



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LESIONES CANCEROSAS DE CAVIDAD BUCAL
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA 2011-2012.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

GLORIA GEORGINA TAPIA HERNÁNDEZ

TUTOR: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

ASESOR: Mtra. LAURA MENDOZA OROPEZA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi segunda casa la Facultad de Odontología, UNAM. y al reconocido Instituto Nacional de Cancerología de México por el apoyo y las facilidades brindadas para la realización de este trabajo. A mi tutora la Mtra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo y mi asesora la Mtra. Laura Mendoza Oropeza por su tiempo y dedicación.

A mi guerrera incansable, mi madre, por sembrar tanto amor y fe en mi corazón, mis hermanos Cesar Armando y Jesús Alva por su apoyo y cariño incondicional.

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Marco Teórico	6
3. Planteamiento del problema	21
4. Justificación	22
5. Objetivo General	23
6. Objetivos específicos	23
7. Metodología	24
8. Resultados	26
9. Conclusiones	35
10. Propuestas	36
11. Referencias Bibliográficas.	41

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer hoy en día es un grave problema de salud pública, que tiene devastadoras manifestaciones con pronósticos letales en la población mexicana y en el mundo, ya que cada vez se van sumando más factores de riesgo en el entorno, que son las principales causas del cáncer bucal en nuestro país.

Este trabajo nos da una sencilla descripción epidemiológica de las neoplasias malignas de cavidad oral dentro del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCAN); donde se revisaron expedientes clínicos y base de datos del registro hospitalario de cáncer que pertenece al INCAN del año 2011-2012 con el fin de obtener datos actuales y certeros que reflejen la gravedad del cáncer bucal en la actualidad.

El cáncer anteriormente no era considerado como una enfermedad común, hoy por hoy si lo es ya que cada vez aumenta más la cifra de pacientes oncológicos, que requieren de atención especializada e inmediata de la enfermedad como el cáncer bucal, tomando en cuenta que en cada paciente se requerirá un trato odontológico adecuado a la par a los tratamientos quirúrgicos, radioterapia y quimioterapia como parte de una atención integral.

El registro Hospitalario del Instituto Nacional de Cancerología es un núcleo sólido y confiable diseñado para recolectar, analizar, registrar e interpretar información de cada una de las neoplasias malignas tratadas dentro del Instituto y de las personas que la padecen y son atendidas.

Contando con datos relevantes y significativos de las neoplasias malignas de cavidad bucal en años recientes como lo es el 2011- 2012 hay más posibilidades de tener una idea más completa que nos permita evaluar la situación de atención odontológica a los pacientes oncológicos.

El cáncer de cabeza y cuello ha aumentado los últimos años incluyendo las neoplasias malignas de labio, base de la lengua, otras partes y las no específicas de la lengua, encía, piso de boca, paladar, otras partes y las no específicas de la boca, parótida, glándulas salivales mayores, amígdala, orofaringe, nasofaringe, seno piriforme, hipofaringe, sitios mal definidos de labio, cavidad bucal y faringe.

Es preocupante el incremento que ha tenido el cáncer de cavidad bucal, atribuyendo factores de riesgo como el alcohol y el tabaco entre otros a los que la población está cada día más expuesta, es por eso que en este trabajo se reflexiona sobre la necesidad de transformar los hábitos y costumbres de la población.

Esta tesina propone principalmente alternativas y estrategias de atención que mejore la calidad de vida de los pacientes que están en la lucha contra el cáncer y de un diagnóstico oportuno de las lesiones cancerosas de cavidad bucal con base al conocimiento epidemiológico del Instituto Nacional de Cancerología en el 2011-2012.

Es importante conocer el rol que juega el cirujano dentista dentro de un grupo multidisciplinario en la atención oncológica ya que la boca no es independiente del organismo, lo que requiere de una visión más amplia e integral que permita obtener beneficios al paciente que se encuentra en una situación difícil y vulnerable .

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Cáncer

La Organización Mundial de la Salud nos define cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.¹

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por tener un crecimiento anormal de las células en cualquier parte del organismo así como nuevas formaciones de células anormales que pueden propagarse a otros tejidos, proceso que se conoce como metástasis.

2.2 Cáncer Bucal.

El cáncer bucal es aquel se presenta en cualquier zona anatómica de la cavidad bucal que puede ser en labios, revestimiento interior de labios, mejillas (mucosa bucal), encías, lengua, piso de boca, paladar duro y el área que se encuentra detrás de los terceros molares llamada triángulo retromolar y los dientes.²

2.2.1 Tumores cancerosos de Cavidad Bucal.

Existen diferentes tipos de cáncer que se presentan en la cavidad bucal tomando los más frecuentes según datos de la Asociación Americana del Cáncer.

Carcinoma de células escamosas, Es el más común ya que esta formado por células planas que forman principalmente el revestimiento de la boca formando el 90 % de los casos de cáncer en cavidad bucal.

Carcinoma Verrugoso, este tipo de carcinoma de las células escamosas, es un cáncer de bajo grado y de crecimiento lento y conforma según American Cancer Society el 5% de los tumores de la cavidad bucal.

Carcinomas de glándulas salivales menores, este cáncer se puede originar en las glándulas que se encuentran en cualquier parte del revestimiento de la cavidad bucal, existen diferentes tipos de cáncer de glándulas menores como carcinoma adenoide quístico, el carcinoma mucoepidermoide y el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

Linfomas, se presentan con mayor frecuencia en amígdalas y base de la lengua ya que tienen tejido linfoide.²

2.3 Factores de riesgo del cáncer en cavidad bucal.

La Organización Mundial de la Salud nos dice que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.³

Los factores de riesgo predisponen a la población a la enfermedad, en este caso cáncer de cavidad bucal, aunque no por estar presente uno o más factores de riesgo tiene que manifestarse la enfermedad de manera obligada. Dentro de los factores de riesgo que se asocian de forma frecuente al cáncer de cavidad bucal esta el tabaco y las bebidas alcohólicas aunque el riesgo se eleva si se consumen juntas, de forma excesiva y cotidiana.

La Luz ultravioleta, también es la principal causa de cáncer de labio sobre todo en personas que están expuestas mucho tiempo al sol y espacios abiertos como las personas que trabajan en el campo.

Una Alimentación deficiente también es considerada como un factor de riesgo pues como consecuencia existe supresión del sistema inmunológico y el organismo es vulnerable a las enfermedades.

El VPH como un factor de riesgo y Las Infecciones por Virus del Papiloma Humano ya son una causa de cáncer en la actualidad cada vez más común ya que el virus hace que las células produzcan dos proteínas conocidas como E6 y E7 que desactivan genes responsables del control de crecimiento celular, el Virus del Papiloma Humano puede ser adquirido por practicas sexuales orales y causan lesiones que están asociadas a cáncer de cavidad bucal.

La Irritación de la mucosa bucal por dentaduras postizas y traumatismos, es otro factor importante sobre todo en pacientes de la tercera edad.²

Los factores de riesgo al estar en el entorno, en los hábitos, en la genética, son considerados una parte importante en la prevalencia de lesiones cancerosas.

2.4 Diagnóstico de cáncer bucal

El cirujano dentista debe ser una pieza guía para poder diagnosticar, educar y prevenir al paciente sobre el cáncer bucal, ya que muchas lesiones precancerosas y de cáncer de la cavidad bucal pueden ser diagnosticadas en etapas tempranas obteniendo un mejor pronóstico de la enfermedad .

La historia clínica como primer paso en la revisión de nuestro paciente nos va a dar una visión más amplia de sus antecedentes heredofamiliares, su higiene, su forma de vida y malos hábitos como el tabaquismo entre otras cosas.

Una exploración de la cavidad bucal , observando detalladamente de forma directa o indirecta siempre con apoyo de una palpación manual de los labios , mucosa de carrillos hasta la parte más posterior, examinar también zona del trígono retromolar, paladar duro, lengua, encías y dientes.

