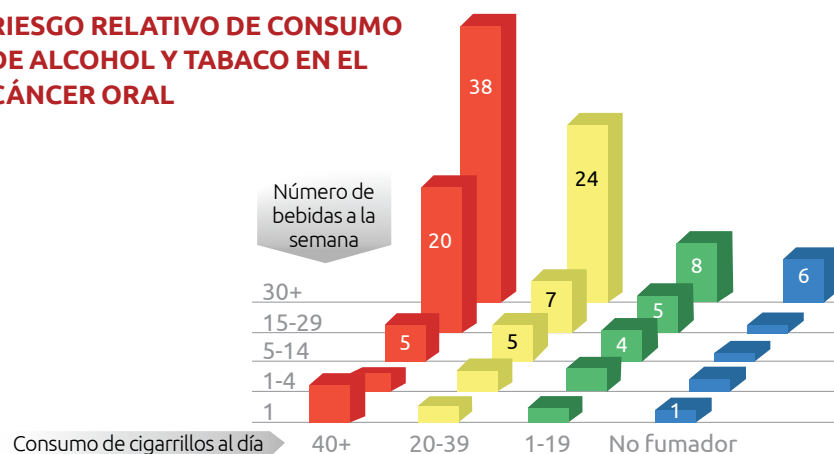
No se conocen bien los mecanismos por los que el alcohol tiene su efecto carcinogénico. El acetaldehído, primer metabolito del etanol, se sabe que juega un importante papel en el efecto carcinogénico de las bebidas alcohólicas, tanto a nivel hepático como en el tracto respiratorio superior.

Existen otros factores, además del acetaldehído, que se

pueden relacionar con su carcinogénesis como el aumento relacionado con el alcohol de niveles de estrógenos y andrógenos en mujeres que podrían promover el desarrollo de cáncer de mama; o la inmunosupresión relacionada con el alcohol que podría facilitar la carcinogénesis en varios órganos, incluida la cavidad oral.

En los últimos años ha surgido la duda de si los colutorios con base alcohólica pudieran ser considerados como factor de riesgo para el cáncer oral. Algunos colutorios pueden llegar a tener hasta un 20% de etanol. La mayoría de los estudios realizados son epidemiológicos, con grandes limitaciones a la hora de eliminar posibles variables de confusión (como pueda ser el consumo simultáneo de bebidas alcohólicas o de tabaco). Un metaanálisis de 2016, en cerca de 10.000 sujetos, sugiere un aumento de riesgo de cáncer oral en usuarios habituales y a largo plazo de colutorios con base alcohólica, aunque subraya las limitaciones anteriormente mencionadas.

RIESGO RELATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN EL CÁNCER ORAL



Tomado de: *Cawson's Essentials in Oral Pathology and Oral Medicine 9th Edition*. Ed. Elsevier, 2017.



EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La afectación en el ser humano es considerada como una enfermedad de transmisión sexual, ya que es su vía principal de transmisión, calculándose que entre el 65% y el 100% de las personas sexualmente activas han podido sufrir su exposición.

El virus infecta las células proliferativas de la capa basal del epitelio cutáneo o de las mucosas, pudiendo acantonarse y persistir de manera asintomática, o bien si se trata de alguno de los subtipos de bajo riesgo oncogénico, transformar las células infectadas y desarrollar lesiones benignas del tipo verruga vulgar, condiloma acuminado o una hiperplasia epitelial focal en la cavidad oral. Pero también puede inducir su transformación maligna, como puede ocurrir en el caso de infecciones por virus de alto riesgo oncogénico, provocando el desarrollo de un cáncer de cuello uterino, un carcinoma orofaríngeo de células escamosas e incluso, según las últimas evidencias de cánceres de recto, ano, vulva, vagina y pene.

La vigilancia epidemiológica sobre el cáncer oral y orofaríngeo ha constatado que, desde la década de los 70 hasta la actualidad, la incidencia de los cánceres asociados al Virus del Papiloma Humano (VPH) sigue un aumento constante.

La incidencia del cáncer orofaríngeo asociado a VPH varía según la etnia y el lugar geográfico, siendo más frecuente en el norte de América, Europa y Japón. España y los países del sur de Europa ocupan un lugar intermedio.

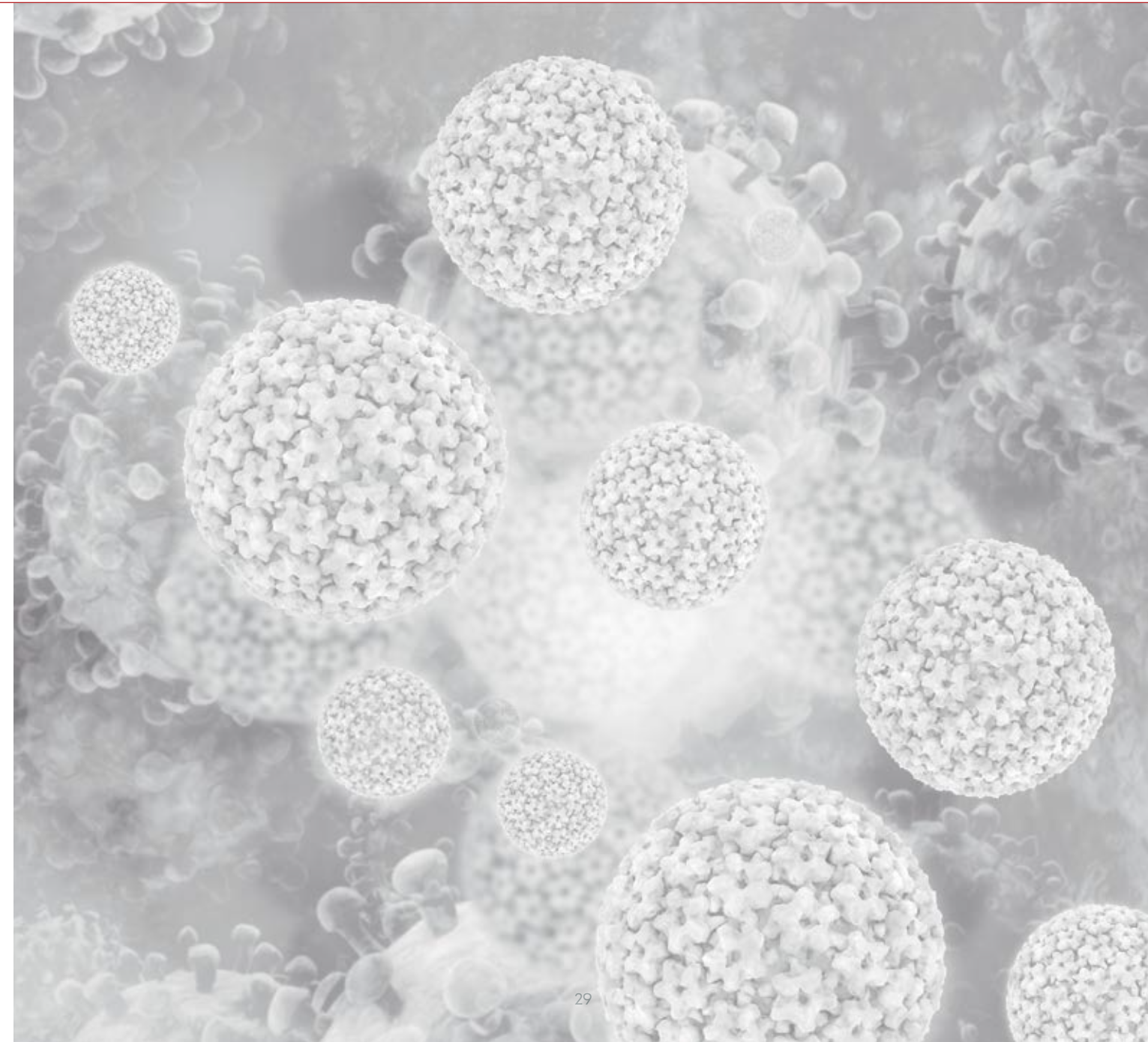
Es más prevalente en los hombres que en las mujeres (proporción aproximada de 8 a 1). Con relación con la edad, presenta picos más altos de incidencia a los 30-35 años, así

como a los 60-65 años, aunque en la actualidad se está detectando cada vez más en hombres jóvenes.

Parece existir una asociación con el consumo de marihuana y otros cannabinoides, además de con determinados comportamientos sexuales y la promiscuidad sexual.

