

Lesiones bucales, factores de riesgo de cáncer bucal y autopercepción de irritación mecánica crónica en una campaña de prevención en la Ciudad de Buenos Aires

Oral lesions, oral cancer risk factors and self-perception of chronic mechanical irritation in a prevention campaign in Buenos Aires City

Presentado: 1 de agosto de 2020
Aceptado: 2 de marzo de 2022

Laura Cecilia Werner,^a  Eduardo David Piemonte^b 

^a Servicio de Estomatología del Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Cátedra de Estomatología "A", Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Resumen

Objetivos: i) Describir las características poblacionales, la frecuencia de patologías de mucosa bucal y de factores de riesgo asociados al cáncer bucal en una Campaña de Prevención y Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal (CPDPCB) en la Ciudad de Buenos Aires; ii) establecer concordancia entre diagnóstico clínico profesional de irritación mecánica crónica (IMC) y autopercepción de trauma.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se utilizaron encuestas de 640 pacientes que participaron en las CPDPCB del Servicio de Odontología del Hospital Alemán entre los años 2016, 2017 y 2018. Se describen las variables demográficas, clínicas y cognitivas, y se analizan empleando chi cuadrado para variables cualitativas y ANOVA para variables cuantitativas comparando los años de campaña. Se realizó un estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico profesional de IMC y el trauma autopercebido mediante test Kappa, sensibilidad y especificidad.

Resultados: Los sujetos participantes fueron predominantemente mayores de edad, con bajo consumo de tabaco y alcohol. El porcentaje de pacientes con desórdenes potencialmente malignos y cáncer bucal fue de 17,2%. La cartelería del hospital y la radio fueron las principales vías de información a los pacientes. El trauma autopercebido no presentó concordancia con el diagnóstico clínico profesional de IMC, y mostró sensibilidad de 0,41 y especificidad de 0,72.

Conclusiones: El nivel de participación de los grupos de mayor riesgo de CBCE en la CPDPCB es bajo, y el perfil epidemiológico de los participantes no coincide generalmente con el perfil de los pacientes con CBCE. La autopercepción de trauma no sería una herramienta confiable para el diagnóstico de IMC.

Palabras clave: Cáncer bucal, diagnóstico precoz, factores de riesgo, prevención y control, trauma.

Abstract

Aims: i) To describe population characteristics, frequency of oral mucosa pathologies, and risk factors for oral squamous cell carcinoma (OSCC) in a Campaign for the Prevention and Early Diagnosis of Oral Cancer (CPEDOC), and ii) to establish concordance between professional clinical diagnosis of chronic mechanical irritation (CMI) and self-perception of trauma.

Materials and methods: A retrospective descriptive study was performed using surveys of 640 patients who had

participated in the CPEDOC conducted by the Dentistry Service at the Hospital Alemán during 2016, 2017 and 2018. Demographic, clinical and cognitive variables were described and analyzed, using chi-square for qualitative variables and ANOVA for quantitative variables, to compare campaign years. Concordance was studied between the professional clinical diagnosis of CMI and self-perceived trauma using the Kappa test, sensitivity and specificity.

Results: Participants were predominantly older, with low consumption of tobacco and alcohol. The percentage of patients with potentially malignant disorders and oral cancer was 17.2%. Hospital posters and radio broadcasting were the main channels of information to patients. Self-perceived trauma did not agree with the professional clinical diagnosis of CMI. Self-perceived trauma sensitivity and specificity were 0.41 and 0.72, respectively.

Conclusions: The level of participation in the CPEDOC by the groups at higher risk of OSCC was low, and the epidemiological profile of the participants did not generally coincide with the profile of patients with OSCC. Self-perception of trauma does not seem to be a reliable tool for the diagnosis of CMI.

Key words: Early diagnosis, oral cancer, prevention and control, risk factors, trauma.

Introducción

La mucosa bucal puede ser asiento de numerosas patologías, entre ellas algunas de pronóstico muy grave, como el cáncer bucal, fundamentalmente representado por el carcinoma bucal de células escamosas (CBCE). A pesar de los avances científicos y tecnológicos, el pronóstico del cáncer bucal sigue estando fuertemente asociado a su estadio al momento del diagnóstico. En un estudio realizado en Buenos Aires, los pacientes con CBCE avanzado presentaron una baja tasa de supervivencia mientras que los pacientes con un diagnóstico temprano tuvieron mejor pronóstico.¹ Por ello, la prevención y el diagnóstico precoz siguen siendo las herramientas más eficaces para disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer bucal.²