Es importante ubicar ciertas lesiones como úlceras que no curan y duran más de siete días, zonas de dolor que refiera el paciente, inflamación o engrosamientos

en mucosa de carrillos y encías, lesiones eritematosas o placas blanquecinas en encías o revestimiento de la cavidad bucal así como la dificultad para hablar, masticar o deglutir, algún entumecimiento, movilidad dental, halitosis y pérdida de peso en el paciente.

Para poder confirmar el diagnóstico primario es importante usar procedimientos y métodos que son de gran ayuda como los siguientes:

Una biopsia que es el proceso donde se extrae una muestra de tejido dañado o enfermo para ser examinado en un microscopio, puede ser una biopsia por incisión o por aspiración con aguja fina según sea el caso.

Algunas tinciones con azul de toluidina son de gran ayuda, ya que la tinta se extiende sobre el tejido y tiñe de color azul cuando las células son cancerosas y es sencillo detectar las lesiones.

La citología exfoliativa es una técnica donde se raspa la lesión para recolectar una muestra de tejido en una placa de vidrio, es una técnica sencilla y permite tener un diagnóstico temprano y certero.

Para los tumores de cavidad bucal son utilizados algunos estudios de imagen para determinar la etapa del cáncer cuando ya se ha detectado.

Tomografía Computarizada, es una radiografía que obtiene imágenes transversales, fotografías seccionadas que son sumamente detalladas, toma muchas imágenes de la parte afectada o a estudiar mientras rota a su alrededor, en algunos casos es utilizado un medio de contraste para poder observar con mayor claridad la lesión y se repite la serie de fotografías.

Este tipo de estudio permite observar datos muy específicos como el tamaño, la forma y posición de cualquier lesión o tumor.

La resonancia magnética utiliza ondas de radio e imanes de gran potencia, este estudio produce secciones vistas de distintos ángulos y da imágenes muy exactas.

Tomografía por emisión de positrones,(positrón emission tomography, PET) este estudio es de mucha utilidad para observar si el cáncer se ha propagado a ganglios linfáticos y la localización del origen del tumor.²

2.5 Clasificación del cáncer bucal.

El cáncer bucal se clasifica por etapas o estadificación, para poder determinar la propagación del cáncer, el pronóstico de la enfermedad y el tratamiento indicado es importante conocer el estadio o etapa del cáncer.

La estadificación se basa en los resultados del examen clínico y estudios imagenológicos.

El sistema TNM (Tumor, Ganglio, Metástasis) del comité Conjunto Americano sobre Cáncer (AJCC), es un sistema de estadificación estándar que describe tres puntos importantes:

T indica el tamaño del tumor principal o primario y cuales son los tejidos a donde se ha propagado según el caso.

N describe la extensión de la propagación a ganglios o nódulos linfáticos adyacentes, en el caso del cáncer de cavidad bucal pueden llegar a los ganglios linfáticos en el área del cuello.

La M va indicar si el cáncer se ha propagado a otros órganos o partes del organismo a esta propagación se le llama metástasis.

Los números del 0 al 4 indican la gravedad en forma de aumento.

La letra X quiere decir que no puede ser valuado por que no hay información suficiente o disponible.²

2.6 Tratamiento del Cáncer Bucal y sus efectos secundarios.

El tratamiento depende de la estadificación del cáncer bucal, que puede ser cirugía, quimioterapia, radioterapia, la combinación de los tratamientos según el caso y por ultimo los cuidados paliativos que han surgido de la necesidad de atención a los pacientes en etapas muy avanzadas del cáncer.

2.6.1 Tratamiento quirúrgico del cáncer bucal.

La cirugía es una de las primeras opciones de tratamiento para poder extirpar el tumor y un área del tejido que lo rodea para no dejar ninguna célula cancerosa que pueda reincidir y así poder restaurar la función afectada de la cavidad bucal en algunos casos.

Las cirugías más empleadas de la cavidad bucal son las siguientes:

- Cirugía de Mosh (para algunos tipos de cáncer de labio)

También conocida como cirugía micrográfica, método donde se extirpa el tumor en capas delgadas examinadas de forma inmediata por un microscopio para poder detectar si hay células cancerosas , se retiran poco a poco las capas hasta que la lesión sea totalmente retirada.

- Glosectomía

La glosectomía es una cirugía bastante agresiva que consiste en la extirpación de la lengua, esta cirugía esta indicada cuando hay cáncer de lengua, puede ser

parcial cuando los tumores son pequeños y solo se extrae una porción de la lengua o total cuando es necesario extirpar todo el órgano.

- Resección parcial o total de la mandíbula.

Esta cirugía consiste en extirpar parte del hueso de la mandíbula o su totalidad si es necesario.

- Maxilectomía.

Es una de las cirugías más comunes que se realiza cuando el cáncer se propaga hacia el paladar duro, donde se tiene que extirpar una parte del maxilar o todo el hueso, si este está involucrado, posteriormente se tendrá que colocar un mantenedor o prótesis especial que cubra la lesión y el espacio que queda después de retirar el hueso.

- Disección del cuello

El cáncer de la cavidad bucal, puede propagarse a los ganglios linfáticos del cuello y es necesario realizar una disección del cuello para extirpar los ganglios linfáticos y evitar que el cáncer se disemine a otras partes del organismo. Si se habla de una disección parcial o selectiva del cuello se extirpan pocos ganglios linfáticos, si es una disección radical modificada de cuello, se retiran la mayoría de los ganglios linfáticos de un lado del cuello entre la mandíbula y la clavícula, según el caso de cada paciente se puede extirpar parte del músculo y tejido nervioso. A diferencia de las otras dos en la disección radical del cuello se extirpan todos los ganglios linfáticos para evitar la diseminación de la enfermedad.

2.6.2 Radioterapia como tratamiento de cavidad bucal.

La radioterapia es una opción de tratamiento con grandes beneficios en el tratamiento contra el cáncer donde se utilizan rayos x o partículas de alta energía que destruyen células cancerosas y disminuyen la velocidad de crecimiento.

La radioterapia puede ser utilizada como primera opción de tratamiento si son tumores pequeños o combinarla ya sea con cirugía y quimioterapia cuando los tumores son grandes para poder erradicarlos junto con pequeñas células cancerosas que puedan quedar en el tejido circundante.

- Radioterapia de haz externo.

La radioterapia de haz externo es una de las formas más comunes y benéficas de aplicar radiación ya que se enfoca un haz de radiación con una maquina fuera del cuerpo y la aplicación tan directa del haz reduce los efectos secundarios de la radiación ya que los especialistas calculan la dosis detalladamente por paciente según el tumor y apuntan el haz con la mayor precisión .En este tipo de radiación el paciente recibe cinco días a la semana durante seis o siete semanas.

- Radioterapia Acelerada e hiperfraccionada.

Este tipo de radiación consiste en la aplicación de radioterapia dos veces al día , con la desventaja de que los efectos secundarios sean más agresivos.

- Radioterapia de conformación tridimensional (3D-CRT,siglas en ingles).

Aquí son empleados programas de especialización informática donde se orientan los haces de radiación con gran precisión.

- Radioterapia de intensidad modulada (IMRT, siglas en ingles),

Como su nombre lo indica es una terapia de radiación controlada por un computador que se mueve alrededor del paciente mientras emite las radiaciones, tiene la ventaja de poder ajustar el haz de radiación para que la dosis que llegue a los tejidos sanos sea mucho menor.

- Braquiterapia

Es un método de radiación interna de baja o alta dosis también conocida como intersticial o braquiterapia donde se aplica radiación por medio de la colocación de materiales radioactivos directamente en el tumor canceroso o muy cerca de este por medio de catéteres.

Efectos secundarios de la radiación

La radioterapia es un tratamiento específico y eficaz en la lucha contra el cáncer pero puede tener diversos efectos secundarios a corto y largo plazo en el paciente.

A corto plazo se presenta un aspecto de quemaduras de los tejidos dando una apariencia de bronceado en la piel o quemaduras que llegan a desaparecer con el tiempo, produce ronquera, enrojecimiento, dolor en boca y garganta a causa de la inflamación de la mucosa de revestimiento, úlceras en cavidad bucal y garganta, xerostomía que es la disminución de la producción de la saliva lo que en conjunto dificulta la alimentación y el habla del paciente las papilas gustativas también se ven dañadas dando como resultado que el paciente pierda la totalidad o parte del sentido del gusto.