Dentro de los diferentes subtipos de VPH, los del género alfa son los más importantes con relación a la mucosa oral. Algunos de ellos se consideran de bajo riesgo, como el 6, 11, 13 y 32, al estar implicados en la etiopatogenia de diferentes lesiones orales hiperplásicas benignas. Otros, como el 16 y el 18, son los considerados de alto riesgo, al provocar lesiones epiteliales que pueden progresar a un carcinoma de células escamosas. El mecanismo oncogénico de los VPH de alto riesgo involucra a las proteínas E6 y E7, que permiten la amplificación del genoma vírico en las capas epiteliales superiores de la mucosa oral.

La promoción de prácticas sexuales seguras y la vacunación contra el VPH para ambos sexos son las mejores opciones para prevenir la infección oral por VPH y la aparición de un carcinoma oral asociado.



LA DIETA Y EL CÁNCER ORAL

La posible asociación entre la nutrición y el cáncer oral es controvertida y no se encuentra completamente aclarada en la actualidad. Algunos alimentos o componentes de la dieta se han relacionado con un aumento del riesgo, mientras otros son considerados factores protectores.

La dieta mediterránea, que incluye el consumo frecuente de frutas y verduras variadas, cereales y pescados, así como el empleo de aceite de oliva en la cocina y un consumo moderado de carnes y productos lácteos, previene el cáncer oral. Específicamente, un alto consumo de frutas y vegetales ha demostrado tener un efecto protector frente a este tipo de cáncer.

FRUTAS Y VERDURAS

Ingerir al menos una pieza de fruta diaria y/o vegetales ayuda a reducir el riesgo de esta neoplasia en un 50%. Este efecto protector incluye a fumadores y bebedores, dado que este grupo de alimentos puede modular los efectos cancerígenos del alcohol y tabaco. Este efecto beneficioso se ha demostrado con mayor evidencia para los vegetales verdes, tomates, cítricos y zanahorias.

También los frutos rojos, ricos en polifenoles, como los arándanos, moras, fresas y frambuesas facilitan la eliminación de sustancias potencialmente cancerígenas. Las granadas, ricas en ácido eláxico, son también una buena opción dietética en relación al cáncer oral.

TÉ

El consumo de té verde y té negro ha demostrado un efecto protector sobre el cáncer oral. El té verde tiene hasta un 30% de polifenoles, con una actividad antioxidante considerable.

BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

Una dieta variada que utilice como base la dieta mediterránea ha demostrado comportarse como una dieta saludable. La dieta anticáncer se compone principalmente de verduras (y legumbres) acompañadas de aceite de oliva (o de linaza), además de ajo, hierbas y especias. El pescado contiene ácidos grasos poliinsaturados Omega-3 que reducen la inflamación y el crecimiento de las células cancerosas, y han demostrado en algunos estudios, que ayudan a reducir el riesgo de cáncer oral y de faringe. La carne y los huevos son opcionales y no representan el ingrediente principal del plato.



LA EXPOSICIÓN SOLAR Y EL CÁNCER ORAL

La radiación ultravioleta B (UVB) oscila entre los 290 y los 320 nm y se la considera como la principal responsable del cáncer de piel y del cáncer de labio.

Los estudios epidemiológicos han revelado que la incidencia del cáncer de piel y de los labios es más alta en personas que residen en áreas con altos niveles de radiación solar. Así, las personas que viven cerca del ecuador terrestre padecen más este tipo de cáncer que las personas que viven más alejadas de él. El origen étnico y el fototipo de piel también interviene en su incidencia, de hecho, es más común en personas de origen europeo, con un tono de piel más blanca, más sensibles al sol y con menos protección frente a los rayos UVB, que las personas de piel más oscura. También se asocia a personas que, por las características de su trabajo, pasan mucho tiempo expuestas al sol (agricultores,

marineros, etc.), por lo que la exposición a la luz solar sobre el fino epitelio del bermellón labial, se considera el factor de riesgo más significativo en el desarrollo de un cáncer labial.

El prototipo de persona afectada de cáncer labial es la de un hombre de edad avanzada, piel clara y con antecedentes a la exposición solar importante.

Topográficamente, dado que el labio inferior está más expuesto de forma directa a la luz solar que el labio superior, cuenta con más incidencia (cercana al 90%). El cáncer de labio suele estar precedido por una lesión en el bermellón del labio, con aspecto de placa blanquecina seca y con aspecto rugoso (papel de lija). Es muy importante que se use protección solar labial mientras se esté expuesto al sol, máxime en las horas de mayor irradiación solar.





4

LA DETECCIÓN PRECOZ

IDENTIFICAR CUANTO ANTES

La detección precoz del cáncer oral es clave para mejorar la supervivencia y la calidad de vida del paciente. Como ya se ha señalado, en España se consigue identificar de manera temprana solamente 3 de cada 10 tumores. Este hecho, desde un punto de vista analítico, puede tener su origen en 3 causas principales: la demora del paciente en solicitar ayuda médica, un inadecuado o inexistente diagnóstico y una falta de agilidad del sistema sanitario para acelerar el proceso diagnóstico y terapéutico.

La mayoría de los cánceres orales va precedida de los denominados trastornos orales potencialmente malignos (TOPM), por lo que su rápida identificación y tratamiento evitaría su transformación maligna. Por ello, las técnicas de cribado (o screening) están especialmente indicadas

en el cáncer oral, para poder diagnosticar a tiempo un trastorno previo que presenta alta probabilidad de malignización.

Todos los expertos en la materia recomiendan realizar un cribado selectivo a todos los pacientes que acuden a consulta. Este cribado debe incluir una exhaustiva anamnesis sobre los antecedentes personales y familiares, una investigación sobre los factores de riesgo potenciales, así como una adecuada exploración clínica, tanto extra como intraoral. Debe acompañarse de la enseñanza de la autoexploración del cáncer oral. Teniendo en cuenta la epidemiología del cáncer oral, parece razonable priorizar a los pacientes a partir de los 40 años (hombres y mujeres) fumadores y/o bebedores.

LAS BARRERAS



LOS PASOS



LA AUTOEXPLORACIÓN

La autoexploración del cáncer oral es un elemento fundamental en la estrategia del diagnóstico precoz. Es clave que el dentista incorpore esta herramienta a su quehacer diario. Tan importante es explicar al paciente los pasos a seguir para la autoexploración, como instruirle en cuáles son los signos de alarma que debe identificar.

Este tipo de estrategias pasan necesariamente por un personal sanitario dental bien formado y motivado, porque solo es viable en un contexto de educación sanitaria individualizada, dentro del amplio marco de lo que viene denominándose el “consejo médico” (counseling).

Hacerse una exploración uno mismo es simple, rápido y no requiere instrumentos particulares. Una buena fuente de luz, un espejo y el mango de una cuchara o tenedor son suficientes.

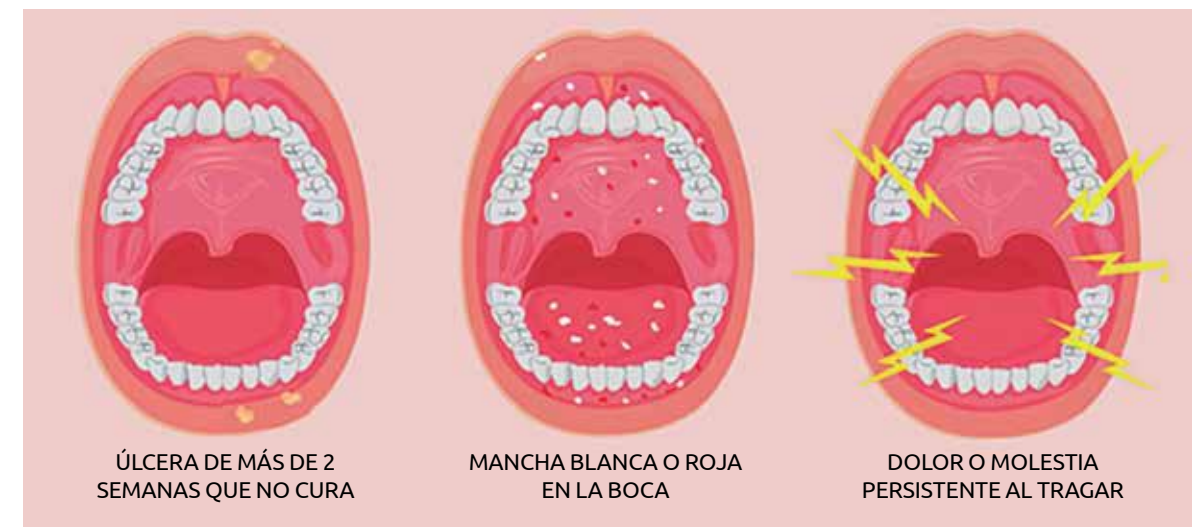
PASOS PARA REALIZAR UNA AUTOEXPLORACIÓN:

- 1- En frente del espejo, mirarse los labios de cerca.
- 2- Con la boca cerrada, doblar el labio superior e inferior hacia fuera y observar el tejido interno.
- 3- Con la boca abierta, y con la ayuda del dedo índice, separar las mejillas para observar las paredes internas de la boca y su ángulo.
- 4- Sacando y metiendo la lengua, mirar en su parte de atrás, y moviéndola hacia la izquierda y la derecha, examinar los laterales de la lengua, desde la punta hasta el fondo.
- 5- Tocando el paladar con la punta de la lengua, examinar esta y su mucosa de abajo.
- 6- Moviendo la cabeza hacia atrás, intentar examinar el paladar.



