



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



LICENCIATURA EN CIRUJANO DENTISTA

CUADRO CLÍNICO Y MANEJO PREVIO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE
CAVIDAD BUCAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD IXTAPALUCA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

SARAHÍ BAUTISTA DE JESÚS

DIRECTORA DE TESIS:

CD. ESP. ROSA MARENE HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

ASESORA:

CD. ESP. ANA LILIA CAMACHO ESTRADA

ASESORA:

CD.ESP. GABRIELA MARTÍNEZ LUCÍA



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 LA UNAM Y LA FES ZARAGOZA POR TODO LO QUE ME BRINDO DESDE QUE FORME PARTE DE ESTA GRAN CASA DE ESTUDIOS.

A LA PREPA 2 QUE ME VIO CRECER Y ME FORJÓ PARA SER UNA PROFESIONISTA.

A LA DOCTORA ANA LILIA CAMACHO ESTRADA POR SER FUENTE DE INSPIRACIÓN ACADÉMICA, PERSONAL Y POR SER SIEMPRE UN EJEMPLO COMO PROFESORA Y AMIGA. GRACIAS POR BRINDARME SU APOYO INCONDICIONAL EN ESTE PROCESO.

A LA DOCTORA MARENE HERNANDEZ MARTINEZ, POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS CONMIGO Y POR AYUDARME A CUMPLIR UNO DE MIS MÁS GRANDES SUEÑOS.

A LA DOCTORA GABRIELA MARTINEZ LUCIA POR SU APOYO EN ESTE PROCESO, TANTO COMO PROFESORA Y COMO CONSEJERA

A LOS SINODALES ENCARGADOS DE REVISAR ESTE TRABAJO

DEDICATORIA

A MIS PADRES POR SER SIEMPRE UN EJEMPLO COMO ESTUDIANTES, POR ENSEÑARME A SER PERSEVERANTE Y POR CADA UNA DE LAS VECES QUE ME LLEVARON A LA ESCUELA SIN IMPORTAR LA HORA, ASÍ COMO TRANSMITIRME EL AMOR A ESTA UNIVERSIDAD.

A MI HERMANA POR SER MI EJEMPLO A SEGUIR Y SER MI PILAR PARA PODER SEGUIR ADELANTE.

A CÉSAR GALICIA POR ACOMPAÑARME EN ESTE PROCESO, POR ESCUCHARME, AMARME Y NO DEJARME RENDIR, DATTEBAYO.

A DARIO, PACO, DANY E ITZEL YA QUE SIEMPRE ESTUVIERON PENDIENTES DE MI Y ME AYUDARON A SUPERAR MIS MIEDOS PARA LLEGAR A ESTE MOMENTO, GRACIAS POR SU AMISTAD

Índice

I. Introducción	8
II. Marco Teórico	9
Definición de Cáncer	9
Cáncer de Cabeza y Cuello	9
Cáncer bucal.....	10
Lesiones potencialmente cancerizables	10
Liquen plano	11
Eritroplaquia.....	11
Leucoplasia.....	12
Factores de riesgo	12
Diagnóstico diferencial.....	13
Histología	14
Tipos de cáncer bucal	14
Carcinoma Epidermoide	14
Carcinoma Verrucoso	15
Melanoma Oral.....	16
Carcinoma Baso celular.....	16
Carcinoma de Células Fusiformes.....	17
Etapas del cáncer bucal	18
Tratamiento.....	19
La importancia de un diagnóstico temprano.....	22
El impacto en el papel del odontólogo o médico general.....	22
III. Planteamiento del problema	27
IV. Objetivos	28
V. Material y Métodos	29
VI. Variables	30

VII. Técnicas	33
VIII. Análisis estadístico	35
IX. Resultados	36
X. Discusión	44
XI. Conclusiones	47
XII. Perspectivas	48
XIII. Referencias	49
XIV. Anexos	54

RESUMEN

Antecedentes: La mayoría de los pacientes con cáncer de cavidad bucal son diagnosticados en etapas avanzadas, esta situación puede sugerir la falta de información del profesional de la salud de primer contacto sobre las manifestaciones clínicas, factores de riesgo y síntomas de esta enfermedad, así como la falta de cultura de prevención que presenta la población. En este contexto los pacientes generalmente son remitidos en etapas avanzadas y esto se refleja en un mal pronóstico de sobrevida

Objetivo: Identificar el cuadro clínico y manejo de los pacientes con cáncer en cavidad bucal previo a ser referidos al Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prolectivo y transversal de 14 pacientes con cáncer bucal referenciados a la Clínica Especializada Contra el Cáncer Bucal del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca en el periodo de octubre 2018 a junio 2019. **Los criterios fueron:** Pacientes con Cáncer Bucal que acuden al Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca que aceptaron ser parte del estudio mediante consentimiento informado. **Se realizó** una serie de preguntas mediante un instrumento de recolección acerca de sus principales signos y síntomas presentados previo a ser diagnosticados, así como el manejo que recibieron previo a ser referidos.

Resultados: Se estudiaron 14 pacientes de los cuales 7 correspondieron al sexo masculino (50%) y 7 al sexo femenino (50%). Los signos y síntomas observados en la población de estudio que 13 sujetos presentaron dolor (93%) 8 sujetos tuvieron pérdida de peso con (57%), 6 sujetos presentaron úlceras y halitosis (43%), 4 sujetos presentaron movilidad dental, disfagia y cansancio (29%), 3 sujetos presentaron parestesia y desajuste espontáneo de prótesis (21%) y 2 sujetos presentaron alteraciones de la oclusión y odinofagia (14%). En cuanto a la etapa clínica a la hora del diagnóstico se observó que los pacientes fueron diagnosticados en etapas avanzadas con el 42.9 % en etapa IVA, el 28.6% etapa III, 7.1% etapa IVB, 7.1% etapa II y el 14.3% en etapa I.

Conclusiones: En nuestro país igual como pasa a nivel mundial la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas lo que sugiere la falta de cultura por parte de los pacientes para acudir a revisiones, sobre todo en países o poblaciones de escasos recursos, así como la falta de capacitación al personal de salud de primer contacto sobre esta enfermedad.

ABSTRACT

Background: Most patients with oral cavity cancer are diagnosed in advanced stages, this situation may suggest the lack of information from the first contact health professional about the clinical manifestations, risk factors and symptoms of this disease, as well as the lack of prevention culture presented by the population.

In this context, patients are usually referred in advanced stages and this is reflected in a poor survival prognosis.

Objective: Identify the clinical picture and management of patients with cancer in the oral cavity prior to being referred to the Regional Hospital of High Specialty Ixtapaluca.

Methodology: A descriptive and cross-sectional descriptive study of 14 oral cancer patients referred to the Specialized Oral Cancer Clinic of the High Specialty Regional Hospital Ixtapaluca in the period from October 2018 to June 2019 was carried out. **The criteria were:** Patients with Oral Cancer who go to the Regional Hospital of High Specialty Ixtapaluca who accepted to be part of the study by informed consent **It was asked:** a series of questions by means of a collection instrument about their main signs and symptoms presented before being diagnosed as well as the management they received prior to be referred.

Results: Fourteen patients were studied, 7 of them were male (50%) and 7 were female (50%). The signs and symptoms observed in the study population that 13 subjects presented pain (93%) 8 subjects had weight loss with (57%), 6 subjects presented ulcers and halitosis (43%), 4 subjects presented dental mobility, dysphagia and tiredness (29%), 3 subjects presented paraesthesia and spontaneous mismatch of prostheses (21%) and 2 subjects presented abnormalities of occlusion and odynophagia (14%). Regarding the clinical stage at the time of diagnosis, it was observed that patients were diagnosed in advanced stages with 42.9% in IVA stage, 28.6% stage III, 7.1% stage IVB, 7.1% stage II and 14.3% in stage I.

Conclusions: In our country, just as it happens worldwide, the majority of patients are diagnosed in advanced stages, which suggests the lack of culture on the part of the patients to go to revisions, especially in countries or populations of limited resources, as well as the lack of training the first contact health personnel on this disease.

I. Introducción

El presente estudio identificará el cuadro clínico y describirá la situación que experimenta un paciente con cáncer en cavidad bucal previo a ser referido a un centro de tercer nivel para su tratamiento, en el Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

En dicho estudio se detalla los signos y síntomas que presentan los pacientes, el o los tratamientos que recibieron, así como: tiempos de evolución, tiempo de diagnóstico, tiempo de referencia.

La mayoría de los pacientes con cáncer de cavidad bucal son diagnosticados en etapas avanzadas, esta situación puede sugerir la falta de información del profesional de la salud de primer contacto sobre las manifestaciones clínicas, factores de riesgo y síntomas de esta enfermedad, así como la falta de cultura de prevención que presenta la población.

En este contexto los pacientes generalmente son remitidos en etapas avanzadas y esto se refleja en un mal pronóstico de sobrevida.

Por lo anterior podemos identificar las causas que retrasan la referencia a nuestros pacientes y con ello poder desarrollar, implementar o sugerir alguna estrategia dirigida al profesional de la salud y a la población en general que nos ayude a realizar un diagnóstico oportuno, lo que impactará de manera directa en la calidad y pronóstico de vida de los pacientes.

II. Marco Teórico

Definición de Cáncer

El cáncer es el crecimiento anormal y descontrolado de las células, que causa el daño de tejidos vecinos y bien puede localizarse en diferentes partes del organismo (metástasis) y modificar su fisiología.^{1,2}

Esta es una de las patologías que más afectan a nivel mundial y en México, desde 1990 representa la segunda causa de muerte en pacientes mayores a 25 años y de acuerdo a un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología, en México el 54.5% de los pacientes con cáncer provenían de la Ciudad de México y del Estado de México; el 45.5% restante fue referido de los 30 estados de la República mexicana.^{1,3}

Cáncer de Cabeza y Cuello

El cáncer de cabeza y cuello es un tipo de cáncer que surge a partir de ciertas estructuras anatómicas como las vías aéreas superiores o bien conocidas como VADS (**Figura 1**).

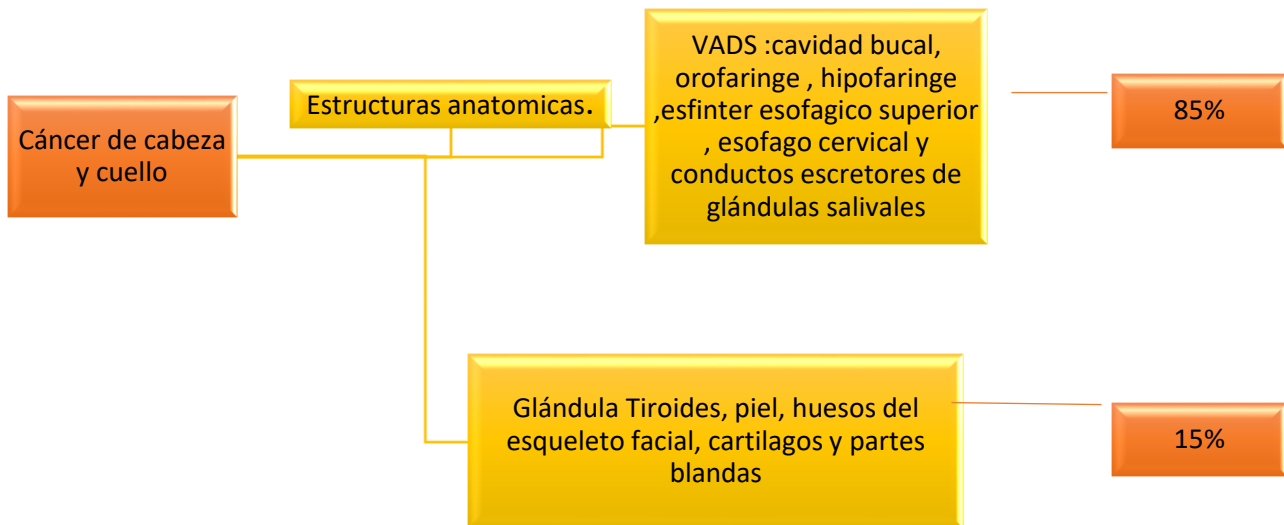


Figura 1. El Cáncer de cabeza y cuello factores de riesgo y prevención. (Tomada de Gallegos-Hernández JF. 2006)

Los tipos de cáncer de cabeza y cuello representan el 5% de todos los casos de los cuales el 90% corresponde al carcinoma epidermoide de células escamosas y en específico el cáncer de cavidad bucal ocupa el sexto lugar de todas las neoplasias.⁴

La incidencia es mayor en hombres que en mujeres en una escala de 2:1 y algunos autores la manejan de 4:1, teniendo una predilección en personas blancas y latinas de edad avanzada.⁴

En el año 2006 en México se registró una baja frecuencia de cáncer de cabeza y cuello.^{5,6}

Cáncer bucal

El cáncer bucal es la generación o crecimiento rápido de células anormales principalmente células escamosas en boca, que crecen descontroladamente y estas pueden invadir o diseminarse en diferentes partes del organismo provocando una metástasis.^{7,8}

Este se puede localizar en las siguientes zonas:

- Labios y comisura labial.
- Piso de boca.
- Paladar duro.
- Lengua (dos tercios anteriores).
- Carrillo.
- Encía.
- Trígono retro molar.

