

## El diagnóstico clínico y la detección precoz del cáncer bucal

The clinical diagnosis and the early detection of oral cancer

Dr. Carlos Albornoz López del Castillo, Dr. Jorge Luis Zequeira Peña; Dr. Clemente Merino López; Dr. Alexis Siré Gómez

Hospital Provincial Infantil Eduardo Agramonte Piña Camagüey, Cuba.

---

### RESUMEN

Se describen en este trabajo algunos aspectos sobre el diagnóstico clínico y detección precoz del cáncer bucal. El cáncer bucal puede debutar como una pequeña mancha blanquecina o eritematosa, una úlcera plana, en forma exofítica, excavada, infiltrante o nodular. Actualmente la vía más efectiva para disminuir la morbimortalidad del cáncer bucal es el diagnóstico precoz seguido por un tratamiento adecuado. La citología exfoliatriz, el azul de toluidina y el lugol son técnicas adjuntas al examen clínico que pueden utilizarse para la detección precoz de lesiones potencialmente malignas de la cavidad bucal. Se concluye planteando, que los estomatólogos y médicos en general juegan un papel importante en el diagnóstico clínico y la detección precoz del cáncer bucal.

**DeCS:** NEOPLASMAS DE LA BOCA; DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

---

### ABSTRACT

Some aspects of the clinical diagnosis and early detection of oral cancer are described in this work. The oral cancer may appear as small white spot or erythematous, a flat ulcer, in exophytic infiltrating on nodular. At present, the most effective via for decreasing the morbimortality of oral cancer is the early diagnosis

followed by an adequate treatment. The exfoliation cytology, toluidine blue and lugol are the techniques annexed to the clinical exam which may be used for the early detection of lesions potentially malignant of the oral cavity. It is concluded that odontologists and doctors in general play an important role in the clinical diagnosis and early detection of the oral cancer.

## **DeCS: MOUTH NEOPLASMAS; DIAGNOSIS CLINICAL**

---

### **INTRODUCCIÓN**

Uno de los aspectos más importantes en la investigación del cáncer bucal es su prevención.<sup>1</sup> La prevención implica el reconocimiento y adecuado tratamiento de las lesiones cancerígenas, la modificación de factores de riesgo tales como el tabaco y el alcohol y el apoyo total a los programas de la educación encaminados a la detección masiva de los signos y síntomas del cáncer bucal en la población.<sup>2, 3</sup> Sin embargo, la prevención es difícil a menudo ya que muchas lesiones cancerosas parecen originarse sin cambios clínicos precursores<sup>4</sup>

Actualmente la vía más efectiva para disminuir la morbimortalidad del cáncer bucal es el diagnóstico precoz seguido por un tratamiento adecuado.<sup>5</sup>

La localización del cáncer bucal en una zona de tan fácil exploración justifica el diagnóstico de un alto porcentaje de tumores en fases precoces de su evolución.<sup>6</sup> En ocasiones se presentan a consulta pacientes con tumores de más de dos centímetros, por lo que su pronóstico se ensombrece significativamente. Aún cuando la localización es útil para la detección precoz, el dilema clínico es la diferenciación de las lesiones cancerosas de una multitud de lesiones mal definidas, controversiales y pobremente entendidas que también ocurren en la cavidad bucal.<sup>7</sup>

El propósito de este trabajo es describir algunos aspectos del diagnóstico clínico y detección precoz del cáncer bucal.

## **Diagnóstico clínico y detección precoz del cáncer bucal:**

La mayoría de las lesiones bucales son benignas, pero muchas tienen características que la confunden fácilmente con una lesión maligna. Algunas lesiones son consideradas cancerígenas porque han sido estadísticamente correlacionadas con subsiguientes cambios cancerosos. Contrariamente, algunas lesiones malignas vistas en un estadio temprano pueden ser confundidas con lesiones benignas.<sup>8</sup> El inicio del carcinoma bucal puede mostrar una lesión inocua y asintomática hasta que se comienza a ulcerar y muchos pacientes no acuden a consulta hasta que se presenta un dolor severo y persistente. La queja más frecuente es una llaga, úlcera o irritación en la boca.<sup>9,10</sup> El cáncer bucal puede debutar como una pequeña mancha blanquecina o eritematosa, una úlcera plana, en forma exofítica, excavada, infiltrante o nodular. Usualmente crece lentamente, pero puede metastatizar a las cadenas ganglionares del cuello tempranamente, lo cual hace que el tratamiento sea más agresivo con un peor pronóstico.<sup>11</sup> Debido a la variabilidad de signos y síntomas, el juicio clínico y la experiencia son importantes para el diagnóstico.<sup>12</sup>