La articulación temporomandibular se ve afectada con dolor y limitación de apertura de la boca que se puede ir corrigiendo con el paso del tiempo por medio de terapia.

La radioterapia a largo plazo puede causar un daño permanente a las glándulas salivales desencadenado en una sensación de boca seca y caries.

La osteoradionecrosis de la mandíbula es uno de los efectos más graves de la radioterapia, pues puede dejar estragos de importancia por una lesión trauma o infección dental.

2.6.3 Quimioterapia

Quimioterapia: Es un recurso para el tratamiento sistémico oncológico, que es utilizada con carácter curativo o paliativo, dependiendo de diversos factores clínicos y características de la propia enfermedad.

La quimioterapia a diferencia de la radiación o la cirugía se utiliza como un tratamiento sistémico y no directamente al tumor, los medicamentos aplicados se propagan a todo el organismo hasta llegar a las células cancerosas.

Es un tratamiento sistémico comúnmente utilizado en la lucha contra el cáncer, es por eso que la quimioterapia actúa atacando a las células malignas del tumor primario y las que están diseminadas en el organismo, pero desafortunadamente también actúa en células y tejidos normales del paciente. Las células malignas o cancerosas se caracterizan por su rápida proliferación y crecimiento es por eso que la quimioterapia tiene como objetivo disminuir la formación y el crecimiento de estas células.

Existe una amplia gama de antineoplásicos que se pueden emplear solos o combinados con otros medicamentos para obtener resultados benéficos.

La quimioterapia actúa tratando de curar el cáncer haciendo que desaparezca en su totalidad, en algunos casos específicos, también sirve como control de la enfermedad reduciendo el tamaño del tumor y controlando el crecimiento y la propagación de las células cancerosas, en algunos casos el cáncer es controlado como si fuera una enfermedad crónica y por último ayuda a la paliación de la

enfermedad en etapas muy avanzadas si es necesario aliviar algunos síntomas causados por el cáncer.

La quimioterapia puede ser utilizada como terapia adyuvante o neoadyuvante en el tratamiento del cáncer.

La quimioterapia adyuvante es aquella que se aplica después que el cáncer se extirpa mediante una cirugía y es necesario erradicar cualquier célula cancerosa que no se ve y células cercanas como reafirmando el tratamiento quirúrgico.

La quimioterapia de inducción puede administrarse antes del procedimiento quirúrgico o de la radioterapia para reducir el tamaño del tumor y facilitar el procedimiento y su extirpación. Para poder elegir el medicamento adecuado es importante considerar, el tipo de cáncer, la etapa en la que se encuentra, el estado de salud general y la edad del paciente.

Los medicamentos de quimioterapia que se utilizan con mayor frecuencia para tratar el cáncer de cavidad bucal son:

- Cisplatino
- 5-fluorouracilo
- Carboplatino.
- Paclitaxel (Taxol)
- Docetaxel (Taxotere)
- Metrotexano
- Ifosfamida (Ifos)
- Bleomicina

Una de las combinaciones más utilizadas es la de cisplatino y 5-FU para la reducción temporal en el cáncer de cavidad bucal. Los tratamientos de quimioterapia pueden ser administrados según el caso en el hospital, en un consultorio médico especializado o en el hogar cuando el paciente ya no tiene posibilidades de trasladarse.

La quimioterapia puede ser administrada por vía oral, intravenosa, intramuscular y subcutánea, lo que permite que el paciente tenga opciones de acuerdo a sus necesidades.

Efectos secundarios de la quimioterapia.

Los medicamentos empleados en la quimioterapia tienen éxito en la lucha contra las células cancerosas pero también actúan con células sanas del organismo como las de la médula ósea, revestimiento de la boca, intestinos y folículos del cabello donde los efectos secundarios son agresivos y dejan fuertes efectos secundarios.

Los efectos adversos van a depender de la dosis y el tipo de medicamentos administrados como náuseas y vómito, úlceras en la boca, pérdida de apetito, inmunosupresión, fatiga, xerostomía, sensación de ardor en la boca y disgeusia.

Hay síntomas que pueden ser controlados como las náuseas y el vómito antes y durante el tratamiento con medicamentos como la Metoclopramida entre otros. Además se pueden usar métodos no farmacéuticos como alimentos fríos y control de la respiración que pueden ser de utilidad.

De las manifestaciones de cavidad oral más comunes se presenta:

- Disgeusia

Durante la quimioterapia se pueden ver afectadas las papilas gustativas y con esto perder parcial o totalmente el sabor o sentido del gusto. Lo cual es perjudicial para el paciente por que al perder el sabor de los alimentos pueden presentar pérdida de apetito en el paciente y a largo plazo desnutrición.

- Úlceras en la boca

Algunos medicamentos quimioterapéuticos afectan células de rápida división como el epitelio que recubre la cavidad bucal originando inflamación y úlceras que son sumamente dolorosas puede presentarse como una estomatitis o una mucositis que daña la membrana que cubre toda la boca y el tracto digestivo hasta el recto.

Las úlceras de la cavidad bucal suelen desaparecer después de cinco o 15 días después de que el paciente recibe su quimioterapia.

La quimioterapia es administrada a intervalos regulares que se llaman ciclos, un ciclo de quimioterapia consiste en una dosis seguida de varios días o semanas sin tratamiento para darle tiempo a las células normales que tengan una recuperación de los efectos causados por los medicamentos, puede aplicarse de forma consecutiva o cada tercer día durante varios días, seguidas de un periodo de descanso para el paciente sin dejar el tratamiento pues muchos esquemas de medicamentos tienen mejor resultado si son administrados de forma continua. Las dosis y los ciclos de quimioterapia son diferentes según la edad del paciente, su estado de salud general, nutrición, peso y tratamiento indicado.⁴

Cada medicamento es administrado en determinado horario para que su efecto e impacto en el organismo sea aprovechado al máximo y los efectos adversos sean menores, es por eso que el plan de tratamiento será específico y personalizado.

2.6.4 Cuidados Paliativos.

Los cuidados paliativos representan una alternativa de tratamiento útil e importante para aliviar los síntomas de los pacientes que reciben tratamiento contra el cáncer y que se encuentran en etapas muy avanzadas lo cual permite que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

2.7 Epidemiología del cáncer de cavidad Bucal.

El cáncer de las Vías Aerodigestivas superiores representa la sexta malignidad más común con una incidencia anual aproximada de 400.000 personas en todo el mundo. El cáncer de cabeza y cuello representa 2 a 3 % de las neoplasias diagnosticadas en México.

Algunos artículos del Instituto Nacional de Cancerología 2007 hacen referencia a que los tumores malignos de cabeza y cuello representan un 17 % de la totalidad de las neoplasias malignas, un 72 % son carcinomas cutáneos y tiroideos, hasta 12 % son carcinomas de células escamosas de las vías aerodigestivas superiores, que en 65% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas asociándose a un mal pronóstico.

La información epidemiológica de cáncer bucal es escasa. Según el Registro Histopatológico de Neoplasias de México, en el año 2002 se reportaron 820 casos de cáncer bucal de un total de 108,064 de malignidades, lo que refleja que un 75% de los casos ocurrió en la cavidad bucal, y que la relación hombre mujer fue de 1.4:1 en cavidad bucal. Aunque estos datos e indicadores son constantes no dicen la verdadera incidencia debido a que no proceden de un registro con base poblacional. La letalidad del cáncer bucal es bastante alta y se estima que uno de cada dos afectados muere de cáncer.⁵

El cáncer de cavidad bucal es un problema clínico grave ya que es diagnosticado en etapas muy avanzadas y los factores de riesgo incrementan cada vez más elevando la incidencia y la prevalencia de los carcinomas escamosos sobre todo en personas jóvenes que están expuestos al tabaquismo, bebidas alcohólicas e infecciones sexuales orales entre otros factores de riesgo.