Lesiones potencialmente cancerizables

Lesiones potencialmente cancerizables son aquellas que se presentan previo a una lesión cancerígena, estas son de carácter benigno y pueden desaparecer eliminando los diferentes factores de riesgo previamente señalados. Estas lesiones tienden a ser asintomáticas y en ocasiones los pacientes pueden no identificarlas o notar un cambio en su cavidad bucal.^{2,1}

Las lesiones potencialmente cancerizables son las siguientes:⁹

Liquen plano

Es una lesión con forma de estrías blancas o también conocidas como estrías de Wickham (**Figura 2**), ésta se ubica con mayor frecuencia en lengua y carrillo, y tiene predilección por el sexo masculino, su principal causa es el uso de corticoesteroides tópicos, bacterias, virus, enfermedades sistémicas como la Diabetes Mellitus, Virus de Papiloma Humano entre otras.¹⁰



Figura 2. Liquen plano. (Tomada de Matesanz-Pérez P, Bascones-Martínez, A. 2009)

Eritroplaquia

Es una lesión roja de bordes bien definidos con textura aterciopelada que se presenta con mayor frecuencia en hombres, normalmente se ubica en piso de boca, paladar blando o en el triángulo retro molar (**Figura 3**), su principal causa es la irritación crónica y el consumo de tabaco, y en el 90% de los casos esta lesión evoluciona a carcinoma o algún tipo de displasia.¹¹



Figura 3. Momento del diagnóstico oral del cáncer: implicaciones para el pronóstico y la supervivencia. (Tomada Leston JS. 2012)

Leucoplasia

La leucoplasia es una placa blanca la cual no desprende al raspado, se asocia al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas o por virus como el Epstein Barr. Ésta lesión no tiene una diferenciación histológica y desaparece eliminando el factor de riesgo (**Figura 4**).^{11,12}

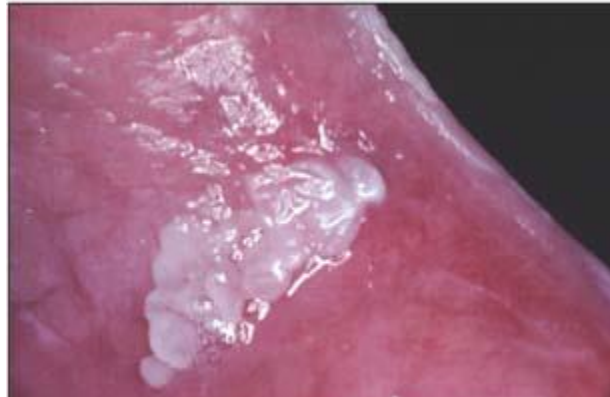


Figura 4. Leucoplasia oral. (Tomada de Escribano-Bermejo M, Bascones-Martínez A. 2009)

Factores de riesgo

El cáncer bucal tiene una etiología multifactorial pero existen factores de riesgo los cuales aumentan las posibilidades de padecer esta enfermedad; de estos factores de riesgo algunos afectan más que otros (**Figura 5**) y el consumo de cigarro ocupa el primer lugar seguido del consumo de bebidas alcohólicas, dejándonos como una reflexión de que el cáncer oral se puede prevenir eliminando estos factores de riesgo.^{13,14,15}

Los principales factores de riesgo son:

- Consumo de cigarro: el cigarro contiene ciertas toxinas que son altamente cancerígenas las cuales modifican el ADN de las células, además debilita el sistema inmune.¹⁶
- Bebidas alcohólicas: el alcohol al entrar en contacto con las mucosas orales puede causar alteraciones en el epitelio, modificando su morfología y provocando una atrofia, dejando susceptible las mucosas y con un consumo excesivo de estas llega a ser cancerizable.¹⁷

- VPH: El contacto con este virus, siendo el más frecuente el VPH 16, el cual se encontró tanto en lesiones potencialmente cancerizables como en la eritroplaquia causa un cambio en su ADN.¹⁸
- Prótesis desajustadas y fracturas dentales: a causa de la irritación crónica se puede provocar una lesión potencialmente cancerizable que a evolución nos lleva a un cáncer bucal.¹⁹
- Radiación ultravioleta. Los rayos UVB de 2900 a 3200 nm (rayos solares) afectan directamente al epitelio y al tejido conectivo de apoyo provocando atrofia epitelial.²⁰

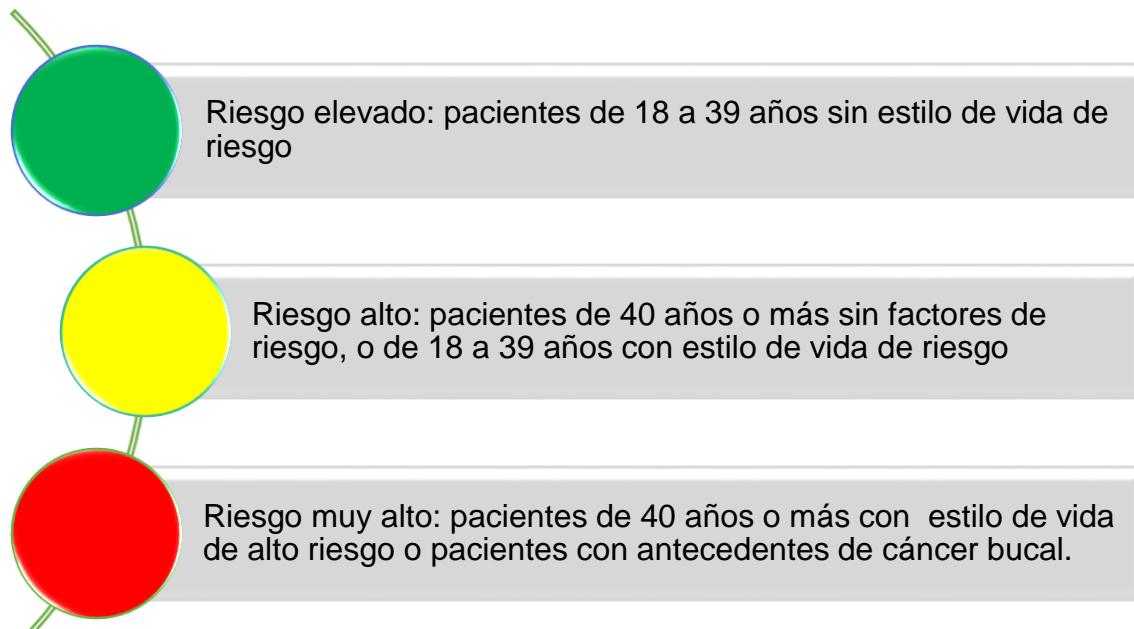


Figura 5. Factores clínicos e histológicos que repercuten en el pronóstico de los pacientes con cáncer de la cavidad oral. (Tomada Gallegos-Hernández JF. 2017)

Diagnóstico diferencial

Para poder llegar a un diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de lesión que se presentan en cavidad bucal se solicita una citología exfoliativa o una biopsia dependiendo el caso y así poder identificar la naturaleza de la lesión.²¹

También existen otros métodos para poder complementar nuestro diagnóstico entre ellos están.^{22,23}

- Azul de toluidina
- Fluorescencia automática
- Quimioluminiscencia
- Biomarcadores análisis de ADN
- Espectroscopia

Histología

El tejido con presencia de Cáncer sufre múltiples cambios que lo hace característico, la célula cancerosa presenta una transformación que se conoce como carcinogénesis, que consiste en la mutación del ADN de la célula dando como resultado el aumento descontrolado de la reproducción de la división celular logrando evadir al sistema inmunológico, también se modifica su forma y desplaza los células adyacentes, presentando un aumento de queratina o bien conocida como queratinización de células individuales.^{1,2}

Tipos de cáncer bucal

El cáncer bucal tiene diferentes variantes las cuales pueden localizarse en diferentes partes de la cavidad bucal, uno de los más frecuentes es el carcinoma epidermoide con un 90 % de frecuencia.^{7,24}

A continuación, se mencionará cada uno de los cánceres bucales más frecuentes.

Carcinoma Epidermoide

El carcinoma Epidermoide es el crecimiento descontrolado de las células escamosas siendo uno de los canceres bucales más frecuentes y teniendo una predilección por el sexo masculino, aumentando su presencia en personas mayores de 40 años.²⁴

Es una placa roja y blanca que presenta un aumento de volumen (vegetantes) con bordes irregulares e indurados (**Figura 6**). Normalmente se presentan múltiples ulceraciones en la lesión; ésta lesión se encuentra con mayor frecuencia en piso de boca, paladar blando, en los bordes laterales de la lengua y en encía adherida.



Figura 6. Cáncer Oral: Carcinoma epidermoide. (Tomada de Bascones MA. 2009)

Carcinoma Verrucoso

El carcinoma verrucoso es una lesión de crecimiento lento, la cual se diferencia por ser exofítica, esta se caracteriza por ser blanca de aspecto verrugoso con múltiples prominencias y hendiduras (**Figura 7**).

Algunos autores la consideran una variable del carcinoma de células escamosas, es una lesión la cual afecta principalmente a personas mayores que tienen como principal factor de riesgo es el hábito de mascar tabaco y la actividad viral oportunista (VPH).^{24,25}



Figura 7. Carcinoma Verrucoso Oral. (Tomada de Adorno F, Maturana RA, Fariás VM, Franco ME, Iriarte HM, Sáez SR. 2010)

Melanoma Oral

El melanoma oral es una lesión pigmentada la cual aparece con mayor frecuencia en paladar duro, teniendo una evolución lenta en algunos casos o bien esta puede presentarse con algún aumento de volumen de rápida progresión, los factores de riesgo principales en este tipo de lesiones son drogas, arsénico, clotrimazol, tetraciclinas o bien se puede relacionar con el Síndrome de Peutz-Jeghers, esta se caracteriza por el aumento en la producción de melanocitos (**Figura 8**).^{7,26,27}



Figura 8. Melanoma de mucosa intraoral. (Tomada de Pingarrón Martina L , Martín-Moro J, Chun-Yue M, Zhi-Wei Y, Chen-Ping Z. 2013)

Carcinoma Basocelular

Es una lesión que afecta principalmente al labio inferior, que normalmente aparece después de una lesión potencialmente cancerizable, con un porcentaje muy bajo de presencia en cavidad bucal (**Figura 9**).



Figura 9. Cáncer Oral: Carcinoma Basocelular (Tomada de Bascones MA. 2009).

Sus principales factores de riesgo son fototipo claro, trabajo al aire libre con exposición solar, consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, esta lesión tiene una ligera predilección por el sexo femenino en una escala 2:1.²⁸

Se caracteriza por iniciar con un aspecto nodular e ir evolucionando hasta llegar a un aspecto vegetante o ulcerado, puede llegar abarcar gran parte del borde bermellón.²⁹

Carcinoma de Células Fusiformes.

Es un tipo de carcinoma que rara vez se presenta y tiene un comportamiento muy agresivo, este tipo de lesión se puede presentar en piel, esófago, laringe, y cavidad oral, sus principales factores de riesgo son consumo de tabaco, traumatismos dentales y consumo de alcohol (**Figura 10**). De igual manera un factor de riesgo importante es la presencia de leucoplaquia que en algunos estudios lo mencionan como una lesión potencialmente cancerizable para este tipo de cáncer.^{30,31}



Figura 10. Neoplasias malignas epiteliales. (Tomada de Alcántara DM.2011)

Etapas del cáncer bucal

Para poder saber en qué etapa se encuentra el cáncer bucal que presenta un paciente, se debe de tomar en cuenta el Estadaje TNM de tumores de cavidad oral desarrollado por la American Joint Committee on Cancer (**Tabla 1 y 2**).³²

T (tamaño del tumor primario)	N (estado de ganglios linfáticos regionales)	M (metástasis a distancia)
T0 no hay evidencia de tumor	Nx los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados	M0 no hay metástasis a distancia
Tis carcinoma in situ	N0 no hay evidencia de tumor primario	M1 metástasis a distancia
T1 tumor =ó< a 2 cm	N1 metástasis de un solo nódulo linfático ipsilateral de 3 cm o menor	
T2 tumor de 2- 4 cm	N2 metástasis a nivel de un solo nódulo linfático de 3-6 cm	
T3 tumor mayor a 4 cm	N3 metástasis en un nódulo linfático mayor a 6 cm	
T4 tumor que invade otras estructuras.		