LOS PRINCIPALES SIGNOS DE ALARMA

El dentista debe informar al paciente no solo cómo realizar la autoexploración, sino también qué signos o síntomas son de relevancia para solicitar ayuda sanitaria. Tan importante es el cómo, como el qué buscar. Es evidente que el cáncer oral puede presentarse de muy diversas formas, pero es importante no confundir al paciente y priorizar los 3 signos/síntomas que son universalmente considerados como prioritarios. Es fundamental explicar al paciente que no siempre estos signos son sinónimos de cáncer oral. Por ello, no debe precipitarse en el diagnóstico y consultar a un profesional de inmediato para establecer el diagnóstico real.



Uno de los peligros reales de este cáncer es que, en sus primeras etapas, puede pasar desapercibido. Puede ser indoloro y es posible que las lesiones sean mínimas. El cáncer oral puede presentarse de muchas formas, pero existen unos signos llamados de “alarma” que nos deben obligar a consultar urgentemente a un profesional sanitario. Puede aparecer una mancha de color blanco o rojo en la boca o una pequeña úlcera dura que se parece a un afta común y que no se cura en unas dos semanas. Otros síntomas incluyen dolor o dificultad para tragar, hablar o masticar. El dolor de oído persistente en un solo lado, también puede ser una señal de advertencia.

LA EXPLORACIÓN CLÍNICA

Los exámenes orales, incluida la inspección visual y la palpación, son los métodos de rutina para la detección de lesiones orales. El examen clínico (extraoral e intraoral) constituye el método de referencia de cribado de cáncer. Es muy importante que se realice de forma estandarizada, siguiendo siempre el mismo orden para no olvidar ningún paso. Se trata de un método simple, no invasivo, seguro y aceptado por los pacientes, permitiendo detectar la enfermedad precozmente.

EXTRAORAL

Se recomienda colocar al paciente en posición vertical sentado.

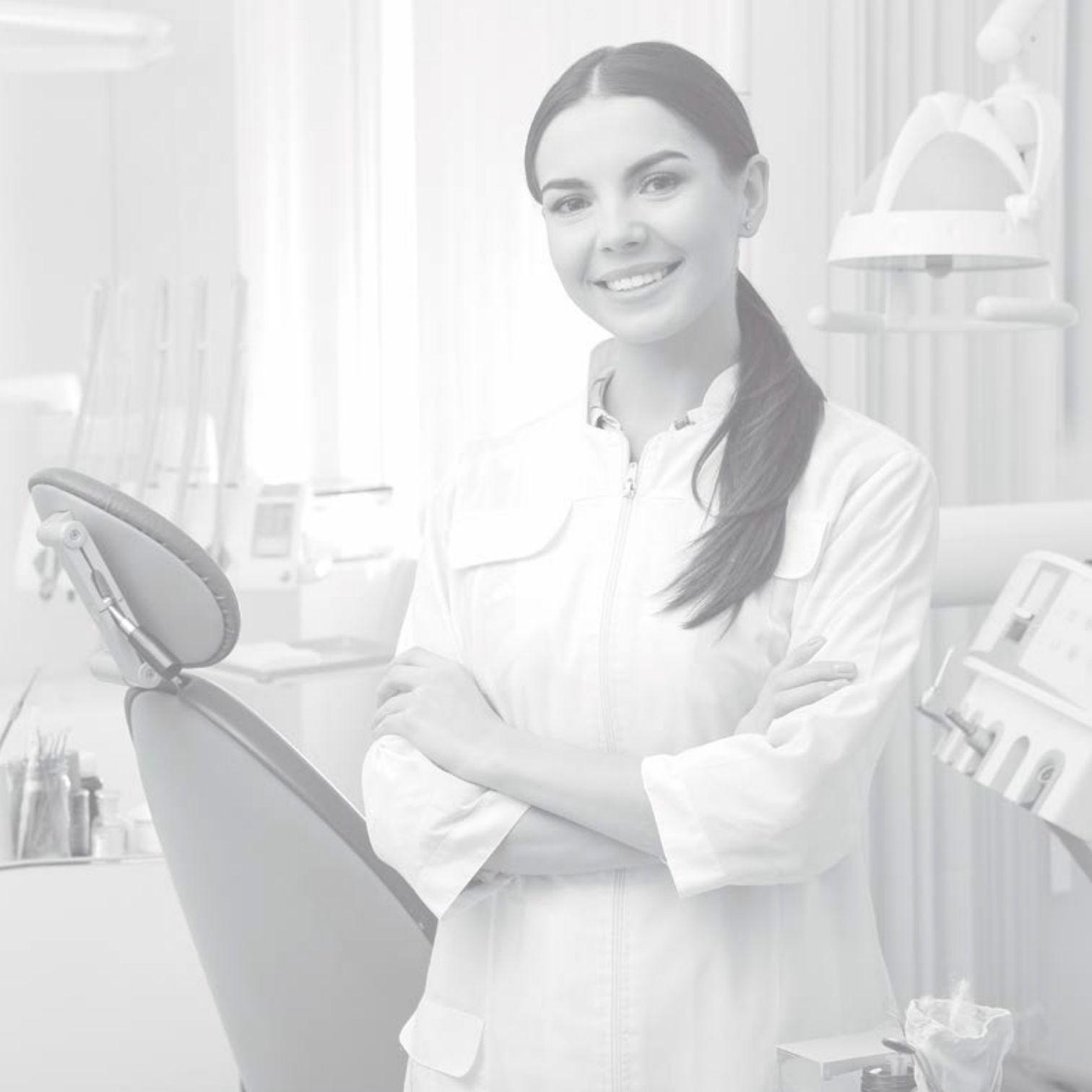


- 1- Inspeccionar la cabeza y cuello, buscando posibles asimetrías, hinchazones u otras anomalías.
- 2- Palpar el cuello, la zona submandibular y las regiones supraclaviculares de los ganglios linfáticos.
- 3- Inspeccionar y palpar los labios y los tejidos periorales.

INTRAORAL



- 1- Examen externo de los labios.
- 2 y 3- Examen de la mucosa labial. Con la boca entreabierta se everten los labios y se explora la mucosa del labio superior y del inferior.
- 4- Examen de las mucosas yugales. Con la boca entreabierta se explora, separando con dos espejos, cada mucosa yugal (en sus tercios anterior, medio y posterior). Luego se palpa bimanualmente (con una mano dentro y otra fuera de la boca). Se examina la función salival masajeando cada área parotídea sucesivamente y observando si aparece saliva en la carúncula del Stenon a la altura del primer molar superior.
- 5- Examen de las mucosas alveolares. Con la boca entreabierta, como continuación de las mucosas labiales y yugales. Examen del paladar duro. Examen de la mucosa del paladar blando, pilares amigdalinos y orofaringe.
- 6- Examen de la cara dorsal de la lengua. Inspección y palpación.
- 7- Examen de la cara ventral y bordes laterales de la lengua (traccionando hacia lado izquierdo y derecho).
- 8- Examen del suelo de la boca.



5

**EL
PAPEL
DEL DENTISTA
EN EL CÁNCER
ORAL**

EL CONTROL DEL CÁNCER ORAL

Además de una población informada, que conozca los factores de riesgo y las señales de alarma del cáncer oral, los dentistas son la primera línea de defensa en la detección temprana de la enfermedad. En la actualidad, hay cerca de 40.000 dentistas en España. Según los datos del Observatorio de Salud Oral Español (OSOE), cada dentista atiende en promedio unos 8-9 pacientes al día. Los datos del *Libro Blanco sobre Salud Oral* confirman que el 50% de la población española visita al dentista anualmente. El solo hecho de realizar exámenes de detección de cáncer "oportunistas", a modo de cribado, de la población de pacientes que visitan las clínicas dentales cada día, brindaría millones de oportunidades para detectar el cáncer oral en sus primeras etapas.

Uno de los objetivos debe ser iniciar un esfuerzo dentro de la comunidad dental para que se evalúe de manera sistemática a todos los pacientes que visitan nuestras clínicas. Al mismo tiempo, esta campaña de concienciación pública va destinada a sensibilizar al público sobre el cáncer oral, sus señales de alarma y los factores de riesgo, así como a educar sobre la necesidad de realizarse una autoexploración de la boca periódicamente, amén de las visitas regulares al dentista para la detección de esta patología. El colectivo de profesionales debe asumir este papel de liderazgo si se quiere combatir al cáncer oral, reduciendo la morbilidad y aumentando las expectativas de vida de los pacientes.