En un estudio que se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología reportaron que la frecuencia de cáncer bucal se da entre los 50 y 70 años de edad, dejando una edad promedio de 60 años de edad.⁵

El cáncer bucal es un problema de salud primario, donde los casos cada vez son más y se requiere información certera que permita tener una visión más amplia de la gravedad del problema para poder atacarlo.

El Instituto Nacional de Cancerología es hoy en día una de las instituciones más prestigiadas a nivel mundial, siendo no sólo una referencia de atención y detección y tratamiento del cáncer en nuestro país también maneja información y tecnología de punta contra uno de los principales males del mundo como lo es el cáncer.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los datos y las encuestas llevadas a cabo por la Secretaría de Salud ponen en evidencia la incidencia y la prevalencia de lesiones cancerosas a nivel local e institucional como es el Instituto Nacional de Cancerología, que cuenta con un archivo clínico que es su centro de información a la demanda de atención de pacientes que solicitan el servicio por esta enfermedad y que año con año se observa un incremento del número de demandantes, esta enfermedad es devastadora y compromete la vida del paciente a medida que aumenta sus estadios por lo tanto, se habla de indicadores de severidad para poder entenderla como problema de salud pública, se habla de su magnitud y alto impacto en la sociedad por el número de personas que se refieren como casos nuevos.

El problema al que podría enfrentarse el epidemiólogo es el desconocimiento de la prevalencia real de cáncer ya que aun existen personas enfermas que desconocen que cursan cualquier estadio de alguna enfermedad y que se enfrentan a un mal pronóstico por lo tanto en términos de cáncer bucal el investigador se acota a las estadísticas de las instituciones y en este sentido del presente estudio se desprendió el siguiente cuestionamiento.

¿Cuál es la prevalencia de lesiones cancerosas de cavidad bucal en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo 2011-2012, y la importancia del papel que juega el cirujano dentista en la atención del paciente oncológico?

4. JUSTIFICACIÓN.

El cáncer en la actualidad es uno de los problemas de salud pública con un aumento importante de casos en la población mexicana, van aumentando los factores de riesgo a los que estamos sometidos todos los días. El cáncer bucal tiene manifestaciones graves y malos pronósticos debido a que se hacen diagnósticos tardíos por la pobre información que se maneja con respecto al tema. Los pacientes oncológicos requieren una atención especializada y un diagnóstico oportuno, debo remarcar que existe también una falta de atención odontológica en todos los departamentos dentro del Instituto nacional de Cancerología por lo que es importante tratar de ampliar el equipo y mejorar la calidad de atención.

En la actualidad el cáncer bucal es un grave un problema de salud pública, su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación requiere de un equipo de trabajo integral donde el cirujano dentista este presente y sea valorado su trabajo, lo cual dará como resultado una mejor atención.

Este trabajo de investigación, esta enfocado en conocer la cifra de casos de pacientes con cáncer bucal del Instituto Nacional de Cancerología del periodo 2011-2012 con la finalidad de darle la debida importancia y poder trabajar en brindar una atención amable y de calidad, tomando en cuenta que cada paciente requerirá un trato odontológico adecuado a la par a los tratamientos quirúrgicos, radioterapia y quimioterapia como parte de una atención integral.

5. OBJETIVO GENERAL.

- Conocer la prevalencia de lesiones cancerosas de cavidad bucal en el Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo 2011-2012.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Sensibilizar a los responsables del Instituto Nacional de Cancerología con respecto a brindar una atención integral que incluya los cuidados odontológicos a los pacientes con cáncer en las distintas etapas de la enfermedad.
- Crear un programa de atención odontológica, que le permita al paciente tener una mejor calidad de vida.

7. METODOLOGÍA

7.1 Material y Método.

Este trabajo descriptivo se desarrolla a partir de los datos obtenidos en los registros de pacientes en el Instituto nacional de Cancerología considerando las estadísticas de los recientes años 2011-2012 brindadas por el Registro Hospitalario del INCAN .

Además se revisó bibliografía y hemerografía especializada sobre cáncer bucal con la finalidad de conocer datos e información actual que permita tener una visión más amplia sobre el tema.

En el presente estudio se realizó la revisión de expedientes clínicos de pacientes que presentaron cáncer bucal en el periodo antes mencionado y que son atendidos en el INCAN.

Los datos obtenidos del comportamiento de la enfermedad fueron proporcionados por el archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología, registro de cáncer bucal por edad y sexo del periodo 2011-2012, también se proporciono información del cáncer bucal desde el año 2000 para poder ver su comportamiento y el impacto a estos últimos años.

Al tener la información completa, se realizaron cuadros estadísticos y gráficas con ayuda de programas computacionales y softwares que permitieran ilustrar de forma clara las cifras de casos de cáncer bucal que se manejan en el INCAN.

7.2 Tipo de estudio

- Transversal

7.3 Población de estudio

- Pacientes que solicitan atención al Instituto Nacional de Cancerología

7.4 Muestra

- 266 expedientes clínicos de pacientes con cáncer de cavidad bucal que solicitaron atención en el INCAN durante el periodo 2011-2012.

7.5 Criterios de Inclusión

- Expedientes clínicos que contaran con consentimiento informado y con un diagnóstico clínico firmado o autorizado por el médico titular.
- Expedientes clínicos masculinos como femeninos.

7.6 Criterios de exclusión

- Expedientes incompletos o sin confirmación patológica.
- Expedientes sin seguimiento.
- Expedientes con patología incierta.

7.7 Variables de estudio

- Cáncer bucal

8. RESULTADOS.

El Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), es hoy en día una de las instituciones más prestigiadas y reconocidas a nivel mundial, siendo no sólo referente en nuestro país con respecto a la atención, tratamiento y manejo de información referente a uno de los principales males en el mundo como lo es el cáncer.

Morbilidad de Cáncer de Cavidad Oral 2011.

Entre los años 2011 y 2012 se encontró que fueron tratados 266 casos nuevos con respecto al Cáncer de cavidad oral entre ambos años, representando el 2.48% de 10721 casos nuevos vistos en el instituto.

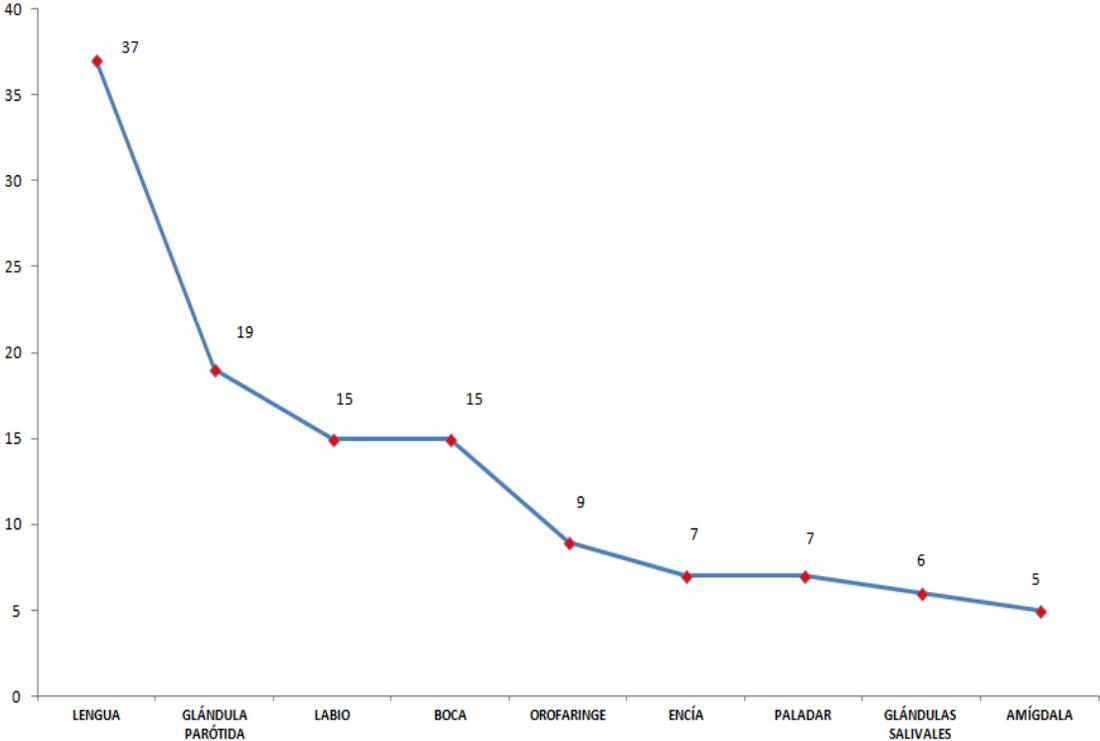
TABLA 1. Distribución de casos nuevos de cáncer de cavidad bucal por grupo de edad 2011.