Tabla1. TNM de tumores de la Cavidad Oral de la American Joint Committee on Cancer Cáncer Oral. (Tomado de Bascones MA, García-García V, 2009).

Etapa I: T1, N0, M0

Etapa II: T2, N0, M0

Etapa III: T3, N0, M0

T1, T2, T3, N1, M0

Etapa IV: T4 N0 N1 M0

Cualquier T, N2, N3, M0

T Cualquier N, M1

Tabla 2. Etapas de Cáncer Oral. (Tomada de Bascones MA, García-García, 2009).

Tratamiento

De acuerdo a los resultados del reporte histopatológico, imagen y de inmunohistoquímica se puede determinar la etapa en que se encuentra el cáncer bucal, y con esto poder dar el tratamiento adecuado para esta enfermedad.³³

Los tipos de tratamientos utilizados en cáncer oral son: cirugía, quimioterapia y radioterapia los cuales consisten en:

- **Cirugía:** comúnmente utilizado en etapas iniciales o en lesiones potencialmente cancerizables, consiste en la eliminación de la lesión, las características principales para poder llevar a cabo este tratamiento es que la lesión sea localizada y se encuentre en un estadio inicial.³⁴

La cirugía oncológica trae como consecuencias secuelas que son conocidas como defectos que bien pueden ser: cicatrices, fibrosis o deformidades que afectan directamente la estética facial y función.³⁵

- **Radioterapia:** La radioterapia se utiliza principalmente en tumores primarios localizados o dependiendo el objetivo del tratamiento (Tabla 3).^{34,36}

Tratamiento primario	Se utiliza normalmente en pacientes con tumores localizados en una etapa inicial.
Radioterapia complementaria o adyuvante	Se emplea después de una cirugía en donde se elimina la lesión y con esta se evita una lesión residual.
Radioterapia paliativa	Esta se utiliza para la disminución de síntomas, como el dolor.
Radioterapia concomitante	Se le llama así cuando al paciente se le suministra al mismo tiempo otro tratamiento (quimioterapia).

Tabla 3. Tratamiento Cáncer de cabeza y cuellos. (Tomada de Sociedad Española de Oncología Radioterápica, 2015).

Después de que el paciente es sometido a la radiación los pacientes sufren cambios en cavidad bucal como:

Mucositis: es causada por la destrucción de queratinocitos basales³⁷.

A partir de dosis pequeñas (20 Gy) pueden presentarse pequeñas lesiones, y conforme estas dosis aumentan los pacientes llegan a presentar eritema, y ulceraciones que dificulten su alimentación.³⁷

Alteraciones del gusto: los pacientes que reciben a partir de 30 Gy tiene una pérdida gustativa importante en específico por los sabores amargo y ácido ya que las papilas fungiformes y circunvaladas son muy sensibles a la radiación³⁷.

Alteraciones en la secreción salival: las glándulas salivales se ven afectadas con dosis bajas de radiación, estas presentan inflamación y a dosis alta se produce una necrosis

de las células acinares y ductales. Si la radiación supera los 40 Gy se presentan cambios que son irreversibles como la degeneración y fibrosis del tejido glandular.³⁷

Trismus: como consecuencia de la radiación los pacientes presentan fibrosis en los músculos de la masticación y en la articulación temporomandibular provocando una disminución en la abertura bucal.³⁷

- **Quimioterapia:** El tratamiento por quimioterapia consiste en la aplicación de diferentes antineoplásicos que tienen como función atacar y destruir a las células cancerosas, esta puede ser administrada con uno o más antineoplásicos (**Figura 11**).³⁴

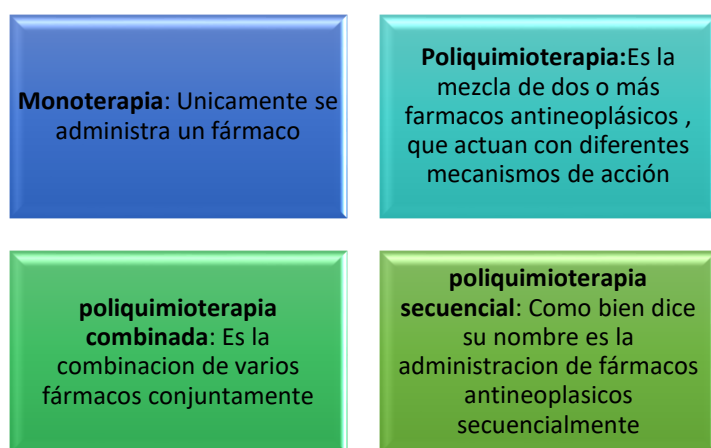


Figura 11. Qué es, Cómo funciona y tipos de quimioterapia. Sociedad (Tomada de Ponce GC, Garrido MMJ, 2017).

El fármaco antineoplásico de elección en cáncer bucal son los derivados de platino, el cual su mecanismo de acción es a nivel de ADN, formando enlaces covalentes (uniones intracatenarias) con la guanina y adenina. Los principales son: cisplatino, carboplatino y oxiplatino. ³⁴

De igual manera se utilizan los agentes que interaccionan con los microtúbulos que son: alcaloides de la vinca, taxanos, análogos de las epotilonas.

Y por último la conocida como miscelánea como es la bleomicina y la hidroxiurea que actúan a nivel del ADN principalmente en cáncer de cabeza y cuello.

En el tratamiento de quimioterapia los pacientes presentan ciertas alteraciones en cavidad bucal como lo son infecciones, que son causadas por la disminución de la barrera

protectora de la mucosa oral (saliva e inmunosupresión a causa de la quimioterapia) , neurotoxicidad a causa de la vincristina y vinblastina que provocan dolores mandibulares y en algunas ocasiones dolor pulpar.³⁷

La importancia de un diagnóstico temprano

El cáncer bucal en México representa un 37% de las malignidades de cabeza y cuello con un total de 1395 casos en el año 2007, en consecuencia, representa un problema de salud pública por ser diagnosticado en etapas avanzadas, lo que da un mal pronóstico y de acuerdo a la estadística, las tasas de supervivencia son del 50 % en etapa temprana, por esto es de vital importancia su diagnóstico temprano para así tener un mejor pronóstico.^{38,39,40,41,42}

El impacto en el papel del odontólogo o médico general

Para tener un mayor aumento en las tasas de supervivencia del cáncer bucal los odontólogos y médicos generales juegan un rol muy importante ya que ellos son la primera línea de defensa ante esta enfermedad deben tener el conocimiento de las lesiones potencialmente cancerizables y cancerígenas, y así poder brindar un diagnóstico y remisión oportuna.^{43,44.}

Por tanto, el profesional de la salud al estar en contacto con la cavidad bucal, detecten cambios anormales y den un diagnóstico oportuno de una lesión maligna, los pacientes tendrán entre el 80 y 90 % de margen de supervivencia^{33.}

Cuadro 1. Estudios sobre cáncer bucal.

Autor País Año	Universo de Estudio	Objetivo	Resultado	Relación estadística
Gallegos- Hernández JF (2006) ⁴ México	Revisión	Hacer énfasis en la prevención del carcinoma originado en mucosas de vías Aero digestivas superiores (VADS)	El pronóstico de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello depende de la etapa clínica, y si bien la identificación de población en riesgo y de lesiones precursoras, así como el diagnóstico precoz disminuyen la tasa de mortalidad, el esfuerzo mayor debe hacerse en la prevención primaria.	
Cardemil MF (2014) ⁵ Chile	Revisión	Mostrar la relevancia del carcinoma escamoso de cabeza y cuello como problema de Salud Pública y como se enfoca su análisis para poder proporcionar un mejor manejo.	En relación a la prevención primaria, se adquiere gran relevancia a los programas de educación en salud y promoción para disminuir el consumo de tabaco y alcohol, sobre todo en países en vía de desarrollo.	
García- García V, Bascones MA	Revisión	Los aspectos clínicos e histológicos de mayor relevancia	Los odontólogos tienen la responsabilidad en la educación, detección precoz, el diagnóstico y la	

(2008) ⁷ España		en relación al cáncer oral, así mismo se ahonda en su posible etiología y mecanismo a nivel molecular junto con la manifestación de la importancia del papel del odontólogo en su detección precoz.	remisión al especialista de pacientes con cáncer oral, el cumplimiento de esta responsabilidad por parte del odontólogo proporcionara una tasa de supervivencia mayor para nuestros pacientes y de una marcada reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad mundial.	
Rocha BA. (2009) ⁸ Colombia	Revisión	La importancia de la detección temprana del cáncer oral como herramienta de prevención y control.	Se ratificó que el cáncer oral debe ser prevenido y controlado mediante la instrucción sobre los factores de riesgo, detección temprana y la suficiente actualización epidemiológica y clínica.	
Aykul HH et al (2012) ³⁸ Turquía	23 pacientes (12 varones y 11 mujeres) remitidos a la Facultad de Odontología de la Universidad Suleyman diagnosticados con cáncer oral	Demostrar la importancia de la detección temprana, para concientizar y demostrar que es la forma más eficaz de reducir las tasas de mortalidad.	Los proveedores de salud deben realizar exámenes de cáncer oral como parte de su régimen de cuidado de los pacientes y debe estar bien informado sobre los signos tempranos de carcinoma oral.	IC 95%

Gallegos-Hernández JF (2017) ⁴¹ México	Revisión	Conocer los principales factores de riesgo para cáncer oral y su relación con el pronóstico para el paciente	La posibilidad del control oncológico depende de los factores de pronóstico que determinan el tratamiento ideal en cada individuo; no basta con la estadificación oncológica, deben conocerse todos los factores para ofrecer la mejor alternativa terapéutica	
Rocha BA et al (2012) ⁴⁰ Colombia	93 Dentistas que asistieron al 12° Congreso Nacional de Odontología y el 4° Congreso Internacional organizado por la Facultad de Odontología de Colombia	Utilizar un cuestionario para evaluar los conocimientos y prácticas en relación con el cáncer oral en un grupo de dentistas en el sur de Colombia.	Insuficiente nivel de instrucción profesional y formación en el sur de Colombia. Debe crearse un programa para mejorar la formación de los profesionales de la salud.	P< 0,087
Hernández RT et al (2017) ⁴³ Brasil	Revisión de base de datos de 100000 habitantes del país de Brasil	Analizar el efecto de la estructura y el trabajo de PHC procesos en las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer oral	La tasa de incidencia de cáncer oral fue positivamente asociada con la proporción de adultos mayores de 60 años y los adultos fumadores.	P= 0,010

Devi M et al (2018) ²¹ India	194 odontólogos De entre 35 y 40 años	Evaluar el conocimiento relativo a la detección precoz y la detección de los trastornos orales potencialmente malignas y el cáncer oral entre los odontólogos generales de Tamil Nadu	Falta de conocimiento entre los profesionales de la salud , se concluye la toma de conciencia acerca de la detección temprana del cáncer oral	IC 95%
---	---	---	---	--------

III. Planteamiento del problema

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, el área de cabeza y cuello ocupa el sexto lugar, siendo uno de los cánceres más agresivos y con mal pronóstico. En México se presentaron en el año 2007 un total de 4856 casos, de los cuales 1397 se presentaron en cavidad bucal en su mayoría diagnosticados en etapas avanzadas, sugestivo de la falta de conocimiento tanto del profesional de la salud como del paciente acerca de este padecimiento y como resultado se ha vuelto un problema de salud pública¹.

Es importante que el profesional de la salud maneje y reconozca los diferentes tipos de lesiones para dar un diagnóstico oportuno, se podrían aumentar las tasas de supervivencia en los pacientes al ser diagnosticados en etapas tempranas ^{2,3}

Por lo anterior y por la relevancia del tema que se aborda, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el cuadro clínico y manejo previo de los pacientes con cáncer en cavidad bucal del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca?