En la actualidad el único método definitivo para el diagnóstico es el examen histológico.<sup>13</sup> Aunque deseable, obviamente la biopsia inmediata de cada lesión es impracticable y a menudo no está indicada. Por este motivo algunas técnicas sencillas, económicas, rápidas de realizar e indoloras para el paciente pueden ser aplicadas para diferenciar lesiones benignas de cambios malignos precoces.<sup>14</sup> La citología exfoliativa fue introducida por *Papanicolaou* en 1943 para la detección de enfermedades ginecológicas, y desde entonces se realizaron esfuerzos encaminados a su adaptación en otros sitios del cuerpo humano como la cavidad bucal.<sup>15</sup> Este método nos permite estudiar las estructuras morfológicas de las células vivas desprendidas espontáneamente de las superficies epiteliales o removidas por métodos artificiales. Presenta una sensibilidad del 52 al 64 %, pero tiene el inconveniente de los falsos negativos que genera debido quizás a la toma en lugares donde haya queratina, exista sepsis, necrosis o sangramiento.<sup>16</sup>

El azul de toluidina es un colorante acidofílico y metacromático que pertenece al grupo de las tiacidas. Su característica principal es que tiñe selectivamente componentes ácidos de los tejidos, tales como: sulfatos y radicales, fosfatos incorporados en el ADN

y ARN de las células.<sup>17</sup> Por ello, se utiliza para hacer tinciones nucleares “in vivo” basado en que las células displásicas y anaplásicas contienen cuantitativamente mayor cantidad de ácidos nucleicos y, por tanto retienen la tinción.

La sensibilidad de la prueba es alta, lo que nos da gran seguridad ya que supone que el riesgo de que alguien que tenga cáncer burle la prueba es bajo.<sup>18</sup> Numerosas investigaciones han abordado la utilización clínica de esta tinción *Warnakulasuriya y Johnson* evaluaron la eficacia del azul de toluidina al 1 % en 102 pacientes asintomáticos con 145 lesiones. Encontraron 18 carcinomas, todos los cuales retuvieron la tinción para una sensibilidad del 100 %.<sup>19</sup> No hubo falsos negativos. *Epstein y Scully*<sup>20</sup> confirman la utilidad de esta tinción como un adjunto al examen clínico y *Mashberg y Samit*<sup>21</sup> proponen el uso de la tinción en enjuagues después de un examen clínico negativo en pacientes de altos riesgos y como guía para determinar el sitio donde realizar la biopsia.

## **Prevención**

La prevención primaria del cáncer bucal se centra en la eliminación del tabaco y el alcohol. La historia clínica debe incluir preguntas como el número de cigarrillos que fuma al día y cantidad de alcohol consumido. La educación dental y las enseñanzas deben incluir instrucciones para adoptar una forma de vida sana.

La prevención secundaria intenta conseguir un diagnóstico precoz. Las lesiones pequeñas tienen en general, mayor supervivencia. Debe prestarse una atención importante a las lesiones cancerígenas. Se recomienda la realización de pesquisas en grupos de alto riesgo.

La prevención terciaria consiste en evitar la aparición de un nuevo cáncer después del tratamiento<sup>22</sup>

Los pacientes que han sido tratados por un cáncer bucal, tienen el riesgo de desarrollar un segundo tumor maligno en el tracto respiratorio y digestivo. Este riesgo es todavía mayor en pacientes que no han suspendido el tabaco ni el alcohol. Numerosos estudios han confirmado estos hallazgos.<sup>23-26</sup>

Con el propósito de detectar carcinomas esofágicos secundarios a lesiones primarias de cabeza y cuello. *Ina y Col*,<sup>23</sup> *Okumura y Col*,<sup>24</sup> *Papazian*<sup>25</sup> y *Tincani y Col*<sup>26</sup> han utilizado la tinción con lugol en las endoscopias realizadas. El lugol es una tinción utilizada por su afinidad por el glucógeno de las células epiteliales, lo que da como resultado una tinción de color carmelita–marrón. La técnica se basa, por tanto, en que las células que contengan más glucógenos retendrán la tinción y aquellas con menor contenido no la retendrán. Las células epiteliales normales contienen gran cantidad de glucógeno, sin embargo las células carcinomatosas contienen muy poco glucógeno en las líneas celulares superficiales y profundas y por tanto, la reacción con el lugol no se producirá o será muy tenue lo cual nos dará una zona no teñida tras la aplicación de la solución. El lugol posee una mayor especificidad y una menor sensibilidad.<sup>27</sup>

Basado en las características de ambas tinciones (azul de toluidina y lugol ), se propone su utilización conjunta en las lesiones potencialmente malignas de la cavidad bucal para conseguir una mayor eficacia global de estos métodos en el diagnóstico precoz del cáncer bucal.