Los estudios publicados en Estados Unidos muestran que, en la actualidad, menos del 15-25% de los que visitan a un dentista afirma haber tenido un examen de detección de cáncer oral, así como una explicación sobre señales de alarma y factores de riesgo.



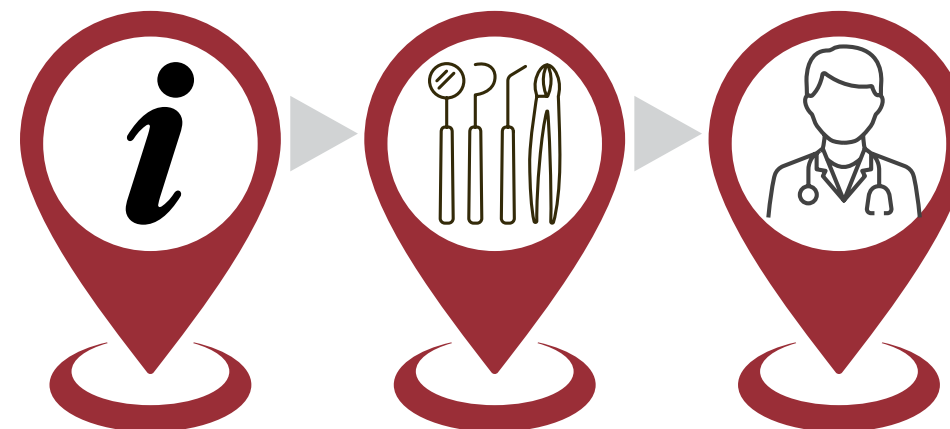
¿QUÉ HACER PARA UNA ODONTOLOGÍA DE CALIDAD?

Básicamente son tres las acciones que debemos realizar con relación a la lucha contra el cáncer oral:

INFORMAR Y EDUCAR: a todos nuestros pacientes, muy especialmente, a partir de los 40 años de edad, se debe informar y educar sobre las señales de alarma del cáncer oral y sus factores de riesgo. Asimismo, debe educarse al paciente sobre la técnica de autoexploración bucal, señalándole su relevancia.

DETECTAR PRECOZMENTE: realizando una adecuada y sistemática exploración, tanto intra como extra oral, buscando posibles signos compatibles con lesiones premalignas o con el cáncer oral. Valorar la pertinencia de realizar una biopsia oral.

REFERIR al paciente a un centro especializado si procede.



EL DENTISTA Y SU PAPEL EN EL CÁNCER ORAL

El diagnóstico inicial de cáncer tiene un impacto enorme en el futuro de un paciente, cambiando su vida para siempre.

Desde el diagnóstico, hasta que recibe su debido tratamiento, cada miembro del equipo dental juega un papel vital y puede tener una influencia positiva en la calidad de vida del paciente. Por eso, el manejo integral del paciente es clave, no solamente en el momento de la derivación, sino antes, durante y después del tratamiento de su cáncer. Este enfoque integral es fundamental para poder prestar la asistencia más eficaz posible.

Desde el punto de vista del dentista, se pueden establecer tres fases muy importantes.

- Detección y referencia a centro especializado.
- Intervención dental.
- Cuidados peri y postratamiento del cáncer.

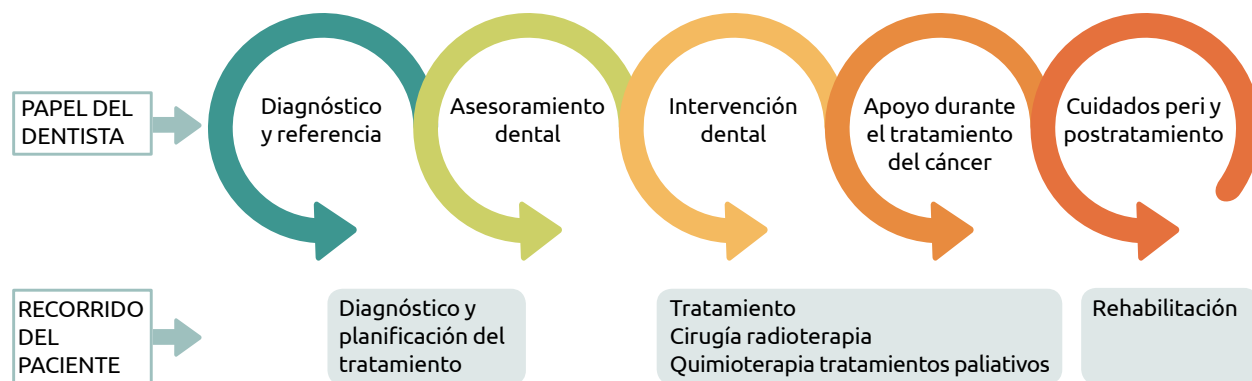


Figura adaptada de Beacher and Sweeney (2018).

DETECCIÓN Y REFERENCIA

El dentista es, a menudo, el primer sanitario en detectar los signos de cáncer oral. En comparación con muchos otros sitios, la cavidad bucal es fácilmente accesible para un examen minucioso. La piedra angular de la detección precoz incluye exámenes regulares de cáncer oral en cada visita, junto con una historia clínica minuciosa para detectar cualquier factor de riesgo que el paciente pueda tener y que lo predisponga al cáncer oral. La detección temprana del cáncer oral es fundamental. La etapa en la que se diagnostica el cáncer tiene un impacto significativo en las posibilidades de supervivencia y reduce la morbilidad.

INTERVENCIÓN DENTAL

Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer oral, el asesoramiento y las intervenciones dentales son muy importantes. Debe incluir la planificación adecuada de los tratamientos restauradores necesarios, la extracción de los dientes de pronóstico dudoso lo antes posible y brindar asesoramiento y tratamiento preventivo. Por lo tanto, el dentista debe asegurarse de que el paciente esté estable desde el punto de vista dental mientras se somete al tratamiento del cáncer. Esto significa asegurarse de que el paciente pueda mantener una cavidad bucal sana y rehabilitarse después del tratamiento. Conviene valorar la prescripción de pasta fluorada de alta concentración (2.800-5.000 ppm), así como la aplicación trimestral de barniz de flúor.



CUIDADOS PERI Y POSTRATAMIENTO

Someterse a un tratamiento oncológico en cabeza y cuello puede implicar radioterapia, quimioterapia y cirugía. Estos conllevan una serie de efectos secundarios orales, tanto a corto como a largo plazo. Entre los más importantes se encuentran la xerostomía, el riesgo de osteoradionecrosis, mucositis y trismo. Todos estos aspectos deben ser considerados en los cuidados peri y postratamiento del cáncer oral, para prevenirlos o tratarlos, así como la necesidad de rehabilitación que suele ser muy habitual.

¿POR QUÉ FUNCIONA LA DETECCIÓN PRECOZ?

En cualquier programa de cribado del cáncer es importante definir la población que se va a cribar. Sin embargo, limitar el cribado solamente a la población de riesgo, conlleva dejar fuera del mismo a aquellos que no reúnen los criterios de riesgo predeterminados. Esto es especialmente importante en el caso del cáncer oral.

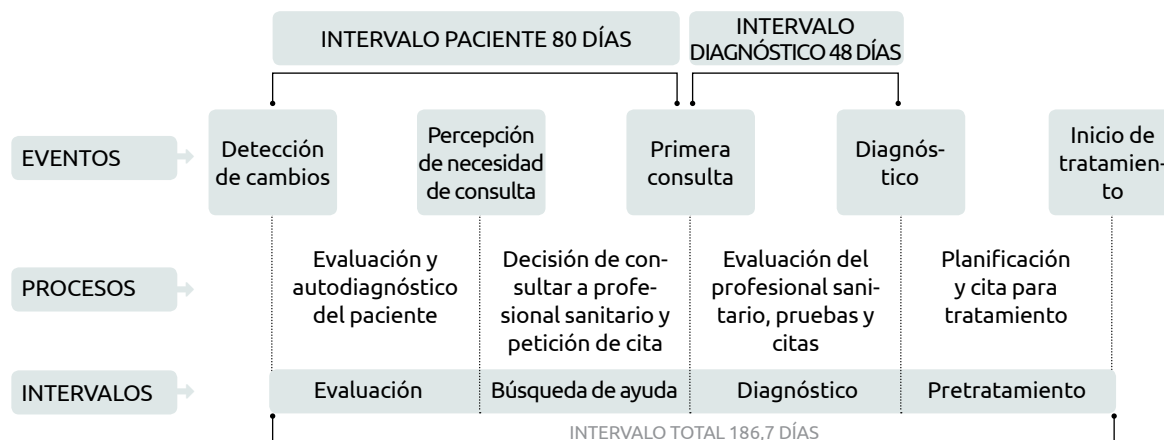
La adición del VPH como factor de riesgo de cáncer oral ha dificultado, si no imposibilitado, definir fácilmente a las personas de alto riesgo. El cribado masivo oportunista es la única opción viable para diagnosticar al cáncer oral en etapas precancerosas.

