

Cáncer oral

prevención y gestión de pacientes



LLEVAR AL MUNDO HACIA UNA SALUD BUCODENTAL OPTIMA

Definiciones y clasificaciones

El cáncer oral es un tipo de cáncer de cabeza y cuello. Se trata de cualquier crecimiento de tejido canceroso en la cavidad oral¹. El cáncer de cabeza y cuello es el sexto tipo de cáncer más común a nivel mundial², y cada año se diagnostican unos 500 000 nuevos casos de cáncer oral y orofaríngeo, de los que tres cuartos en el mundo en desarrollo^{3,4}.

El 90% de los casos de cáncer oral y faríngeo se clasifican como carcinomas de células escamosas⁵. El 40% de los casos de cáncer de cabeza y cuello se desarrollan en la cavidad oral, el 15% en la faringe y el 25% en la laringe. El resto de los tumores se desarrollan en otros lugares como glándulas salivares o tiroides⁶.

El cáncer oral es un cáncer de la parte superior del tracto aerodigestivo. Incluye cáncer de labio, mucosa labial y bucal, dos tercios anteriores de la lengua, almohadilla retromolar, base de la boca, encía y paladar duro (ver Anexo 1). Hace referencia a todos los tumores malignos, inclusive carcinomas que surgen en el epitelio y sarcomas que surgen en las regiones submucosas, como los tejidos no epiteliales. Los carcinomas surgen no solamente de la mucosa oral, sino también de las glándulas salivares y los tumores metastásicos de otros órganos epiteliales. El linfoma maligno, tumores malignos relacionados con los nervios procedentes de regiones submucosas, también se considera cáncer oral.

La orofaringe, nasofaringe e hipofaringe se excluyen de esta guía, pues estas regiones no pueden examinarse fácilmente en la práctica odontológica. Los subsitios difieren según los principales factores de riesgo y presentan progresiones de la enfermedad variables⁷.

Hasta un 70% de los casos de cáncer oral están precedidos por lesiones orales premalignas, como manchas rojas o blancas persistentes en la boca. Esta guía se centra en los lugares más comunes del cáncer oral: la lengua, el interior de las mejillas y la base de la boca.

La tasa de curación de los cánceres de labio y de la cavidad oral varía dependiendo de la fase y el lugar específico en que se encuentren. La mayoría de los pacientes presentan cánceres tempranos del labio inferior, con una tasa de curación del 90% al 100% mediante cirugía o radioterapia⁸. Los trastornos orales potencialmente malignos (TOPM) a menudo preceden a los carcinomas de células escamosas (ver Anexo 2). La detección temprana de estos trastornos puede reducir la posibilidad de transformaciones malignas y



mejorar las tasas de supervivencia del cáncer oral. La pérdida de oportunidades de realizar un diagnóstico temprano y su consiguiente tratamiento, tiene como consecuencia una significativa morbilidad y mortalidad en todo el mundo: la tasa de supervivencia de cinco años del cáncer oral y faríngeo en estado avanzado es menor del 63%^{9,10}.

Las tasas de supervivencia del cáncer oral pueden mejorarse mediante la detección temprana¹¹. Por tanto, es esencial que los profesionales de la salud bucodental como los odontólogos, higienistas dentales, terapeutas dentales y terapeutas de salud bucodental comprendan la importancia de realizar un completo examen oral para detectar lesiones malignas o potencialmente malignas como parte de las evaluaciones clínicas rutinarias, incluso entre la población más joven considerada de bajo riesgo para el cáncer oral. Una reciente revisión de la eficacia de la detección del cáncer oral ha demostrado que las revisiones orales convencionales son ocasiones viables y satisfactorias para realizar cribados oportunistas en contextos odontológicos, con una sensibilidad y especificidad similares a los programas de cribado del cáncer de mama y el cáncer cervical. Varios estudios han evaluado los conocimientos, actitudes y prácticas de odontólogos en relación al cáncer oral. Sin embargo, pocos estudios incluyen a higienistas dentales, terapeutas dentales y terapeutas de salud bucodental, lo que significa que las prácticas clínicas de detección del cáncer oral, en el equipo odontológico en sentido más amplio, siguen siendo en gran parte desconocidas¹⁰. La Federación Dental Internacional FDI y numerosas asociaciones dentales nacionales alientan activamente a los profesionales de la salud bucodental a incorporar exámenes de la mucosa oral en sus evaluaciones rutinarias¹².