IV. Objetivos

Objetivo general

1. Identificar el cuadro clínico y manejo de los pacientes con cáncer en cavidad bucal previo a ser referidos al Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

Objetivos específicos

2. Identificar el número de profesionales de la salud que un paciente consulta antes de su diagnóstico.
3. Identificar la sintomatología del paciente previo al diagnóstico de cáncer bucal.
4. Identificar la etapa clínica en que se diagnosticó.
5. Identificar el tipo de lesión que el paciente presenta.
6. Identificar el tiempo de evolución de la enfermedad.
7. Identificar el médico de primer contacto al que acude el paciente.
8. Identificar la presencia de lesiones potencialmente cancerizables con los principales factores de riesgo.
9. Identificar los principales factores de riesgo con el cáncer bucal.
10. Identificar los principales subsitios anatómicos de ubicación de la lesión.
11. Describir el manejo bucal previo a la referencia.

V. Material y Métodos

Población de estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prolectivo y transversal de 14 pacientes con cáncer bucal referenciados a la Clínica Especializada Contra el Cáncer Bucal del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca en el periodo de octubre 2018 a junio 2019.

Los pacientes **incluyeron** los siguientes criterios:

- Pacientes con Cáncer Bucal que acuden al Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.
- Pacientes que aceptan ser parte del estudio mediante consentimiento informado

Se **excluyeron**:

- Pacientes con otro tipo de Cáncer que no sea Cáncer Bucal.
- Pacientes que presenten lesiones metastásicas en Cavidad Bucal.
- Que no aceptaron participar en el estudio.

VI. Variables

Variable independiente:

Variable	Definición	Tipo	Operalización
Edad	Edad cronológica que informe el sujeto	Cuantitativa continua Politómica	< 1 a 15 años 16 a 25 años 26 a 35 años 36 a 45 años 46 a 55 años 56 a 65 años 66 y más
Sexo	Características fenotípicas del sujeto	Cualitativa nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Ubicación de la lesión	Lugar en el que se encuentra la lesión cancerosa	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Labio superior • Labio inferior • Paladar duro • Paladar blando • Trígono retromolar • Piso de boca • Carrillo • Lengua • Encía
Médico de primer contacto	Profesional de la salud el cual atiende por primera vez al paciente antes del diagnóstico de Cáncer	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Odontólogo • Médico • Odontólogo especialista • Médico especialista • Otro
Enfermedades sistémicas	Son aquellas enfermedades que afectan a todos los elementos del cuerpo humano	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Hipertensión • Insuficiencia renal • Artritis reumatoide • Otro.
N° de médicos consultados antes de dx	Total de profesionales de la salud a los cuales un paciente acude antes de un diagnóstico certero	Cuantitativa Discreta Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 3 • 4 a 6 • 7 a 9 • 10 a 12 y más

Profesional de la salud que diagnostico	Es el profesional de la salud que mediante un reporte histopatológico y de inmunohistoquímica da un diagnóstico final al paciente	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Odontólogo • Médico • Odontólogo especialista • Médico especialista
Tratamiento	Es la conducta a seguir después de dar un diagnóstico final	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía • Quimioterapia • Radioterapia • Combinación
Médico de primer contacto	Profesional de la salud el cual atiende por primera vez al paciente antes del diagnóstico de Cáncer	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Odontólogo • Médico • Odontólogo especialista • Médico especialista • Otro
Tiempo de evolución (en meses)	Es el tiempo que transcurre desde la fecha en que inicia la enfermedad hasta la hora del diagnóstico	Cuantitativa Discreta Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 3 • 4 a 6 • 7 a 9 • 10 a 12 y más

Variable dependiente

Variable	Definición	Tipo	Operalización
Signos y síntomas	<p>Signos: son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica</p> <p>Síntomas: son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente</p>	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras • Cansancio • Pérdida de peso • Disnea • Parestesia • Dolor • Odinofagia • Disfagia • Halitosis • Desajuste espontáneo de prótesis • Movilidad dental • Alteraciones de la oclusión • Ganglios locorregionales

Etapa clínica en la que se Diagnostica	Es la fase en el la que se encuentra la enfermedad al momento de ser diagnosticado el paciente	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa I • Etapa II • Etapa III • Etapa IVA • Etapa IVB
Factores de riesgo para Cáncer bucal	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer cáncer bucal	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Tabaco • Narcóticos • Epstein Barr • Mala higiene bucal • VPH • Fracturas dentales • Deficiencias nutricionales • Prótesis desajustas
Lesiones potencialmente cancerizables	Lesiones que por la evolución pueden llegar a provocar Cáncer.	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera • Liquen plano • Eritroplaquia • Leucoplaquia
Tipo de lesión	Es el tipo de lesión la cual tiene diferentes características , ubicación y la cual puede o no ser de mayor malignidad	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma Epidermoide • Carcinoma Verrucoso • Melanoma oral • Carcinoma Adenoquistico • Carcinoma epitelial-Mioepitelial • Carcinoma Mucoepidermoide

VII. Técnicas

Material:

1. Bata blanca
2. Consentimiento informado
3. Herramienta de recolección de datos.
4. Campos
5. Abate lenguas
6. Lysol
7. Kleen pack
8. Silla para paciente y para investigador
9. Lápiz

Método:

1. Se identificará el cuadro clínico y manejo de los pacientes con cáncer de cavidad bucal previo a ser referidos a la Clínica Especializada Contra el Cáncer Bucal del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, utilizando la hoja de recolección de datos (anexo 1).

2. El investigador a cargo del proyecto con uniforme y bata blanca con logotipo de la institución y carrera, entregarán previamente a sus pacientes con Cáncer bucal el consentimiento informado mediante el cual el paciente (sujeto de investigación o su representante legal) autorizará su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos. El paciente o representante legal recibirá una explicación clara y concreta sobre los procedimientos, molestias y beneficios de la investigación.

3. Se utilizarán campos limpios y abate lenguas por paciente, así como barreras de protección para evitar el contacto directo con la cavidad bucal del paciente el cual estará sentado en una banca previamente desinfectada y enrollada con plástico protector.

4. El investigador realizará la exploración en orden comenzando por tejidos blandos, carrillos, dorso de lengua, piso de boca, paladar duro, paladar blando y fondo de saco. Después tejidos duros por cuadrantes comenzando por 1, 2,3 y 4.

5. Posteriormente se realizará una serie de preguntas al paciente mediante el instrumento de recolección (Anexo 4.) y el investigador lo anotará con lápiz marcando con una paloma de acuerdo a las respuestas obtenidas del paciente.

6. A través de la historia clínica el investigador recaudará información acerca del tipo de lesión que presenta el paciente, etapa en que fue diagnosticado y el tratamiento indicado.

VIII. Análisis estadístico

Los datos obtenidos se procesaron en el paquete estadístico Microsoft Office Excel 2013 con el que se obtuvo la estadística descriptiva de las variables del estudio descriptivo del cuadro clínico y manejo de los pacientes con cáncer de cavidad bucal previo a ser referidos al Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

IX. Resultados

Se estudiaron 14 pacientes de los cuales 7 correspondieron al sexo masculino (50%) y 7 al sexo femenino (50%). En relación a la edad 5 pacientes fueron del rango de 36 a 45 años (36%), 1 paciente de 46 a 55 años (7%), 2 pacientes de 56 a 65 años (14%) y 6 pacientes de los 66 años en adelante (43%).

Con respecto a las enfermedades sistémicas 3 de los pacientes presentaron hipertensión arterial (21%), 1 presenta diabetes mellitus tipo II (7%) y 10 no presentaron ninguna enfermedad sistémica asociada (72%).

Los signos y síntomas observados en la población de estudio previo a ser diagnosticados que 13 sujetos presentaron dolor (93%) 8 sujetos tuvieron pérdida de peso con (57%), 6 sujetos presentaron úlceras y halitosis (43%), 4 sujetos presentaron movilidad dental, disfagia y cansancio (29%), 3 sujetos presentaron parestesia y desajuste espontáneo de prótesis (21%) y 2 sujetos presentaron alteraciones de la oclusión y odinofagia (14%). (Figura 12).

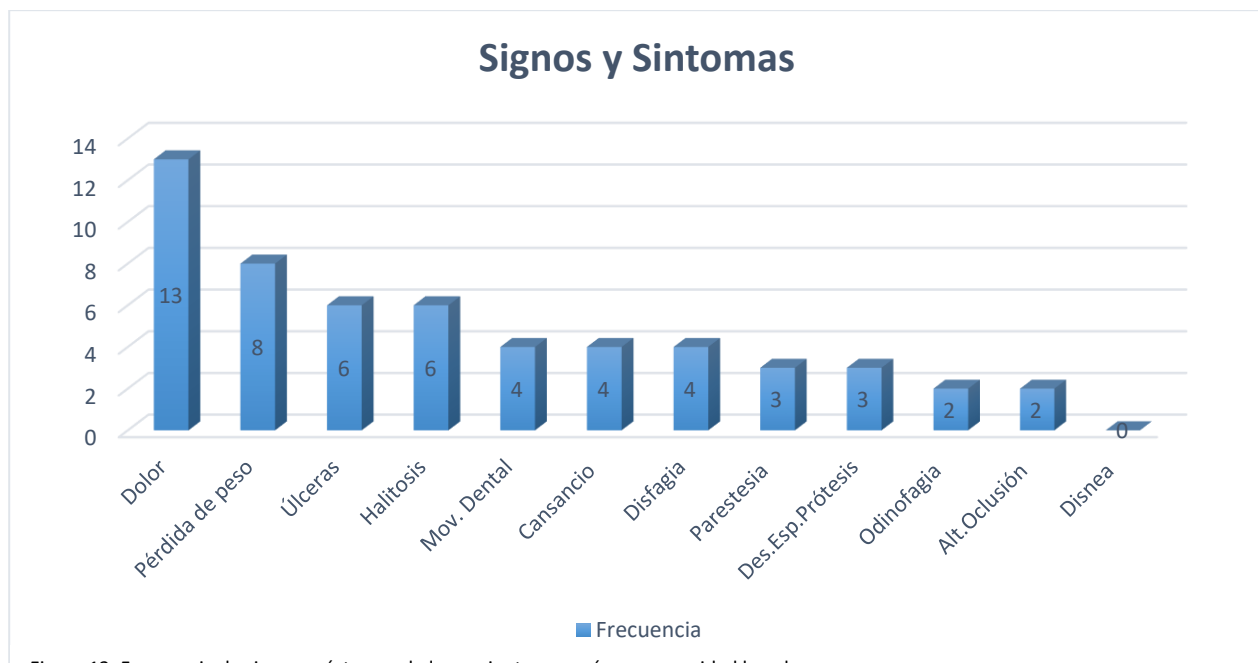


Figura 12. Frecuencia de signos y síntomas de los pacientes con cáncer en cavidad bucal.

La frecuencia de la ubicación de la lesión se encontró que 6 sujetos presentaron la lesión en el paladar duro (43%), en 3 sujetos se ubicó en la lengua (21%), 2 sujetos presentaron la lesión la encía y labio inferior (14%) y solo 1 sujeto presentó la lesión en piso de boca (7%). (Figura 13).

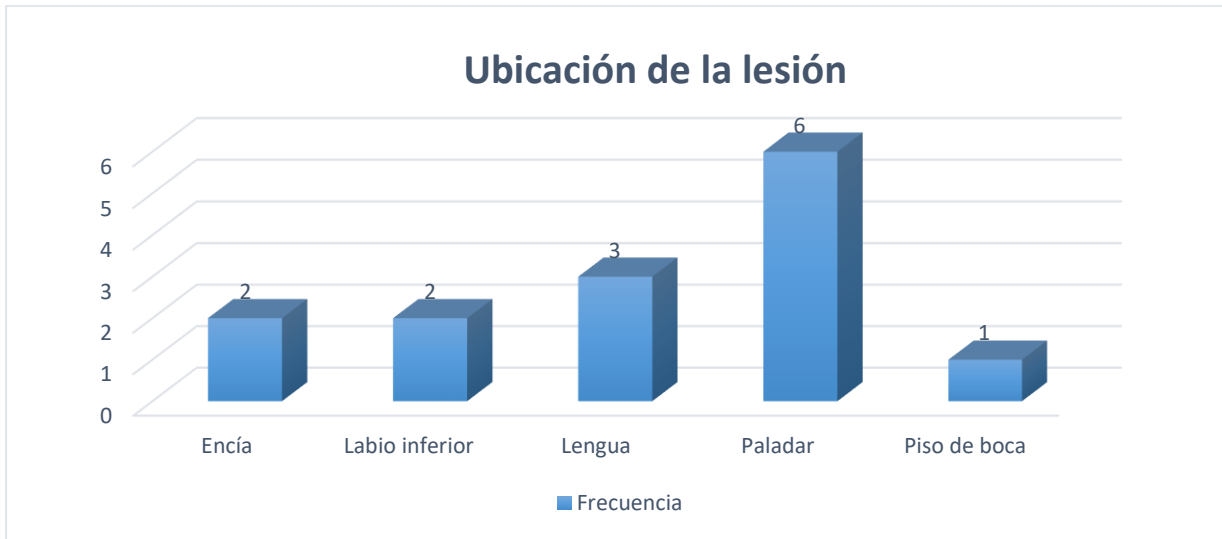


Figura 13. Frecuencia de ubicación de la lesión del cáncer bucal.

