

Factores y Síntomas Asociados al Cáncer Oral

El cáncer oral está influenciado por múltiples factores de riesgo y síntomas que pueden orientar su diagnóstico temprano. A continuación, se describen estos factores de forma detallada.

Edad avanzada. El cáncer oral es poco frecuente en personas jóvenes y se presenta principalmente en pacientes de mediana edad o mayores. Más del 95 % de los casos se detectan en personas mayores de 40 años, con una edad media de diagnóstico cercana a los 60 años [1, 2, 3].

Sexo masculino. La incidencia de cáncer oral es mayor en hombres que en mujeres. Históricamente, la proporción era de aproximadamente 6:1 (hombre:mujer), aunque actualmente se ha reducido a cerca de 2:1. Los hombres presentan un riesgo entre 2 y 3 veces mayor que las mujeres [2].

Tabaquismo. El consumo crónico de productos de tabaco, ya sea fumado o masticado, constituye el principal factor de riesgo para el cáncer oral. Fumadores intensos (más de 20 cigarrillos al día) presentan un riesgo aproximadamente 7.9 veces mayor que los no fumadores. El riesgo se incrementa con los años de consumo y su intensidad. La combinación con alcohol tiene un efecto sinérgico que puede elevar el riesgo hasta 38 veces en hombres [4, 5].

Consumo elevado de alcohol. Representa el segundo factor de riesgo más importante. El consumo diario superior a 50 gramos de alcohol se asocia a un riesgo aproximadamente 5.3 veces mayor. Además, potencia el efecto del tabaco. Incluso por sí solo, el alcoholismo crónico puede duplicar o triplicar el riesgo [1, 5].

Virus del Papiloma Humano (VPH). Aunque su papel es claro en el cáncer orofaríngeo, en cavidad oral su implicancia es limitada. Sólo cerca del 6 % de los carcinomas orales presentan VPH positivo, y los estudios no han encontrado una asociación robusta [6].

Exposición solar crónica. La radiación ultravioleta, especialmente sobre el labio inferior, es un factor clave en el cáncer de labio. Trabajadores al aire libre durante más de 10 años tienen 1.67 veces más riesgo. En personas con alta exposición solar, el riesgo puede ser 13.5 veces mayor. El uso de protector labial puede reducir significativamente este riesgo [7, 8].

Antecedentes de lesiones premalignas. Lesiones como leucoplaquia o eritroplasia aumentan el riesgo de carcinoma oral. La leucoplaquia puede transformarse malignamente en un 1–5 % anual y hasta un 30 % a lo largo de la vida. Las eritro-

plaquias son más peligrosas, con una tasa de displasia o carcinoma in situ cercana al 90 % al momento del diagnóstico [9, 5].

Úlcera persistente. Una úlcera oral que no cicatriza tras más de dos semanas es un signo de alarma. Las úlceras benignas, como aftas o por trauma, suelen sanar en 7–14 días. Una lesión persistente sugiere alta sospecha de malignidad [10].

Dolor oral persistente. El dolor constante en lengua, labio u otras áreas puede indicar cáncer, especialmente en estadios avanzados. Aproximadamente 76 % de los pacientes con cáncer oral presentan dolor previo a la cirugía [11].

Sangrado oral. La presencia de sangrado sin causa aparente puede ser indicativa de ulceración tumoral. Este signo no es habitual en úlceras benignas, pero es común en carcinomas avanzados [12].

Dificultad para tragiar (disfagia). Este síntoma aparece cuando el tumor es grande o invade estructuras profundas. Afecta a cerca del 64 % de los pacientes con cáncer oral avanzado, y puede estar presente incluso en tumores iniciales de lengua en un 20–30 % de los casos [11, 13].

Ubicación anatómica. Algunas áreas presentan mayor propensión a desarrollar cáncer. La lengua móvil y sus bordes laterales concentran el 40 % de los casos, seguidos del labio inferior y piso de boca. Las lesiones en estas zonas tienen mayor riesgo de ser malignas [14, 15].

Número de lesiones. El cáncer oral suele manifestarse como una lesión única. La presencia de múltiples lesiones puede sugerir un campo de cancerización o metástasis, aunque es inusual encontrar dos carcinomas simultáneos [5].

Tamaño de la lesión. Lesiones mayores a 2 cm suelen corresponder a estadios avanzados. Alrededor del 50 % de los casos se diagnostican con tumores grandes (T3–T4), lo que afecta negativamente el pronóstico [16].

Forma y bordes. Las lesiones cancerosas suelen ser irregulares, con bordes elevados, duros y de contorno asimétrico. En contraste, las úlceras benignas son ovaladas y de bordes lisos [10].

Color de la lesión. Las manchas blancas (leucoplaquia) son comunes pero con menor riesgo de malignización. Las manchas rojas (eritroplaqia) tienen una alta probabilidad de ser precancerosas o cancerosas desde el inicio. Las lesiones mixtas (eritroleucoplaquias) presentan un riesgo intermedio-alto [5, 17].

Superficie y consistencia. Una lesión indurada, ulcerada y fija a planos profundos

es altamente sospechosa de cáncer. Las lesiones exofíticas con superficie verrugosa pueden corresponder a carcinomas verrugosos. En contraste, lesiones benignas suelen ser blandas y móviles [18, 10].

Referencias

- [1] Moreno-López et al., *Oral Oncology*, 2000.
- [2] NYU Oral Cancer Center, <https://dental.nyu.edu>.
- [3] National Institute of Dental and Craniofacial Research, <https://www.nidcr.nih.gov>.
- [4] Zheng et al., *Oral Oncology*, 1997.
- [5] Oral Cancer Foundation, <https://oralcancerfoundation.org>.
- [6] Katirachi et al., *Viruses*, 2023.
- [7] Pogoda & Preston-Martin, *Cancer Causes Control*, 1996.
- [8] Kenborg et al., 2010.
- [9] Wils et al., *Clinical Cancer Research*, 2023.
- [10] Zaki et al., *Australian Journal of General Practice*, 2020.
- [11] Xu et al., *Frontiers in Oncology*, 2022.
- [12] Johns Hopkins Medicine, 2021.
- [13] Liao et al., *Cancer Journal*, 2023.
- [14] Patil et al., *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 2021.
- [15] SEER Data, USA, 2014.
- [16] Mascitti et al., *Cancers*, 2023.
- [17] Healthline/NIH, 2023.
- [18] Patil et al., *Medicina Oral*, 2021.