Esta guía se centra en el cáncer oral que los odontólogos pueden detectar observando la mucosa oral, pues es superficial y accesible. Los principales objetivos de este documento y de la guía auxiliar son:

- ▶ Aportar a los profesionales de la salud bucodental y pacientes información concisa y completa sobre la prevención, los factores de riesgo y la gestión del cáncer oral.
- ▶ Guiar los exámenes clínicos y los diagnósticos mediante un árbol de decisiones.

Factores de riesgo



El cáncer oral es uno de los diez tipos de cáncer más comunes, pero puede prevenirse en gran medida reduciendo la exposición a los factores de riesgo.

Principales factores de riesgo

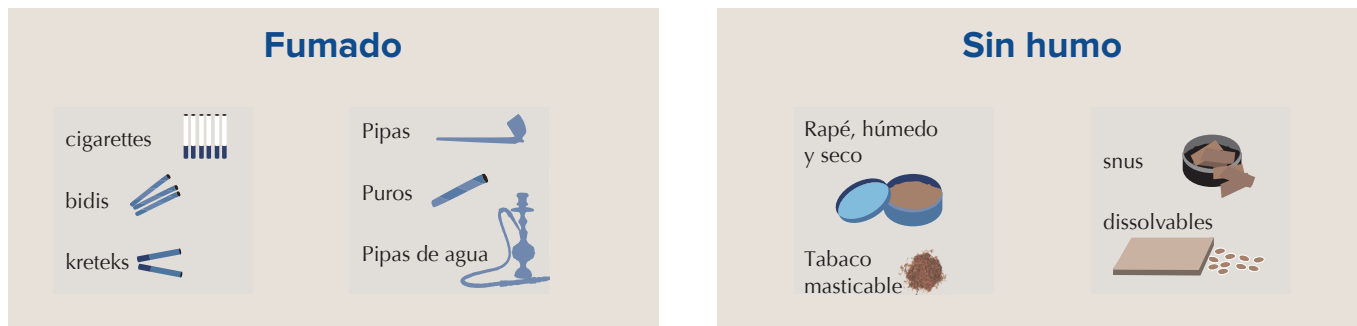
Consulte la guía auxiliar

La carcinogénesis oral es un proceso complejo con varias etapas que implica tanto factores de riesgo medioambientales como factores genéticos. Resulta de la acumulación de alteraciones genéticas y epigenéticas en oncogenes y/o genes supresores de tumores, que ocurren cuando las células epiteliales se ven afectadas por varias alteraciones genéticas. El tabaco, el alcohol y el virus VPH inducen estas alteraciones genéticas (inclusive trastornos claves como el receptor de factor de crecimiento epidérmico, TP53, NOTCH1 Ciclina D1, etc.) que desencadenan la transformación de células estromales, supresión inmunológica e inflamación crónica¹³. La combinación de los factores de riesgo del tabaco y/o el alcohol con ciertos polimorfismos génicos puede aumentar la predisposición al cáncer oral.

Tabaco y alcohol

Los productos del tabaco y el consumo de alcohol son los dos factores de riesgo independientes establecidos del cáncer oral¹⁰ y los TOPM (ver figura 2). La mayoría de los casos de cáncer oral están relacionados con el tabaco, un consumo excesivo de alcohol o el uso combinado de ambas sustancias. Esto último aumenta considerablemente el riesgo comparado con el consumo de una sola de estas sustancias.

Figura 1 Tipos de uso del tabaco



SOURCE *The Challenge of Oral Disease – A call for global action* by FDI World Dental Federation

Figura 2 Cáncer oral: los hechos



SOURCE *The Challenge of Oral Disease – A call for global action* by FDI World Dental Federation

Los productos de tabaco incluyen cualquier tipo de tabaco de fumar y tabaco sin humo (ver figura 1). En conjunto, el tabaco causa el 90 % del cáncer oral, y las personas que beben tres a cuatro bebidas alcohólicas al día duplican el riesgo de sufrir cáncer oral en relación a los no bebedores. Las personas que fuman y beben multiplican por 35 el riesgo de sufrir cáncer oral comparado con individuos que nunca fuman ni beben¹⁴. Por tanto, la reducción del consumo de tabaco y de alcohol puede contribuir significativamente a prevenir esta enfermedad.