En relación a los factores de riesgo asociados a cáncer de cavidad bucal, se encontró que 7 sujetos presentaron tabaquismo (50%), seguido del alcoholismo y otros factores con 5 sujetos (36%), mala higiene oral con 4 sujetos (4%), narcóticos, fracturas dentales y VPH con 1 sujeto (7%) respectivamente. (Figura 14).

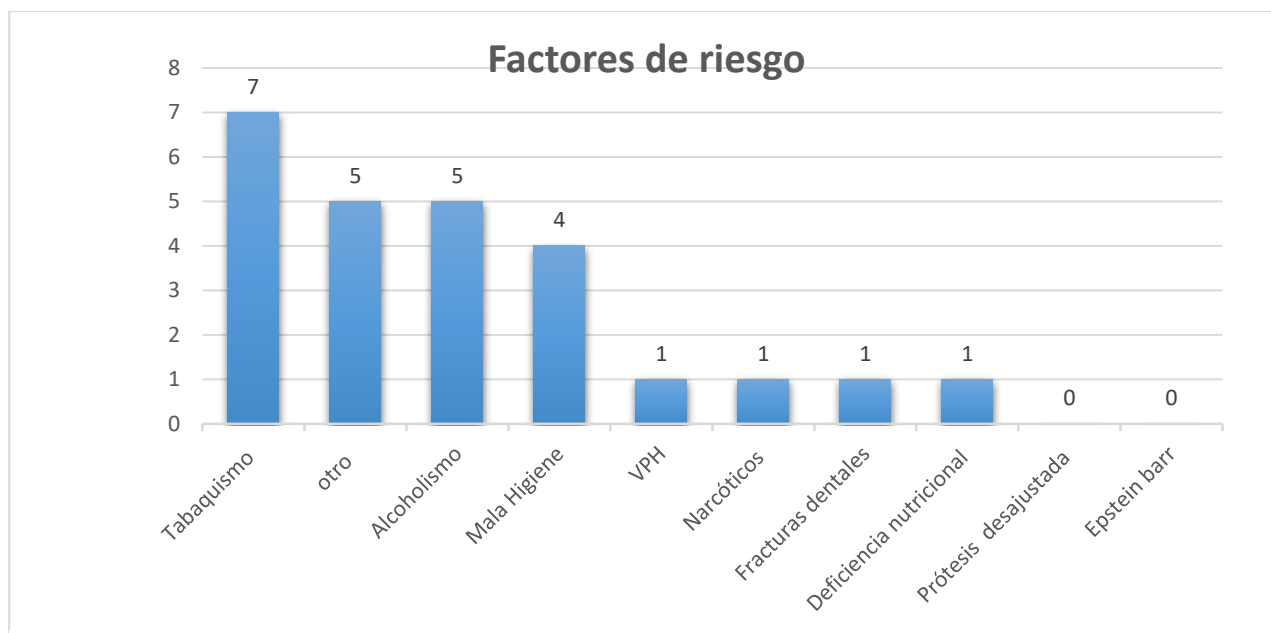


Figura 14. Frecuencia de factores de riesgo para cáncer bucal

De acuerdo a la frecuencia de lesiones potencialmente cancerizables se presentaron 8 sujetos con úlceras (57%), 1 sujeto con eritroplaquia y leucoplaquia (7%) respectivamente, y 4 sujetos no presentaron lesiones potencialmente cancerizables (29%). (Figura 15).

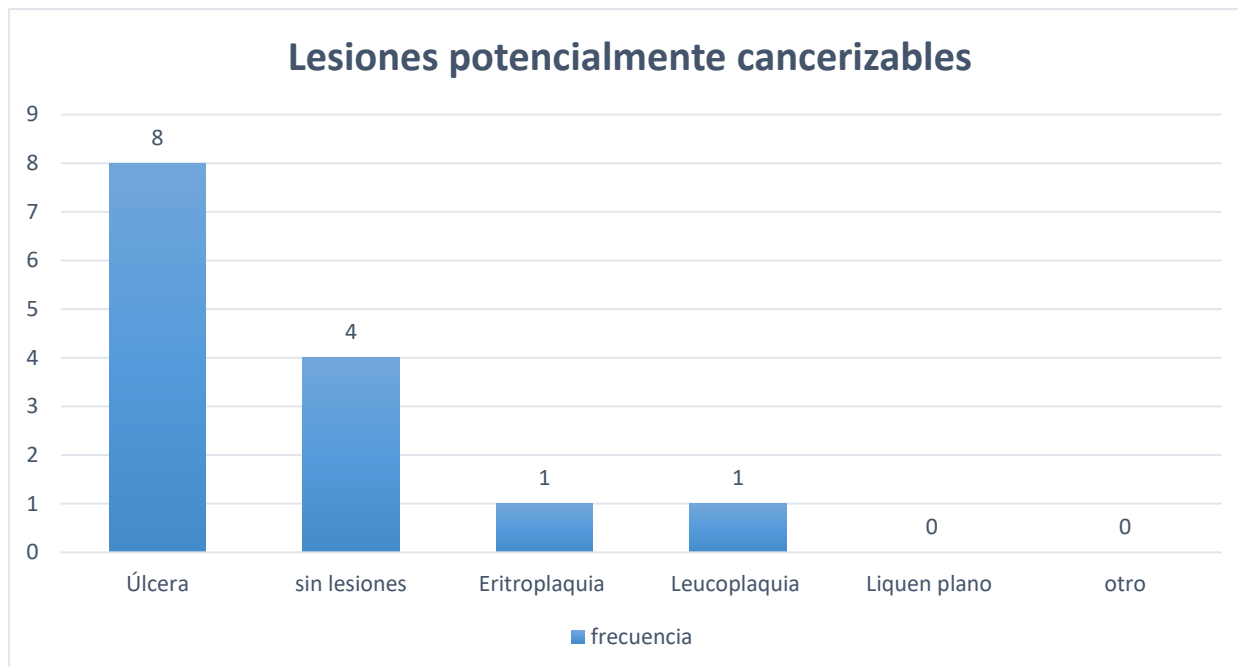


Figura 15. Frecuencia de lesiones potencialmente cancerizables

Del total de pacientes que realizaron el estudio el 50% mencionó que su médico de primer contacto fue un odontólogo general y el otro 50% un médico general (Figura 16).

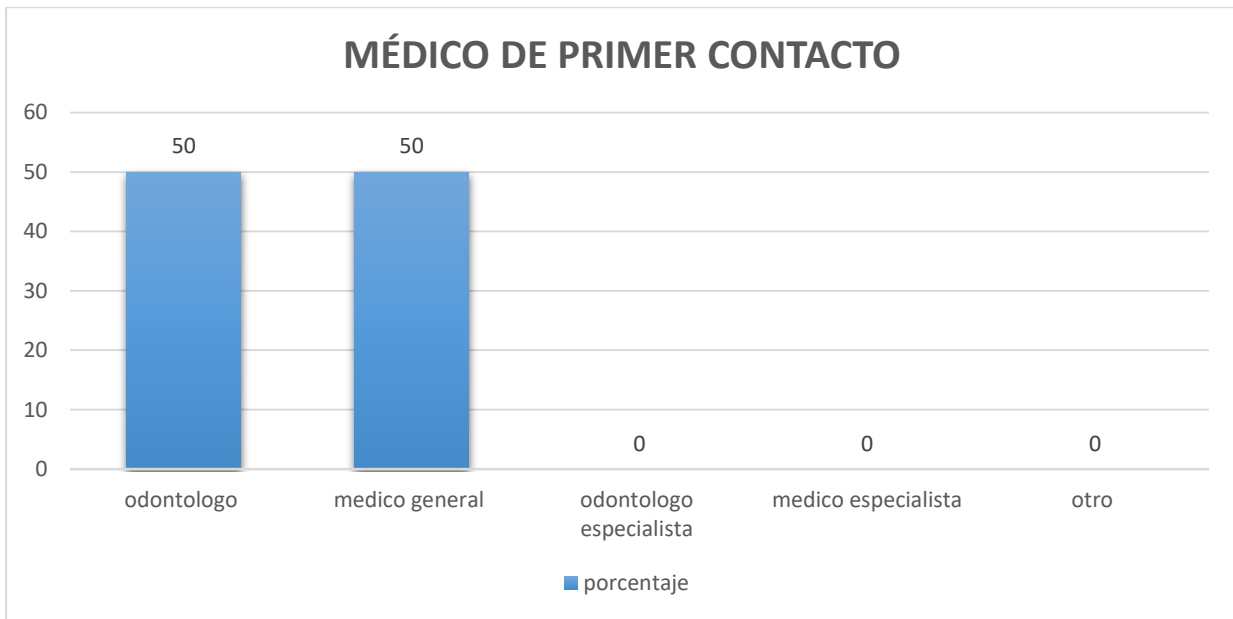


Figura 16. Porcentaje de médico de primer contacto antes de diagnosticar el cáncer bucal

Respecto al tiempo de evolución en meses 6 sujetos presentaron la mayor frecuencia siendo de 7 a 9 meses de evolución (43%), seguido 4 sujetos con 10 a 12 y más meses de evolución (29%), 4 sujetos con 1 a 3 meses de evolución (29%) respectivamente. (Figura 17).

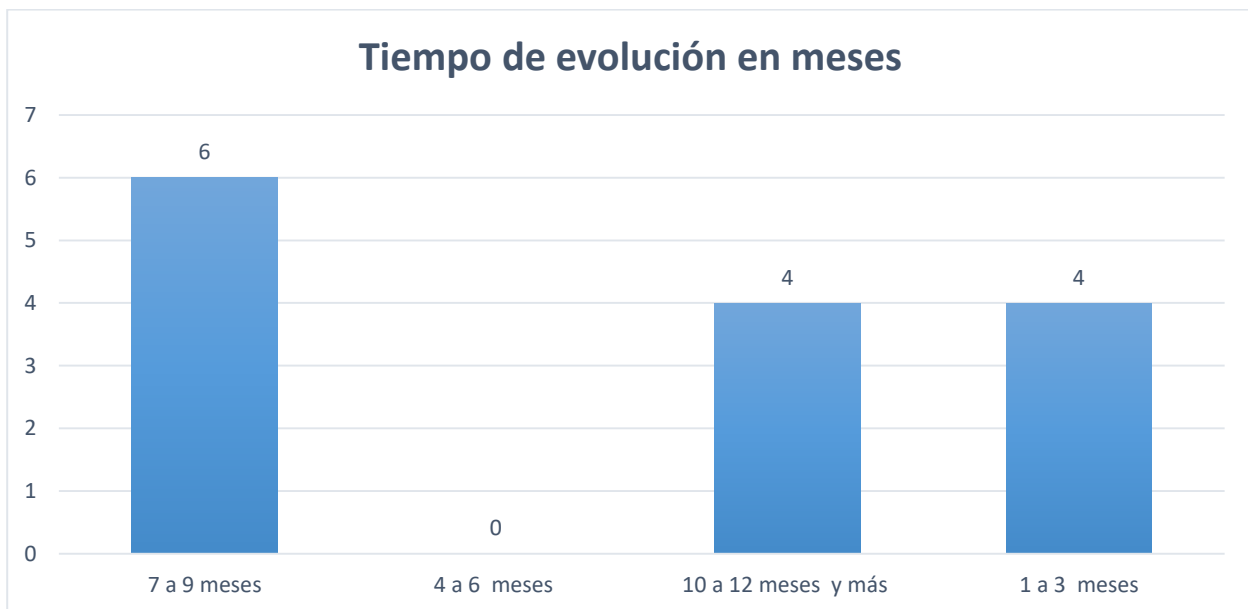


Figura 17. Frecuencia de tiempo de evolución en meses, desde la fecha en que inicia la enfermedad hasta el diagnóstico de cáncer bucal.