DESCRIPCIÓN	-19		20 -29		30 -39		40 - 49		50 -59		60 -69		+70		FEM	MASC	TOTAL
	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC											
LENGUA	0	0	1	0	4	1	3	0	1	8	8	6	4	1	21	16	37
GLÁNDULA PARÓTIDA	0	1	0	1	1	0	1	3	2	3	3	0	1	3	8	11	19
TUMOR MALIGNO DEL LABIO	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	6	3	2	5	10	15
BOCA	0	1	0	0	1	0	1	2	2	0	3	1	3	1	10	5	15
OROFARINGE	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	2	1	2	3	6	9
ENCÍA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	3	0	4	3	7
PALADAR	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	0	0	1	5	2	7
GLÁNDULAS SALIVALES	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	2	4	6
AMÍGDALA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	4	5
TOTAL	0	2	3	1	7	2	6	8	9	19	18	17	16	12	59	61	120

Tabla elaborada por Georgina Tapia Hernández con Información del departamento archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología 2013.

Con respecto al 2011, se recibieron 120 casos nuevos tomando como base las siguientes localizaciones o topografía: lengua, glándula parótida, labio, orofaringe, encía, paladar, piso de boca, glándulas salivales y amígdala.

Grafica 1. Morbilidad de cáncer de cavidad oral 2011

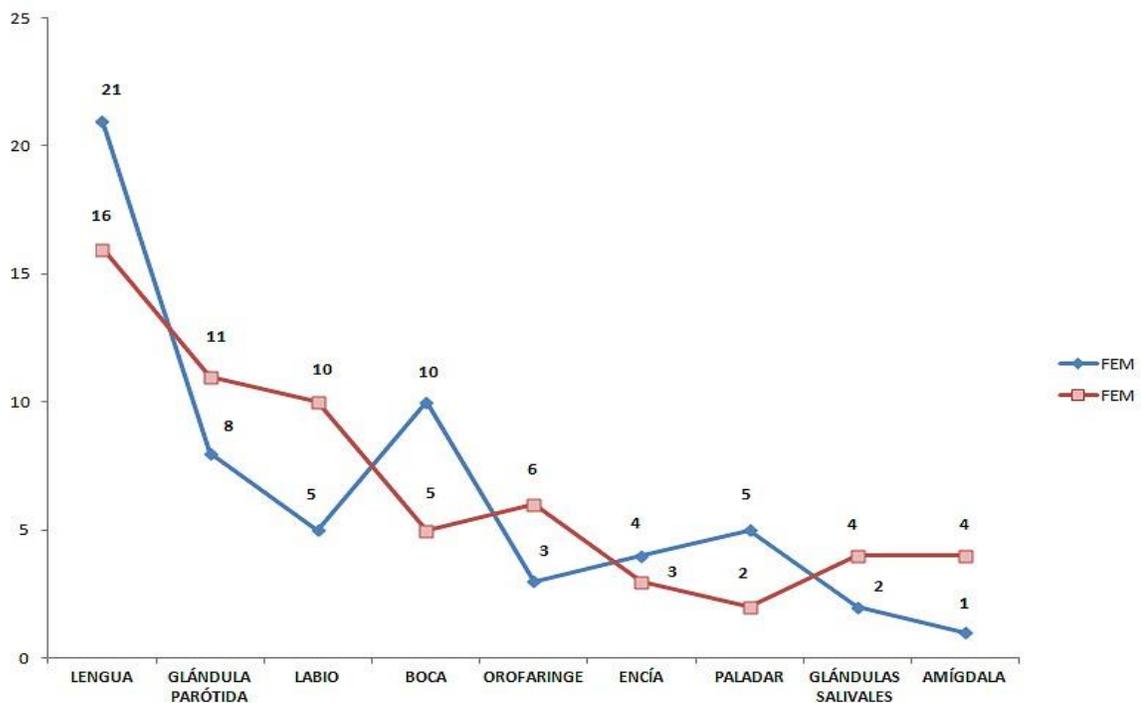


Grafica realizada por Georgina Tapia Hernández con Información del departamento archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología 2013.

Los casos reportados de cáncer bucal dentro del INCAN son, el 2.32% de un total de 5175 casos nuevos. Siendo la principal causa Cáncer de lengua, con 37 casos (30.8%), como resultado la segunda causa Glándula Parótida con 19 casos (15.8%), y en tercer lugar cáncer de labio y cáncer de boca con 15 casos (12.5%).

Con respecto al género en el 2011, podemos observar que en hombres existieron 61 casos (50.8%) y en mujeres 59 (49.2%), existiendo el mayor número de casos en Cáncer de lengua en ambos casos.

Gráfica 2. Distribución de casos nuevos de cáncer bucal por género 2011



Gráfica elaborada por Georgina Tapia con Información del departamento archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología 2013.

En cuanto a los grupos de edad, se dividieron en 7 rangos basados en los solicitados por la coordinación de institutos al instituto nacional de cancerología. Los rangos son: menores de 19 años, de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, de 60 a 69 años, y mayores de 70.

El grupo de edad que mayor incidencia tuvo con respecto a los hombres es el de 50 a 59 años, con un total de 19 casos representando el 15.8% del total de hombres con cáncer de cavidad oral. Siendo el cáncer de lengua con 8 casos dentro del grupo de 50 a 59 años que nos representan el 6.67% del total dentro de dicho grupo.

En cuanto a las mujeres con cáncer de cavidad oral, la mayor incidencia la encontramos entre el grupo de los 60 a 69, con 18 casos representando el 15% de los casos, teniendo la mayor incidencia con respecto al diagnóstico topográfico de 8 casos de cáncer de lengua (6.67%) del total de casos en dicho grupo.

De igual manera es importante mencionar que el segundo grupo de mayor incidencia tanto para hombres como para mujeres con cáncer de cavidad oral es el de mayores de 70 años, el cual cuenta con 12 y 16 casos respectivamente.

Mostrándonos que los grupos más afectados están entre los 50 en adelante, son los considerados fuera de la etapa productiva. Aunque como en otros casos de cáncer, la tendencia nos indica que dicha incidencia se comienza a mover hacia los grupos laboralmente activos.

Morbilidad de Cáncer de Cavidad Oral 2012.

En el año 2012 el Instituto Nacional de Cancerología recibió un total de 146 casos nuevos de Cáncer de Cavidad Oral, tomando como base las mismas localizaciones o topografía que en el año 2011: lengua, glándula parótida, labio, orofaringe, encía, paladar, piso de boca, glándulas salivales y amígdala.

Los casos se ven representados dentro del INCan como un 2.63% de un total de 5547 casos nuevos. Siendo la principal causa el Cáncer de lengua al igual que en el año anterior, con 49 casos (33.56%), encontrando como la segunda causa Glándula Parótida con 21 casos (14.36%), y como tercera causa de cáncer de cavidad oral, el cáncer de boca con 16 casos nuevos (10.96%).