Otros factores de riesgo

Consulte la guía auxiliar

Aunque no sean tan significantes como factores de riesgo, hay otros factores que pueden desencadenar cáncer oral y/o de labio:

VPH	Exposición a rayos UV	Factores traumáticos crónicos o repetidos	Factores medioambientales e infecciosos
La infección oral con VPH aumenta unas 15 veces el riesgo de cáncer orofaríngeo ¹⁴ .	La exposición a rayos ultravioletas es un factor de riesgo del cáncer de labio ¹⁵ .	Factores traumáticos crónicos o repetidos pueden promover la transformación de las células epiteliales ¹⁴ .	Una higiene bucodental deficiente, candidiasis crónica, infecciones por el virus del herpes y enfermedades inmunosupresoras (como VIH, síndrome de Fanconi) pueden desencadenar el desarrollo de tumores orales, aunque las pruebas todavía no son concluyentes ¹⁶ .

Prevención del cáncer oral

Los odontólogos desempeñan un importante papel en la detección temprana del cáncer oral. En particular, realizar exploraciones orales y un diagnóstico temprano aumentan las posibilidades de detectar la enfermedad en sus primeras etapas. Además, como parte de un equipo pluridisciplinar, los odontólogos desempeñan un papel activo en los distintos pasos que deben seguirse para preparar al paciente para el tratamiento del cáncer oral¹.

Examen de detección

Consulte la guía auxiliar

Solamente un 30% de los cánceres orales y faríngeos se identifican en etapas tempranas, y un 50% se diagnostica en estados avanzados de metástasis (fase III o IV). Esto se debe en gran medida a una presentación tardía, una demora en el diagnóstico y falta de vías claras de derivación entre odontólogos y médicos. El **cribado del cáncer oral** debe ser por tanto un componente esencial del examen rutinario de cabeza y cuello realizado en los contextos primarios de asistencia odontológica¹⁷⁻²¹.

El examen de detección primario para el cáncer oral consiste en una valoración clínica sistemática de la cavidad oral. Según la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, un examen para el cribado del cáncer oral debería incluir una inspección visual de la cara, cuello, labios, mucosa labial, mucosa bucal, encía, base de la boca, lengua y paladar. Los espejos bucales pueden ayudar a ver todas las superficies. La exploración incluye también **palpar** los nódulos linfáticos regionales, la lengua y la base de la boca. Cualquier anomalía que dure más de dos semanas debería volver a ser evaluada y derivada para la realización de una **biopsia**²².

Diagnóstico temprano

Consulte la guía auxiliar

El diagnóstico temprano es esencial para disminuir la mortalidad por cáncer oral. La mayoría de los cánceres orales se desarrollan en zonas visibles y/o palpables, por lo que la detección temprana debería ser posible²³. Los signos claves son **ulceración, induración, infiltración, sangrado y la presencia de nódulos**¹⁷.

Desafortunadamente, por lo general se diagnostica a los pacientes cuando presentan síntomas asociados a fases avanzadas de la enfermedad, como molestias, disfagia, otalgia, odinofagia, movilidad reducida de la lengua, capacidad limitada para abrir la boca, nódulos cervicales y submandibulares, pérdida de peso y pérdida de la función sensorial, especialmente cuando la lesión es unilateral.

Por el contrario, algunos cánceres pueden ser asintomáticos, lo que contribuye a la demora en el diagnóstico. El examen para el cribado oportunista del cáncer oral realizado por profesionales de la salud bucodental sigue siendo un medio importante para la identificación y el diagnóstico temprano.

En las primeras etapas, la lesión puede ser plana o elevada, y puede ser mínimamente palpable o indurada.

El diagnóstico se basa en el examen clínico y la biopsia, que es el procedimiento estándar a seguir. La biopsia debería realizarse entre tejidos sanos y patológicos hasta el nivel de la capa basal.

Diagnóstico positivo:

- ▶ Alteraciones premalignas: leucoplasia, eritroplasia, liquen plano (Anexo 2)
- ▶ Cáncer oral: neoplasia intraepitelial, carcinoma *in-situ*, carcinoma microinvasivo o invasivo

Gestión de pacientes con cáncer oral

Consulte la guía auxiliar

La gestión de pacientes con cáncer oral es compleja. Las manifestaciones de la terapia del cáncer pueden incluir infecciones, mucositis y ulceración oral, xerostomía, sangrado, dolor, osteorradionecrosis, pérdida del sentido del gusto, trismo y caries. Todo ello requiere prevención y tratamiento.