Referente al número de médicos consultados por la población de estudio el 36% de los pacientes consultaron 4 médicos, siendo el dato con mayor frecuencia, seguido de 6

médicos, 3 médicos y 2 médicos con el 14%, 10 médicos, 5 médicos y 1 médico con el 7% respectivamente. (Figura 18).

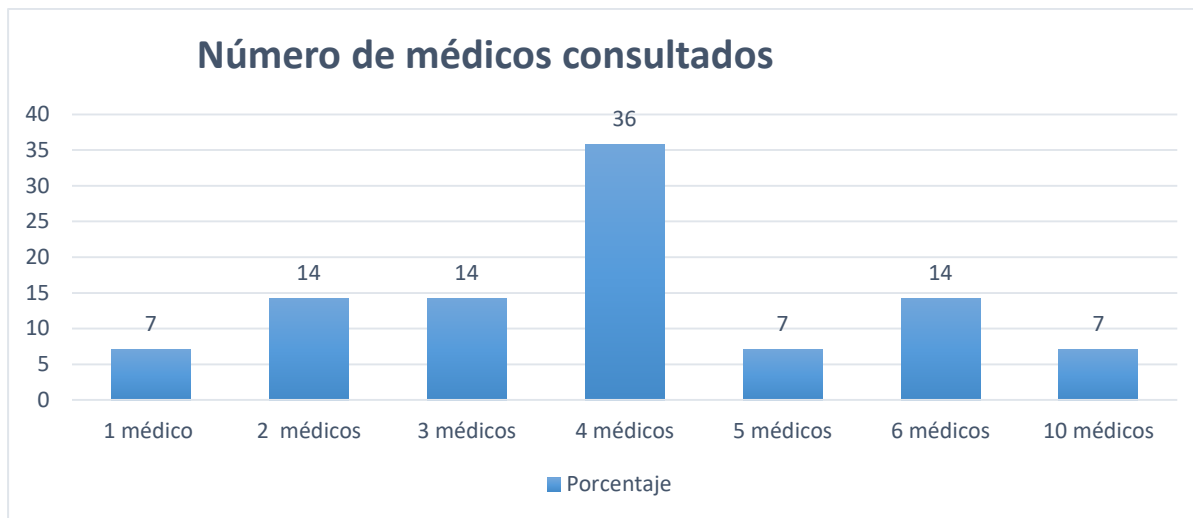


Figura 18. Porcentaje de número de médicos consultados a los que acude un paciente antes de un diagnóstico certero para cáncer bucal.

Del total de pacientes examinados el 36% recibió 3 esquemas de tratamiento antes de ser diagnosticados seguido de 4 esquemas con el 14%, y en algunos casos 14% los pacientes fueron remitidos de inmediato sin recibir esquemas de tratamiento, el resto de los pacientes recibieron 1 esquema, 2 esquemas y 10 esquemas con el 7% respectivamente (Figura 19).

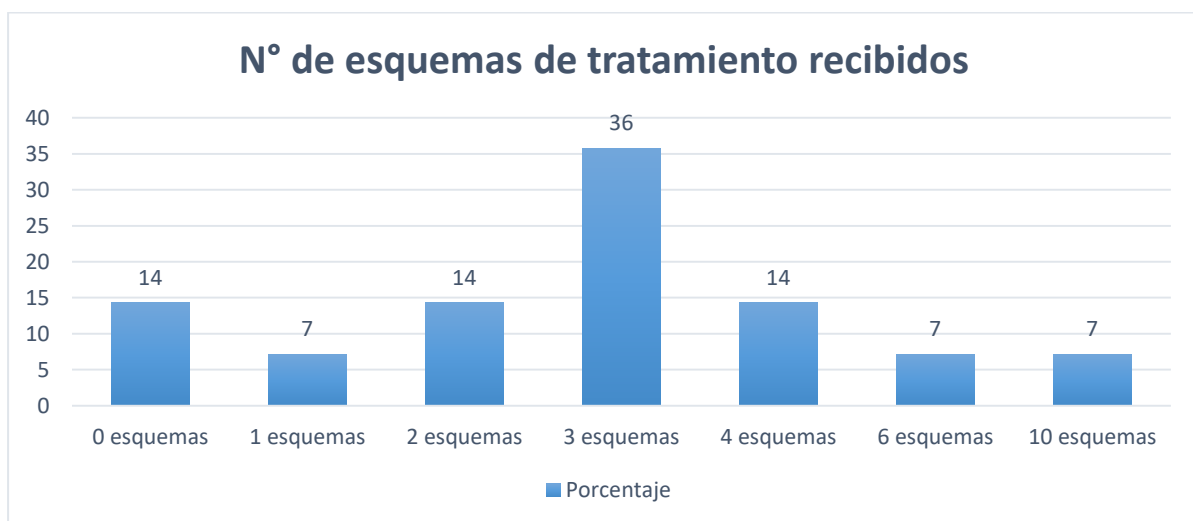


Figura 19. Porcentaje de número de esquemas de tratamiento recibidos para cáncer bucal.

Con respecto al tipo de esquema de tratamiento el dato con mayor frecuencia fue el uso de antibióticos con el 71%, seguido de analgésico y enjuague con el 50%

respectivamente, antimicótico 29%, antiinflamatorio 21%, ninguno 14%, otro 7%, cabe destacar que la mayoría de pacientes recibió más de un tipo esquema de tratamiento. (Figura 20).

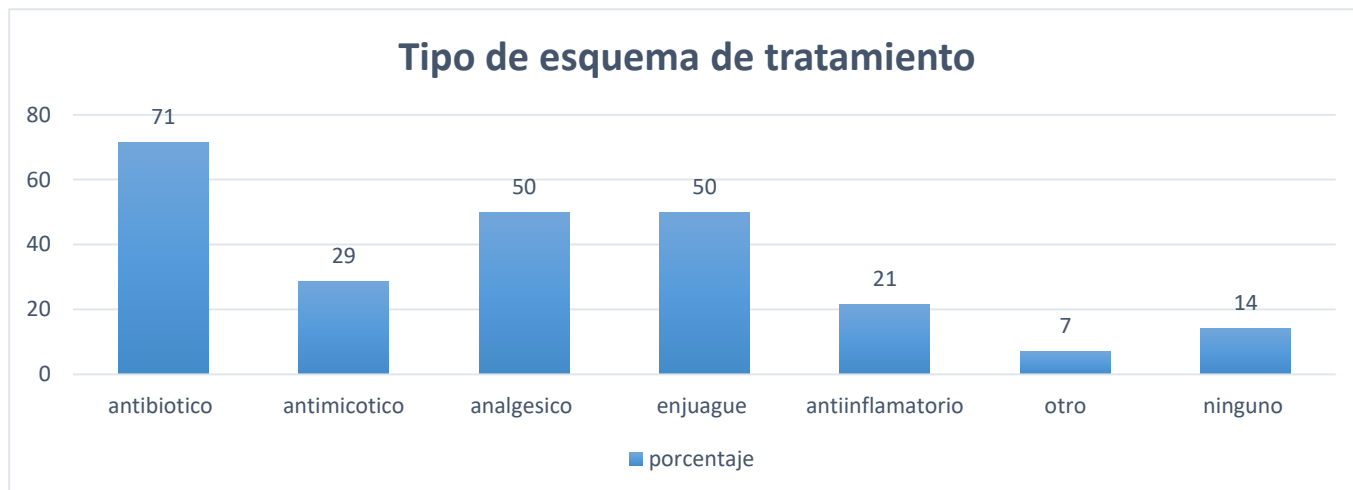


Figura 20. Porcentaje de tipo de esquema de tratamiento recibido para cáncer bucal

Referente al médico que diagnóstico se obtuvo que el 50% fue diagnosticado por un odontólogo especialista y el otro 50% por un médico especialista (Figura 21).

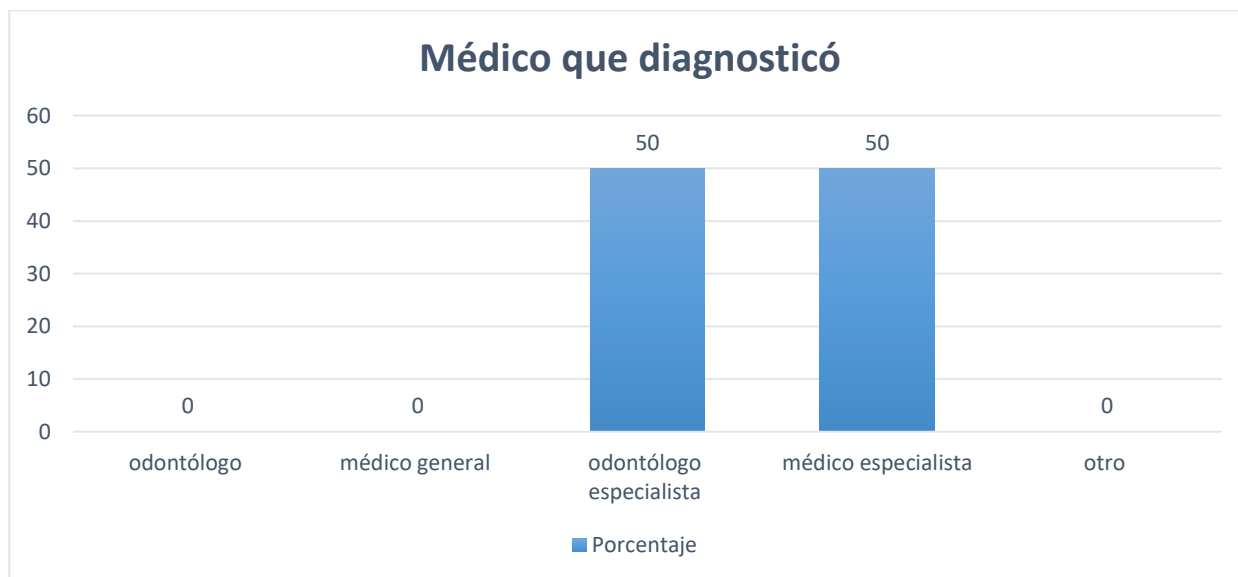


Figura 21. Porcentaje respecto al médico que diagnóstico el cáncer bucal.

En cuanto a la etapa clínica a la hora del diagnóstico se observó que los pacientes fueron diagnosticados en etapas avanzadas con el 42.9 % en etapa IVA, el 28.6% etapa III, 7.1% etapa IVB, 7.1% etapa II y el 14.3% en etapa I. (Figura 22)

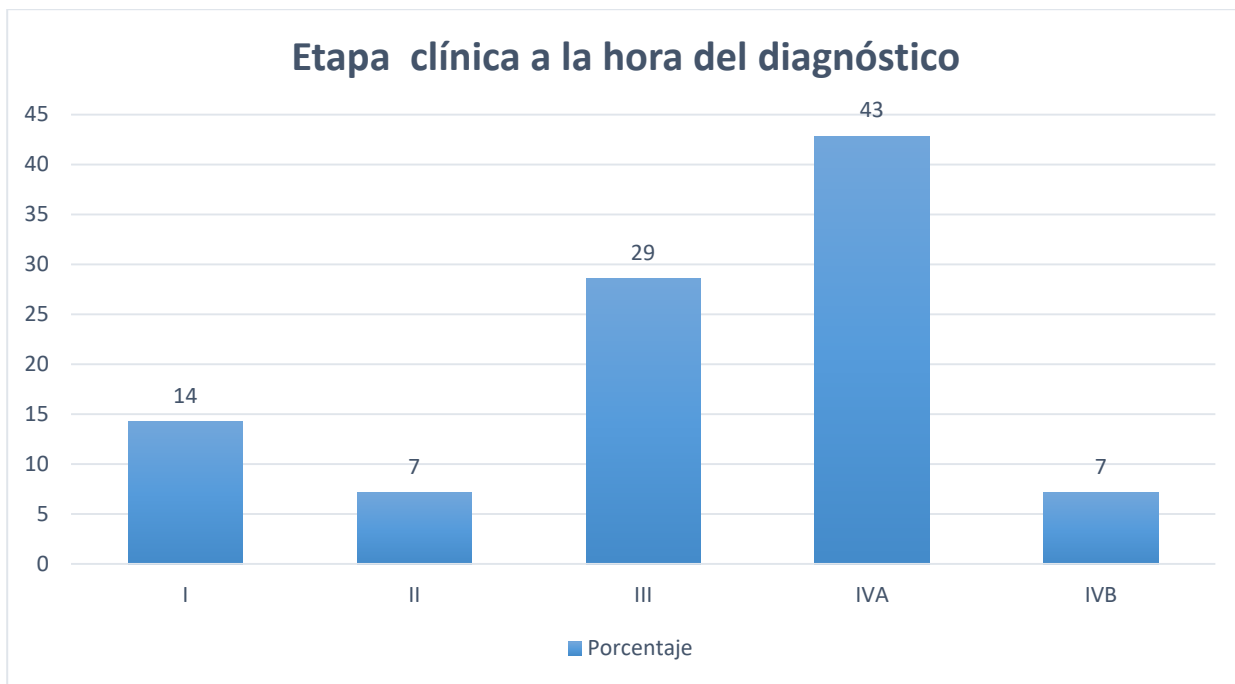


Figura 22. Porcentaje respecto a la etapa clínica a la hora del diagnóstico de cáncer bucal.

