

El cáncer orofaríngeo

Oropharyngeal cancer

Carmen Vidal¹, Javier Cortés² 

1. Profesora de Medicina Oral y Periodoncia de la Escuela Universitaria de Odontología ADEMA.

2. Comité Técnico Nacional de la Asociación Española contra el Cáncer. Presidente de la Junta de Islas Baleares.

Correspondencia

Javier Cortés

Alfonso el Magnánimo, 29; 07004 - Palma, Islas Baleares

E-mail: cortes@oce.es

Recibido: 26 -XI - 2020

Aceptado: 8 - I - 2021

doi: 10.3306/MEDICINABALEAR.36.01.56

Resumen

Se actualizan los aspectos epidemiológicos, etiológicos y preventivos primarios y secundarios del cáncer orofaríngeo.

Palabras clave: Cáncer, orofaringe, epidemiología, causalidad, prevención primaria, prevención secundaria.

Abstract

The epidemiological, etiological and primary and secondary preventive aspects of oropharyngeal cancer are updated.

Key words: Neoplasms, oropharynx, epidemiology, causality, primary prevention, secondary prevention.

Epidemiología

La **tabla I** recoge la incidencia y la mortalidad por cáncer orofaríngeo (COF) registradas en España e Islas Baleares en 2019 y también en 2012¹

Tabla I

	2012		2019	
	Incidencia	Mortalidad	Incidencia	Mortalidad
España	1066	419	1189	484
Islas Baleares	24	7	27	10

Estas cifras sitúan al COF entre los 30 cánceres más incidentes, precedido por el cáncer de cérvix y seguido por el cáncer de vulva, dos cánceres ginecológicos. En consecuencia el COF no representa dadas estas cifras un problema de Salud Pública, pero sí un reto en la práctica asistencial. Aunque de manera estricta la incidencia reflejada en la tabla 1 no puede ser relacionada con la mortalidad anotada, que está vinculada a casos prevalentes, si puede estimarse que el COF ha presentado en España una mortalidad del 40.7% y en Islas Baleares del 37.0%, cifras muy similares a las de 2012, un 39.3% y un 29.1%, respectivamente. Estos números de Islas Baleares deben ser analizados solamente de manera indicaria, dado que el número de casos es pequeño, pero este indicio apunta a un aumento de la incidencia y a una mortalidad relativamente alta, uno de cada tres casos, indicios que concuerdan con las tendencias registradas a nivel mundial, que además muestran una tendencia claramente al alza².

Por esta razón, es pertinente discutir y actualizar los conceptos etiológicos actuales del COF para poder discutir después las posibles actuaciones preventivas primarias y secundarias.

Etiología

El papel causal para COF de la infección por virus papiloma humano (VPH) ha sido establecido³. En un amplio estudio internacional sobre la prevalencia del DNA del VPH en cánceres de cabeza y cuello, el VPH fue detectado en el 24,9% de los COF⁴. Sin embargo, debido a la frecuencia de las infecciones transitorias, el estudio de marcadores de acción biológica del VPH, como la transcripción viral vía expresión de los oncogenes E6 y E7 debe ser considerado⁴, así como la acción implementadora oncogénica de co-factores clásicamente establecidos, tal como los identifica y explicita la American Society for Clinical Oncology (ASCO)⁵:

- Consumo de tabaco: El 85 % de los casos está vinculado al consumo de tabaco. El humo de segunda mano (fumador pasivo) también puede aumentar el riesgo de una persona de desarrollar COF.
- Alcoholismo: El consumo frecuente y abundante de alcohol aumenta el riesgo de presentar COF.
- Higiene bucal deficiente: Las personas cuya higiene bucal o cuidado dental son deficientes pueden tener un riesgo mayor de desarrollar COF, especialmente en las personas que consumen alcohol y tabaco.

La ASCO resalta también estos tres factores como causantes de un aumento de riesgo para desarrollar COF:

- **Sexo:** Los hombres son más propensos que las mujeres a desarrollarlo, aunque esta observación puede estar influida fuertemente por la históricamente mayor incidencia de tabaquismo y alcoholismo en los hombres.
- **Edad:** Las personas mayores de 45 años tienen un riesgo mayor de sufrir COF, aunque este tipo de cáncer se puede desarrollar en personas de cualquier edad.
- **Dieta y nutrición deficientes:** Una dieta con bajo contenido de frutas y verduras y una deficiencia de vitamina A pueden aumentar el riesgo de presentar COF.