Las estrategias de tratamiento varían según la fase del cáncer oral en el momento del diagnóstico. Dependiendo de la fase, el tratamiento puede incluir cirugía y/o radioterapia, lo que conlleva una alta probabilidad de supervivencia a largo plazo, aunque a menudo con una carga de morbilidad considerable²⁴. La quimioterapia, inclusive la terapia dirigida, puede combinarse con radiación en el tratamiento inicial o utilizarse para tratar cánceres recurrentes. La inmunoterapia es una opción más reciente para cánceres avanzados o recurrentes²⁵. La elección de tratamiento depende también de las comorbilidades presentadas por el paciente y su estado nutricional, capacidad de tolerar el tratamiento y deseos de someterse a terapia. El tratamiento pluridisciplinar es crucial para mejorar los resultados oncológicos y minimizar el efecto en las funciones y la calidad de vida.

Antes del tratamiento

Antes de comenzar el tratamiento, se recomienda que los odontólogos realicen una evaluación dental sistemática y establezcan un programa de atención bucodental para mejorar la observancia del tratamiento mediante la reducción del riesgo de infección. En el momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes presentan patologías dentales asociadas (caries, enfermedad periodontal). Los odontólogos deberían aplicar, según sea necesario, rehabilitación oral, tratamiento no invasivo, cubetas de flúor y prótesis maxilofacial. Además, la radioterapia (con o sin quimioterapia) a menudo provoca complicaciones orales y el tratamiento quirúrgico frecuentemente requiere resecciones óseas con extracciones dentales. Deberían realizarse exámenes clínicos y radiológicos (panorámico) a fin de reparar y extraer focos infecciosos. Esto implica la eliminación de la caries dental (tratamiento endodóntico y tratamiento restaurador) y extracción de dientes en riesgo con cierre de las heridas primarias 7 a 10 días antes del inicio de radioterapia, para minimizar el riesgo de osteorradionecrosis asociado con extracciones dentales posteriores a la radiación, y eliminación de todas las causas de lesiones traumáticas en la mucosa¹⁵.

Dependiendo del campo irradiado, deben aplicarse cubetas de flúor definitivas. Asimismo, debería establecerse un programa de atención bucodental que incluya instrucciones de salud oral (limpieza de dientes con cepillo dental, cepillo interdental e hilo dental, seguidos de gargarismo tres veces al día), retirada de cálculos dentales (raspado), limpieza dental mecánica profesional, limpieza de la lengua con un cepillo de dientes y limpieza de prótesis.

Durante el tratamiento

Los odontólogos deberían minimizar los efectos secundarios de la radioterapia y recomendar un programa básico de cuidado oral personal, con una combinación de cepillado de dientes, uso de hilo dental y enjuagues para mejorar la observancia del tratamiento al disminuir el riesgo de infección tal como sigue:

- ▶ Mucositis posterior a la radioterapia: antiséptico local, gel anestésico, enjuague alcalino sin alcohol, enjuagues bucales más de una vez para mantener la higiene oral

- ▶ Caries: cepillado dos veces al día con un cepillo suave y dentífrico fluorado entre 2800 ppm y 5000 ppm y/o aplicación de cubetas de flúor
- ▶ Xerostomía: chicles sin azúcar y sustitutos salivares

Después del tratamiento

- ▶ Debería prestarse una atención especial al proceso de curación y la posible recurrencia del cáncer oral.
- ▶ Debería realizarse un seguimiento con revisiones al menos dos veces al año, adaptándose a las necesidades.
- ▶ Cualquier procedimiento dental traumático tras radioterapia debería realizarse con administración de antibióticos.
- ▶ Debería realizarse un tratamiento protésico no traumático para la rehabilitación en un plazo de 6 a 12 meses.

Socio

La elaboración de esta publicación ha sido posible gracias a una subvención sin restricciones de Sunstar.

Más información

Acceda a la página del proyecto al escanear este código QR con la cámara de su teléfono.