De acuerdo al tratamiento indicado la quimioterapia en conjunto con la radioterapia fueron el dato con mayor frecuencia con el 36%(5), seguido de cirugía 21%(3), cirugía y radioterapia el 14%(2), radioterapia 14%(2), cirugía junto con quimioterapia y radioterapia 7%(1) y solo quimioterapia el 7%(1) (Figura 23).

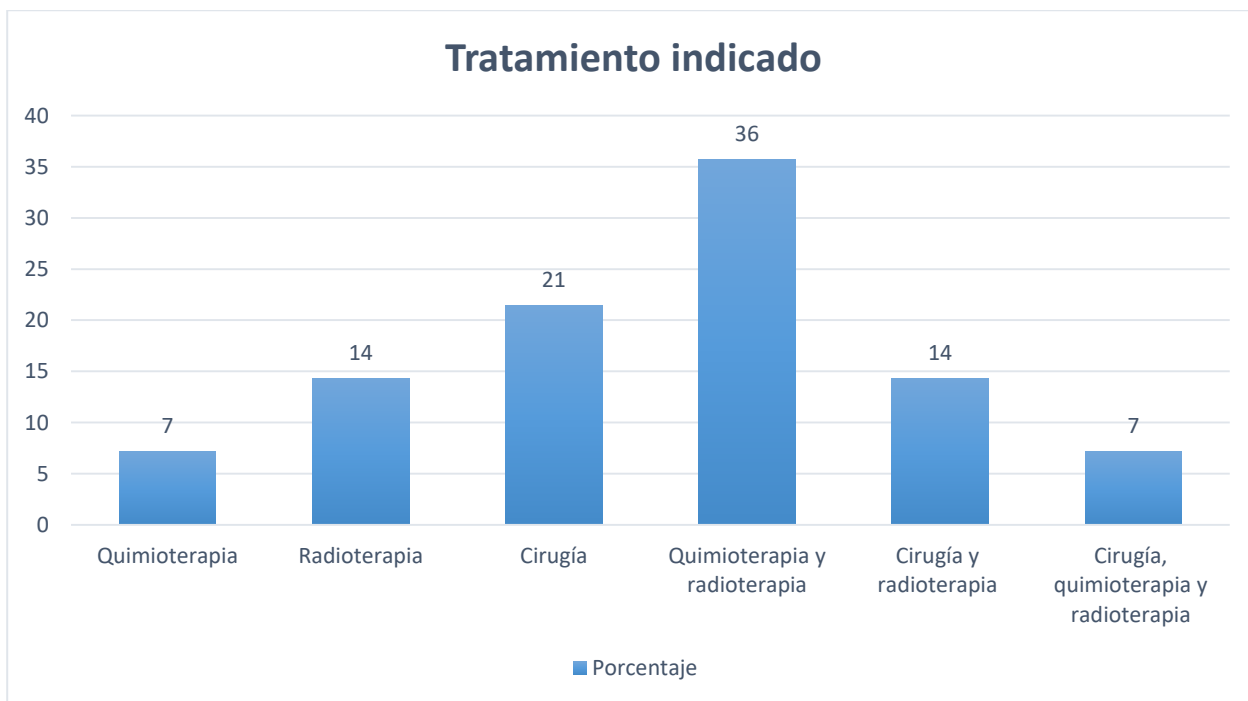


Figura 23. Porcentaje respecto al tipo de tratamiento indicado para cáncer bucal.

En el tipo de lesión se pudo observar que el dato con mayor frecuencia fue carcinoma epidermoide con el 93% (13) de los casos, y solo el 7% (1) presento sarcoma osteogénico.

X. Discusión

En México en el Instituto Nacional de Cancerología en el año 2007⁴² se presentaron 833 nuevos casos de cáncer oral, siendo el 42% de las neoplasias malignas ubicadas en cabeza y cuello, en los Estados Unidos representan el 6% de todos los cánceres, y el 30% en cabeza y cuello, en Colombia se presentan anualmente entre 100 y 120 nuevos casos de cáncer bucal⁸.

Mateo-Sidron y col. Mencionan que el cáncer bucal puede afectar a cualquier parte de la cavidad bucal pero su localización más frecuente es en lengua y piso de boca ³², 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres y con el 74% de los casos a grupos entre los 50 y 70 años que a diferencia de nuestro estudio se presentó con la misma frecuencia en ambos sexos, y el 43% de los casos se ubicó en paladar, con predilección en pacientes mayores a los 60 años, pero de acuerdo a Neville y col , Gallegos-Hernández la disparidad hombre: mujer se ha vuelto menos pronunciada en el último medio siglo, probablemente porque las mujeres han sido más expuestas a sustancias cancerígenas orales como el tabaco y el alcohol.^{11,4}

El tabaquismo y consumo de alcohol son los principales factores de riesgo reconocidos, atribuyéndose un efecto en 75% de los casos.⁵ El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de lesiones potencialmente cancerizables y de cáncer oral principalmente carcinoma epidermoide de células escamosas.⁷

Existen otros factores de riesgo relacionados con esta patología como lo son la edad, VPH, dieta, virus Epstein-Barr, fracturas dentales, prótesis desajustadas, mala higiene oral entre otros.^{19,18,4,41}

Por lo que los resultados indicaron que el factor de riesgo que se presentó con mayor frecuencia fue tabaquismo y alcoholismo confirmando dicho resultado con la literatura, cabe destacar que no se encontraron referencias que permitan relacionar las enfermedades sistémicas con esta enfermedad.

La baja tasa de supervivencia de los pacientes con cáncer en cavidad bucal se relaciona generalmente con el estadio clínico avanzado de los tumores primarios.³⁸ Clínicamente, en los estadios primarios las lesiones pueden ser asintomáticas y suelen ser pasadas por alto si el examen de la cavidad oral no es adecuado; Pero en otras ocasiones o en

estadios más avanzados nos podemos encontrar con diversos síntomas.³² En el presente estudio se encontró que el 93% de los pacientes presento dolor a la hora de realizarse el cuestionario encontrándose en una etapa avanzada el 79%.

Para poder tener un diagnostico precoz se debe tomar en cuenta que existen condiciones de pre malignidad, cuyos signos clínicos y citopatológicos alertan y previenen un desenlace fatal.⁸ Dentro de los signos y síntomas se pueden encontrar son: sangrado bucal, pérdida de órganos dentarios, dificultad o dolor al deglutir, úlcera que no cura, leucoplasia, eritroplaquia, que con el tiempo estas lesiones se ulceran en la superficie y su crecimiento cambia evolucionando a una masa exofítica.³² En los resultados obtenidos encontramos que 10 pacientes examinados presentaron un tipo de lesión potencialmente cancerizable siendo solo 4 los que indicaron no presentar algún tipo de lesión.

Rocha BA y col. realizaron un estudio a 93 dentistas que asistieron al 12° Congreso Nacional de Odontología y el 4° Congreso Internacional organizado por la Facultad de Odontología de Colombia utilizando un cuestionario para evaluar los conocimientos y prácticas en relación con el cáncer oral obteniendo como resultado un nivel Insuficiente de instrucción profesional y formación en el sur de Colombia.⁴³

En los resultados obtenidos pudimos observar que el médico de primer contacto que se presentó con mayor frecuencia fueron los odontólogos y médicos generales con un número de médicos consultados de 4 en su mayoría y recibiendo alrededor de 3 esquemas de tratamiento, siendo evidente que deberían ser remitidos los pacientes desde el primer médico consultado y así diagnosticar de forma temprana; los médicos y odontólogos generales deberían de obtener los conocimientos de dicha enfermedad, para disminuir el número de médicos consultados.

En el estudio se observó la participación equitativa tanto de médicos como odontólogos, ya que, al momento de darse un diagnóstico certero, este fue emitido el 50 % por odontólogos especialistas y el otro 50 % por médicos especialistas.

Cuando un paciente presenta algún tipo de cáncer bucal la supervivencia en los estadios tempranos es del 80% mientras que en los avanzados es de 35%.³²

Ribeiro y col. Mencionan que la tasa de supervivencia a 5 años para los cánceres en etapa I es de casi 80%, mientras que para los cánceres en etapa IV, esta tasa disminuye hasta casi en 20%.¹³

De acuerdo a los resultados, la mayoría de los pacientes examinados se diagnosticaron en etapas avanzadas con el 79% de los casos, este es un punto de partida para tomar conciencia y medidas más drásticas en cuanto al tema de prevención de cáncer bucal.

Las opciones de tratamiento para los carcinomas bucales son variables y dependen de varios factores como, el tamaño y localización del tumor primario, del estado de los ganglios linfáticos, presencia o ausencia de metástasis a distancia o incluso de los deseos del propio paciente. Para el tratamiento de este tipo de cáncer se debe intentar preservar la máxima estructura sana. Tanto la cirugía como la radioterapia siguen siendo el Gold estándar para el tratamiento de cáncer en cavidad bucal.³² Los resultados de este estudio arrojan que el 36 % de los pacientes recibieron como tratamiento quimioterapia y radioterapia siendo el dato con mayor frecuencia, seguido de cirugía con el 21%.

El cáncer más comúnmente encontrado en la cavidad bucal es el carcinoma epidermoide o de células escamosas con el 90% de los casos, seguido en menor porcentaje por el carcinoma verrucoso, de células fusiformes, melanoma, y carcinoma basocelular.^{4,7,36}

Confirmando los datos que presenta la literatura encontramos que el 93% de los casos estudiados presento carcinoma epidermoide y el 7% sarcoma osteogénico.

XI. Conclusiones

En nuestro país igual como pasa a nivel mundial la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas lo que sugiere la falta de cultura por parte de los pacientes para acudir a revisiones, sobre todo en países o poblaciones de escasos recursos, así como la falta de capacitación al personal de salud de primer contacto sobre esta enfermedad.

En este estudio se examinaron un total de 14 pacientes en los que pudimos observar la misma frecuencia de esta enfermedad tanto en hombres como en mujeres con predilección en personas mayores a los sesenta años, sin encontrar datos relevantes respecto a la relación con enfermedades sistémicas.

La mayoría de pacientes refirieron presencia de dolor, pérdida de peso, úlceras y halitosis con una frecuencia mayor en paladar y lengua, estos pacientes refirieron el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas dentro de sus hábitos encontrando cierta relación con el tipo de cáncer que presentan.

Del total de pacientes revisados el 43% fueron diagnosticados en etapa IV A siendo el mayor porcentaje, y de acuerdo a los resultados obtenidos los pacientes tenían de 7 a 9 meses de evolución con más de 4 médicos consultados esto nos da una reflexión acerca de las deficiencias que se presentan a la hora de la exploración del paciente.

XII. Perspectivas

Implementar un programa de prevención en el primer nivel de atención a la salud, así como pláticas en escuelas de nivel medio superior y superior de los hábitos perniciosos y sus consecuencias en cavidad bucal de manera que impacte a la población.

En cuanto a los profesionales de la salud específicamente médicos y odontólogos generales implementar la materia de patología y medicina bucal en al menos dos años de su plan de estudios para así reforzar los conocimientos de dicha enfermedad

Recomendar la actualización de estos conocimientos a los profesionales de la salud de práctica general para obtener una adecuada remisión.

Y puntualizar la referencia con un especialista en caso de duda sobre alguna alteración en cavidad bucal.