Prevención primaria

La *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos de América, agencia reguladora de influencia mundial en el uso e indicaciones de productos sanitarios y medicamentos, el 12 junio 2020 ha emitido una recomendación ejecutiva⁶ por la que la vacuna Gardasil9[®] de Merck Sharp and Dome ampliaba su indicación preventiva establecida⁷ para lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello de útero, vulva, vagina y ano y las verrugas genitales, a la prevención de la infección oral por VPH, con aplicación recomendada en hombres y mujeres entre 9 y 45 años. En consecuencia, la vacunación frente al VPH, una estrategia preventiva muy segura y eficaz^{8,9,10}, más allá de las mentiras que difundan los delincuentes sanitarios anti-vacunas¹¹, será la primera estrategia a aplicar para la prevención primaria –evitar la causa– del COF.

De los otros seis factores riesgo que la ASCO enumera para desarrollar COF, dos no son modificables –sexo y edad– pero sí lo son los otros cuatro:

- **Datos del Observatorio del Cáncer de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)**¹, en el apartado de Factores de Riesgo, informan que uno de cada cuatro españoles fuma, con una estabilización del hábito en los hombres y una tendencia al aumento en las mujeres. En Islas Baleares, 230.000 personas fuman a diario y 43.000 lo hacen ocasionalmente. Desde la propia AECC y en sinergia colaborativa con la red de Centros de Salud de la Red Sanitaria Pública de la Comunidad, se trabaja con un doble objetivo: educar a los jóvenes para que no inicien el consumo de tabaco y ayudar a los fumadores a dejar el hábito¹². Seis de cada 10 fumadores que han seguido los cursos de desintoxicación han dejado de fumar.
- **Alcoholismo:** Seis de cada diez españoles consumen alcohol habitualmente, el 52%, mujeres¹³. Su consumo está muy introducido en nuestra cultura

mediterránea, pero mantenerlo dentro de unos límites de muy bajo consumo, en especial de destilados, debe ser recomendado y así lo expresa con claridad la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Código Europeo contra el Cáncer¹⁴, limite el consumo de alcohol dice textualmente. Para quienes entran en el terreno de la adicción patológica, el trabajo de Proyecto Hombre debe ser resaltado y recomendado de cara a una deshabituación¹⁵.

- **Alimentación:** La obesidad se ha situado en España a niveles pandémicos: en la web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social se dice textualmente¹⁶ que “la prevalencia de la obesidad –especialmente en la infancia, donde alcanza cifras alarmantes– y su tendencia ascendente durante las dos últimas décadas, han hecho que se afiance en España el término de obesidad epidémica”. Esta obesidad es debida básicamente a dos causas muy incidentes, más allá de factores raciales, genéticos o de edad¹⁷: al abandono de las recetas saludables de comida, sustituidas por los alimentos pre-cocinados ricos en grasas, sal y azúcares, y la desaparición muy importante en la dieta diaria de fruta, verduras y legumbres, sumado al sedentarismo progresivo de la población. Todo ello puede ser corregido recurriendo al apoyo no de dietas más o menos mágicas sino al consejo de nutricionistas / dietistas acreditados. La Academia Española de Nutrición y Dietética es una buena fuente de consejo e información¹⁸, muy recomendable, y la causa de “dieta y nutrición deficientes” antes invocada puede ser corregida.

- La **higiene bucal** debe ser entendida como el cuidado adecuado de los dientes, las encías, la lengua y toda la cavidad bucal en general, apoyado en algunas acciones básicas¹⁹:
 - Seguir una dieta sana y equilibrada, evitando las comidas fuera de horas y la ingestión de alimentos cariogénicos, ricos en almidones o azúcares refinados.
 - Cepillar los dientes tres veces al día después de las comidas o, como mínimo, una vez antes de acostarse: el cepillado nocturno es especialmente importante, puesto que por la noche la insalivación es menor y las acciones tamponante y remineralizadora de la saliva están mermadas. La duración del cepillado dental no debe ser inferior a 3 minutos y debe abarcar todas las superficies del diente. Se recomienda renovar el cepillo cada 3 meses y usar si fuere necesario hilo de seda o cepillos *ad hoc* para limpiar bien los espacios interdentes.
 - Acudir al odontólogo como mínimo una vez al año para la realización de una revisión bucal completa. Es en esta revisión cuando el odontólogo tiene acceso a la posibilidad de diagnosticar y tratar lesiones precancerosas o cancerosas iniciales, llevando a cabo la prevención secundaria del COF.