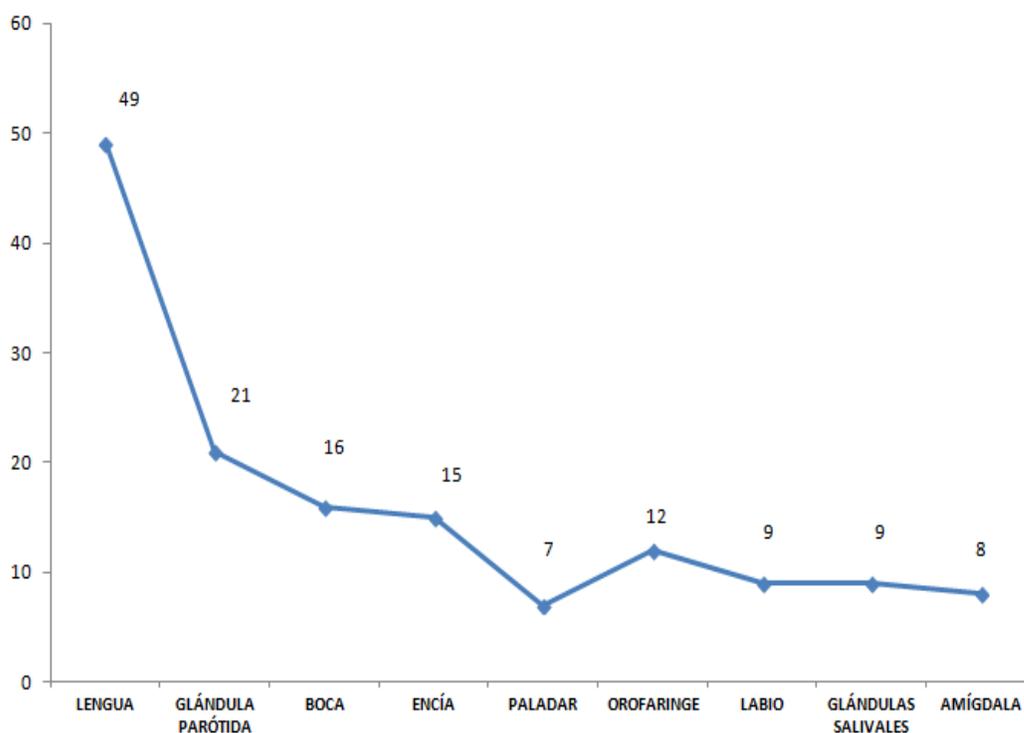
TABLA 2. Distribución de casos nuevos de cáncer de cavidad bucal por grupo de edad 2012.

DESCRIPCIÓN	-19		20 -29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 -69		+70		FEM	MASC	TOTAL
	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC			
LENGUA	0	0	1	1	1	2	5	6	2	8	8	6	5	4	22	27	49
GLÁNDULA PARÓTIDA	1	0	2	1	4	0	2	1	0	3	0	2	3	2	12	9	21
BOCA	0	0	0	0	1	1	0	1	4	1	0	1	5	2	10	6	16
ENCÍA	1	0	0	0	1	0	0	1	3	0	2	2	3	2	10	5	15
PALADAR	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	1	1	6	7
OROFARINGE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	2	3	2	10	12
LABIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	3	4	5	9
GLÁNDULAS SALIVALES	0	1	1	0	0	0	1	2	1	1	0	2	0	0	3	6	9
AMÍGDALA	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	0	0	1	4	4	8
	2	1	5	2	7	3	9	12	11	22	14	20	20	18	68	78	146

Tabla elaborada por Georgina Tapia Hernández con Información del departamento archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología 2013.

En cuanto a la distribución por género en el 2012 con respecto a los casos de Cáncer de Cavidad Oral, podemos observar que en hombres existieron 78 casos (53.42%) y en mujeres 68 (46.58%), presentándose como en el año anterior el mayor número de casos en Cáncer de lengua tanto en hombres como en mujeres.

Grafica 3. Morbilidad de Cáncer de cavidad oral 2012.



Gráfica elaborada por Georgina Tapia Hernández con Información del departamento archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología 2013.

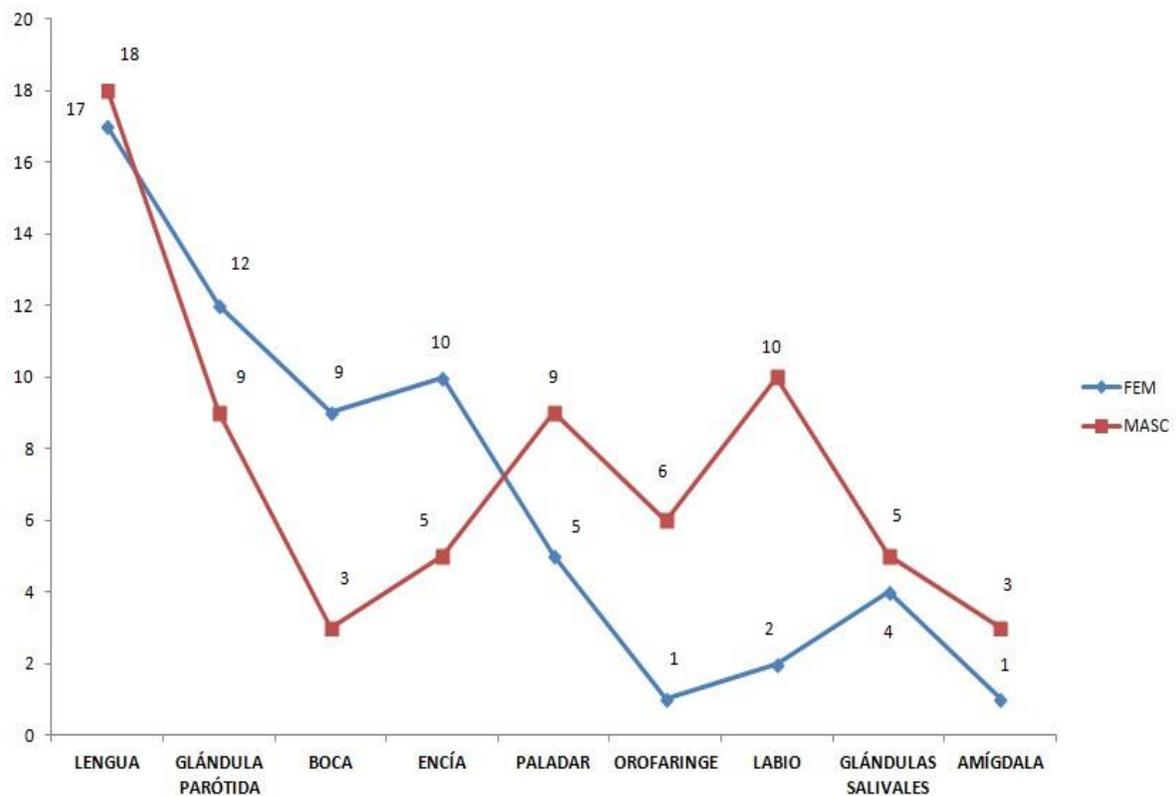
Con respecto a los rangos de grupos de edad, se dividieron en 7 grupos basados en los solicitados por la coordinación de institutos al Instituto Nacional de Cancerología como en el año anterior. Los rangos son: menores de 19 años, de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, de 60 a 69 años, y mayores de 70.

El grupo de edad, que mayor incidencia tuvo con respecto a los hombres es el de 60 a 69 años, con un total de 20 casos representando el 25.64% del total de hombres con cáncer de cavidad oral en el 2012. Siendo la principal afección, el

Cáncer de Lengua con 6 casos dentro del grupo de 60 a 69 años que nos representan el 7.69% del total dentro de dicho grupo.

En cuanto a los grupos de edad con respecto a las mujeres con cáncer de cavidad oral, la mayor incidencia la encontramos entre el grupo de los mayores de 70 años, con 20 casos representando el 29.41% de los casos, teniendo la mayor incidencia con respecto a los diagnósticos topográficos de lengua y boca con 5 casos cada uno (7.35%) del total de casos en el grupo de mayores de 70 años.

Grafica 4. Distribución de casos nuevos de cáncer oral por género 2012.