Las estrategias de prevención deben, entre otros objetivos, disminuir la demora del diagnóstico tanto de cáncer como de desórdenes potencialmente malignos de la mucosa bucal (DPMMB).³ Ello implica trabajar en los distintos niveles en que se puede producir una demora.⁴ La demora del diagnóstico a nivel del profesional puede abordarse con actividades como la capacitación de grado con criterio preventivo, y la actualización de profesionales egresados, tanto odontólogos como médicos, sobre todo de aquellos que trabajan en el área de cavidad bucal, como también generando redes de interconsulta por telemedicina para agilizar procesos si el paciente vive lejos de los centros de referencia en donde será diagnosticado y/o tratado.⁵ En cuanto a la demora por parte del paciente, influyen varios condicionantes individuales, sociales, culturales y económicos.⁶ Más allá de la gran variabilidad individual y de las características socioculturales de la población, las estrategias para disminuir la demora por parte del paciente pueden ser la difusión de conocimientos acerca del CBCE, y la realización de campañas de monitoreo, también llamadas campañas de prevención. Estas campañas de prevención buscan llegar a pacientes que aunque aparentemente sanos, puedan tener CBCE o DPMMB todavía no diagnosticados.^{7,8}

Dichas campañas también brindan la oportunidad de detectar factores de riesgo para el desarrollo del CB en los pacientes participantes. Estos datos son importantes cuando se pueden utilizar en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento del CB o DPMMB. Algunos factores de riesgo pueden ser registrados únicamente a través de la respuesta del paciente durante una anamnesis o mediante un cuestionario, como consumo de tabaco y alcohol. Otros factores de riesgo son registrados solamente a través de inspección clínica, como DPMMB e irritación mecánica crónica (IMC),⁹ aunque se desconoce si la autopercepción de IMC tiene una correlación adecuada con el registro del operador profesional para recomendar su empleo en estudios observacionales.

En Argentina se ha desarrollado desde el año 2005 un programa de Prevención de Cáncer Bucal, que se basa en las estrategias mencionadas (capacitación de recursos humanos de grado y posgrado, creación de redes de interconsulta y campañas de difusión y prevención).^{10,11} Organizado inicialmente por Universidades Públicas, su ejecución fue llevada a cabo por Gobiernos Provinciales y Municipales, Servicios de Salud Públicos y Privados, Asociaciones Profesionales, Organizaciones No Gubernamentales e incluso Odontólogos en práctica privada. Los resultados de este programa, todavía en ejecución, han sido difíciles de evaluar dada la gran amplitud y la heterogeneidad de las instituciones participantes. Entre estas, el Hospital Alemán de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ha sido una de las sedes en las que se desarrollaron Campañas de Prevención y Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal (CPDPCB). Los objetivos del presente trabajo fueron: i) describir los hallazgos de las CPDPCB llevadas a cabo en el Hospital Alemán durante el período 2016-2018, referidos a características poblacionales, frecuencia de patologías de mucosa bucal y de factores de riesgo asociados al cáncer bucal; ii) establecer concordancia entre diagnóstico clínico profesional de irritación mecánica crónica (IMC) y autopercepción de trauma por el paciente.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, que fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Alemán con número de registro 3908, en el que se analizaron retrospectivamente los registros de todos los pacientes que fueron atendidos en las CPDPCB, realizadas en el Servicio de Odontología durante los años 2016, 2017 y 2018. Los objetivos de dichas campañas fueron ofrecer un examen estomatológico en forma gratuita a personas que hubieran concurrido voluntariamente a esta entidad, para luego orientar a aquellos que hubieran requerido atención estomatológica, y obtener información sobre los agentes carcinógenos de los pacientes, como así también respecto de su grado de información general en el tema y brindar información a la población sobre el CB y su prevención. Durante los tres años incluidos en el estudio, la CPDPCB fue llevada a cabo durante 4 días consecutivos, destinada al público en general, de forma gratuita, sin turno previo. La promoción de la CPDPCB fue realizada por diversos medios, entre ellos, la radio, la televisión, los periódicos, las redes sociales y los carteles dentro del hospital.

Fueron incluidos todos los pacientes que participaron en las campañas de prevención de cáncer bucal en los años 2016, 2017 y 2018 y fueron excluidos los pacientes que al momento de la campaña tenían o habían tenido un diagnóstico de cáncer bucal, pues eran pacientes que podían haber recibido información específica sobre esta enfermedad. El número total de registros incluidos fue de 640.

Durante las CPDPCB, al ingresar los pacientes, eran instruidos por una secretaria que les daba una planilla en la que daban y firmaban su consentimiento para realizar la encuesta y la inspección bucal. En el caso de los menores de edad, el consentimiento fue firmado por sus padres o responsables legales.