XIII. Referencias

1. Sánchez NC. Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del Cáncer. REV.MED.CLIN CONDES. 2013; 24(4): 553-562.
2. Instituto Nacional Del Cáncer. ¿Qué es el Cáncer? [internet] EE.UU: Instituto Nacional Del Cáncer. [citado el 30/12/2018]. Disponible desde: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.
3. Mohar A, Frías-Mendevil M, Suchil-Bernal L, Mora-Macías T, De la Garza GJ. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología México. Salud Pública de México. 1997; 39(4):1-6.
4. Gallegos-Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. Cir Ciruj. 2006; 74:287-293.
5. Cardemil MF. Epidemiología del Carcinoma Escamoso de cabeza y cuello. Rev Chil Cir.2014; 66(6):614-620.
6. Hiroaki I, Koto M, Demizu Y, Saitoh J, Tomoaki O, Ohno T, Shioyama Y, Takagi R, Hayashi K, Nemoto K, Nakano T, Kamada T. Multicenter study of carbon-ion radiation therapy for nonsquamous cell carcinomas of the oral cavity. Cancer Medicine WILEY. 2019;00:1-10.
7. García-García V, Boscones MA. Cáncer oral: Puesta al día. Av.odontoestomatol. 2009; 25(5):239-248.
8. Rocha BA. Cáncer oral: El papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev.Fac Odontol Univ Antioq. 2009;21(1):112-121.
9. Carreras-Todas C, Gay-Escoda C. Techniques for early diagnosis of oral squamous cell carcinoma: Systematic review. Med Oral Patol Cir Bucal. 2015; 20(3): 305-315.

10. Olivera DPA, Pedroso HL. Liquen plano en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal. *Rev Cubana Estomatol.* 2005; 42(3):1-6.
11. Neville WB. Oral Cancer and Precancerous. *CA Cancer J Clin.* 2002; 52:195-215.
12. Martínez-Sahuquillo A, Castillo GI, Fuentes CMJ, Aguilar CJ, Fernández BP. La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa. *Av. Odontoestomatol.* 2008; 24:33-44.
13. Ribeiro PI, Barroso L, Marques F, Melo BJ, Carreira MA. Early Detection and personalized treatment in oral cáncer: the impact of omics approaches. *Molecular Cytogenetics.* 2016; 9(85):1-7.
14. Nijampantam PMP, Srinivas P, Kothia NR, Chadu CV. Recent Advances in Early. Diagnosis of Oral Cancer: A Systematic Review. *Int Med Rev.* 2017; 4(4):119-125.
15. Rivera C. Essentials of oral cáncer. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015; 8(9):11884-11894.
16. Ruiz AM, Gómez RI, Rubio C, Revert C, Hardisson A. Efectos tóxicos del tabaco. *Rev. Toxicol.* 2004; 21:64-71.
17. Ruiz FE, Peláez CMA, Lapiedra CR, Gómez EG, López MA. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. *Med Oral.* 2004; 9:14-23.
18. García G,A, De Sanjosé L.S. Virus del Papiloma Humano Y Cáncer: Epidemiología y prevención. España: Sociedad Española de Epidemiologia; 2006. 51-52.
19. Montero DL, Quevedo RR, Rodríguez MS. Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal. *Rev 16 de abril.* 2015; 54(260):42-55.
20. Regezi AJ, Sciubba JJ. Patología bucal correlaciones clinicopatológicas. Tercera edición. USA: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

21. Devi M, Vijayalakshmi D, Dhivya K, Vezhavendhan N. A study on awareness of early detection and screening of potentially malignant oral disorders and oral cancer. *JNTR Univ Health Sci.* 2017;6: 35-38.
22. Xiao-Jie C, Xue-Qiong Z, Qi L, Jing Z, Gang Z. Nanotechnology: a promising method for oral cancer detection and diagnosis. *Journal of Nanobiotechnology.* 2018;16(52): 1-17.
23. Mehrotra R, Gupta KD. Exciting new advances in oral cancer diagnosis: avenues to early detection. *Head & Neck oncology.* 2011; 3: 33.
24. Centeno A, Danielo C, Campana R, Orozco MA. Tumores malignos de boca. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2010; 38(6):221-228.
25. Farias DA, Ramirez AM, Vergara MF, Martínez FME, Hernández IM, Salgado SR, Araya CJ, Pinto OAV. Carcinoma Verrucoso Oral: Reporte de un Caso Clínico y Revisión de 20 casos del Instituto de Referencia en Patología Oral (IREPO), *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2010; 3(3):132-135.
26. Zapata S, Núñez L, Zamorano G, Villanueva J. Melanoma oral: Importancia de un diagnóstico temprano. Un caso clínico. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil Oral.* 2017;10(2);90-92.
27. Lima KR, Noronha LA, Furlan VM, Lourenco VS, Pinto LAC, Koealski PL, Ikeda KM. Oral Mucosal Melanoma: clínico-pathological analysis of 30 cases in a single center. *Arch Head Neck Surg.* 2018; 47(1):1-12.
28. Cruz LZC. Incidencia de carcinoma basocelular y epidermoide. *Dermatologia Rev Mex.* 2007; 51(4):149-153.
29. Juárez ACM, Martínez RG, Zervianski HT, Luna ME, Mendoza GD, Ávalos FV. Carcinoma basocelular en el borde bermellón del labio superior. *Dermatol Rev Mex.* 2013; 57:45-48.

30. Oliveira GG, Granado FJ, Gutiérrez JLM. Carcinoma fusocelular de la cavidad oral. Revisión de 9 casos. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac. 2006; 28:43-50.
31. Fuente-Cañibano R, Alañón-Fernández MA, Murillo-Lázaro MC, Ruíz-González M, del Hierro CJ, Morales-Puebla M, del Castillo GE, Crespo-Serrano J. Carcinoma fusocelular de orofaringe: una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide. Rev.Soc. Otorrinolaringol. Castilla León Cantb. La Rioja. 2012;3(34): 277-282.
32. Mateo-Sidrón A, Pérez SML. Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol. 2015; 31(4): 247-259.
33. Casariego ZJ. La participación del odontólogo en el control del cáncer oral: Manejo en la prevención, tratamiento y rehabilitación. Revisión. Av. Odontoestomatol. 2009; 25(5):265-285.
34. Ponce GC, Garrido MJM. Qué es, cómo funciona y tipos de quimioterapia. Sociedad Española de Oncología Médica. 2017; 12:42.
35. Álvarez R.A. Creación e implementación de la red asistencial Nacional de Rehabilitación de la Cara y Prótesis Bucomaxilofacial. CIMEQ. Cuba. 2014:46-48.
36. Gomes CF, Kustner CE, López LJ, Zubeldia FF, Melclor GB. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. Med Oral. 2003; 8:178-187.
37. Silvestre-Donat FJ, Sandoval PA. Efectos adversos del tratamiento de cáncer oral. Av.Odontoestomatol. 2008;24(1):11-121.
38. Baykul T, Yilmaz H.H, Aydin U, Aydin MA, Aksoy MC, Yildirim D. Early Diagnosis of Oral Cancer. The journal of International Medical Research. 2010;38(3): 737-749.
39. Stillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. Cáncer oral y dentistas: conocimientos, actitudes y prácticas en Chile. Int. J. Odontoestomat. 2016;10(3):521-529.

40. Ramos GRS, López HIB, Nuñez OM, Ordaz MD. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Revista Cubana de Estomatología*. 2010;47(1):105-114.
41. Gallegos-Hernández JF. Factores clínicos e histológicos que repercuten en el pronóstico de los pacientes con cáncer de la cavidad oral. *An Orl Mex*. 2017; 62(3):197-208.
42. Tirado L, Granados M. Epidemiología y etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello. Instituto Nacional de Cancerología. 2007; 9-17.
43. Rocha-Buelvas A, Hidalgo-Patiño C, Collela G, Angelillo L. Oral cancer and dentist knowledge, attitudes and practices in a south Colombian context. *Acta odontol. latinoam*. 2012; 25(2):155-162.
44. Rocha HTA, Thomaz FAB, Da Silva CN, Queiroz SCR, Souza RM, Barbosa QCA, Thume E, Rocha MVJ, Alvares V, Almeida GD, Vissoci NRJ, Statori AC, Facchini AL. Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. *BMC Cancer*. 2017; 17:706.

XIV. Anexos

Anexo 1.

Cronograma de actividades

Actividades	2018					2019							
	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Elección de tema de tesis													
Búsqueda de información													
Realización de marco teórico													
Recolección de información													
Análisis de resultados													

Anexo 2.



Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca



Carta de Consentimiento informado

Yo _____ acepto participar en el estudio descriptivo del cuadro clínico y manejo de los pacientes con cáncer de cavidad bucal previo a ser referidos a la Clínica Especializada Contra el Cáncer bucal del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca” que tiene por objetivo “Identificar la situación actual del diagnóstico de cáncer bucal”.

Se me ha informado que mi participación en el estudio consiste en que me realicen una serie de preguntas acerca de: mi nombre, edad, sexo, antecedentes médicos, hábitos, además de la aplicación de un cuestionario que será la revisión de mi expediente médico para saber el estado actual de mi padecimiento.

El presente cuestionario consiste en una serie de preguntas acerca del tipo de lesión que el paciente presenta así como los diferentes signos y síntomas que el paciente nos refiera, además se preguntara el número de médicos a los cuales asistió antes de su diagnóstico y el número de esquemas que este recibió. Este cuestionario tiene una duración de aproximadamente 10 min en donde el investigador sólo tachara las respuestas que se le mencionen.

He sido informado y entiendo que los datos recabados de dicho estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, pero mis datos personales no serán publicados en ningún medio y se mantendrán protegidos mediante una base de datos a la que solo tendrá acceso el investigador del presente estudio.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta carta de consentimiento informado

Lugar _____

Hora _____

Fecha _____

Firma _____

Anexo 3.

Acepto a participar en el “Estudio descriptivo del cuadro clínico y manejo de los pacientes con cáncer de cavidad bucal previo a ser referidos a la Clínica Especializada Contra el Cáncer bucal del Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca”

SI

NO

Nombre y firma del participante y/o responsable

Firma de testigo 1

Firma de testigo 2

Este apartado lo llena el investigador.

He explicado el objetivo del estudio y he contestado las preguntas hasta donde mi conocimiento me lo permite, acepto que he leído la normatividad para resguardar los datos obtenidos del expediente clínico.

Nombre y firma

				INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS Y EPIDEMIOLOGÍA INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS Y EPIDEMIOLOGÍA	
INSTRUCCIONES: Se revisará al paciente con un abate lenguas comenzando la exploración por tejidos blandos en el orden siguiente: Carrillos, dorso de lengua, piso de boca, paladar duro, paladar blando, encía papilar, marginal, adherida y fondo del pliegue mucogingival, después tejidos duros por cuadrantes, comenzando por 1,2,3 y 4 sucesivamente en una secuencia de molares a incisivos. Revisando caras vestibular, distal, lingual o palatino según sea el cuadrante y por último mesial.					
Nombre del paciente:		Fecha: / /		N° de expediente:	
Edad:	Sexo: F M	Diabetes	Insuficiencia renal	Otros:	
Enfermedades sistémicas		Hipertensión	Artritis reumatoide		
Signos y síntomas		Úlceras	Odinofagia	Desajuste Esopo. de prótesis	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso		Cansancio	Distasia	Movilidad dental	<input type="checkbox"/>
Dolor		Disnea	Halitosis	Alteraciones de la oclusión	<input type="checkbox"/>
Otros Síntomas(especifique):		Ubicación de la lesión			
Alcohol		Frecuencia	Tiempo	cantidad	<input type="checkbox"/>
Tabaco		Frecuencia	Tiempo	cantidad	<input type="checkbox"/>
Narcóticos		Frecuencia	Tiempo	cantidad	<input type="checkbox"/>
Presencia de lesiones potencialmente cancerizables		Úlcera	Eritroplaquia	Ubicación OD.	Ubicación OD.
Liquef. P.		ubicación OD.	Leucoplaquia	Ubicación OD.	Ubicación OD.
Tiempo de evolución en meses		1	2	3	4
N° de médicos consultados antes de dx oncológico		4	5	6	7
N° de esquemas de tratamiento recibidos		1	2	3	4
Quien diagnóstico Odontólogo general		médico especialista	otro especifique.	Etapa 0	Etapa I
Etapa I		Etapa II	Etapa III	Etapa IV	Etapa V
Tipo de lesión		Carcinoma epidermoide	Carcinoma verrucoso	Carcinoma epitelial-mioepitelial	Melanoma oral