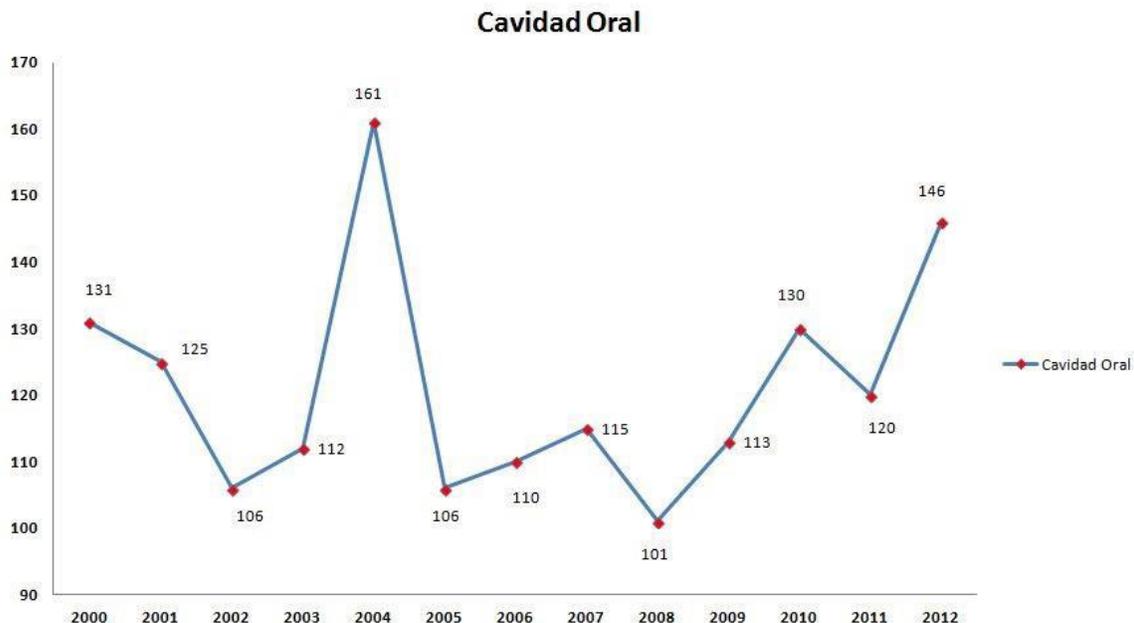


Gráfica elaborada por Georgina Tapia Hernández con Información del departamento archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología 2013.

Resulta importante mencionar que el segundo grupo de mayor incidencia para hombres es el de mayores de 70 años con 18 casos (23.08%), en cuanto a las mujeres con cáncer de cavidad oral es el de mayores 60 a 69 años, el cual cuenta con 14 casos (20.59%) con respecto al total de casos en mujeres.

En esta gráfica (grafica 5) se puede tener una visión más amplia del comportamiento del cáncer bucal en el Instituto Nacional de Cancerología y se puede observar que en este periodo 2000 - 2012 se han presentado un numero considerable de casos y deja claro que puede dispararse la cifra en cualquier momento como en el 2004 o 2012 .

Gráfica 5. Casos de Cavidad bucal del periodo 2000-2012



Gráfica realizada por Georgina Tapia Hernández con información del instituto Nacional de Cancerología,2013.

La población seguirá esta expuesta a diversos factores de riesgo ahora solo queda reforzar esfuerzos para tratar que la cifra sea menor en los próximos años.

Comparativo de Morbilidad de Cavidad Oral entre los años 2011 y 2012.

Continuando la tendencia que en el año anterior donde los grupos más afectados están entre los 60 años en adelante, son los considerados fuera de la etapa laboralmente productiva. Aunque existe la similitud entre los años 2011 y 2012 donde el rango de mayor incidencia de casos tanto en hombres como mujeres se presenta a partir de los 50 años en adelante.

Se observó que en el 2011 con respecto a los casos nuevos de Cáncer de Cavidad Oral en hombres el grupo mayormente afectado se encontraba entre los 50 a 59 años, por su parte en el 2012 se presentó el mayor número de casos en el grupo correspondiente a pacientes entre los 60 a 69 años, mostrándonos una leve tendencia hacia los grupos de mayor edad.

En cuanto a la morbilidad con respecto a las mujeres entre los años 2011 y 2012, podemos observar en el año 2011 que la mayor incidencia la encontramos entre los 60 y 69 años, a diferencia del 2012, donde el mayor número de casos se concentró en pacientes mayores de 70 años, mostrándonos al igual que en los hombres una leve tendencia hacia los grupos de mayor edad.

9. CONCLUSIONES

El Instituto Nacional de Cancerología es hoy el hospital de especialidad más importante en México y en el Distrito Federal, por su alta calidad de atención al paciente oncológico y su tecnología de punta. El instituto cuenta con un departamento de atención odontológica compuesto por dos Cirujanos Dentistas titulares en consulta externa lo que representa poco personal odontológico a un problema fuerte de salud.

La cirugía, radioterapia y quimioterapia son tratamientos eficaces y empleados cotidianamente en el tratamiento contra el cáncer, que aunque dan excelentes resultados también tienen efectos adversos bastante agresivos y dañinos no solo físicamente también a nivel psicológico, personal y familiar del paciente.

A nivel de cavidad bucal se observan graves manifestaciones orales después de recibir cualquiera de los tratamientos contra el cáncer, es por eso que quiero resaltar la importancia que tiene el Cirujano Dentista dentro de un equipo multidisciplinario en el Instituto Nacional de Cancerología, no solo en consulta externa como se maneja hoy en día, los pacientes con necesidades de atención odontológica también se encuentran en hospitalización, en terapia Intensiva, en cuidados paliativos, en urgencias y en sus domicilios.

Al observar los datos obtenidos de casos de cáncer de cavidad bucal esta claro que ha tenido un notorio incremento de 21.67 % en el 2011 -2012, que se esta presentando en personas mayores entre 50 y 70 años, los factores de riesgo siguen estando presentes para modificar las cifras, aunque el cáncer bucal aun no ocupa un lugar significativo dentro de las 10 neoplasias que se tratan principalmente en el INCAN como un cáncer recurrente sigue latente la posibilidad de aumentar cada vez más los casos. En este marco los datos de cáncer bucal son de suma importancia para futuros estudios y sobre todo para establecer estrategias diagnosticas y de atención que no le permitan seguir creciendo.

10. PROPUESTAS

Es importante tener un seguimiento de los pacientes que son atendidos dentro del Instituto antes de cualquier tratamiento, responder todas sus dudas e inquietudes, platicar de forma clara y directa sobre las manifestaciones bucales que se presentan durante y después de los tratamientos oncológicos.

Revisarlos periódicamente es un paso necesario para la seguridad y tranquilidad de los pacientes, es importante diagnosticar cualquier anomalía en cavidad bucal, dejar la boca del paciente en el mejor estado posible antes de iniciar los tratamientos para evitar cualquier tipo de infecciones que puedan hacer sinergismo con otras manifestaciones, paliar lo más que se pueda las molestias de la cavidad bucal durante y después de la radioterapia y quimioterapia para que el paciente tenga calidad de vida .

Por lo ya expuesto, la higiene bucal es una de las llaves en la estabilidad del paciente y necesita ser supervisada por el mismo paciente, sus familiares y por supuesto el Cirujano Dentista.

Muchas de las urgencias que llegan las 24 horas al Instituto , son pacientes que llegan por problemas bucales, infecciones y dolores dentales agudos que les impiden estar, comer , hablar y que como resultado traen complicaciones en todo el organismo, por lo que en muchas ocasiones no son diagnosticadas correctamente como un problema inicial de cavidad bucal.

Las manifestaciones orales más frecuentes y agresivas asociadas a la quimioterapia y radioterapia son la mucositis oral o estomatitis, términos que son comúnmente empleados en la clínica , pero deben de ser bien diferenciados ya que la primera describe una reacción inflamatoria a los fármacos quimioterapéuticos o los que son causados por la radioterapia, manifestándose

con eritema o ulceraciones muy dolorosas. La segunda es la inflamación de la mucosa oral, dentición, periápice, periodonto e incluye procesos infecciosos.