Referencias

1. Werning JW (ed). *Oral Cancer: Diagnosis, Management, and Rehabilitation*. 1ª edición. New York: Thieme, 2007.
2. manuscrito 393 - abstract | Rambam Maimonides Medical Journal, <https://www.rmmj.org.il/issues/21/Articles/393> (acceso el 23 de marzo de 2018).
3. Radhakrishnan R, Shrestha B, Bajracharya D. Oral Cancer - An Overview. *Oral Cancer*. Publicación electrónica antes de impresión 2012. DOI: 10.5772/30399.
4. Chowdhury RM, Singh G, Joshi A, et al. Autophagy and oral cancers: A short review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2018; 119: 37–39.
5. Olson CM, Burda BU, Beil T, et al. *Screening for Oral Cancer: A Targeted Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132472/> (2013, acceso el 23 de marzo de 2018).
6. A PhD student of Centre of Doctoral study in health science-Doctoral training in genetics and molecular pathology-Faculty of Medicine and Pharmacy of Casablanca-Hassan II University of Casablanca. Morocco., Sm B, C R, et al. EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ORAL CANCER IN CHU IBN ROCHD - CASABLANCA - MOROCCO: ABOUT 83 CASES. *Int J Adv Res* 2017; 5: 2218–2223.
7. fdi-oral-cancer-2008.pdf, <https://orlandoms.files.wordpress.com/2011/02/fdi-oral-cancer-2008.pdf> (acceso el 23 de marzo de 2018).
8. PDQ Adult Treatment Editorial Board. Lip and Oral Cavity Cancer Treatment (Adult) (PDQ®): Health Professional Version. 2018 Feb 8. En: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-. Lip and Oral Cavity Cancer Treatment (PDQ®).
9. Marcazzan S, Varoni EM, Blanco E, et al. Nanomedicine, an emerging therapeutic strategy for oral cancer therapy. *Oral Oncol* 2018; 76: 1–7.
10. Mariño R, Haresaku S, McGrath R, et al. Oral cancer screening practices of oral health professionals in Australia. *BMC Oral Health*; 17. Publicación electrónica antes de impresión. Diciembre de 2017. DOI: 10.1186/s12903-017-0439-5.
11. complete_oh_atlas.pdf, https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf (acceso el 26 de marzo de 2018).
12. Thail B. Oral Cancer. *FDI World Dental Federation*, <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-cancer> (2017, acceso el 20 de junio de 2018).
13. Curry JM, Sprandio J, Cognetti D, et al. Tumor microenvironment in head and neck squamous cell carcinoma. *Semin Oncol* 2014; 41: 217–234.
14. Screening PDQ, Board PE. Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer Prevention (PDQ®).
15. Osterlind A. Cancer and UV-radiation. *Pharmacol Toxicol* 1993; 72 Suppl 1: 67–68.
16. Meurman JH. Infectious and dietary risk factors of oral cancer. *Oral Oncol* 2010; 46: 411–413.
17. Burket LW, Greenberg MS, Glick M, et al. *Burket's oral medicine*. 11ª ed. Hamilton, Ont: BC Decker, 2008.
18. Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer Prevention. *National Cancer Institute*, <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/patient/oral-prevention-pdq#section/all> (acceso el 23 de marzo de 2018).
19. DeSantis CE, Lin CC, Mariotto AB, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014; 64: 252–271.
20. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, et al. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2003; 9: 781–788.
21. Allen K, Ford PJ, Farah CS. Oral mucosal screening and referral attitudes of Australian oral health therapists and dental hygienists in Queensland. *Int J Dent Hyg* 2015; 13: 206–212.
22. Manrow RE, Beckwith M, Johnson LE. NCI's Physician Data Query (PDQ®) Cancer Information Summaries: History, Editorial Processes, Influence, and Reach. *J Cancer Educ* 2014; 29: 198–205.
23. Clinical Statistical Study of exfoliative Cytology Performed During Oral Cancer Screening in Chiba City in the past 11 years, http://ir.tdc.ac.jp/irucaa/bitstream/10130/3988/1/8_33.pdf (acceso el 17 de mayo de 2018).
24. Mupparapu M, Shanti RM. Evaluation and Staging of Oral Cancer. *Dent Clin North Am* 2018; 62: 47–58.
25. Street W. Cancer Facts & Figures 2018. 1930; 76.
26. Dionne Kalen R., Warnakulasuriya Saman, Binti Zain Rosnah, et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity: Current practice and future directions in the clinic and laboratory. *Int J Cancer* 2014; 136: 503–515.
27. Warnakulasuriya S., Johnson Newell. W., Van Der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575–580.
28. Campbell H, Escudier MP, Brostoff J, et al. Dietary intervention for oral allergy syndrome as a treatment in orofacial granulomatosis: a new approach? *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol* 2013; 42: 517–522.
29. Sarode SC, Sarode GS, Tupkari JV. Oral potentially malignant disorders: precisising the definition. *Oral Oncol* 2012; 48: 759–760.
30. Waal I van der. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009; 45: 317–323.
31. A OCFNT-. Management strategies for oral potentially malignant disorders. *Oral Cancer News*, <http://oralcancernews.org/wp/management-strategies-for-oral-potentially-malignant-disorders/> (acceso el 17 de mayo de 2018).