Realizado esto, los participantes completaron un formulario para el registro de las siguientes variables: a) edad (en años); b) género; c) localidad y provincia; d) consumo de tabaco (sí-no y en el caso de haber fumado la cantidad de años de fumador y de cigarrillos por día); e) consumo de alcohol (sí-no); f) consumo de mate (si toma o no mate, y a qué temperatura –muy caliente, caliente, tibio–); g) irritación mecánica crónica (si tiene molestias por roce de dientes o prótesis contra las mucosas); h) antecedentes de CBCE personales y familiares; i) vía de información (mediante qué medio se enteró de la CPDPCB: diario, revista, televisión, internet, publicidad en la vía pública, ra-

dio, médico, odontólogo u otras vías); el análisis se realizó agrupando las dos vías de información de mayor frecuencia (carteles y radio) y comparándolas con el resto); j) conocimiento sobre el cáncer bucal (si conocía su existencia y cómo se enteró –mismas vías de información que para la CPDPCB, además del sistema educativo–), y si conoce sus causas y sus síntomas, cuáles son. Se registró específicamente si conoce que el tabaco, el alcohol y la IMC son factores de riesgo de CBCE; k) inspección de lengua: si alguna vez el odontólogo o el médico le revisaron específicamente la lengua.

La inspección de la cavidad bucal fue llevada a cabo por cuatro profesionales odontólogos calibrados previamente en el área de estomatología para el diagnóstico clínico. Las variables registradas por ellos fueron las siguientes:

- a) Presencia de lesión clínicamente visible de mucosa bucal.
- b) Diagnóstico clínico presuntivo.
- c) Diagnóstico clínico de CB o DPMMB.
- d) Diagnóstico clínico de IMC.
- e) Ubicación de las lesiones.
- f) Indicación de seguimiento clínico, de acuerdo con la presunción diagnóstica.

El examen de los pacientes finalizaba brindándoles un informe sobre si tenían alguna patología que hubiera requerido procedimientos adicionales de diagnóstico y/o tratamiento específico, y orientándolos en tal caso para concretar las indicaciones.

Análisis estadístico: las variables registradas de manera cualitativa fueron descriptas por las frecuencias de presentación de cada variable y de sus categorías, y analizadas mediante chi cuadrado para la comparación entre los años de campaña. Las variables cuantitativas fueron descriptas por sus rangos y medias, y analizadas mediante ANOVA. Para la variable autopercepción de IMC se realizó test de concordancia Kappa con el diagnóstico clínico de lesión asociada a IMC, y análisis de sensibilidad y especificidad.

Resultados

Durante la CPDPCB en el Hospital Alemán participaron 640 pacientes, distribuidos en 198 pacientes en 2016, 212 en 2017 y 230 en 2018.

Caracterización de los participantes y comparación entre los años de la campaña

Entre los pacientes participantes, 399 (62,4%) fueron de género femenino. La edad promedio fue de 59,8 años, con un rango de entre 3 y 92 años. No

hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la edad y el género de los sujetos en los distintos años de campaña. La distribución de los pacientes según el rango de edades se presenta en la figura 1, en la que se observa que la mayoría de los pacientes tiene entre 50 y 79 años ($n=458$, 71,5%). Asimismo, todas las demás variables no arrojaron diferencias estadísticamente significativas según el año de participación, a excepción del consumo de tabaco, la presencia de lesiones en boca y la vía de información de la campaña de cáncer bucal (tabla 1).

El porcentaje de pacientes fumadores que concurren fue del 11% en los tres años de la CPDPCB. El rango de exposición acumulada a tabaco entre los fumadores fue de 10950 a 438000 cigarrillos. Entre ellos, solo 41 tuvieron una exposición acumulada a tabaco de más de 100000 cigarrillos, y de estos solo 13 fumaron más de 200000 cigarrillos. Mientras que de los pacientes con diagnóstico de carcinoma de células escamosas 5 (42%) eran bebedores y ninguno fue fumador.

El listado completo de diagnósticos presuntivos se muestra en la tabla 2, discriminados por año y ordenados según la mayor frecuencia. El número de pacientes con lesiones y el número de diagnósticos se incrementó año tras año, con diferencias estadísticamente significativas (tablas 1 y 2). En 2016 se diagnosticaron menos DPMMB (leucoplasia y líquen) que en 2017 y 2018. Sin embargo, el número total de DPMMB diagnosticados fue de 97 casos, mientras que los casos de CBCE fueron 12. La candidiasis aumentó más del 100% en el último año. El resto de las 10 patologías más frecuentes presentó variaciones, pero su magnitud no se correlacionó con el incremento de patologías diagnosticadas, sobre todo, en 2018. Las patologías menos diagnos-

ticadas aumentaron en conjunto más del 150% en 2018 (figura 2).

Si consideramos la concordancia entre trauma autopercebido y diagnóstico de lesiones por trauma, el test Kappa dio un valor de 0,10 (IC95% 0,025-0,18), y considerando al trauma autopercebido como indicador de diagnóstico de lesiones por IMC, su sensibilidad fue de 0,41 (IC95% 0,32-0,51) y su especificidad de 0,72 (IC95% 0,67-0,75).