Prevención secundaria

Los profesionales de la salud bucofaríngea son los responsables del diagnóstico precoz de las lesiones que se puedan malignizar y del cáncer oral en sus estadios iniciales²⁰.

Los carcinomas de células escamosas constituyen más del 90% de todos los cánceres bucales. Otros tumores malignos pueden surgir del epitelio, tejido conectivo, glándulas salivales menores, tejido linfóide y melanocitos o metástasis de un tumor distante²¹.

Desde 1978 la OMS define el concepto de lesiones y condiciones orales pre-malignas. La lesión precancerosa es una alteración morfológica del tejido en la que el COF tiene un mayor riesgo de producirse. Posteriormente, se ha introducido el término *lesiones potencialmente malignas* las cuales incluyen todas las lesiones con riesgo de desarrollar tumores malignos en mayor proporción que el tejido adyacente de aspecto normal²².

Dentro de las lesiones potencialmente malignas es importante destacar la leucoplasia, la eritroplasia y el liquen plano. Todas ellas presentan unas características particulares que el profesional sanitario debe conocer con el fin de prevenir la aparición del COF.

Leucoplasia

Es la lesión precancerosa más frecuente de la mucosa bucal. Se define como una lesión predominantemente blanca que no se desprende al raspado y que clínica e histológicamente no corresponde a ninguna otra entidad. Se propone como diagnóstico provisional, eliminar los factores etiológicos (por ejemplo el tabaco) durante 2-4 semanas y si no desaparece realizar una biopsia. Las localizaciones más frecuentes de esta lesión son la mucosa yugal y la lengua²³. El tratamiento de esta lesión, después de eliminar los factores etiológicos, es su exéresis en caso de que sea posible por su localización y extensión. Además, se han ensayado tratamientos farmacológicos con vitamina A, calcipotriol, ácido retinoico, betacarotenos, curcumina, etc... sin resultados concluyentes^{24, 25}.

Eritroplasia

Lesión precancerosa de menor frecuencia, pero con mayor potencial de malignización, ya que en ocasiones la propia lesión ya es un carcinoma *in situ*. Se presenta como una mancha roja, asintomática que no puede ser diagnosticada como ninguna otra lesión definible. Su localización más frecuente es en paladar blando, suelo de boca y mucosa yugal. Estas lesiones deben ser biopsiadas siempre; incluso, en ocasiones, se recomienda realizar cirugía resectiva oncológica como si de una lesión maligna se tratara²⁶.

Liquen plano

Es una enfermedad muco-cutánea inflamatoria crónica con gran variedad de manifestaciones clínicas, de etiología desconocida, y manifestaciones orales frecuentes. Es más prevalente en mujeres mayores de 50 años y en periodo postmenopáusico. Presentan diferentes formas clínicas, algunas de ellas con alto potencial de malignización, por lo que es importante realizar controles periódicos²⁷.

Diagnóstico precoz de las lesiones precancerosas

El diagnóstico de certeza de una lesión precancerosa en la cavidad oral debe realizarse mediante una biopsia. El grado de displasia (anormalidad en el aspecto de las células) es un buen predictor de la gravedad de la lesión.

En la actualidad existen una serie de técnicas que permiten optimizar el diagnóstico y que además pueden ser utilizadas como técnicas de cribado en personas de alto riesgo por su historia clínica.

A. Colorantes vitales

Azul de toluidina, azul de metileno, lugol y rosa de Bengala. Son pigmentos que tienen tendencia a fijarse en los núcleos celulares con alta tasa de reproducción y nos permiten localizar la mejor zona para la realización de la biopsia²⁸.

B. Técnicas Ópticas

- Autofluorescencia que asocia los cambios en la estructura y el metabolismo del epitelio²⁹.
- Autoquimiofluorescencia que utiliza el ácido acético como quelante de las proteínas de superficie²⁹.

C. Técnicas Citológicas

Basadas en la efectividad demostrada de la técnica Papanicolaou en la citología ginecológica. A nivel bucal está poco sistematizada además de ser poco práctica y costosa²⁰.

Además de todo lo anotado, re-direccionar al paciente a una unidad oncológica con experiencia acreditada en el tratamiento del COF y realizar un seguimiento con acciones preventivas de efectos adversos relacionados con el tratamiento que vaya a aplicarse o se esté aplicando son funciones clave a llevar a cabo por el odontólogo para un tratamiento del COF mejor y menos sujeto a complicaciones.