## **CONCLUSIONES**

1. El examen clínico rutinario y la utilización de medios auxiliares de diagnóstico son las medidas más efectivas para reducir la morbimortalidad del cáncer bucal.
2. La identificación de las lesiones cancerígenas y su correcto tratamiento puede prevenir la aparición de un cáncer bucal.
3. Los estomatólogos y médicos en general juegan un papel importante en el diagnóstico clínico y la detección precoz del cáncer bucal.
4. La utilización conjunta del lugol y azul de toluidina aumenta la eficacia global de estos métodos en el diagnóstico precoz del cáncer bucal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kerdpon D, Sriplung H. Factors related to delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma in southern thailand. *Oral Oncol* 2001; 37 (2): 127-31.
2. Preventing and controlling oral and pharyngeal cancer: Recomendations from a National Strategic Planning Conference. *Recomm Rep* 1998; 47(14):1-12.
3. Pozharitzkaia MM, Tabolinovskaia TD, Krasnova W. Prevention of cancer of the buccal mucosa. *Stomatologia* 2000;79(6): 41-3.
4. Epstein JB, Scully C. Assessing the patient at risk for oral squamous cell carcinoma. *Spec Care Dentist* 1997;7(4):120-8.
5. Marder MZ. The standard of care for oral diagnosis as it relates to oral cancer. *Compendium* 1998; 19 (6): 569-82.
6. Silverman S. Problem solving in oral cancer. *Alpha Omegan* 2001;94(2):29-32.
7. Mignogna MD, Lo Muziol, Lo Ruzzo L, Fedole S, Ruoppo E, Bucci E. Clinical guidelines in early detection of oral squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus: a 5-year experience. *Oral Oncol* 2001;37(3):262-7.
8. Palat M. Oral cancer detection: Practicing for life. *Spring* 1999;1(1):14-7.
9. Velez Jaramillo LF. Carcinoma escamocelular de la cavidad oral. *Ces Odontología* 1996;9(1):72-3.
10. Emani B. Oral Cavity. In: Pérez Ca. Brady LW, editors. *Principles and Practice of Radiation Oncology*. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers; 1997. p. 981-1002.
11. Harris LB, Sessions RB, Hong WK. *Head and Neck Cancer: A multidisciplinary approach*. Philadelphia: Lippincott-Raven;1998.
12. Mashberg A, Samit A. Early diagnosis of asymptomatic oral and oropharyngeal squamous cancers. *Cancer J Clin* 1995; 45(6):328-51.

13. Soukos N, Matthew W, Fabian R. Oral leucoplakia, Idiopathic. *Medicine Journal* 2001;2(7):31-9.
14. Kovessi G. A new method for differentiating between benign and malignant oral tumors. *Fogorv Sz* 1998;91(4):107-16.
15. Guerrero Angel F, Toranzo Fernández JM, Meléndez Hernández J, Reyes Macías JF. Estudio comparativo entre biopsia y citología exfoliativa en lesiones malignas de la cavidad oral. *Rev ADM* 1996;53(2):86-9.
16. Amorin C, Pérez Caffarena M. Lesiones blancas de la mucosa bucal: Métodos auxiliares de diagnóstico. *An Fac. Odontal (Montev)* 1998; 26: 21-6.
17. Martín IC, Kerawala CJ, Reed M. The application of toluidine blue as a diagnostic adjunct in the detection of epithelial dysplasia. *Oral Surg* 1998;85 (4):444-6.
18. Onofre MA, Sposto MR, Navarro CM. Reliability of toluidine blue application in the detection of oral epithelial dysplasia and in situ and invasive squamous cell carcinomas. *Oral Radiol Endod* 2001;91(5):535-40.
19. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Sensitivity and specificity of Oral Scan (R) toluidine blue mouth rinse in the detection of oral cancer and precancer. *J Oral Pathol Med* 1996;25(3):97-103.
20. Epstein JB, Scully C, Spinelli JJ. Toluidine blue application in the assessment of oral malignant disease and lesions at risk of malignancy. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 160-3.
21. Mashberg A, Samit AM. Early detection, diagnosis and management of oral and oropharyngeal cancer. *Cancer J Clin* 1999; 39 (2): 67-8.
22. Bascones Martínez A, Llánes Menéndez F. *Medicina Bucal*. 2ed. Madrid: Avances Médico-dentales;1996. p.76.
23. Ina H, Shibuya H, Ohashi I, Kitagawa M. The frequency of a concomitant early esophageal cancer in male patients with oral and oropharyngeal cancer: Screening results using lugol dye endoscopy. *Cancer* 1994;73(8):2038-41.

24. Okumura T, Aruga H, Inohara H, Matsunaga T, Shiozaki H, Kohayashi K. Endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract for the presence of second primary cancers in head and neck cancer patients. *Acta Otolaryngol* 1993; 501: 103-6.
25. Papazian A, Descombes P, Capron JP, Lorriaux A. Incidence of esophageal cancer synchronous with upper aerodigestive tract cancers (100 cases): value of vital staining with lugol and toluidine blue. *Gastroenterol Clin Biol* 1995;9(1):16-22.
26. Tincani AJ, Brandalise N, Altemani A, Scanavi RL, Valerio JB, Lage HT. Diagnosis of superficial esophageal cancer and dysplasia using endoscopic screening with a 2% lugol dye solution in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2000;22(2):170-4.
27. Dawsey SM, Fleischer DH, Wang GQ, Zhou B, Kidwell JA, Lu N. Mucosal iodine staining improves endoscopic visualization of squamous dysplasia of the esophagus in Linxian, China. *Cancer* 1998; 83 (2): 220-31.

**Recibido:** 12 de diciembre de 2002

**Aprobado:** 15 de mayo de 2003

*Dr. Carlos Albornoz López del Castillo* Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.  
Hospital Provincial Infantil Eduardo Agramonte Piña Camagüey, Cuba.