Discusión

Campaña de Prevención y Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal-Hospital Alemán

El presente estudio se realizó sobre una población muy específica y en una gran variedad de Instituciones que participaron de la CPDPCB. El comportamiento de las variables estudiadas podría ser diferente de acuerdo con el tipo de Institución, y con las características de la población del área de influencia de cada Institución participante. Además, al ser una actividad de participación voluntaria, todos los resultados pueden estar influenciados por el sesgo de inclusión que se genera en este tipo de actividades. Por ello, los resultados y las conclusiones del presente trabajo no pueden ser extrapolados a la población general. Antes bien, es necesario realizar análisis similares en todos los centros participantes.

En los pacientes que participaron en la CPDPCB las características demográficas y clínicas no se correspondieron con los factores de riesgo de cáncer bucal más frecuentes (tabaco y alcohol), a excepción de la edad. El rango de edad más frecuente de los participantes se ubicó entre los 50 y los 79 años, con un 71,5% de los participantes. Esto significa que el objetivo de llegar a la población que por edad está en mayor riesgo de cáncer bucal, podría haber sido cumplido. En contraparte, hubo un claro predominio del género femenino, más del 60%, mientras que el CBCE es más frecuente en varones.¹² Este dato muestra que no se estaría llegando con información adecuada a los varones, que tienen un leve pero mayor riesgo de CBCE en nuestro medio.

El porcentaje de fumadores que participó puede considerarse como muy bajo, ya que tuvo un promedio de 11% en los tres años de campaña. Este porcentaje difiere sustancialmente de las estadísticas registradas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) que muestran una prevalencia de casi 22% de tabaquismo en mayores de 15 años, sumado a un 12% de ex-fumadores.¹³ Al igual que ocurre con el género masculino, esto indicaría que la campaña no ha llegado adecuadamente con su in-

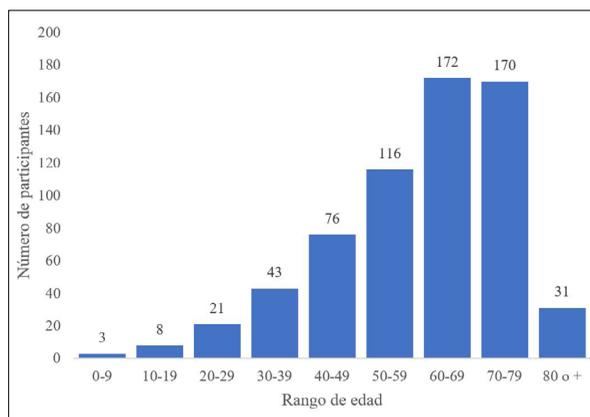


Figura 1. Distribución de los pacientes participantes según rango de edad.

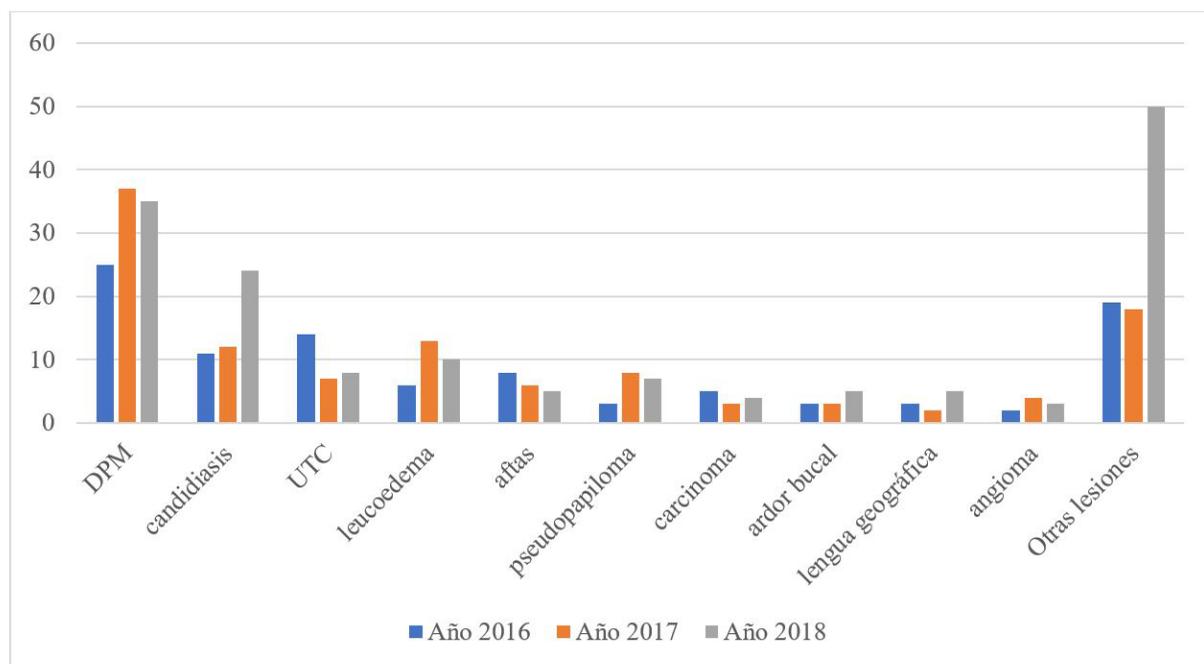
Tabla 1: Análisis de parámetros poblacionales estudiados