Bibliografía

1. <http://observatorio.aecc.es/#datos-informes> Acceso 02.12.2020.
2. Chaturvedi AK, Anderson WF, Lortet-Tieulent J, Curado MP, Ferlay J, Franceschi S et al.: Worldwide trends in incidence rates for oral cavity and oropharyngeal cancers. *J Clin Oncol* 2013; 31: 4550-9.
3. Goodman MT: Oral HPV Transmission and Oropharyngeal Cancer. *HPV World* nº 130. 2019.
4. Castellsagué X, Alemany L, Quer M, Halc G, Quirós B, Tous S et al.: HPV Involvement in Head and Neck Cancers: Comprehensive Assessment of Biomarkers in 3680 Patients. *J Natl Cancer Inst* 2016; 108: djv403.
5. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n> Acceso 03.12.2020.
6. <https://www.fda.gov/media/138949/download> Acceso 03.12.2020
7. Ficha Técnica de Gardasil9®: Disponible en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1151007002/FT_1151007002.html Acceso 04.12.2020
8. Consenso sobre Vacunación VPH de Sociedades Científicas Españolas. https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/VPH_Consenso_Sociedades_2011.pdf Acceso 04.12.2020.
9. Posición de la Asociación Española de Pediatría sobre la vacunación frente al VPH. <https://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-virus-papiloma-humano> Acceso 04.12.2020.
10. Posición de la Organización Mundial de la Salud sobre la vacuna frente al VPH. https://www.who.int/immunization/documents/HPV_PP_introd_letter_Spanish.pdf Acceso 04.12.2020
11. https://www.vacunas.org/?s=antivacunas&id_catsearch=0 Acceso 04.12.2020
12. <https://www.aecc.es/es/sobre-nosotros/donde-estamos/sede-baleares> Acceso 05.12.2020
13. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf> Acceso 05.12.2020
14. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/Codigo_Cancer.pdf Acceso 05.12.2020
15. <https://proyctohombre.es/> Acceso 05.12.2020
16. [https://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas06/obesidad-Infant3.htm#:~:text=En%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulto%20espa%C3%B1ola,varones%20\(13%2C2%25\)](https://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas06/obesidad-Infant3.htm#:~:text=En%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulto%20espa%C3%B1ola,varones%20(13%2C2%25)) Acceso 05.12.2020
17. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/obesidad/causas-y-factores-de-riesgo> Acceso 05.12.2020
18. <https://www.academianutricionydietetica.org/> Acceso 05.12.2020
19. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-higiene-bucodental-13096649> Acceso 05.12.2020
20. López-López J, Omaña-Cepeda C, Jané-Salas E.: Oral precancer and cancer. *Med Clin (Barc)* 2015; 145: 404-8
21. Montero PH, Patel SG.: Cancer of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am* 2015; 24: 491-508
22. Wamakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I.: Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575-80.
23. Scheifele C, Reichart PA, Dietrich T. Low prevalence of oral leukoplakia in a representative sample of the US population. *Oral Oncol* 2003; 39: 619-25.
24. Pindborg JJ.: Conference on epidemiology of oral cancer and precancerous lesions. Report of proceedings. *Int Dent J* 1968; 18: 626-30.
25. Nagao T, Wamakulasuriya S, Nakamura T, Kato S, Yamamoto K, Fukano H et al.: Treatment of oral leukoplakia with a low-dose of beta-carotene and vitamin C supplements: a randomized controlled trial. *Int J Cancer* 2015; 136: 1708-17.
26. Axéll T, Pindborg JJ, Smith CJ, van der Waal I.: Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: Conclusions of an International Symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21 1994. International Collaborative Group on Oral White Lesions. *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 49-54
27. Gorouhi F, Davari P, Fazel N.: Cutaneous and mucosal lichen planus: a comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *ScientificWorldJournal* 2014; 2014: 742826.
28. Awan Kh, Yang Y, Morgan P, Wamakulasuriya S.: Utility of toluidine blue as a diagnostic adjunct in the detection of potentially malignant disorders of the oral cavity--a clinical and histological assessment. *Oral Dis* 2012; 18: 728-33
29. Farah CS2, Dost F, Do L.: Usefulness of optical fluorescence imaging in identification and triaging of oral potentially malignant disorders: A study of VELscope in the LESIONS programme. *J Oral Pathol Med* 2019; 48: 581-7.