El cáncer oral es un cáncer ideal para el diagnóstico precoz mediante exámenes de detección. Con frecuencia, está precedido por una lesión potencialmente maligna identificable y la progresión de la displasia ocurre durante un período de 2,5 a 8 años.



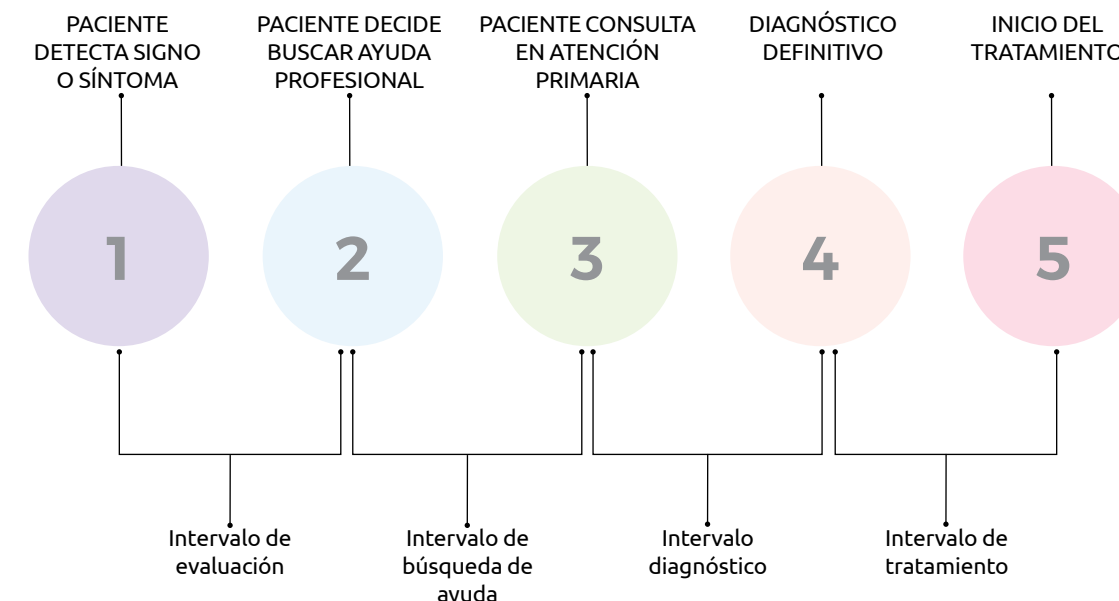
EL RETRASO DIAGNÓSTICO EN EL CÁNCER ORAL

El retraso diagnóstico promedio entre la detección de signos por parte del paciente y el inicio del tratamiento se ha calculado en unos 187 días. De ese tiempo, el 43% es debido al denominado "intervalo paciente", es decir, desde que detecta los primeros cambios hasta que tiene lugar la primera consulta.



Tomado de: Varela-Centelles P et al. Clin Otolaryngol. 2018; 43:164-171

PUNTOS CLAVE EN EL RECORRIDO DEL PACIENTE



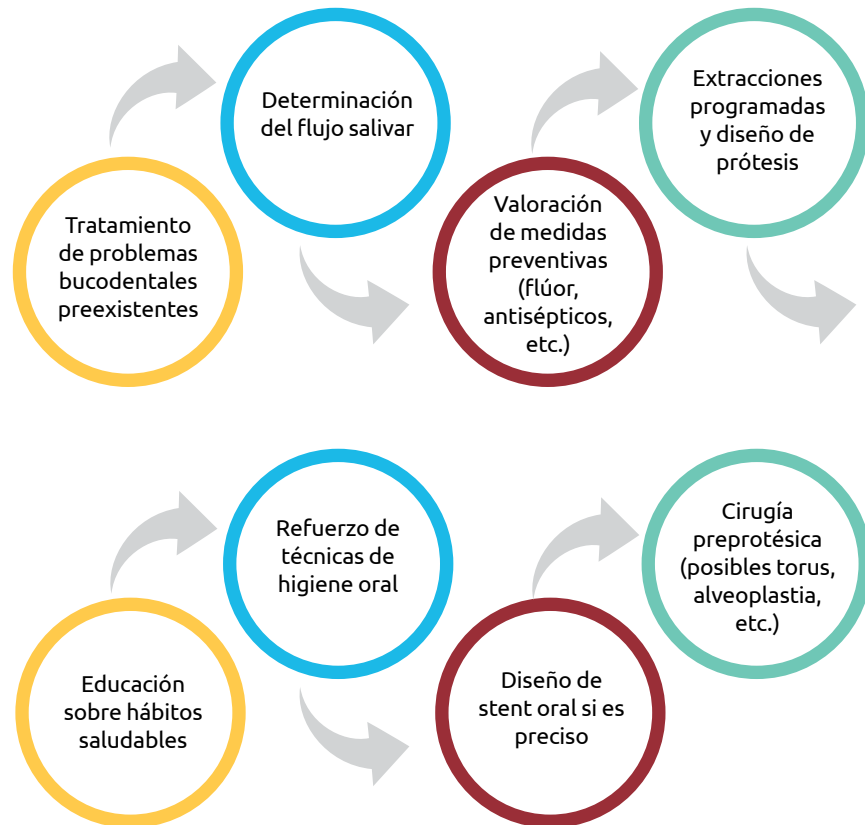
El dentista puede intervenir en varias de estas etapas para reducir el tiempo total del recorrido. Teniendo en cuenta que más del 40% del tiempo invertido en el proceso está en relación directa con el paciente (solicitar consulta en cuanto detecte un signo o síntoma de sospecha), mejorar el nivel de conocimientos de la población con relación al cáncer oral es un punto clave. La responsabilidad del profesional debe centrarse en informar y educar sobre los signos de alarma, la autoexploración e investigar los posibles factores de

riesgo en un intento de corregirlos. El segundo intervalo que el dentista puede reducir es el que corresponde al diagnóstico. El realizar una exploración clínica, tanto extra como intraoral, siguiendo una sistemática, es fundamental. En caso de sospecha, recurrir a técnicas diagnósticas alternativas (por ejemplo, la biopsia oral) y/o referir al paciente a un centro especializado urgentemente. Emprendiendo estas acciones podemos salvar vidas.

LA INTERVENCIÓN DENTAL

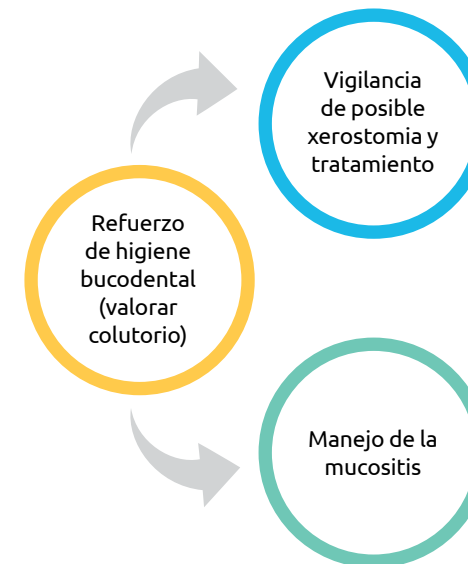
Una vez realizado el diagnóstico de cáncer oral, el paciente tendrá que someterse a un tratamiento extenso, que incluye cirugía, muchas veces acompañada de quimio o radioterapia. Para minimizar los riesgos y brindar al paciente una Odontología de calidad basada en la evidencia, es importante conocer las recomendaciones a seguir antes, durante y después de estos tratamientos.

ANTES DE LA RADIOTERAPIA



DURANTE LA RADIOTERAPIA

Durante la radioterapia se deben vigilar, principalmente, dos complicaciones que pueden llegar a ser extremadamente molestas para el paciente: la aparición de xerostomía y la mucositis. Además, debe vigilarse la posible aparición de infecciones orales y de trismo.