Variable	Categoría	2016	2017	2018	p-valor	Total
Pacientes (n)		198	212	230		640
Edad media (rango)		58,3 (7-86)	60,6 (14-92)	60,3 (3-89)	0,28*	59,8 (3-92)
Género	Femenino	123	135	141	0,87†	399
	Masculino	75	77	89		241
Tabaco	No Fumador	166	194	210	0,018†	570
	Fumador	32	18	20		70
Cigarrillos diarios	Fumadores	9,31	13,11	10,00	0,33*	10,48
Años de fumar tabaco	Fumadores	35,78	36,11	33,65	0,77*	35,25
Tabaco acumulado (cigarrillos)	Fumadores	120769	164838	128972	0,49*	134445
Alcohol	No bebedor	110	124	124	0,62†	358
	Bebedor	88	88	106		282
Consumo de Mate	No	80	89	100	0,59†	264
	Sí	126	123	130		376
Temperatura mate (entre bebedores)	Tibio	29	27	34	0,94†	90
	Caliente	82	86	85		253
	Muy caliente	11	10	12		33
Años de mate	Bebedores	35,02	37,83	36,18	0,334*	36,34 (1-74)
Trauma autopercibido	No	142	145	158	0,72†	445
	Sí	56	67	72		195
Vía de información	Carteles/ Radio	131	157	195	0,0008†	471
	Otros	79	61	54		194
Conoce tabaco	No	148	171	179	0,35†	498
	Sí	50	41	51		142
Conoce alcohol	No	184	197	218	0,65†	599
	Sí	14	15	12		41
Conoce IMC	No	191	209	226	0,28†	626
	Sí	7	3	4		14
Revisión de lengua	No	130	141	132	0,07†	403
	Sí	68	71	98		237
Quién revisó	Odontólogo	46	40	68	0,12†	154
	Médico	18	22	27		67
	Ambos	4	9	3		16
Con lesión en mucosa	No	105	101	78	0,0002†	284
	Sí	93	111	152		356
Lesión por IMC	No	166	179	184	0,4†	529
	Sí	32	33	46		111
DPM o Cáncer Bucal	No	167	173	190	0,76†	530
	Sí	31	39	40		110

DPM: desórdenes potencialmente malignos
IMC: irritación mecánica crónica
* ANOVA
† chi cuadrado
Valores en negrita muestran diferencias estadísticamente significativas

Tabla 2. Diagnósticos presuntivos según año de participación

	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Total
Leucoplasia o LRP (DPM)	25	37	35	97
Candidiasis	11	12	24	47
UTC	14	7	8	29
Leucoedema	6	13	10	29
Aftas	8	6	5	19
Pseudopapiloma	3	8	7	18
Carcinoma de células escamosas	5	3	4	12
Ardor bucal	3	3	5	11
Lengua geográfica	3	2	5	10
Angioma	2	4	3	9
Mucosa mordisqueada	3	0	5	8
Verruga vulgar	1	4	1	6
Indentaciones	2	2	2	6
Tatuaje por amalgama	1	2	3	6
Queilitis crónica	2	1	3	6
Aftoide	0	1	4	5
Palatitis nicotínica	0	0	4	4
Hiperplasia fibrosa simple	0	0	4	4
Mucocele	1	0	3	4
Manchas melánicas	1	0	3	4
Quiste dentario	3	1	0	4
Síndrome de Sjögren	1	2	0	3
Absceso o fístula	0	0	3	3
Enfermedad ampollar	0	1	1	2
Atrofia por trauma	0	0	2	2
Hiperplasia paraprotética	0	0	2	2
Várices	1	0	1	2
Granuloma piógeno gingival	0	1	1	2
Infección de glándulas salivales	1	0	0	1
Queratosis reaccional	1	0	0	1
Alteración del sabor	0	0	1	1
Hernia de piso de boca	0	1	0	1
Hiperplasia papilas foliadas	0	1	0	1
Rabdomioma	1	0	0	1
Schwannoma	0	1	0	1
Tumor anexial	0	0	1	1
Herpes simple	0	0	1	1
Hemoflictenosis	0	0	1	1
Otros	0	0	4	4
TOTAL	99	113	156	368
Observaciones: cada paciente podía tener más de un diagnóstico				



DPM: desórdenes potencialmente malignos

UTC: úlcera traumática crónica

Figura 2. Frecuencia de las lesiones halladas en cada año de la campaña de prevención.