La mucositis oral es consecuencia de los tratamientos y tiene una duración mayor entre seis a ocho semanas, contra la presentada en pacientes con quimioterapia que es entre el 5º y 14º días lo cual causa muchas molestias es por eso que se podrá atender al paciente siempre y cuando tenga una recuperación de los tejidos cuando menos por siete días, considerando como óptimo esperar 21 días antes de iniciar la terapia oncológica.

En distintas ocasiones se presentan hemorragias que son complicaciones frecuentes en la boca cuando el paciente no tiene higiene de la cavidad bucal y descuida los cuadros de mucositis que puede perdurar en ocasiones tiempo después de haber concluido el tratamiento oncológico.

Las infecciones de la región de cabeza y cuello deben de diagnosticarse a tiempo y de controlarse, aunque estas zonas anatómicas están cubiertas por epitelio, que tiene una rápida y gran capacidad de regeneración, no hay que olvidar que en el ambiente se encuentran diferentes tipos de microorganismos y flora común que rodea el epitelio y es controlado por el sistema inmunológico. El epitelio bucal, es un tejido noble ya que suele regenerarse con rapidez pero cuando se ve afectado por los tratamientos, como la quimioterapia cuando se comienzan a administrar los ciclos y esquemas de tratamiento se alteran ciertas funciones y el paciente se vuelve más susceptible a padecer molestias como dolor, ardor, mucositis, micosis entre otras.

Las lesiones y manifestaciones de la cavidad bucal se deben erradicar ya que en pacientes con leucemia, trasplante o en tratamiento de células madre puede fracasar y dañar al paciente, es importante revisar el caso antes de que el paciente sea sometido a estos tratamientos pues necesita de extremos cuidados para que su vida no se vea comprometida.

Las infecciones causadas por bacterias, hongos y virus son muy frecuentes en los pacientes debido a que han recibido quimioterapia o radioterapia y como consecuencia bajan las defensas del organismo, padecen severas mucositis, pierden el sentido del gusto ,por lo que el paciente pierde el apetito, las glándulas salivales al verse afectadas ocasiona xerostomía que es otro síntoma fuerte donde se reduce la cantidad de saliva y da al paciente una sensación de boca seca por eso es importante motivar al paciente y a sus familiares a que se tenga buena higiene bucal, mandarle alimentos frios que bajen un poco la molestia de náusea y ardor por la mucositis, enjuagues especiales según el caso de cada paciente.

En la actualidad ya existen muchos productos que facilitan al paciente su higiene y que alivian algunas molestias como la saliva artificial, la cual puede ser de ayuda en algunos casos.

Para poder mejorar las condiciones de vida del paciente es importante siempre tomar en cuenta el sexo , su edad, el tratamiento que se le ha administrado o se le esta administrando , el estado de salud de su cavidad bucal en el que llega a ser atendido, la severidad de los efectos adversos de los tratamientos , y lo que va necesitando el paciente durante todo el proceso contra el cáncer ,también llevar un seguimiento aun después que el paciente sea dado de alta.

Una buena atención odontológica radica en una vigilancia estrecha al paciente controlando y fomentando la higiene oral, aliviando los síntomas y anticipando tratamientos que el paciente requiera sea dental, periodontal o su estabilidad protésica si es que es requerida.

Una estrategia es que los pacientes sean atendidos tres veces al día o más si el paciente lo requiere. Recordando que hay pacientes hospitalizados que necesitan del control y cuidado del cirujano dentista, que hay pacientes que llegan a urgencias como problema inicial en cavidad bucal o con complicaciones de la misma.

También existe otro departamento dentro del Instituto nacional de Cancerología que es Cuidados paliativos que ahora es todo un éxito para los pacientes que están en etapas muy avanzadas del cáncer pero en el campo odontológico no existe cirujano dentista exclusivo para esa área del Instituto, me atrevería a decir que son los pacientes que llegan con más problemas bucales y que además padecen de molestias y efectos adversos de los tratamientos, no solo los que están en esta área dentro del hospital, también existen pacientes de cuidados paliativos que están en control y se encuentran en sus domicilios que requieren de visitas domiciliarias para poder tener ese control exhaustivo y brindar una atención odontológica adecuada que permita que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

El Cirujano dentista juega un papel importante dentro de los grupos multidisciplinarios en la lucha contra el cáncer, No basta con dos Cirujanos Dentistas en consulta externa, la demanda de atención del cáncer es cada vez mayor, el cáncer se esta convirtiendo en un problema primario de salud que necesita cada vez de un amplio equipo multidisciplinario incluido un equipo de varios cirujanos dentistas para cubrir todas las áreas antes mencionadas y las necesidades de la totalidad de los pacientes.

La prevención es un paso importante, informar y para eso se pueden organizar sesiones o platicas especiales odontológicas dentro de las salas del Instituto Nacional de cancerología sobre los cuidados de la cavidad bucal del paciente, tocando aspectos que permitan tener una mejor salud e higiene oral.

Tener excelentes esquemas de medicamento para cualquier infección bacteriana, micótica o viral, colutorios que palien las molestias del paciente sin gastar excesivamente como los colutorios de suspensión de hidróxido de aluminio, caolín, pectina, colutorios con bicarbonato, con manzanilla etc. También realizar tratamientos profilácticos con esquemas de antibiótico antes de algún procedimiento odontológico.

Una buena limpieza dental y una aplicación de fluoruro serán de gran ayuda para proteger los órganos dentarios antes de comenzar cualquier tratamiento.

Se necesitan propuestas de programas preventivos , de tratamiento y de detección del cáncer bucal, se sabe que si un diagnóstico se da en una etapa temprana el paciente tendrá un pronóstico positivo y será menor la tasa de mortalidad en pacientes con cáncer.

Es por eso que este trabajo lo he enfocado en que se puedan desarrollar ideas, protocolos de investigación y estrategias que permitan tener un equipo de Cirujano dentistas cada vez mayor dentro del Instituto nacional de Cancerología y otros hospitales donde se trate el cáncer , ideas que contribuyan a tener un mejor resultado en el tratamiento de los pacientes atendidos no solo con cáncer bucal con cáncer en general que le permitan al paciente tener una mejor calidad de vida en todos los sentidos.

El paciente no solo es un objeto de estudio, trabajo, dinero, o estadística, el paciente es una persona, un ser vivo que necesita de cuidados, atenciones, tratos dignos y amables para el manejo de su enfermedad.

11 .REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Organización Mundial de la Salud , “Cáncer” web. Disponible en :

<http://www.who.int/topics/cancer/es/> .

2.- American Cancer Society, “Cáncer de orofaringe y de cavidad oral”.

Disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/acspc-029106-pdf.pdf>

3.- Organización Mundial de la Salud . “Factores de riesgo” web. Disponible en:

http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

4.- American Cancer Society, “Principios de la quimioterapia: análisis exhaustivo de las técnicas y su papel en el tratamiento del cáncer.” Disponible en:<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002996-pdf.pdf>

5.- Tirado-Gómez y Granados “Epidemiología y Etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello”, Instituto Nacional de Cancerología. 2007. Disponible en :

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1181662434.pdf>

6.- García-Cuellar, González Ramírez Imelda del Carmen y Granados García Martín, “VPH y los carcinomas de cavidad bucal y bucofaringe”. Instituto Nacional de Cancerología .2009. Disponible en :

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302362.pdf>

7.- Granados Martín, Luna Kuauhyama y Gallardo Dolores , “La Reconstrucción Mandibular en los Problemas Oncológicos :Nuevas Perspectivas.” Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional de Cancerología de México 2007. Disponible en :

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1181662853.pdf>

8.- Echevarria y Perez E. Gutierrez Venegas G. Sandoval Guerrero JF. Mota Perez." Toxicidad Bucal en Pacientes con cancer con quimioterapia", Disponible en:http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/gaceta_mexicana_oncologia/3Toxicidadbucal.pdf