ANEXO 1

Topografía de lesiones

Los carcinomas de células escamosas pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa oral, aunque los lugares más comunes son los bordes laterales de la lengua, la base anterior de la boca (más del 50% de los casos), el complejo encía/alvéolo (particularmente en la región posterior mandibular)²⁶, el paladar blando y la mucosa labial.



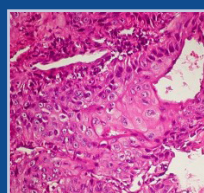
Leucoplasia verrucosa idiopática localizada en la mejilla



Carcinoma verrucoso en el paladar



Carcinoma de células escamosas en el complejo encía/alvéolo



Vista histopatológica



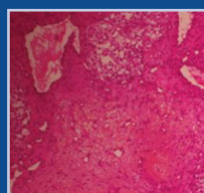
Carcinoma de células escamosas en el borde lateral de la lengua



Liquen plano en la base de la boca



Transformación maligna del liquen plano



Carcinoma de células escamosas bien diferenciado, infiltrante y ulcerativo

ANEXO 2

Trastornos orales potencialmente malignos (TOPM)

Los TOPM son lesiones y enfermedades que cuentan con un alto potencial para la transformación maligna y son indicadores de riesgo de futuros tumores^{27,28}. Estos trastornos de diferentes etiologías, principalmente el tabaco, se caracterizan por alteraciones o mutaciones asociadas a mutágenos, espontáneas o hereditarias, en el material genético de las células epiteliales orales, con o sin alteraciones clínicas e histomorfológicas, que pueden conducir a la transformación de carcinomas de células escamosas²⁹. Aunque no existen pruebas científicas de que el tratamiento de los TOPM prevenga el desarrollo del cáncer oral, el tratamiento de los síntomas es necesario para el bienestar general del paciente^{30,31}.

La detección temprana puede reducir la transformación maligna de los TOPM y mejorar la tasa de supervivencia del cáncer oral. Seguidamente se presentan los TOPM más comunes:



Leucoplasia asociada al tabaquismo

Liquen plano ampollar y atrófico

Fibrosis submucosa oral

Eritroplasia

Leucoplasia no homogénea asociada al tabaquismo

Leucoplasia no homogénea idiopática

Leucoplasia no homogénea (paciente VIH)

La gestión de los TOPM es crítica para reducir síntomas y prevenir la transformación maligna de estas lesiones. Dependiendo de las normativas profesionales nacionales, los profesionales de la salud bucodental pueden estar implicados en el cribado, diagnóstico, derivación y/o gestión de pacientes con TOPM, y deberían conocer bien las normas pertinentes en materia de asistencia. Los profesionales de la salud bucodental deben considerar factores que pueden afectar los resultados terapéuticos de los TOPM, inclusive:

- ▶ Características clínicas asociadas con un mayor riesgo de progresión maligna: características de la lesión (mayor tamaño (>200 mm)), textura de la superficie (suave y endurecida), aspectos no homogéneos (hiperqueratosis, engrosamiento), color (rojiza o moteada, extensión, unifocal, multifocal o patrón difuso)
- ▶ Localización de la lesión en la boca (lengua, base de la boca)¹⁸
- ▶ Evaluación del factor de riesgo del paciente, e historial médico o de enfermedades sistémicas/cáncer detallado e histopatología de la lesión.

ANEXO 3

Aspectos clínicos de los carcinomas de células escamosas

Forma ulcerativa: La ulceración se caracteriza por una pendiente externa elevada, separada de la parte interior con bordes curvos y una base con residuos necróticos. Esta ulceración tiene una base endurecida. La ulceración es solamente la parte visible del cáncer.

Forma *budding* o vegetativa: Proliferación de yemas tumorales.

Forma *ulcero-budding*: Necrosis de la parte superior de la yema en proceso de ulceración. Hay también fisuras y formas nodulares.

Las lesiones tempranas son generalmente discretas y completamente asintomáticas. Por el contrario, las lesiones avanzadas están típicamente endurecidas y pueden estar asociadas con un importante nivel de dolor. En esta fase, los carcinomas se detectan con facilidad al volverse sintomáticos.



Forma *budding*



Forma ulcerativa



Forma *ulcero-budding*



Carcinoma de células escamosas en el labio inferior



FDI World Dental Federation

Avenue Louis-Casaï 51 • 1216 Genève • Switzerland

+41 22 560 81 50 • info@fdiworlddental.org • www.fdiworlddental.org

TEXTO Ihsane Ben Yahya
Fani Anagnostou

DISEÑO Gilberto D Lontro

©2018 FDI World Dental Federation