formación a este grupo de riesgo. Alrededor de un 30% de los fumadores habían fumado entre 100000 y 200000 cigarrillos, lo que es ya un consumo elevado; y alrededor de un 20% más de 200000, lo que es un consumo muy elevado. En resumen, participaron pocos fumadores, pero los que lo hicieron eran en gran parte fumadores con alto riesgo de CBCE. Sin embargo, ninguno de los pacientes con diagnóstico de carcinoma de células escamosas presentó el hábito de fumar, y de acuerdo con los antecedentes de tabaco como factor de riesgo resulta poco probable que esta circunstancia sea debida al azar. Más bien, es posible que pueda deberse a tres circunstancias diferentes, pero no excluyentes. Una de ellas es que simplemente en ciertas regiones de Argentina existe menor exposición al tabaco y con ello se reducen los casos de CBCE asociados a tabaco. Otra opción es que esta campaña de prevención no haya conseguido motivar a pacientes con CBCE fumadores, lo cual sería razonable debido al bajo porcentaje de pacientes fumadores que participaron. Esto ha sucedido en otras campañas de prevención de cáncer bucal, en las que la mayoría de los participantes no fueron pacientes considerados de alto riesgo para esta enfermedad.¹⁴ Por último, como los registros se realizaron en base a los diagnósticos clínicos presuntivos, es posible que

alguna leucoplasia asociada a tabaco pudiera haber sido posteriormente diagnosticada como carcinoma. Probablemente una conjunción de estas condiciones haya sido la generadora de ausencia de CBCE asociado a tabaco.

El consumo de alcohol estuvo dentro de los parámetros poblacionales, aunque el registro careció de una cuantificación del consumo, ya sea en años de consumo o en cantidad de tragos semanales. El consumo de mate mostró una prevalencia mayor a tabaco y alcohol, principalmente con un patrón de consumo de tres décadas con temperatura caliente, aunque sin registrar cantidad diaria. Tanto para alcohol como para mate, un desafío para los próximos años sería incorporar una cuantificación del consumo semanal o diario, respectivamente, ya que dicha cuantificación permite caracterizar mejor los patrones de consumo.

En cuanto a la vía de información que permitió a los participantes conocer sobre la campaña, las dos más frecuentes fueron la radio y los carteles dentro del hospital, con más del 70% entre ambas. Se conoce que la radio y la televisión suelen ser los medios de comunicación masiva tradicionales de mayor llegada al público, sobre todo, en el caso de los adultos mayores. Entre el grupo de participantes, llamativa-

mente la televisión no tuvo gran impacto; pero sí la cartelería dentro del hospital. Esto indica que un importante porcentaje de participantes tiene una predisposición favorable a los cuidados de su salud, y como contraparte, las personas con menor predisposición a cuidar de su salud podrían no haber tenido tanta participación, hecho constatado en otras campañas de prevención de cáncer bucal.¹⁵ Quizás esto podría ser también una explicación a la baja participación de fumadores.

El nivel de conocimiento de los factores de riesgo de cáncer bucal fue muy bajo, y sin variaciones interanuales. El factor más conocido fue el tabaco, mientras que el alcohol y el IMC no superaron el 10% de conocimiento. Esto indica la necesidad de reforzar campañas informativas sostenidas en el tiempo, con el objetivo de generar un conocimiento más generalizado sobre los riesgos del cáncer bucal.

Solamente el 40% de los participantes recordaba haber recibido inspección clínica de la lengua por parte de sus odontólogos, lo cual está todavía lejos del nivel deseado, al menos superior a la mitad de los pacientes. Este porcentaje no revela el nivel de conocimiento de la población, ya que al ser una actividad de participación voluntaria podría existir un importante sesgo de inclusión. Los odontólogos son quienes inspeccionan la cavidad bucal y quienes más frecuentemente derivan al encontrar lesiones bucales sospechosas;¹⁶ sin embargo, solo el 40% de los participantes reportaron haber sido revisados por un odontólogo. Esto pone de relieve que todavía hay una importante franja de odontólogos que debieran incorporar el examen de mucosa bucal como un procedimiento de rutina.

Uno de los hallazgos más llamativos de los resultados es la detección de lesiones en mucosa bucal en más de la mitad de los pacientes, y con un importante porcentaje de DPMMB o CBCE. Normalmente, las campañas de detección de lesiones bucales suelen presentar un porcentaje mucho menor, requiriendo un número mayor de pacientes revisados para obtener un número importante de diagnósticos de cáncer bucal y de DPMMB.^{17,18} Debido al diseño del presente trabajo, y a las características de la propia CPDPCB, es difícil determinar los factores que influyeron en esos resultados. Si bien hubo un incremento en 2018 en cuanto al número de participantes, el dato más relevante fue el aumento del diagnóstico de lesiones bucales, con diferencias significativas con respecto a la cantidad de lesiones diagnosticadas durante los dos años anteriores. Esto en principio podría interpretarse como un resultado acumulativo de varios años de información a la comunidad, o bien como el

resultado de una mejor transmisión de la información durante el año 2018.