ESCALA CLÍNICA CHALLACOMBE PARA LA BOCA SECA

PUNTOS	SIGNOS CLÍNICOS	SEVERIDAD	RECOMENDACIONES
1	El espejo se adhiere a la mucosa bucal.	Leve Puntuación 1-3	Chiles sin azúcar durante 15 minutos, dos veces al día. Asegurar hidratación.
2	El espejo se adhiere a la lengua.		
3	Saliva espesa, espumosa.		
4	No hay acumulación de saliva en el suelo de la boca.	Moderada Puntuación 4-6	Chicles sin azúcar. Sialagogos simples. Sustituto de saliva. Flúor tópico.
5	La lengua muestra depapilación leve.		
6	La arquitectura gingival está alterada.		
7	Aspecto vidrioso de la mucosa oral, especialmente del paladar.	Severa Puntuación 7-10	Chicles sin azúcar. Sialagogos simples. Flúor tópico. Requiere intervención de especialista.
8	Lengua lobulada/fisurada.		
9	Caries cervicales.		
10	Restos en el paladar que se pegan a los dientes.		

The Challacombe Scale. www.bsdt.org.uk Retrieved 22 June 2019.

ESCALA DE MUCOSITIS DE LA OMS

CÓDIGO	DEFINICIÓN
0	Ausencia de signos de mucositis.
1	Dolor/eritema.
2	Eritema/ulceración, pero el paciente puede ingerir alimentos sólidos.
3	Úlceras que solo permiten dieta líquida.
4	La alimentación por vía oral ya no es posible.

WHO: <http://www.who.int/en> WHO Handbook 1979, pp. 15-22.
Sonis et al. Cancer 2004; 100 (9 Suppl): 1995-2025.

DESPUÉS DE LA RADIOTERAPIA



LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA

La radioterapia de cabeza y cuello va acompañada de muchas complicaciones orales y dentales que el profesional debe conocer para, por una parte, intentar prevenirlas, y por otra, para tratarlas una vez instauradas.

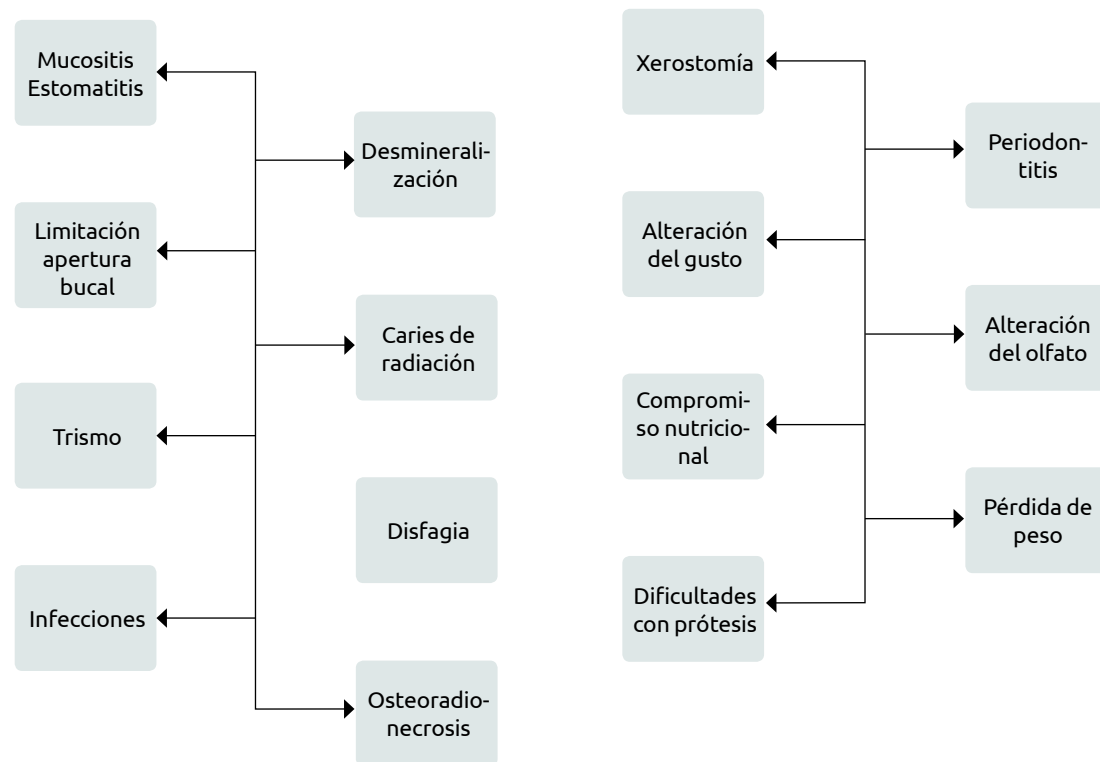


Figura. Complicaciones orales y dentales de la radioterapia (adaptado de Mac Carthy et al.)



EL IMPACTO DEL CÁNCER ORAL

Es muy difícil afrontar un diagnóstico de cáncer oral, tanto a nivel práctico como emocional.

Al principio, como en todos los cánceres, es probable que el paciente se sienta muy asustado y confundido.

El período de recuperación puede ser un momento difícil para algunos pacientes con cáncer oral. Después del tratamiento, los pacientes pueden tener problemas para respirar, tragar, beber o comer.

El habla también puede verse afectada y, en ocasiones, incluso perderse. También puede ocurrir una desfiguración facial.

Esto puede conducir a otros problemas, como la deficiencia nutricional y la depresión, dificultades en la comunicación y baja autoestima.

El aislamiento y el impacto en las relaciones sociales pueden causar tanta angustia como el cáncer en sí mismo.

La rehabilitación es una parte muy importante del tratamiento. El equipo de atención médica debe asegurarse de que el paciente pueda acceder a servicios que a veces incluyen:

- Cirugía reparadora o plástica.
- Rehabilitación oral.
- Logopedia.
- Asesoramiento dietético.
- Soporte psicológico.

Los pacientes que han tenido cáncer oral deben ser vigilados de cerca para asegurarse de que no aparece una recidiva. Las

tasas de supervivencia han mejorado durante los últimos 20 años y, si se detecta precozmente, se puede curar con una aceptable calidad de vida.

Es muy importante brindar la información y el apoyo emocional adecuados.



EL IMPACTO









6

LAS RECOMENDACIONES

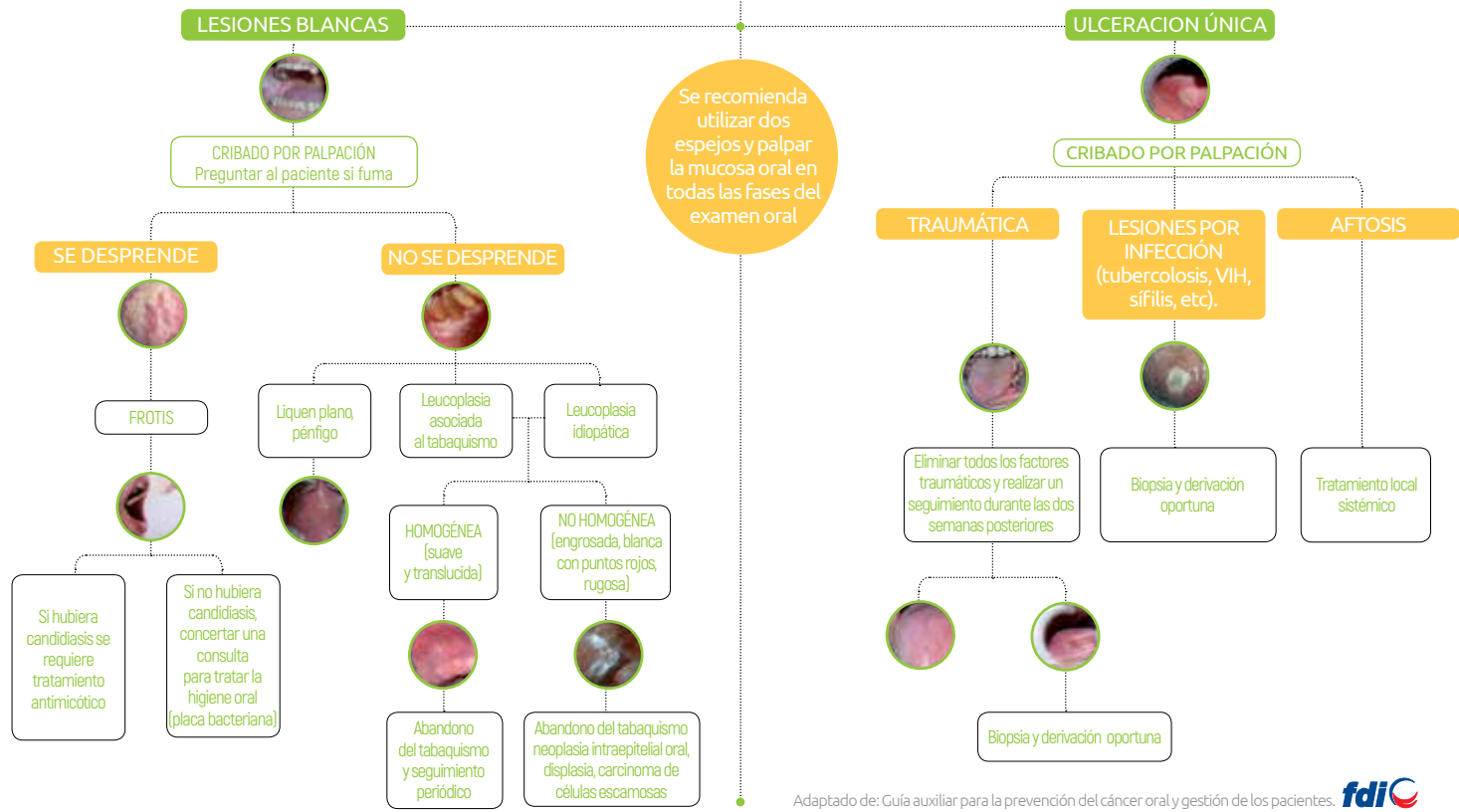
6

EL EXAMEN DE DETECCIÓN

Los dentistas gozan de la situación ideal para detectar los primeros signos del cáncer oral en pacientes de alto riesgo. Las tasas de supervivencia pueden mejorarse mediante la detección temprana y la oportuna derivación a centros especializados.

-  **PASO 1:** examine el interior de las mejillas.
-  **PASO 2:** examine el borde lateral de la lengua.
-  **PASO 3:** examine la base de la boca.
-  **PASO 4:** examine el paladar.

PASO 5: DIAGNÓSTICO



Adaptado de: Guía auxiliar para la prevención del cáncer oral y gestión de los pacientes. fdi



ANTES DE LA RADIOTERAPIA

Es conocido que tanto la radioterapia como la quimioterapia tienen repercusiones en la salud oral. Por ello, y previo a que el paciente inicie su tratamiento médico, debe de ser revisado y tratado. Especial atención merecen la determinación del riesgo, así como los protocolos preventivos y terapéuticos.

CONOCER LOS RIESGOS ASOCIADOS:

- Trismo. Prevalencia del 25% para RT convencional, del 5% para RTIM (RT de intensidad modulada) y 35% para RT + QT.
- Valorar el riesgo de xerostomía (80%-90% de los pacientes irradiados).
- Riesgo de mucositis: 23-30%.
- Osteoradionecrosis: prevalencia del 7%.

PROTOCOLO PREVENTIVO:

- Instrucción en higiene oral (incluye higiene interdental).
- Recomendaciones dietéticas.
- Pasta dentífrica de alta concentración (2.800-5.000 ppm).

PROTOCOLO TERAPÉUTICO:

- Impresiones para estudio de modelos (para confeccionar cubetas de flúor, estudio preparatorio de prótesis, etc.).
- Tratamientos restauradores (caries activas, obturaciones defectuosas, etc.).
- Extracciones de dientes con mal pronóstico (con movilidad, lesión apical, gran destrucción, etc.).
- Las extracciones y cualquier otro procedimiento traumático deben realizarse como mínimo 2 semanas previas al inicio de la RT.



MEDIDAS PREVENTIVAS DE CONTROL DE PATOLOGÍAS EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL

MEDIDA PREVENTIVA	COMENTARIOS
Dentífrico de fluoruro sódico 2.800 ppm 5.000 ppm	Utilizado 2 veces al día en cepillado.
Suplementos adicionales de flúor:	
Espuma de fosfato cálcico	Aumenta el calcio libre disponible para su absorción dentaria.
Colutorio de flúor	Es posible que el colutorio de fluoruro de sodio tenga un papel importante. Sin embargo, debe ser sin alcohol y utilizarse en momentos alternativos del día al uso de la pasta fluorada.
Barniz de flúor 22.600 ppm	El uso del barniz de flúor no está basado en la evidencia en este tipo de pacientes. Sin embargo, proporciona y aumenta la disposición al flúor en estos pacientes.
Antisépticos	
Colutorio de clohexidina	El uso de enjuagues bucales con clorhexidina está actualmente recogido en algunas guías existentes. Sin embargo, su uso puede causar importantes molestias en la mucosa oral de las personas que reciben radioterapia o quimioterapia en la cabeza y el cuello. Por lo tanto, no debería prescribirse de forma rutinaria. Puede tener un papel en situaciones en las que no es posible ningún otro método para conseguir la higiene bucal.

DURANTE LA RADIOTERAPIA

MUCOSITIS

- Suele iniciarse a las 2 semanas de empezar el tratamiento y dura hasta las 6 semanas de completarlo.
- En su manejo se han analizado varios métodos que incluyen colutorio de fosfato cálcico supersaturado, colutorio mucoadhesivo, colutorio de clorhidrato de bencidamina y suplementos de zinc.

INFECCIONES

- Sobre todo, las producidas por *Candida* son relativamente frecuentes.
- En caso de aparecer muchas veces hay que recurrir a tratamiento sistémico con antifúngicos.
- El digluconato de clorhexidina tiene propiedades antifúngicas, pero su eficacia en estos casos está por confirmar.

XEROSTOMÍA

- Es muy importante que la boca se encuentre continuamente hidratada.
- Los lubricantes de la mucosa oral obtienen buenos resultados, pero son de duración muy corta.
- Los sustitutos de la saliva a base de mucina presentan buenos resultados a corto plazo.
- En algunos casos puede estar indicado el uso de la pilocarpina.

TRISMO

- Los ejercicios activos mandibulares con ayuda de determinados dispositivos, han mostrado ser de utilidad a corto plazo, pero no se dispone de estudios a medio o largo plazo.
- Se han ensayado determinados tratamientos farmacológicos como la pentoxifilina (resultados modestos) o la toxina botulínica (reduce el dolor, pero no el trismo).





DESPUÉS DE LA RADIOTERAPIA

CARIES DE RADIACIÓN

Debidas, entre otras posibles causas, a cambios en los hábitos dietéticos, así como a la xerostomía persistente. Estos pacientes deben ser revisados a intervalos cortos (idealmente cada 3 meses) al objeto de realizarles una evaluación de su riesgo de caries. Las medidas de soporte preventivo (flúor profesional trimestral) deben mantenerse hasta la estabilización del riesgo de caries.

REHABILITACIÓN

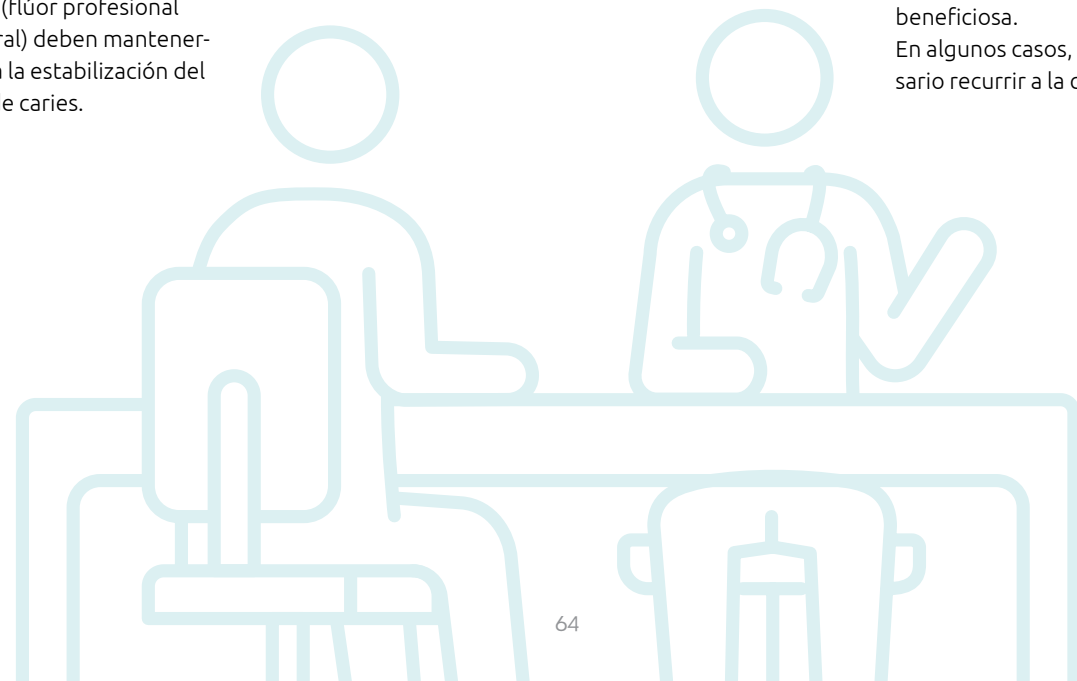
Los implantes pueden utilizarse en la rehabilitación del paciente. Se recomienda consultar el plan de tratamiento con el cirujano maxilofacial que ha intervenido al paciente. Los tratamientos con prótesis convencional son, sin embargo, una excelente opción para estos pacientes.

SEGUIMIENTO Y REVISIONES

Los pacientes debido a los riesgos mencionados, deben ser revisados periódicamente. Dentro de este marco, se vigilará, especialmente, la posible recurrencia de la patología.

OSTEORADIONECROSIS

Lo más importante es prevenirla. Una vez establecida, su manejo es controvertido. Algunos sugieren la utilización de oxígeno hiperbárico, pero no existe aún evidencia de su utilidad. La utilización a largo plazo de pentoxifilina, tocoferol o clodronato podría ser beneficiosa. En algunos casos, será necesario recurrir a la cirugía.



ANTES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Preparar a los pacientes antes del tratamiento del cáncer.

- **Fase 1:** eliminar focos infecciosos. Como mínimo, 2 semanas antes del inicio del tratamiento.
- **Fase 2:** realizar tratamientos no invasivos.
- **Fase 3:** aplicar flúor tópico profesional (cubeta o barniz).
- **Fase 4:** valorar prótesis maxilofacial si está indicada.

DURANTE EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Minimizar los efectos secundarios de la radioterapia.

- Utilizar antisépticos locales, gel anestésico y enjuague alcalino en caso de mucositis postirradiación.
- Prevenir la caries con cepillado dos veces al día con dentífrico fluorado de alta concentración (2.800-5.000 ppm) y aplicación profesional de flúor trimestral.
- Recomendar chicles sin azúcar, sustitutos de la saliva, en caso de xerostomía.

DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Controlar proceso de curación y posible recurrencia del cáncer.

- Seguimiento y revisiones periódicas, al menos, cada 6 meses.
- Administrar antibióticos en caso de requerir procedimientos dentales traumáticos tras la radioterapia.
- Realizar tratamiento prostodóntico no traumático para la rehabilitación, en un plazo de 6-12 meses.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y MANEJO DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	RECOMENDACIONES CLÍNICAS
<p>Mucositis (ver clasificación OMS) Se presenta inicialmente como una lesión eritematosa entre 7 y 10 días después de la dosis inicial de tratamiento. Esta mucositis eritematosa inicial pronto se convertirá en una mucositis ulcerosa, que suele estar cubierta por pseudomembranas. Debe examinarse cuidadosamente la mucositis ulcerosa localizada en los tejidos de la mucosa oral, especialmente alrededor de las coronas metálicas.</p>	<p>El primer objetivo es aliviar el dolor. Pueden utilizarse anestésicos tópicos en forma de aerosoles, pomadas, geles o enjuagues, como la lidocaína, la benzocaína la diclonina y la capsaicina. Se debe informar a los pacientes de que deben evitar los alimentos o bebidas calientes, picantes y ácidas. Deben abstenerse de ingerir alimentos duros, ya que pueden ser traumáticos para los tejidos de la mucosa oral. En algunos casos será necesario prescribir antifúngicos y/o antibacterianos.</p>
<p>Xerostomía (ver clasificación Challacombe) Los profesionales deben buscar activamente signos y síntomas relacionados con la hipofunción salival, incluyendo fisuras en las comisuras labiales, dificultades para tragar o masticar los alimentos, así como en el habla. La disminución del flujo salival conlleva cambios en la flora bucal, aumentando las posibilidades de infección bacteriana y/o fúngica. Estos cambios predisponen al paciente a la caries por radiación, que se localiza típicamente en el borde incisal y en el tercio cervical de los dientes.</p>	<p>Se pueden utilizar sustitutos de la saliva a base de carboximetilcelulosa, mucina, agua o glicerina, aunque la eficacia de estos agentes es cuestionable. Si las glándulas salivales no son completamente afuncionales por la radioterapia, pueden utilizarse estimulantes salivales como la pilocarpina o la cevimelina. El uso temprano de gel de fluoruro de estaño aplicado con cubeta personalizada y aplicaciones diarias de cinco minutos es muy recomendable para reducir el riesgo de caries.</p>
<p>Osteoradionecrosis (ORN) La ORN se define clínicamente como un área de hueso expuesto que persiste durante más de 3 meses; sin embargo, también son comunes los hallazgos radiográficos de radioopacidad irregular que son indicativos de la formación de un sequestro sin que se produzca un cierre mucoso superpuesto. También pueden observarse con frecuencia tejidos blandos ulcerosos o necróticos alrededor de la zona expuesta.</p>	<p>La extracción de dientes es responsable del 50% de las ORN, por lo tanto, deben evitarse los procedimientos dentales invasivos. Los procedimientos periodontales, como el raspado y la cirugía de colgajo, también están contraindicados. Las opciones más conservadoras, como la endodoncia, son preferibles. Se recomienda realizar profilaxis periódicas cada 4 meses. El uso de pentoxifilina y/o tocoferol puede tener resultados prometedores en la reducción del riesgo y el manejo de los pacientes con ORN.</p>
<p>Trismo Clínicamente, se considera que la apertura bucal es inferior a 35 mm, aunque el grado de apertura bucal limitada puede ser subjetivo. En casos graves, la apertura máxima puede reducirse a menos de 10 mm.</p>	<p>El tratamiento consiste en el ejercicio y el uso de abridores de mordida dinámicos. Dado que la fibrosis y la formación de cicatrices empeoran progresivamente y suelen ser irreversibles, la identificación temprana del trismo y el inicio inmediato de un programa de ejercicios con dispositivos como Therabite® son fundamentales para mejorar la condición de forma significativa.</p>
<p>Candidiasis Clínicamente, se sabe que la candidiasis se presenta hasta en un 27% de los pacientes sometidos a terapia oncológica en forma de lesión pseudomembranosa (aftas) o eritematosa y quelititis angular.</p>	<p>Valorar la utilización de antifúngicos. La niastina no funciona bien en estos pacientes (Butterworth, McCaul and Barclay, 2016).</p>

KIM R., SUNG EC. Managing patients with oral cancers in general dental practices. J. Calif Dent Assoc. 2016.

Nota: para las recomendaciones clínicas de mucositis y osteoradionecrosis, debido a las constantes controversias derivadas de la aún pobre evidencia científica de las alternativas de tratamiento, se recomienda consultar en cada momento las guías clínicas actualizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Beacher NG, Sweeney MP. The dental management of a mouth cancer patient. Br Dent J. 2018 Nov 9;225(9):855-864. doi: 10.1038/sj.bdj.2018.932. PMID: 30412520.
- Consejo General de Dentistas de España. Libro Blanco de la salud oral en España 2020,.
- García Martín JM, Varela Centelles P, Seoane Romero JM. Epidemiología del cáncer oral. En: Cáncer oral para dentistas. Madrid. Fundación Dental Española, 2019.
- FDI. El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción. Segunda edición, Ginebra, FDI (2015).
- FDI. Guía auxiliar para la prevención del cáncer oral y la gestión de los pacientes. Ginebra, FDI (2018).https://www.fdiworld-dental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-oral_cancer-chairside_guide-es.pdf
- NE. Encuesta nacional de Salud en España 2017,
- KIM R., SUNG EC. Managing patients with oral cancers in general dental practices. J Calif Dent Assoc. 2016 ; 44: 85–92.
- López-Jornet PL, García FJ, Berdugo ML, Perez FP, Lopez AP. Mouth self-examination in a population at risk of oral cancer. Aust. Dent. J. 2015; 60:59-64.
- López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Molina F. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. J. Eval. Clin. Pract., 2010;16:129-33.
- Oral Health Foundation. State of Mouth Cancer: UK Report 2020-21.
- Seoane J, Varela-Centelles P, Tomás I, Seoane-Romero J, Diz P, Takkouche B. Continuing education in oral cancer prevention for dentists in Spain. J- Dent. Educ. ,2012;76:1234-40.
- Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2021.
- Varela-Centelles P, Seoane J, Lopez-Cedrun JL, Fernandez-Sanroman J, García-Martin JM, Takkouche B, Alvarez-Novoa P, Seoane-Romero JM. The length of patient and primary care time interval in the pathways to treatment in symptomatic oral cancer. A quantitative systematic review. Clin. Otolaryngol. 2018; 43:164-17
- Varela-Centelles P, Estany-Gestal A, Bugarín-González R, Seoane-Romero JM. Oral cancer awareness in Spain: a pilot study. Oral Dis., 2018; 24:124–127.
- Weller D, Vedsted P, Rubin G, et al. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. Br. J. Cancer. 2012;106: 1262-1267.
- WHO. Cancer today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=1&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%252D







Correos
Express 