El aumento de lesiones diagnosticadas en 2018, como se observa en la tabla 1 y en la figura 2, no parece obedecer a un mayor diagnóstico de DPMMB o CBCE, sino más bien al aumento del diagnóstico de patologías más bien benignas o menos frecuentes. Resulta poco probable que dichas patologías sufran una variación interanual con significación estadística, por lo que las causas de dicha variación debieran buscarse en aspectos metodológicos. Una posible explicación sería que haya mejorado el contenido o la vía de información para motivar a los pacientes a concurrir.

En este punto se podría correlacionar con la diferencia que existió también en el año 2018 en cuanto a la vía de información más frecuente, en cuyo caso la difusión por radio y por cartelería fueron las que generaron casi el 85% de las consultas, mientras que en los dos años anteriores esas vías de información promediaron un 73%. Quizás dichas vías de información sean más efectivas que otras, pero para determinarlo serían necesarios otros enfoques más especializados en la generación de encuestas.

La baja participación de varones, de fumadores y de bebedores indica que no se está teniendo éxito con estos tres grupos de pacientes que corren un mayor riesgo conocido de CBCE. Esta dificultad metodológica podría obedecer a varias causas, por ejemplo, que la información no llega a esos grupos, o que no llega con la claridad necesaria para motivar la participación, o que por motivos laborales ciertos individuos no pueden participar, o simplemente porque dichos grupos pueden presentar una idiosincrasia que limita su participación y pretenden negar un riesgo para la salud. La baja participación de pacientes de alto riesgo (fumadores y bebedores) se contrapone con el alto porcentaje de CBCE y de DPMMB detectados. Si bien ni este hallazgo ni el diseño metodológico del estudio pueden demostrar que el tabaco y el alcohol son factores de riesgo poco importantes en la población del área geográfica de esta campaña, al menos ello demuestra que podría existir un número importante de CBCE no asociados a estos factores de riesgo tradicionales.

Debido a la diversidad de instituciones participantes en la CPDPCB, deben analizarse no solo en el conjunto sino también individualmente. Pueden existir particularidades en cada institución o área geográfica que ameriten abordajes diferentes para su continuación y que resulten fundamentales para lograr una mayor eficiencia en la detección precoz. Diversos aspectos todavía permanecen sin explicaciones y es

necesario asegurar que la información llegue a los grupos de mayor riesgo de cáncer bucal. El abordaje de esta problemática merece hacerse no de manera empírica, sino con el diseño de estrategias de marketing comunicacional para asegurar que los medios y el contenido de la información lleguen en cantidad y en calidad a estos grupos poblacionales.

Trauma autopercibido como indicador de diagnóstico de lesiones por IMC

Las lesiones por IMC fueron relativamente frecuentes en más del 17% de los participantes. Esto confirma a la IMC como un factor prevalente en la población. Por ello, la autopercpción de trauma podría ser, en teoría, una herramienta muy útil para definir la presencia de IMC. Sin embargo, la correlación de trauma autopercibido con el diagnóstico clínico de lesiones por IMC tuvo un valor de 0,10. Si tenemos en cuenta que para considerar aceptable una correlación debe presentar un valor por encima de 0,6, según este análisis la correlación entre estas variables es muy mala. Por ello, claramente no existe una correlación entre trauma autopercibido y lesiones por IMC. Si consideramos a la autopercpción de trauma como test de diagnóstico que luego se corrobora con el diagnóstico clínico profesional de lesión por trauma, la sensibilidad de la autopercpción de trauma fue de 0,41, lo cual es un valor bajo. Es decir, la autopercpción de trauma arroja un altísimo porcentaje de falsos negativos, personas que no creen tener trauma, pero tienen lesiones asociadas a trauma. Por otra parte, presenta una especificidad de 0,72, que sería un valor regular. Eso quiere decir que la autopercpción de trauma genera un importante porcentaje de falsos positivos, o sea, personas que creen tener trauma, pero no tienen lesiones asociadas a trauma. Fundamentalmente por su bajísima sensibilidad, la autopercpción de trauma no es por lo tanto un procedimiento recomendable para analizar la presencia de lesiones asociadas a IMC. Esto podría sugerir que aquellos estudios que analizan la presencia de IMC mediante encuestas, y no mediante inspección clínica, presentarían un alto riesgo de sesgo de medición. Este resultado respecto de la autopercpción de trauma cobra especial importancia porque no existen otros antecedentes que evalúen a la autopercpción de trauma como un indicador diagnóstico de lesiones por IMC.

Conclusiones

Los individuos participantes en la CPDPCB presentan características demográficas y clínicas que no

conciernen totalmente con las características de los pacientes con CBCE. Esto sugiere que es bajo el nivel de participación de los grupos de mayor riesgo de CBCE en la CPDPCB. Es necesario analizar e implementar una estrategia comunicacional para aumentar la participación de los pacientes con mayor riesgo de CBCE. La autopercpción de trauma no sería una herramienta confiable para el diagnóstico de IMC.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este estudio.

Fuentes de financiamiento

Este estudio fue financiado exclusivamente por los autores.

Contribución de roles de autoría

EP y LW contribuyeron en la concepción de la idea y diseño del estudio; LW participó en el proceso de investigación y recolección de los datos; EP contribuyó en el análisis e interpretación de los datos. Ambos autores contribuyeron en la redacción del artículo y aprobaron la versión final para ser publicada.

Identificadores ORCID

LCW  0000-0002-3826-4672
EDP  0000-0001-5955-1139

Referencias

1. Brandizzi D, Gandolfo M, Velazco ML, Cabrini RL, Lanfranchi HE. Clinical features and evolution of oral cancer: a study of 274 cases in Buenos Aires, Argentina. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal* 2008 [citado el 16 de mayo de 2020];13:E544-48. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv13_i9_pE544.pdf
2. Petersen PE. Oral cancer prevention and control-the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol* 2009;45:454-60. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.023>
3. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, Bagan JV, González-Moles MÁ, Kerr AR, et al. Oral potentially malignant disorders: a consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis* 2021;27:1862-80. <https://doi.org/10.1111/odi.13704>
4. Gigliotti J, Madathil S, Makhoul N. Delays in oral cavity cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2019;48:1131-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2019.02.015>
5. Morelato RA, Herrera MC, Fernández EN, Corball AG, López de Blanc SA. Diagnostic delay of oral squamous

- cell carcinoma in two diagnosis centers in Córdoba Argentina. *J Oral Pathol Med* 2007;36:405-8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2007.00547.x>
6. Stefanuto P, Doucet JC, Robertson C. Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014;117:424-9. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2013.12.407>. Publicado antes de su impresión el 21 de diciembre de 2013.
 7. Baumann E, Koller M, Wenz H-J, Wiltfang J, Hertrampf K. A conceptual framework for an oral cancer awareness campaign in Northern Germany - Challenges in campaign development and assessment. *Community Dent Health* 2019;36:181-6. https://doi.org/10.1922/CDH_4300Baumann06
 8. Monteiro LS, Salazar F, Pacheco JJ, Martins M, Warnakulasuriya S. Outcomes of invitational and opportunistic oral cancer screening initiatives in Oporto, Portugal. *J Oral Pathol Med* 2015;44:145-52. <https://doi.org/10.1111/jop.12216>
 9. Piemonte ED, Lazos JP, Brunotto M. Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer. *J Oral Pathol Med* 2010;39:513-7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2010.00901.x>
 10. Warnakulasuriya S, Diz Dios P, Lanfranchi H, Jacobson JJ, Honghua, Rapidis A. Understanding gaps in the oral cancer continuum and developing strategies to improve outcomes. [Citado el 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.globaloralcancerforum.org/img/presentation-group-2.pdf>
 11. Warnakulasuriya S, Diz Dios P, Lanfranchi H, Jacobson J, Rapidis A. Group 2: understanding gaps in the oral cancer continuum and developing strategies to improve outcomes. 2016 [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.globaloralcancerforum.org/img/White-Paper-Group-2.pdf>
 12. Lipsky MS, Su S, Crespo CJ, Hung M. Men and oral health: a review of sex and gender differences. *Am J Mens Health* 2021;15:15579883211016360. <https://doi.org/10.1177/15579883211016361>
 13. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina 2012 [citado el 6 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-69>
 14. Macpherson LMD. Raising awareness of oral cancer from a public and health professional perspective. *Br Dent J* 2018;225:809-14. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.919>
 15. Paladino Nemoto R, Ascitti Victorino A, Bittar Pessoa G, Garcia da Cunha LL, Rodrigues da Silva JA, Ledo Kanda J, et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? *Braz J Otorhinolaryngol* 2015;81:44-9. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.03.002>
 16. Ismail AI, Jedele JM, Lim S, Tellez M. A marketing campaign to promote screening for oral cancer. *J Am Dent Assoc*. 1939. 2012;143:e57-66. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2012.0328>
 17. van der Waal I. Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; some considerations. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal* 2013;18:e33-7. <https://doi.org/10.4317/medoral.18486>
 18. Petti S, Scully C. How many individuals must be screened to reduce oral cancer mortality rate in the Western context? A challenge. *Oral Dis* 2015;21:949-54. <https://doi.org/10.1111/odi.12372>

Cómo citar este artículo

Werner LC, Piemonte ED. Lesiones bucales, factores de riesgo de cáncer bucal y autopercepción de irritación mecánica crónica en una campaña de prevención en la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Asoc Odontol Argent* 2022;110:4-13. <https://doi.org/10.52979/raoa.1118>

Contacto:

LAURA CECILIA WERNER

laucwerner@gmail.com

Pueyrredón 1640 (C1414CES)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina