



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y FRECUENCIA DE PRÁCTICAS
PREVENTIVAS RUTINARIAS PARA CÁNCER BUCAL REALIZADAS
POR ODONTÓLOGOS DENTRO DEL CONSULTORIO.**

T E S I S

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:

CINTHYA CUBOS GONZÁLEZ

TUTOR: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

ASESOR: Dra. FÁTIMA DEL CARMEN AGUILAR DÍAZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 Dios, por brindarme una vida de abundancia, amor y paz.

A mi mamá, por ser fuente de inspiración, la base y el pilar de mi vida. A Joel, que ha demostrado que la paternidad puede tornarse de diferentes maneras. Gracias a ambos por su amor y apoyo infinito, a ustedes, me debo. Los amo.

A mis amigos más cercanos, Jeymi, Aarón, por ofrecerme una mano amiga en aquellos tiempos complicados y por los momentos de felicidad infinita. También gracias a aquellas personas que en su momento fueron parte de mi formación personal y escolar. Los llevaré en mi corazón, siempre.

A Julio, por impulsarme a seguir adelante a pesar de las adversidades, por darme su cariño y protección a cada instante.



A mi tutora, la Mtra. Miriam Ortega, por la oportunidad, dedicación y tiempo empleado en este trabajo. Sus consejos y apoyo hicieron tangible este sueño.

Muchas gracias.

A mi asesora, la Dra. Fátima del Carmen Aguilar, por darme la confianza de incluirme en su proyecto de salud a escala nacional.

A todos aquellos pacientes que, durante mi formación académica, depositaron su salud y confianza en mis manos; mi avance profesional se debe a cada uno de ustedes.

A mi amada Universidad, que me acogió desde muy chica dentro de sus planteles, me regaló los conocimientos necesarios para ejercer la profesión dignamente y la oportunidad de conocer personas realmente valiosas.



ÍNDICE	Pág
1. Introducción	6
2. Antecedentes	9
2.1 Definición y estadificación del cáncer oral	10
2.2 Epidemiología del cáncer oral	12
2.3 Factores de riesgo	20
2.4 Factores de riesgo asociados a lesiones premalignas	24
2.5 Detección de los estadios iniciales de cáncer oral más comunes	41
2.6 Conocimientos, actitudes y prácticas de tratamientos preventivos del cáncer oral	54
3. Planteamiento del problema	57
4. Justificación	60
5. Objetivos	62
6. Metodología	63
7. Resultados	73
8. Discusión	86
9. Conclusiones	92
10. Anexos	94
11. Referencias bibliográficas	102

RESUMEN

Objetivo: Identificar las actitudes, los conocimientos y la frecuencia de prácticas preventivas rutinarias para Cáncer Bucal que realizan los cirujanos dentistas dentro del consultorio. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en 160 cirujanos dentistas seleccionados por conveniencia de diversas alcaldías de la CDMX entre noviembre de 2018 a febrero de 2019. A los participantes se les entregó dos cuestionarios, el primero para medir actitudes, conocimientos y frecuencia de prácticas rutinarias en general y el segundo cuestionario con preguntas específicas para Cáncer Oral. **Resultados:** El 44% consideró al Cáncer Oral como una enfermedad bucal prevenible, 27% realizaba exploraciones ocasionales durante su consulta para detectar lesiones potencialmente malignas y 26% fomentaba la autoexploración en sus pacientes. **Conclusiones:** El fomento a las prácticas de prevención y difusión para la autoexploración por parte de los cirujanos dentistas es menor al 50%, lo que nos lleva a pensar en la falta de actitud hacia la prevención no solo del Cáncer Oral, sino de cualquier enfermedad. Por ello, es necesario evaluar periódicamente la práctica odontológica a fin de modificar la actitud de los cirujanos dentistas en el área preventiva.



1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer se define como un proceso de crecimiento incontrolado de las células, invadiendo tejidos adyacentes y provocando metástasis en zonas distantes del cuerpo. ¹

El cáncer oral entonces, se define como cualquier neoplasia maligna que surja dentro de la cavidad oral. El cáncer oral y bucofaríngeo representa no más del 3% de la totalidad de neoplasias malignas y es un problema de salud pública ya que el 65% de los casos se diagnostica en etapas avanzadas. Esto conlleva no sólo a un pronóstico desfavorable que repercute en la función y estética del paciente si no que disminuye las probabilidades de vida; teniendo así que los sobrevivientes tienen solo 5 años más de vida después de diagnosticar el padecimiento. ³

Los factores de riesgo más comunes relacionados al desarrollo de estas neoplasias malignas son el tabaco, el alcohol y el consumo combinado de ambos.

Se sabe que el tabaco contiene múltiples carcinogénicos que producen cambios en la mucosa bucal, promueven la aparición de lesiones precancerosas e intervienen en el proceso de cicatrización. El alcohol a su vez modifica el ADN celular y se metaboliza en forma de aldehído, sustancia tóxica y carcinogénica. ⁴



En los últimos años se ha asociado al Virus de Papiloma Humano (VPH)⁵ para el desarrollo de neoplasias malignas; incluyendo en la cavidad oral. La exposición constante a los rayos UV, la baja ingesta de frutas y verduras (ricos en antioxidantes); así como una deficiente higiene oral y el uso de prótesis mal ajustadas son consideradas también factores de riesgo, aunque no hay gran información sobre este tema.⁴

Por otro lado, las prácticas preventivas en México no son ejecutadas de manera adecuada o constante. Aunque existen campañas nacionales y locales sobre la prevención y detección temprana del cáncer, éstas solo se enfocan en las neoplasias más comunes, como el cáncer de pulmón y cáncer de mama, dejando de lado el cáncer de cavidad oral (CCO). Aunado a esto, nos encontramos que en la práctica privada son pocos los cirujanos dentistas comprometidos con la educación y modificación de hábitos dañinos al paciente pues no se incluye en la historia clínica el tipo y tiempo de consumo de sustancias tóxicas como el tabaco y alcohol, muchos de ellos no están interesados en modificar los hábitos o no conocen las técnicas ni los centros de apoyo para abandonar una adicción; además de ello, se piensa que el área de la prevención es una medida poco redituable y con resultados que no son tangibles a corto plazo.



Todos estos son agraviantes para que el cáncer oral, no sólo en México, si no a nivel mundial, posea los peores pronósticos con una alta tasa de mortalidad. Por esta razón, el propósito del trabajo se enfoca en conocer las actitudes, conocimientos, así como la frecuencia de las prácticas rutinarias para el cáncer bucal que realizan los dentistas dentro del consultorio.



2. ANTECEDENTES

El cáncer es una anomalía de los seres vivos desarrollándose por una falla en el control de crecimiento, proliferación y muerte de una célula, de manera normal. Es consecuencia de una interacción de múltiples factores de riesgo, como los físicos, químicos, genéticos, infecciosos o factores relacionados al estilo de vida del individuo.⁶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolada de células, pudiendo aparecer en cualquier parte del cuerpo. Este tumor suele invadir el tejido circundante, provocando metástasis en diferentes zonas.⁷ Para 2015 se registraron 8.8 millones de defunciones a nivel mundial a causa de esta enfermedad, es decir, una de cada seis muertes debido a ello (16% a nivel mundial).⁷

A pesar de que 30 % y 50% de los cánceres son prevenibles, solo uno de cada cinco países de ingresos medianos o bajos cuenta con los datos necesarios para impulsar y mejorar las políticas de lucha contra la enfermedad. Esta cifra es alarmante ya que 70% de las defunciones por cáncer en el mundo provienen de países de bajos o medianos ingresos.⁷

El CCO puede dividirse desde el punto de vista epidemiológico y clínico patológico en tres categorías: carcinomas propios de la cavidad oral, carcinomas del labio

bermellón y carcinomas orofaríngeos. En general, los tumores intraorales son más frecuentes en hombres que en mujeres, sin embargo, hoy en día esta relación va disminuyendo, y puede atribuirse a que las mujeres cada vez están más expuestas a factores de riesgo como el tabaco y el alcohol ⁸. También existe una mayor afectación en hombres de raza afroamericana que en blancos ⁸.

El caso del cáncer en el labio bermellón es más frecuente en hombres y se asocia principalmente a la exposición al sol, y en algunas ocasiones se puede asociar a la zona de sujeción de pipa o de cigarrillos. Es de suma importancia destacar que a pesar de la evolución en tratamientos de quimioterapia, radiación y cirugía, la tasa de supervivencia a los 5 años no ha mejorado y sigue manteniéndose alrededor del 50 %.⁹

2.1 Definición y estadificación del cáncer oral

El CCO incluye cualquier neoplasia maligna que surja dentro de la cavidad oral.² Este padecimiento es un conjunto de múltiples trastornos que presentan diferente etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento. Es una enfermedad con una alta tasa de mortalidad ya que en etapas finales es de difícil control e inclusive si se detecta en estadios tempranos, el tratamiento conlleva daño colateral a estructuras adyacentes; afectando así la deglución, fonación y estética. ¹⁰

Con base en los hallazgos preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios, se ha internacionalizado la clasificación clínica de los carcinomas, el Sistema **T** (Tumor) **N** (Número de ganglios afectados) y **M** (Metástasis) incluye las definiciones de la *Union Internationale Controle le Cancer* (UICC) y las adapta para los carcinomas de cavidad oral y epitelio laminado. (Cuadro 1).¹¹ Esta clasificación se elaboró en 1943 por el profesor Pierre Denoix junto con la *Union Internationale Controle le Cancer* y, en la actualidad, se utiliza como marco de referencia para las neoplasias malignas de origen ginecológico y en otras localizaciones.¹²

Cuadro 1. Sistema TNM para la estadificación de tumores malignos¹¹

T	TUMOR PRIMARIO
TX	No se puede apreciar tumor maligno
T0	Ningún punto de apoyo para el tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor de 2 cm o menos
T2	Tumor de más de 2 cm, pero menor a 4 cm de dimensión mayor
T3	Tumor mayor a 4 cm
T4	Labios: Tumor infiltra estructuras colindantes como huesos corticales, lengua y piel del cuello. Cavidad oral: Tumor infiltra estructuras colindantes como huesos corticales, músculos exteriores, músculos de la lengua, cavidad maxilar o piel.
N	GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (NODI)
NX	No se pueden apreciar los ganglios linfáticos regionales
N0	Ninguna metástasis de ganglios linfáticos regionales

N1	Metástasis en ganglios linfáticos ipsolaterales solitarios, 3 cm o menores
N2	Metástasis en ganglios linfáticos ipsolaterales solitarios, más de 3 cm pero menores a 6 cm o en ganglios ipsolaterales múltiples menores a 6 cm, o en ganglios contralaterales o bilaterales menores a 6 cm
N2a	Metástasis en ganglios ipsolaterales solitarios mayores a 3 cm pero menores a 6 cm.
N2b	Metástasis en ganglios ipsolaterales solitarios menores a 6 cm
N2c	Metástasis en ganglios contralaterales o bilaterales no mayores a 6 cm
N3	Metástasis en ganglios linfáticos mayores a 6 cm de dimensión mayor
M	METÁSTASIS DISTALES
MX	No puede apreciarse la presencia de metástasis distales
M0	Ninguna metástasis distal
M1	Metástasis distal

2.2 Epidemiología del cáncer oral

A nivel mundial, la American Cancer Society estima que el CCO ocupa el décimo lugar entre los cánceres más comunes; sobre todo en el sexo masculino, con 170,900 casos estimados hasta 2008.² La mayoría de estos casos se reportan en países desarrollados y resultan en defunciones. Más del 95% de los cánceres orales se reportan como carcinomas escamocelulares (o carcinoma oral de células escamosas), presentándose ulceraciones que no cicatrizan debido a la destrucción del tejido, invasión submucosa, márgenes elevados y con eversión.²

Según datos de la Federación Dental Internacional (FDI), en 2012, se registró una incidencia de cáncer oral a nivel mundial de 100, 000 personas en la población



mayor de 15 años.¹⁴ Los países que encabezan la lista son India, Pakistán, Hungría y Papua Nueva Guinea, ¹³ esto debido al hábito en estos países donde el consumo de tabaco es mascado con betel (planta que se mezcla con la nuez del mismo y diversas especias); manteniéndolo en la cavidad oral por largo tiempo y que se ingiere a través del bolo alimenticio. ¹⁴

La zona sur del continente asiático es la región con mayor incidencia, pero el este de Europa, Francia y algunas partes de África y de América Latina también tienen elevada carga de cáncer oral. ¹³ Por lo que se refiere a México, a pesar de existir múltiples estudios sobre el cáncer oral, existen muy pocos datos estadísticos que nos den una idea sobre la incidencia, prevalencia y defunciones sobre la misma. Las defunciones por tipo de tumor en 2008 dieron como resultado que más del 80% de los casos se trataban de tumores malignos. ¹⁵

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), lanza en 2011 el Perfil Epidemiológico de los Tumores Malignos en México, ¹⁵ donde realiza una vigilancia en 2004, 2005 y 2006 para los diferentes tumores malignos que afectan a la población. En 2004, se realizaron 1657 registros histopatológicos de tumores en cavidad bucal, labio y faringe (1.44% del total de registros a nivel nacional). Para 2005 fueron 1406 registros (1.25% nivel nacional) y en 2006 fueron 1369

registros (1.2% a nivel nacional). En el cuadro 2, se muestran las tres principales zonas de la cavidad bucal donde se registraron casos de tumores malignos. ¹⁵

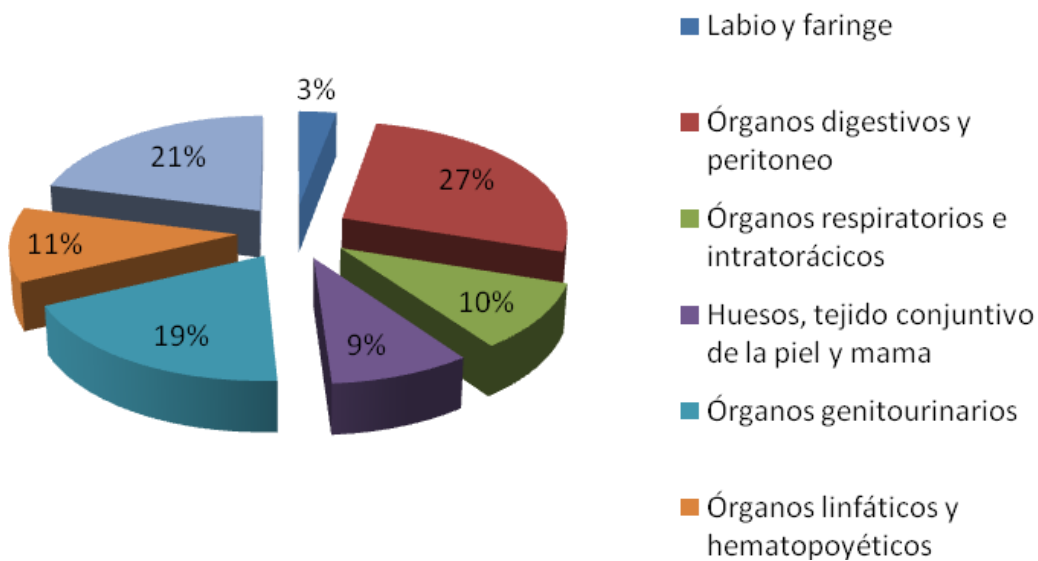
CUADRO 2. Tumores primarios in situ en cavidad oral¹⁵

Posición	Sitio	2004	2005	2006
		n (%)	n (%)	n (%)
1ero	Base de la lengua	330 (0.29)	350 (0.31)	295 (0.28)
2do	Glándula parótida	239 (0.21)	213 (0.19)	220 (0.21)
3ero	Paladar	148 (0.13)	127 (0.11)	125 (0.12)

De los tumores primarios de sitios múltiples in *situ*, el sexto lugar lo obtuvo el carcinoma in situ de cavidad bucal con 39 casos representando 0.04% del total de los registros en 2006. ¹⁵

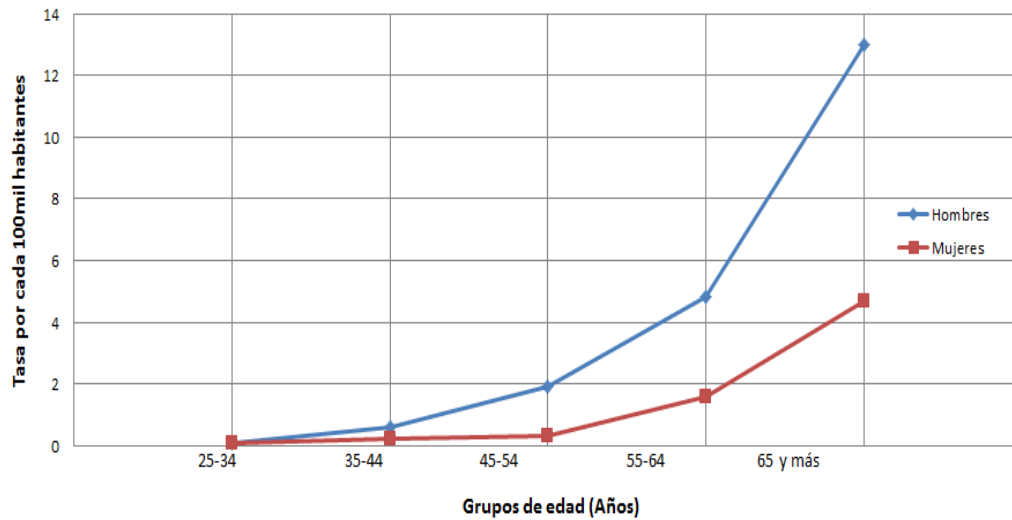
En la gráfica 1, el SINAVE en 2011 presenta el porcentaje de tumores malignos distribuidos según la causa de acuerdo con datos reportados en el año 2008, donde el tumor maligno de boca y faringe representaron el 19% de las defunciones con 930 casos reportados, de los cuales 656 fueron hombres y 274 mujeres. ¹⁵

Gráfica 1. Porcentaje de tumores malignos según su histogénesis, 2008 ¹⁵



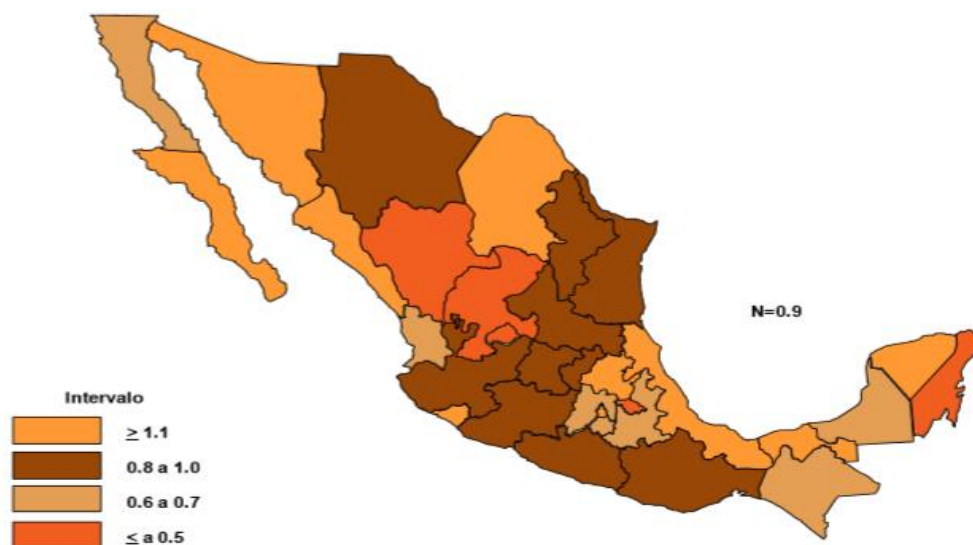
La tasa de mortalidad fue mayor en hombres con una relación de hombre : mujer de 2.4 a 1, probablemente porque el consumo de alcohol y tabaco sigue siendo más frecuente en los hombres. Los grupos de edad más afectados sin distinción de sexo son las personas mayores de 55 años (Gráfica 2). ¹⁵

Gráfica 2. Tasa de mortalidad por tumores malignos del labio, cavidad bucal y faringe, según grupos de edad y sexo, 2008.¹⁵



De acuerdo a la entidad federativa, los estados que presentan tasas de mortalidad más altas son Colima, Veracruz, Baja California Sur, Yucatán y Tabasco (Figura 1).¹⁵

Figura 1. Tasa de mortalidad por tumores malignos del labio, cavidad bucal y faringe, según entidad federativa, 2008.¹⁵



A nivel mundial, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) en el 2016, posicionó a México como uno de los países con tasas más bajas de mortalidad e identificó las lesiones más atendidas en personas mayores de 20 años (Cuadro 3) ¹⁶ De los 1214 casos reportados, 346 (28.5 %) presentaban lesiones con más de 3 semanas de evolución. De ellas, 79.4% presentaban aumento de volumen (registrado como tumor) y 11% eran úlceras con más de 10 días de evolución. ¹⁶

Cuadro 3. Lesiones de mucosas bucal en personas de 20 años y más, atendidas en servicios de salud.¹⁶

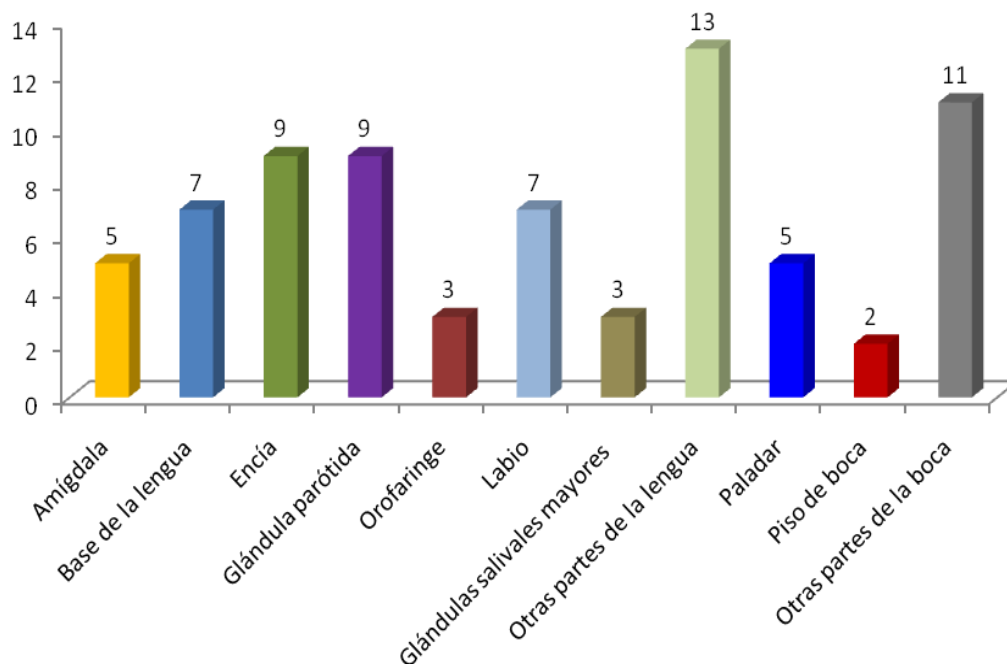
Tiempo de evolución (semanas)	Tipo de lesión (frecuencia)					
	Úlcera	Leucoplasia	Eritroplasia	Lesión mixta	Aumento de volumen (Tumor)	Total
< tres	334	29	42	11	452	868
> tres	39	13	13	6	275	346
Total	373	42	55	17	727	1214

En ese mismo año, los registros del Instituto Nacional de Cancerología (InCan) reportaron que el cáncer de cabeza y cuello se encontraba dentro de los primeros

diez cánceres más comunes, con **74 casos nuevos** registrados en 2016; siendo el tumor de laringe el más común con 26 casos reportados, seguido del cáncer de lengua.¹⁷

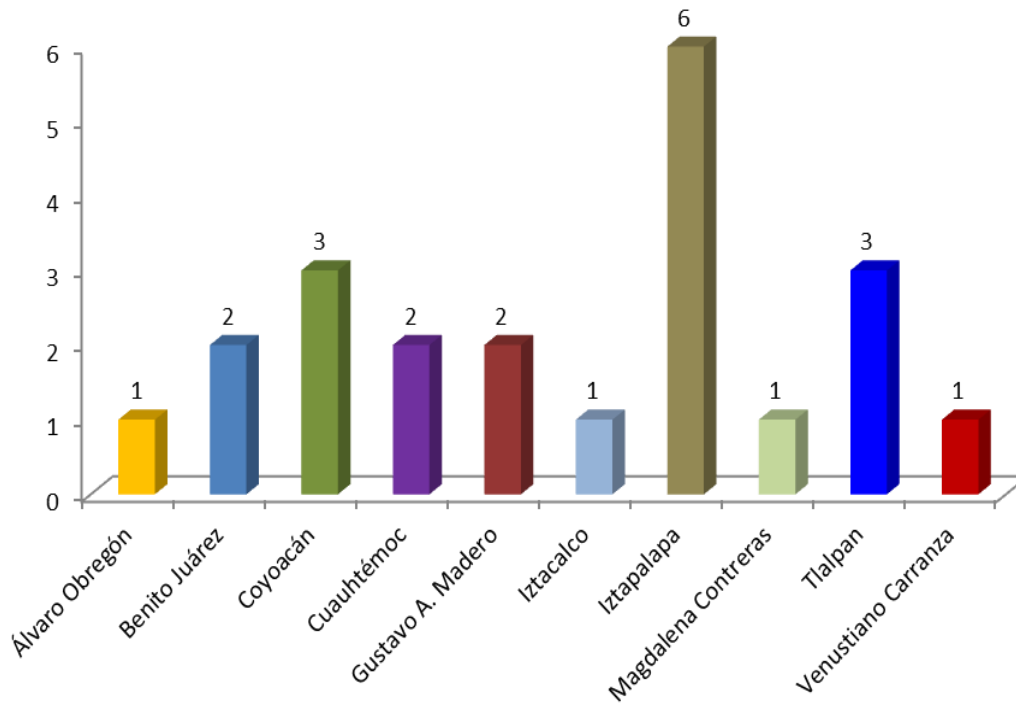
La gráfica 3, muestra la frecuencia de los tumores malignos de acuerdo a su localización en la cavidad bucal, siendo el tumor de lengua el más frecuente con un 17.5%; seguido de otras áreas no específicas de la boca con un 15%.¹⁷

Gráfica 3. Frecuencia de tumores malignos de acuerdo a su localización en cavidad bucal. InCan 2016⁽¹⁷⁾



Respecto a la prevalencia de cáncer por alcaldía en la Ciudad de México, Iztapalapa (con 6 casos), representando el 27% de la totalidad de los casos; seguido de la alcaldía de Coyoacán y Tlalpan (con 3 casos reportados) que son el 13.6% del total de las neoplasias malignas reportadas en el 2016. (Gráfica 4) ¹⁷

Gráfica 4. Prevalencia por alcaldía en la CDMX de acuerdo a datos registrados por el InCan en 2016.⁽¹⁷⁾



2.3 Factores de riesgo

Múltiples han sido los factores de riesgo asociados al desarrollo del CCO y, aunque se desconoce el modo exacto en cómo interactúan, cada uno de ellos se relaciona con el desarrollo de la enfermedad.

- Tabaco

El tabaquismo es el factor de riesgo más importante, en el año 2000 se estimó que más de 40,000 muertes anuales estaban relacionadas con el consumo de tabaco y a pesar de existir una prevalencia en el género masculino, la tendencia se ha incrementado en el género femenino en los últimos años.^{18,19} La adicción al tabaco es provocada principalmente por la nicotina, una de las tantas sustancias que contiene el cigarro, y a pesar de no ser una sustancia cancerígena, provoca un gran apego. En el tabaco se han encontrado más de 4000 sustancias que provocan daños permanentes al pulmón ²⁰ así como promueven el desarrollo de procesos premalignos y malignos.¹⁹ El monóxido de carbono producido por el humo del cigarro disminuye la capacidad de regeneración celular.¹⁹

Respecto a las acciones preventivas que se realizan en consultorios dentales, múltiples han sido los estudios donde investigan si los cirujanos dentistas preguntan a sus pacientes sobre el tipo de tabaco consumido, cantidad y



frecuencia; pero se han encontrado que muy pocos profesionistas intervienen en remitir o ayudar al paciente a dejar de fumar.

En 2009, se realizó una encuesta a 293 odontólogos en Venezuela, España e Italia donde se evaluó el conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de tabaquismo, así como las prácticas realizadas en clínica; además del diagnóstico en cáncer bucal. Los odontólogos europeos preguntaban datos relacionados con el tabaquismo en la primera consulta y, aunque la mayoría motivaba a sus pacientes a dejar de fumar, más del 70% de los encuestados no recomendaban ninguna terapia de apoyo. Las recomendaciones hechas consistían en recetar parches y chicles de nicotina, mejorar la higiene bucal y referencias a otros médicos.²⁰

En el 2012 Anderson Rocha (Colombia) realiza un estudio mostrando que más de la mitad de los cirujanos dentistas reconocen el tabaco como un factor de riesgo, 74.1% se sienten preparados para explicar el riesgo de su consumo, pero sólo 35% lo incluyen en la historia clínica. Dentro del interrogatorio 60% incluye el consumo previo, el tipo y la cantidad de consumo.²¹

Stillfried en Chile (2016), demostró que los cirujanos dentistas de ese país conocían y explicaban los riesgos del tabaquismo a nivel oral (alrededor del 78%

de los encuestados los explicaban) pero no se dedicaban a indagar sobre el consumo previo o si los pacientes habían intentado abandonar el hábito.²² En diversos estudios, ²³⁻²⁹ los resultados son similares ya que, aunque conocen la relación del tabaco y la aparición de neoplasias malignas, no dedican el tiempo para hablar y educar al paciente en cuidar su salud y mucho menos anexan a la historia clínica datos importantes como la cantidad y frecuencia de consumo del cigarro; factor importante para determinar si un paciente es de alto riesgo a desarrollar cáncer bucal.

- Alcohol

El alcohol es una sustancia química localizada en la cerveza, el vino y en ciertas sustancias farmacéuticas, así como en enjuagues bucales y productos de limpieza. Las sustancias más comunes son el etanol o el alcohol etílico.³⁰ Se sabe que cuanto más alcohol ingiere una persona, más es el riesgo de presentar cáncer. El consumo de este químico es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer en cavidad bucal, faringe y laringe y aumenta si se combina con el consumo de tabaco. Sus metabolitos provocan daño en el ADN celular; volviéndose tóxico y cancerígeno; además de disminuir la capacidad de absorción de nutrientes. Se le ha relacionado también daño y atrofia epitelial.^{30,31}



La mayoría de los estudios encuentran que el riesgo de desarrollar cáncer de cabeza y cuello disminuye cuando una persona deja de beber alcohol, pero no es una reducción inmediata. Por el contrario, un análisis de 13 estudios concluyó que el riesgo asociado al alcohol no disminuyó hasta por lo menos 10 años después de la última ingesta. Hasta 16 años después de haber abandonado la adicción, aún el riesgo era mayor en comparación con aquellas personas que nunca habían bebido.³⁰

Respecto a México, la prevalencia de ingesta de alcohol en el periodo de 2016 a 2017 fue de 59.8% en hombres y 39% para mujeres. Por lo que es considerado como la droga de mayor impacto y de mayor demanda en los centros de atención contra las adicciones.³² Gustavo Cruz en 2006 estudió la respuesta de 1025 dentistas de Estados Unidos obteniendo como resultado que 33% (338) proporcionaron información a sus pacientes sobre el riesgo del consumo de alcohol, sin embargo, 26% aconsejó reducir su consumo; 10% evaluó la disposición para reducir el hábito y tan solo 3% desarrolló un plan para reducir el consumo y seguir el proceso.³³

Pia López en España en el 2010, realizó un estudio, donde 27% de los participantes se encontraban entrenados para proporcionar ayuda en el cese de consumo de alcohol en sus pacientes. Casi el 80% de ellos estuvieron de acuerdo

en que los cirujanos dentistas requieren formación o entrenamiento para educar al paciente a ayudar al cese de las adicciones.²³

Dos años después, Anderson Rocha ²¹ menciona que 56% de los cirujanos dentistas reconocen al alcohol como un factor de riesgo, 67.7% cree estar preparado para explicar el riesgo del consumo de alcohol, 76% añaden el uso constante de alcohol en la historia clínica y más del 80% preguntan sobre el tipo y cantidad de alcohol consumido. ²¹

Para finalizar, Stillfried y cols. (2016) reportan que 83.4% de los cirujanos dentistas reconocen el riesgo en el consumo de alcohol como factor para el desarrollo de cáncer de labio y 57.1% está apto para explicar los riesgos del consumo a sus pacientes. Aunque la mayoría de los cirujanos dentistas (80%) pregunta a sus pacientes por el consumo actual de alcohol, solo el 66% investiga el tipo, cantidad y frecuencia del consumo. ²²

2.4 Factores de riesgo asociados a desórdenes potencialmente malignos (DPM)

Los Desórdenes Potencialmente Malignos (DPM) son presentaciones clínicas que conllevan un riesgo para el desarrollo de CCO; ya sea como una lesión precursora clínicamente definible o en la mucosa oral clínicamente normal.⁵³

A continuación, se muestra una lista que enumera los DPM propuestos por la OMS en su última clasificación del 2017:

- Leucoplasia
- Eritroplasia
- Eritroleucoplasia
- Fibrosis oral submucosa
- Disqueratosis congénita
- Queratosis del masticador del tabaco
- Lesiones palatinas asociadas con fumar al revés
- Candidiasis crónica
- Liquen plano
- Lupus eritematoso discoide
- Glositis sífilica
- Queilitis actínica

Existen lesiones premalignas consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de cáncer en cavidad bucal. Los signos clínicos de alerta para estas lesiones con riesgo a malignizarse son:

- Superficie amplia de inflamación debajo de la lesión y/o en su periferia.
- Aumento en el grado de transformación o degeneración epitelial que se manifiesta con tendencia progresiva a la queratinización y/o erosiones.



A pesar de ello, no es posible diferenciar clínicamente una leucoplasia precancerosa y un carcinoma in situ, esto sólo es posible a partir del estudio histopatológico que da pauta para el diagnóstico oportuno. ¹¹

Las lesiones asociadas a cáncer en cavidad bucal son:

- Leucoplasia

La OMS la define como una mancha blanca de la mucosa, sin posibilidad de limpieza y que no puede atribuirse a ninguna enfermedad definida.¹¹ La literatura relaciona esta lesión como una lesión premaligna; considerando su alta tasa de malignización con el paso del tiempo. La leucoplasia precancerosa es la lesión premaligna más frecuente de la cavidad bucal, entendiéndose como un tejido alterado morfológicamente durante mucho tiempo que, sin ser precisamente cáncer, es un alto factor de riesgo para desarrollarlo.¹¹ Estas lesiones se distinguen ya que presentan manchas en la mucosa; además de tener un patrón de crecimiento papilar. Aquellas localizadas en piso de boca y bordes laterales de la lengua presentan mayor tendencia a la transformación maligna. Pueden presentarse como lesiones verrugosas (protuberancias, nódulos o verrugas) o de forma erosiva (superficie irregular que se alterna con zonas eritematosas). ¹¹

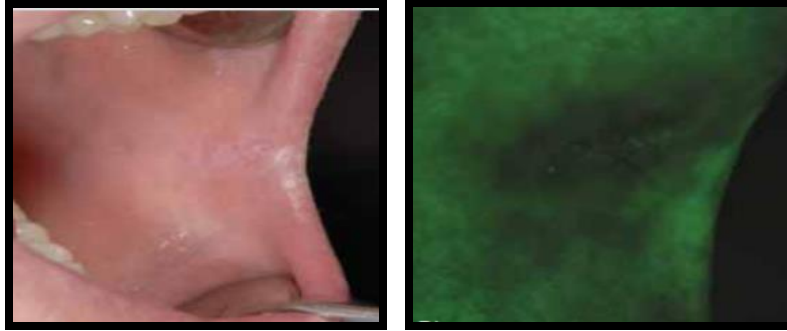


Figura 1. Leucoplasia en comisura oral; Figura 2. Imagen por auto fluorescencia, demostrando el cambio de coloración en el área afectada.⁸

- Eritroplasia

Es una lesión correspondiente a la leucoplasia, sólo que de color rojo. Aparece pocas veces en cavidad oral y clínicamente se aprecia una mancha roja que no es atribuída a ninguna enfermedad. Puede presentarse de un color rojo oscuro, bien delimitado en su periferia, localizada a nivel de mucosa y con una superficie levemente granular. Puede producir hemorragias leves si existe alguna irritación mecánica.¹⁰

Thompson² la define como un parche aterciopelado de aspecto rojizo, con una superficie lisa, hundida y bien delimitada; se presentan de manera aislada e histológicamente, contienen un epitelio atrófico y presentar de displasia severa a carcinoma *in situ*. Las lesiones son sintomáticas, de manera que los pacientes

pueden percatarse de su presencia por las zonas de sensibilidad o dolor en la mucosa. Se considera con mayor potencial de malignización ya que podría estar presente un carcinoma invasivo en etapa temprana. ²



Figura 3. Eritroplasia en borde lateral de la lengua ⁸

- Eritroleucoplasia

Es una lesión formada por parches leucoplásicos nodulares sobre un fondo de cambios eritroplásicos. Es menos común que la leucoplasia y puede aparecer en cualquier lugar de la cavidad bucal, pero es más común en las comisuras labiales, en piso de boca o asociada a una infección crónica por *candida albicans*. Son lesiones de alto riesgo y mayor inclinación a desarrollar cáncer que las leucoplasias homogéneas. ² En la tabla 4, se muestran los signos asociados con un alto riesgo de transformación maligna de una lesión precancerosa.



Fig. 4 Leucoplasia en borde de la lengua; Fig. 5 Eritroleucoplasia en área lateral de la lengua. ⁸

- Fibrosis oral submucosa

Enfermedad crónica de la mucosa de la cavidad oral, orofaringe y esófago. Los síntomas incluyen una sensación de gran ardor por la comida irritante o picante; además de producir un blanqueamiento de la mucosa, el epitelio adquiere una textura rígida y aparecen bandas fibrosas en los carrillos y pilares palatinos; debido a la aparición de fibras de colágeno. ²

Esta patología se presenta principalmente en aquellas personas que consumen nuez de areca o quid de betel (generalmente en el continente asiático). Posterior a estos signos, los pacientes presentan una pérdida de vascularidad y atrofia del epitelio; predisponiendo al tejido para el desarrollo de un carcinoma escamocelular.



Fig 6. Lesión blanquecina en el borde del labio inferior; Fig 7 Apertura bucal limitada ocasionada por la fibrosis oral

- Disqueratosis congénita

Trastorno congénito, de carácter hereditario, que se manifiesta con leucoplasia oral, pigmentaciones cutáneas que van desde el color marrón hasta el grisáceo, anomalías hematológicas e inmunodeficiencia. ²

En cavidad oral se pueden observar úlceras o vesículas en la mucosa y la lengua; seguidos de puntos o lesiones necróticas. Después de los 30 años, los pacientes desarrollan leucoplasia erosiva. ²



Fig. 8. Zonas lenticulares de atrofia con aspecto reticulado; Fig. 9. Leucoplasia en lengua

- Queratosis del masticador de tabaco

Es una hiperqueratosis (engrosamiento excesivo del estrato córneo) provocada por el hábito del tabaquismo, ya sea en cigarros, puros o pipas. Clínicamente, se observan estrías de tonalidad blanca, finas y ligeramente elevadas. La hiperqueratosis ocurre cuando existe un constante estímulo nocivo, esto provoca la formación de queratina como medio de protección para el epitelio no queratinizado; teniendo como consecuencia, la formación excesiva de queratina. ¹⁰



Fig 10. Paladar de un paciente fumador de pipa.

- Lesiones palatinas asociadas con fumar al revés

El hábito de fumar de manera inversa es una costumbre de los grupos con bajos recursos económicos, además de que se presenta en las zonas cálidas o tropicales, con mayor frecuencia en las mujeres, especialmente después de la tercera década de la vida. El sitio oral más afectado es el paladar y por ello, suelen

presentarse leucoplasias asociadas a este hábito. La lesión se presenta como una placa blanca, afectando cualquier zona de la mucosa bucal; el tamaño es variable, desde un 1 cm de diámetro hasta llegar a ocupar gran área de la mucosa, la superficie puede ser lisa o rugosa, el color puede ser desde una tonalidad blanca, amarilla o gris, generalmente asintomática. ²



Fig 11. Leucoplasia del paladar en el cuadrante derecho, de aspecto verrugoso, color grisáceo; que no se desprende al raspado.

- Candidiasis crónica

La candidiasis es una infección producida por el hongo *Candida albicans*, que es la especie mayormente asociada a lesiones orales pero también podemos encontrar otras cepas patógenas de *Candida* *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii*. Considerada como una infección oportunista, la candidiasis se puede clasificar en primaria (pseudomembranosa, eritematosa e

hiperplásica) y secundaria; siendo la primaria la que tiene mayores presentaciones

clínicas: ⁴⁵

- Candidiasis pseudomembranosa (aguda y crónica).
- Candidiasis eritematosa (aguda y crónica).
- Candidiasis hiperplásica (leucoplásica), que puede estar asociada a:

Estomatitis protésica, queilitis angular o glositis romboidal.

Clínicamente, se observa como una mancha o área roja de aspecto puntiforme, localizada generalmente en el tercio medio o posterior del dorso lingual, mucosa bucal y paladar duro, puede ser asintomática, aunque los pacientes suelen referir sensación de ardor; sobre todo en la ingesta de alimentos. La citología exfoliativa nos dará un diagnóstico para *Candida sp.* y si después de tres semanas de iniciar el tratamiento con antimicóticos, la infección persiste, se refiere a un especialista para el estudio histopatológico de la lesión. ⁴⁵



Fig 12. Candidiasis crónica en el dorso de la lengua ⁴⁵

- Liquen plano

Enfermedad inflamatoria cutánea que afecta la piel, mucosas, pelo y uñas, con predilección del sexo femenino y una incidencia entre los 30 y 60 años de edad. Se origina después de una reacción inmunológica mediada por los linfocitos T ante la llegada de antígenos desconocidos a la epidermis y se manifiesta clínicamente como lesiones o estrías de aspecto blanquecino, atrofia epitelial e incluso zonas erosionadas. ²



Fig 13. Lliquen plano en muñecas; Fig 14. Estrías de Wickham en carrillos

- Lupus eritematoso discoide

El lupus es una enfermedad autoinmunitaria de causa y patogenia aún no del todo claras. El lupus eritematoso cutáneo se clasifica en agudo, subagudo y crónico, según las manifestaciones clínicas y estudios clínicos, con riesgo de asociar afectación sistémica que varía entre cada uno. El lupus eritematoso discoide es la

forma más común de lupus eritematoso cutáneo crónico. ⁴⁶ El Lupus Eritematoso Discoide (LED) se caracteriza por presentar placas de eritema, escama y atrofia en cara y regiones expuestas al sol, como el cuero cabelludo, cuello y pabellones auriculares. Las lesiones se observan con eritema y cambios en su pigmentación. El lupus discoide contiene lesiones con finas telangiectasias, escamas finas, blanquecinas; además de atrofia cicatrizal y manchas hiperpigmentadas. El rostro es el sitio con mayor número de lesiones; presentando lesiones de manera bilateral no sólo en cara y extremidades, sino también en el cuero cabelludo. Poco menos del 30% de los pacientes presentan manifestaciones a nivel oral. Estas lesiones se observan en los labios con ligero engrosamiento, rugosidad y zonas eritematosas; así como ulceraciones superficiales y costras. ⁴⁷



Fig 15. Lesiones eritematoescamoatróficas en rostro; Fig 16. Ulceraciones en labio superior e inferior.

- Glositis sifilítica

La sífilis es una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) producida por la bacteria *Treponema pallidum*; cursando por diversas etapas, la primera, en la cual se ve afectada la piel y mucosas y se observan úlceras no dolorosas (chancro) en la zona donde se produjo en contagio; donde las lesiones duran de 3 a 6 semanas⁴⁸. La sífilis secundaria se produce con la aparición de lesiones papulares en extremidades, palmas y plantas de los pies; así como en mucosa oral. Las lesiones en cavidad oral son de color grisáceas o blanquecinas. El goma sifílico es la lesión en la etapa terciaria; afectando en paladar duro, lengua o amígdalas. La glositis sifilítica se caracteriza por la atrofia del dorso de la lengua a consecuencia de una obliteración de los vasos linguales; favoreciendo a su vez, la aparición de leucoplasias y carcinomas.⁴⁸ La infección sifilítica produce una glositis intersticial; provocando una atrofia del epitelio y una pérdida de las papilas linguales.⁴⁹



Fig 17. Glositis sifilítica

- Queilitis actínica

Se considera como una patología inflamatoria crónica de los labios debido a la exposición de los rayos solares.⁵⁰ Otros autores la consideran como una forma incipiente y superficial de carcinoma de células escamosas. Se ubica principalmente en el borde bermellón del labio (sobre todo inferior) y suele presentarse como lesiones blancas no ulceradas, erosiones o úlceras en labio, mezcla de lesiones blancas o rojas y zonas en etapa de cicatrización. La forma crónica suele ser la más peligrosa ya que indica una exposición constante a los rayos UV. La mucosa se observa con un recubrimiento fino y pálido, además de zonas atróficas, erosiones o ulceraciones que tienden a lacerarse. Las personas que trabajan al aire libre (agricultores, obreros, etc) son el grupo de mayor riesgo por la constante exposición a radiaciones solares.⁵⁰



Fig 18. Lesiones blancas y rojas en labio inferior; Fig 19. Úlcera en labio inferior

Tabla 4. Signos asociados a una transformación maligna de una lesión precancerosa.²

Lugar de la lesión	<ul style="list-style-type: none">• Piso de la boca• Zona ventrolateral de la lengua• Trígono retromolar• Pilares palatinos
Apariencia clínica	<ul style="list-style-type: none">• Eritroplasia• Eritroleucoplasia• Leucoplasia verrucosa proliferativa• Leucoplasias no homogéneas• Enfermedad de lesiones múltiples
Comportamiento de la lesión	<ul style="list-style-type: none">• Rápido aumento de tamaño• Aparición de áreas rojizas o erosiones• Dolor, sangrado, ulceración• Desarrollo de induración o fijación

Ergun en 2009 evalúa los conocimientos de 300 cirujanos dentistas en Turquía y los distribuye en tres grupos. En el primero involucró a dentistas de consulta



privada, el segundo a dentistas de práctica pública y en el tercero incluyó a cirujanos dentistas que trabajan en la Universidad de Estambul. Dentro de los resultados, 85% admitió alguna dificultad para reconocer lesiones de la mucosa oral, 62% fallaron en reconocer los factores de riesgo asociados al cáncer bucal, 93% no realizaba biopsias de lesiones premalignas ni refería interconsultas con otros especialistas.²⁴ El 35% conocía las lesiones de la mucosa oral y gran parte de los encuestados preferían la interconsulta con otras especialidades por la dificultad de diagnóstico y tratamiento de las lesiones orales. En el estudio se remarcó el conocimiento insuficiente para la exploración bucal, así como el poco interés para seguirse preparando (63%). Aunado a esto, sólo 28% dan tratamiento a las lesiones de la mucosa oral. Estos resultados son de gran importancia ya que se sabe que las lesiones pueden tener un alto grado de malignización.²⁴

Asimismo, Hassona en Reino Unido (2015) menciona que poco más de la mitad de los participantes (66%) reconocieron a la leucoplasia como una lesión potencialmente maligna, seguida de la eritroplasia (44%). Casi 80% pudo reconocer los signos y síntomas del cáncer bucal pero solo alrededor del 40% pudo reconocer las lesiones iniciales del cáncer oral como lesiones blancas o eritematosas.³⁴



Múltiples son los estudios^{21,22,29} que demuestran la falta de conocimiento que presentan los cirujanos dentistas para reconocer las lesiones premalignas; así como el procedimiento de remisión a especialistas e incluso el tratamiento previo antes de que pueda desarrollar una lesión maligna. Son pocos los dentistas que saben que la eritroplasia tiene un mayor potencial de malignización; aunque es más fácil que reconozcan a la leucoplasia como una lesión premaligna. La mayoría reconoce las deficiencias que poseen para realizar un diagnóstico certero y poder identificar las lesiones al menos de manera clínica. Lo anterior nos da pauta para entender porque los pacientes con tumores malignos son diagnosticados en estadios avanzados.

- *Virus de Papiloma Humano (VPH)*

El VPH forma parte de la familia *Papillomaviridae*, causando lesiones hiperplásicas, papilomatosas y verrucosas en el epitelio escamoso estratificado de la piel y mucosas.⁴ En 1995, la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) vinculó el efecto cancerígeno en humanos en VPH tipo 16 y 18.⁵ En diversos estudios se ha demostrado la asociación entre VPH y el desarrollo de cáncer bucal, ya sea en pacientes con y sin exposición al tabaco y alcohol.⁴



Fig 20. Condiloma por VPH+42 en superficie ventral de la lengua



Fig 21g. Papiloma oral por VPH+11 en borde lateral de la lengua

2.5 Detección de los estadios iniciales de cáncer oral más comunes (CCO).

La *American Cancer Society* enumera múltiples signos y síntomas para identificar el CCO, sin embargo, Navarro propone otra forma de clasificación, la cual se presenta en la tabla 5: ^{35,36}

Tabla 5. Signos y síntomas que permiten identificar el desarrollo del cáncer oral ³⁶

SIGNOS Y SÍNTOMAS

DESCRIPCIÓN

Lesión primaria

En estadios tempranos, la lesión es asintomática y mientras el tiempo avanza, presenta una base con sensación táctil o visual; con un malestar vago y la sensación de un cuerpo extraño.

En lesiones pequeñas no hay dolor (estén o no ulceradas) y puede ser debido a su recubrimiento epitelial que evita la irritación de las terminaciones nerviosas. El dolor se hace presente cuando la neoplasia progresa e incapacita la función del órgano afectado.

Dolor

Odinofagia

El dolor es referido desde la lesión primaria hasta el oído del mismo lado. Suele ser una manifestación tardía del cáncer oral; sobre todo durante la deglución.

Sialorrea

Se presenta en casos avanzados de cáncer y es provocado por la estimulación nerviosa de la secreción de la glándula salival. Se puede acompañar de sepsis y dificultad para mover el órgano afectado.

Halitosis

Es consecuencia de la sepsis asociada a la lesión neoplásica y a la necrosis que está sufriendo el tejido. Puede existir también pérdida del gusto.

Disfagia

Es más frecuente en lesiones de la base de la lengua y en aquellos casos con gran compromiso del órgano; además de intensos dolores.

Fijación del órgano Se presenta solo cuando lesión se extiende y limita la movilidad del órgano. Se acompaña de edema y dolor.

Edema Es un síntoma tardío, puede ser parcial o general y se acompaña de la dificultad para digerir alimentos, dificultad en la expresión, disfagia y sialorrea.

Hemorragia Si la hemorragia es leve, se produce por la erosión de pequeños vasos capilares de la neoplasia, pero si es profusa y severa, se debe a la gran extensión y profundidad de la lesión ulcerada.

Metástasis cervical Al ser una neoplasia silenciosa, no debe ser considerado como un síntoma temprano ya que significa que la lesión tiene un tiempo apreciable de evolución.

Asimismo, aunado al interrogatorio y la identificación de signos y síntomas se sugiere las siguientes técnicas coadyuvantes de detección de cáncer en los estadios iniciales:

1. Técnica de azul de toluidina

Su aplicación se conoce desde hace más de 40 años en el campo de la ginecología. En odontología es posiblemente la técnica de detección más común.

Se basa en el uso de una tinción metacromática que tiene preferencia por los tejidos afectados por actividad inflamatoria, regenerativa o neoplásica, así como por zonas con alteraciones del ADN asociadas a lesiones pre o malignas. En los casos que se detecte o intuya alguna alteración sobre la mucosa puede considerarse esta técnica. Es un procedimiento sencillo y muy poco invasivo con la ventaja que permite en la mayoría de los casos evidenciar áreas con posible displasia o cáncer.⁸ Si el resultado es positivo se debe considerar también hacer una biopsia del tejido ya que el valor de la tinción es sólo de detección y se debe siempre complementar con el diagnóstico.⁸

2. Técnicas ópticas

Son técnicas que se basan en la interacción de los tejidos ante una luz específica.

Estas nuevas tecnologías tienen un gran valor potencial como coadyuvantes en la detección e identificación de posibles lesiones premalignas y malignas.

Básicamente existen dos técnicas, la quimioluminiscencia y autofluorescencia.⁸



La quimioluminiscencia se basa en una luz específica, resultado de la interacción de compuestos químicos contenidos en un vial plástico desechable (ViziLite®). La interacción de la luz producida sobre los tejidos permite observar una coloración blanca en las áreas hiperqueratósicas. El uso aislado de la quimioluminiscencia ha demostrado hasta un 100% de sensibilidad, sin embargo, los resultados son contrarios en especificidad y capacidad de detección de lesiones. Debido a esto, se ha asociado a una tinción previa de azul de toluidina (fenotiazina) lo que le confiere mejores propiedades (ViziLite Plus®). El uso combinado de la tinción más la quimioluminiscencia incrementa hasta en un 60% las características visuales de la lesión.⁸

En la actualidad existe en el mercado una unidad de autofluorescencia llamada Velscope®. Este equipo contiene una lámpara de haluro metálico, unido a una fibra óptica que conduce la luz. Esta luz es filtrada para producir la longitud de onda específica (de 400 a 460 nm) y es proyectada a la mucosa oral por un espejo dicróico. La luz emitida es de color azul y tiene la propiedad de excitar los tejidos, haciéndolos fluorescentes.⁸ Esta fluorescencia es reflejada y vuelve a pasar por la cadena óptica horizontal de la pieza de mano. El espectro de luz nocivo al ojo humano es filtrado y transmitido al ojo del operador. Este instrumento permite al clínico visualizar los tejidos sin necesidad de preparación adicional o análisis por

ordenador como era previamente necesario con la quimioluminiscencia o la citología oral. La luz azul generada producirá una coloración verde sobre las mucosas sanas, mientras que los tejidos afectados pierden la fluorescencia.⁸

3. Citología oral con cepillo

Es una técnica (Oral CDx®) sencilla. Consiste en frotar un cepillo de características especiales sobre la mucosa oral, arrastrando células descamadas y de las capas superficiales del epitelio.⁸ Esta muestra es aplicada y fijada sobre un portaobjetos y posteriormente es evaluada por ordenador al microscopio en los laboratorios de la casa comercial (OralScan), esto permite identificar posibles lesiones potencialmente malignas al evaluar los cambios de los queratinocitos al microscopio. Los resultados de esta técnica se clasificarán en positivo, atípicos, inadecuados o negativos. A diferencia de las otras técnicas citadas, a partir de los resultados obtenidos con este método se puede establecer un diagnóstico. Aún así, obtenido el resultado, si éste revela algún tipo de cambio, será necesaria la biopsia de la lesión para confirmar el resultado, debido a la alta frecuencia de resultados falsos negativos.⁸

4. Exploración en el consultorio dental y autoexploración

Posiblemente, es este uno de los puntos más importantes para la prevención del CCO porque ayuda a detectar lesiones malignas a tiempo y con ello aumentar la tasa de supervivencia de los pacientes. La exploración dentro del consultorio dental es un paso obligado no sólo para el llenado de la historia clínica, sino también para el control y comparación en los pacientes, sobre todo en aquellos que presenten factores de riesgo para el desarrollo de neoplasias malignas.³⁷

El tamizaje para cáncer oral es un procedimiento simple, efectivo, barato y no invasivo; que requiere de guantes, gasa y luz así como aproximadamente cinco minutos para realizarlo. Se recomienda a los cirujanos dentistas, estomatólogos y médicos de primer nivel, realizar como parte de su práctica rutinaria. El tamizaje a través de la exploración incluye:

- Examen Extra Oral:³⁷

- a) Inspección de la región de cabeza y cuello buscando asimetría, aumentos de volumen y/o hundimientos

- b) Palpación de las regiones submaxilar, supraclavicular y del cuello en busca de nódulos linfáticos (tamaño, número, crecimiento y movilidad)



c) Inspección y palpación de los labios y tejidos periorales en busca de anomalías

- Examen Intra Oral: ³⁷

Inspeccionar y palpar de manera secuencial todos los tejidos blandos (cara ventral, dorsal y laterales de la lengua, piso de la boca, mucosa yugal (de los carrillos) conductos salivales y paladar.

- Inspección de lesiones:

a) Evaluar las características específicas de cada lesión (tamaño, color, textura y contornos)

b) Poner atención especial en lesiones eritematosas o blancas, ulceraciones y/o lesiones induradas.

c) Documentación de las lesiones a través de un diagrama, para especificar localización y dimensiones.³⁷



Los pacientes pueden ser asintomáticos y tener lesiones orales ocultas que pueden ser detectadas con el tamizaje de rutina. El médico debe sospechar de una lesión premaligna, o ante lesiones como placas rojas o blancas, cambio en el color, textura, tamaño, contorno, movilidad, función y a una úlcera que no cura. ³⁷

Los pacientes sintomáticos, pueden presentar los siguientes síntomas: ³⁵

- Dolor no específico
- Odontalgia
- Pérdida de dientes
- Sangrado
- Disartria
- Disfagia
- Odinofagia
- Otagia
- Compromiso sensorial o motor de un nervio
- Masa en el sitio primario
- Linfadenopatía cervical

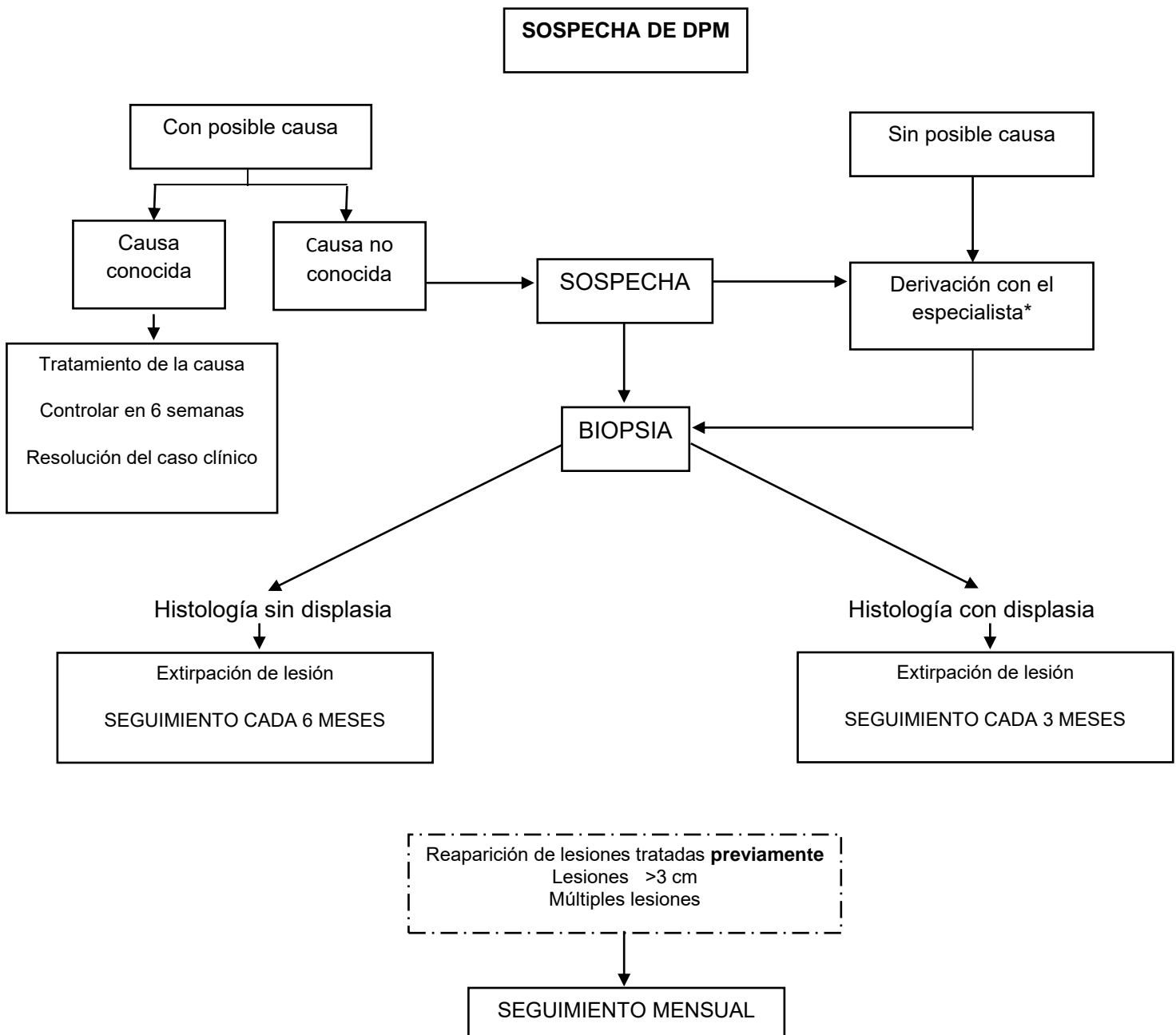


Ante la presencia de cualquiera de los datos ya referidos y sin evidencia de otras anomalías, es necesario realizar una exploración extraoral e intraoral para detectar lesiones premalignas (leucoplasia o eritroplasia) o malignas (masas con ulceración central, bordes no bien delimitados, lesiones exofíticas o endofíticas)

En el medio odontológico, ante la sospecha de una lesión premaligna o maligna, es necesario utilizar azul de toluidina para mejorar la probabilidad del diagnóstico clínico.

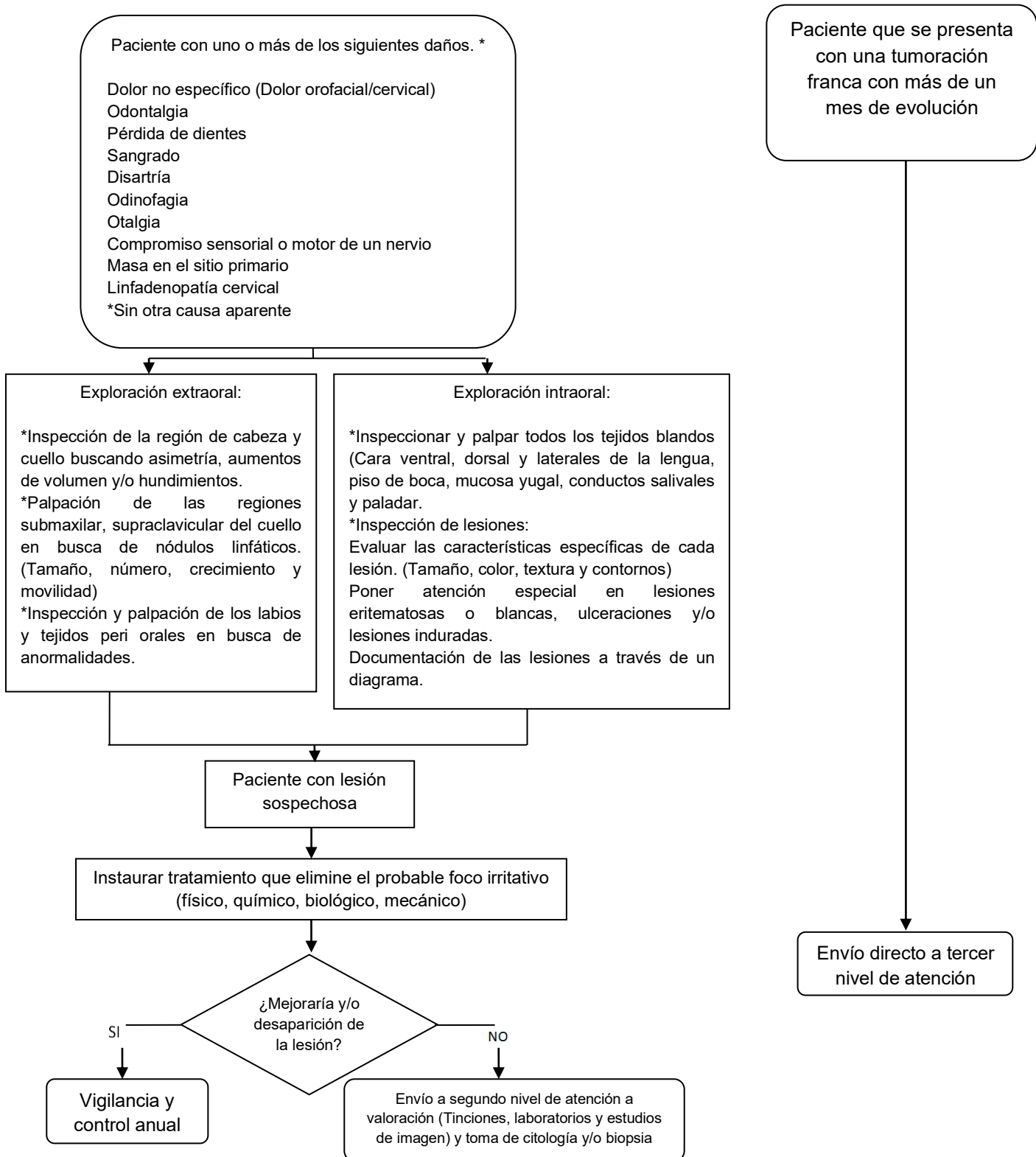
Algoritmo para el abordaje y seguimiento de desórdenes potencialmente malignos (DPM)

44



*Especialistas en Patología Oral y Maxilofacial, Medicina Oral, Cirujanos de cabeza y cuello, Otorrinolaringólogos.

Algoritmo del tamizaje para la detección de cáncer epidermoide³⁷





En 2010, Mohammed²⁸ (Arabia) realiza una muestra con 300 cirujanos dentistas y evalúa el nivel de conocimientos y prevención dental en la práctica clínica; obteniendo como resultado que la mayoría de los participantes realizaban solamente exploración visual con ayuda de un espejo intraoral y solo una tercera parte realizaba palpación de la cavidad oral. Aunado a esto, la mayoría refería a los pacientes que presentaban lesiones premalignas después de seis meses de haberlas presentado y pocos realizaban biopsias en la mucosa oral.²⁷

Anderson²¹ refiere que más de la mitad de los cirujanos dentistas se sienten aptos para realizar una palpación de linfonodos, sin embargo, menos del 40% cree estar capacitado para la detección de cáncer oral. Resalta que los exámenes de exploración de rutina no son aplicados de manera constante por dentistas de práctica general ni por especialistas; aunado a que no recibieron capacitación en los últimos doce meses. ²¹ A pesar de que muchos dentistas se sienten preparados para realizar un examen de exploración bucal, es contradictorio observar que poco más del 30% realiza exámenes rutinarios en pacientes mayores de 40 años.³⁸

Resultados similares muestran que pocos son los dentistas que durante la examinación de rutina realizan la palpación de linfonodos o de la mucosa oral y



cuando sea detectado lesiones sospechosas de cáncer a menos del 1% de los pacientes referidos con el especialista se les realizó una biopsia.^{23, 34}

2.6 Conocimientos, actitudes y prácticas de tratamientos preventivos de cáncer oral

La OMS ha implementado programas masivos de prevención contra el cáncer para reducir la morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los individuos.³⁶ Lo cierto es que el cáncer oral no ha presentado disminución en la incidencia durante los últimos 50 años, lo que nos hace cuestionarnos sobre la calidad de dichos programas así como la información que poseen los dentistas y cómo actúan ante los factores de riesgo asociados a la enfermedad. En muchas ocasiones se deja de lado la prevención y la detección temprana de enfermedades de la cavidad oral ya que se prefiere dar atención a los procedimientos restaurativos y quirúrgicos. Esto puede ser debido al menor costo-beneficio que percibe el cirujano dentista, la poca capacitación o información que se posee sobre el tema y los intentos fallidos que presentan cuando intentan ayudar a los pacientes para abandonar hábitos nocivos que repercuten en su salud oral.



Reyes Vivanco³⁹ (2009) menciona que en México, más de la mitad de los pacientes con cáncer oral consultaron como primera opción a un cirujano dentista, seguido de un médico general y, teniendo como premisa que el diagnóstico de cáncer oral se realiza en etapa avanzada y que la sobrevivencia de los pacientes es sólo de 5 años,³⁹ podemos deducir que muchos pacientes que acuden de primer instancia a consulta no son diagnosticados o remitidos a tiempo o, en su defecto, no reciben la orientación ni la educación preventiva necesaria.

En el 2005, se realiza en Brasil el primer estudio para la evaluación de conocimientos en cáncer oral; donde se cuestionó a 129 dentistas indagando las medidas preventivas que realizan durante la consulta privada, los resultados mostraron que 40% de los participantes no conocían los signos del cáncer oral y sólo 11% pudo reconocer los factores de riesgo asociados; 15% de ellos realizaban biopsias en lesiones premalignas y más del 60% no estaban seguros de la relación entre los factores de riesgo mencionados en el cuestionario y el desarrollo de neoplasias malignas. Aunado a esto, no había diferencia significativa entre el conocimiento de dentistas jóvenes y dentistas con más años de práctica dental.⁴⁰



En Italia, en ese mismo año, Guiseeppe y cols.⁴¹ En una muestra de 750 cirujanos dentistas, reportan que la gran mayoría de los participantes reconocían el consumo de tabaco y las lesiones premalignas como factores para el desarrollo de cáncer, no obstante, solo 55.6% preguntaban sobre el tipo de tabaco consumido. Poco más de la mitad (76%) reconocieron al COCE como la patología más común y realizaban exámenes rutinarios a diferencia de aquellos que no la reconocían (50%). Asimismo, 86% de los dentistas que recibieron un curso los últimos 12 meses presentaban mayor seguridad en la palpación de linfonodos.⁴¹ Por otra parte, Anderson Rocha²¹ (2012) mostró que menos del 50% de los cirujanos dentistas se encontraban aptos para realizar una adecuada exploración bucal y detectar lesiones malignas.²¹ Así mismo, 20% conocía las localizaciones más frecuentes del cáncer oral.

Del total de participantes, sólo la mitad aseguraban que sus pacientes conocían los factores de riesgo que desencadenaban el cáncer oral.²¹ Esto demuestra el poco interés y la falta de educación preventiva durante la consulta privada.⁴² Stillfried en Chile muestra resultados similares, 25% de los cirujanos dentistas interrogados poseían conocimientos sobre cáncer oral, 30% reportaron que reconocían signos y síntomas de la enfermedad y más del 40% realizaba palpación de linfonodos.²²

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cavidad oral (CCO) es una entidad compleja poco conocida por los profesionales de la salud y una de las mayores causas de morbilidad. Dentro de los tipos de cáncer, el de cabeza y cuello ocupa el 3% en general y es el sexto tipo más común en el mundo. La complejidad de los sitios anatómicos de la cabeza y cuello es un determinante para que, dado la aparición de un tumor, las estructuras de la cavidad oral, como labios, tercios de la parte anterior de la lengua, mucosa bucal, piso de boca, encías, trígono retromolar y paladar duro se vean afectadas, lo que representa una alta mortalidad.

Dentro de los diversos tipos de cáncer que afectan la cavidad oral, el tipo escamoso corresponde a más del 90% de las lesiones de carácter maligno. Se reconocen múltiples factores de riesgo, principalmente asociados a los hábitos de los pacientes, dentro de los cuales el consumo de tabaco sin duda es uno de los constituyentes más determinantes. Una de las ventajas del profesional de la salud y de los pacientes es la visión directa de las lesiones cuando ellas todavía son asintomáticas e insospechadas, sin embargo, la mayoría de los tumores diagnosticados corresponden a estadios avanzados, con un mayor avance en el



tamaño tumoral, compromiso local, regional y sistémico de éste, determinando menores porcentajes de sobrevida y mayor mortalidad.

Durante años, diversos estudios han mostrado que el cáncer oral presenta lesiones precursoras que no son consideradas neoplasias, pero se relacionan con una mayor probabilidad de evolucionar a un cáncer escamoso. Estas lesiones son consideradas como Desórdenes Potencialmente Malignos (DPM) y corresponden a diferentes entidades que inclusive no están directamente relacionadas con las neoplasias malignas. La progresión de DPM a CCO se ha reportado en un promedio de 3.5%.

La descripción semiológica del paciente con CCO suele considerar como grupo de riesgo a pacientes varones de la sexta a octava década de la vida, con consumo elevado de tabaco, alcohol y con mala higiene, sin embargo, la presentación clínica se relaciona con los diferentes sitios anatómicos comprometidos; con grupos de edad menores de 40 años con afección principalmente en lengua, donde existen variaciones que refieren un aumento en los últimos años del CCO en lengua, en mujeres jóvenes.



El clínico debe realizar una completa anamnesis que le permita relacionar los diferentes aspectos de la historia clínica del paciente con los hallazgos durante el examen físico, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las actitudes, los conocimientos y la frecuencia de prácticas preventivas rutinarias para el cáncer bucal que realizan los odontólogos de práctica general y con especialidades afines, dentro del consultorio?

4. JUSTIFICACIÓN

El objetivo principal del cirujano dentista es promover y restablecer la salud oral de las personas, por lo que una de las tareas más importantes es llevar a cabo una historia clínica completa en la que se incluyan los hábitos personales del paciente como la ingesta de tabaco y alcohol; el tipo, cantidad y frecuencia de su consumo, la alimentación que posee, antecedentes familiares o personales oncológicos así como enfermedades previas que pudieran ser un factor para el desarrollo de CCO (como el Virus de Papiloma Humano).

Otro objetivo importante es realizar una adecuada exploración intra y extra oral ya que por este método, es más fácil detectar lesiones premalignas o cambios en la mucosa oral que puedan indicar el desarrollo de alguna neoplasia maligna en estadios tempranos. Los cirujanos dentistas tienen la obligación de motivar al paciente para el cuidado de su salud oral; fomentando la autoexploración oral, la mejora en la alimentación y la disminución de factores de riesgo que puedan desarrollar algún tipo de enfermedad; tanto dental como sistémica. Asimismo, deben contar con la información necesaria para poder remitir a las instancias correspondientes a los pacientes que presenten algún tipo de adicción o dependencia a sustancias tóxicas.



Aunado a esto, es de vital importancia que el cirujano dentista sepa transmitir sus conocimientos para que el paciente tome consciencia de su salud oral y las repercusiones que acarrea el descuido de la misma.

El concepto de prevención y diagnóstico precoz del CCO son la base para mejorar la atención y salud oral y con ello, mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir la tasa de mortalidad que se presenta actualmente.



5. OBJETIVO GENERAL

Identificar las actitudes, los conocimientos y la frecuencia de prácticas preventivas rutinarias para Cáncer Bucal que realizan los cirujanos dentistas dentro del consultorio.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre las acciones preventivas para Cáncer Bucal
- Identificar las actividades o tratamientos preventivos desempeñados dentro del consultorio de manera habitual

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

El diseño se planteó como un transversal descriptivo

6.2 Población estudio

La población de estudio estuvo conformada por dentistas de práctica general y especialistas que actualmente lleven a cabo su actividad clínica en alguna de las alcaldías de la Ciudad de México.

La selección de la muestra se realizó considerando los siguientes criterios:

- Inclusión
 - a. Dentistas de práctica general o con alguna especialidad que se dediquen actualmente a la práctica clínica privada o pública.
 - b. Titulados y con cédula profesional
 - c. Con más de un año de experiencia
 - d. Que deseen participar

- Exclusión
 - a. Dentistas que se dediquen a la práctica clínica como ayudantes.

b. Que se dediquen a la práctica clínica y actualmente estén realizando una especialidad o diplomado.

- Eliminación

a. Dentistas que no contesten el cuestionario por completo o falte información sobre datos generales o de reconocimiento.

6.3 Tipo de muestreo

Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia hasta completar el tamaño de la muestra.

6.4 Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó aplicando la fórmula de estimación

de una proporción:
$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde:

n= Tamaño deseado de la muestra

z= desviación con relación a una distribución normal estándar. Generalmente es fijada en 1.96, que corresponde a un nivel de confianza del 95%



p = proporción de dentistas que ejercen en la Ciudad de México, antes Distrito Federal (39.05%)

$$q = 1.0 - 0.39$$

D = grado de precisión deseado, en general 0.05

Resultado:

Se estimó un tamaño de muestra de **160** cirujanos dentistas de práctica general o especialistas.

6.5 Procedimiento operativo

El trabajo pertenece a una línea de investigación que pretende evaluar y aportar información sobre los aspectos preventivos intentando abonar al entendimiento de la insuficiente práctica de la prevención de las enfermedades bucales ampliando éstas no sólo a las comúnmente evaluadas (caries y enfermedad periodontal) sino a otras igualmente prevenibles (cáncer oral). Por lo tanto, se utilizó el cuestionario desarrollado y validado previamente cuyo objetivo es identificar las actitudes y los conocimientos sobre la aplicación de tratamientos preventivos, así como la



frecuencia de prácticas preventivas rutinarias que realizan los dentistas dentro del consultorio.

Para la recolección de la información, se localizaron a los dentistas que cumplieron los criterios de inclusión y previo consentimiento informado se solicitó su participación para que contestar el cuestionario, dejando en claro que las respuestas brindadas eran totalmente anónimas y sólo con fines estadísticos y análisis de resultados.

6.6 Operacionalización de las variables

Variable	Conceptualización	Operacionalización
1. Sexo	Conjunto de características físicas y fisiológicas que distinguen a hombres y mujeres.	Se medirá la <u>pregunta 1</u> con las opciones: <ul style="list-style-type: none">• Femenino• Masculino
2. Escuela donde realizó los estudios	Institución o espacio donde se ejecuta el aprendizaje.	Se medirá la <u>pregunta 2</u> con las opciones: <ul style="list-style-type: none">• Pública• Privada
3. Años de práctica	Tiempo transcurrido por un cirujano dentista en realizar actividades clínicas en consulta pública o privada.	Se medirá de acuerdo a la respuesta del dentista.

Acciones preventivas frecuentes

Hechos o actos que los dentistas realizan para evitar la ocurrencia de cáncer oral en los pacientes.

Se medirá a partir de las preguntas 4 a 16, con las opciones:

- Siempre
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Pocas veces
- Nunca

Conocimiento de acciones preventivas

Información, experiencia o aprendizaje que poseen los cirujanos dentistas para evitar la aparición de cáncer oral

Se medirá a partir de las preguntas 17 a 46, con las opciones:

- Sí
- No sé
- No

Baja prevención en odontología. Considerando, falta de:

- Conocimiento
- Motivación
- Compromiso
- Entrenamiento
- Remuneración
- Tiempo

Pocas actividades realizadas en cirujanos dentistas para evitar la aparición de cáncer oral.

Se medirá a partir de las preguntas 47 a 50 con las opciones:

- Sí
- No sé
- No

Variable	Conceptualización	Operacionalización
1. Definición de Desorden Potencialmente Maligno (DPM)	Concepto o significado de una palabra.	Se medirá la pregunta <u>1 del segundo cuestionario</u> con las opciones: <ul style="list-style-type: none">• Presentaciones blanquecinas o rojizas, donde no es posible establecer un diagnóstico clínico• Presentaciones clínicas que conllevan un riesgo para el desarrollo de carcinoma oral
2. Conocimiento sobre DPM	Información, experiencia o aprendizaje que poseen los cirujanos dentistas sobre DPM	Se medirá la pregunta <u>2 del segundo cuestionario</u> con las opciones: <ul style="list-style-type: none">• Hemangioma• Liquen plano• Melanoma
3. Conocimiento sobre tratamiento adecuado para DPM	Información, experiencia o aprendizaje que poseen los cirujanos dentistas sobre el tratamiento adecuado para DPM	Se medirá la pregunta <u>3 del segundo cuestionario</u> con las opciones: <ul style="list-style-type: none">• Biopsia• Tratamiento con antifúngicos• Extirpación completa de la lesión

4. Frecuencia de acciones preventivas para DPM y Cáncer de Cavity Oral (CCO)	Acciones que los dentistas realizan (fomentar la autoexploración bucal, informar sobre factores de riesgo, signos y síntomas) para evitar la ocurrencia de DPM y CCO en los pacientes.	Se medirá a partir de las preguntas <u>4 y 5 del segundo cuestionario</u> , con las opciones: <ul style="list-style-type: none">• Siempre• Frecuentemente• Ocasionalmente• Rara vez• Nunca
5. Conocimientos de acciones preventivas para DPM y CCO	Información, experiencia o aprendizaje que poseen los cirujanos dentistas para evitar la aparición de DPM y CCO.	Se medirán las preguntas <u>6 a 8 y 12 del segundo cuestionario</u> con las opciones: <ul style="list-style-type: none">• Excelentes• Buenos• Regulares• Malos• Nulos
6. Conocimiento sobre DPM	Información, experiencia o aprendizaje que poseen los cirujanos dentistas sobre DPM	Se medirá la pregunta <u>10 del segundo cuestionario</u> con las opciones: <ul style="list-style-type: none">• Estomatitis• Leucoedema



- Leucoeritroplasia

7. Conocimientos y Información, experiencia **Se medirá la pregunta 13 y 14 del**
sugerencias sobre o aprendizaje que **segundo cuestionario con las**
protocolos de poseen los cirujanos **opciones:**
atención para DPM y dentistas sobre los **• Si**
CCO protocolos de atención **• No**
para DPM y CCO.

6.7 Recursos

- Alumna de licenciatura, encargada de establecer contacto con los dentistas, realizar los cuestionarios y capturar la información en una hoja de cálculo (Excel).
- Dos alumnas de servicio social, encargadas de acompañar a la tesista durante el trabajo de campo.
- Tutora, responsable de la logística del procedimiento operativo y el análisis de la información.
- Asesora, responsable de la revisión del documento final.
- Material (160 cuestionarios en papel, lápices y plumas), que correrán a cargo de la tesista.

6.8 Plan de análisis

Los datos obtenidos, periódicamente se vaciaron en el programa Statistical Package for the Social Sciences™ (SPSS) versión 13.0 para Windows, para llevar el control de calidad y el análisis estadístico de los mismos. El análisis estadístico consistió en la obtención de frecuencias y proporciones para las variables cualitativas.



6.9 Consideraciones éticas

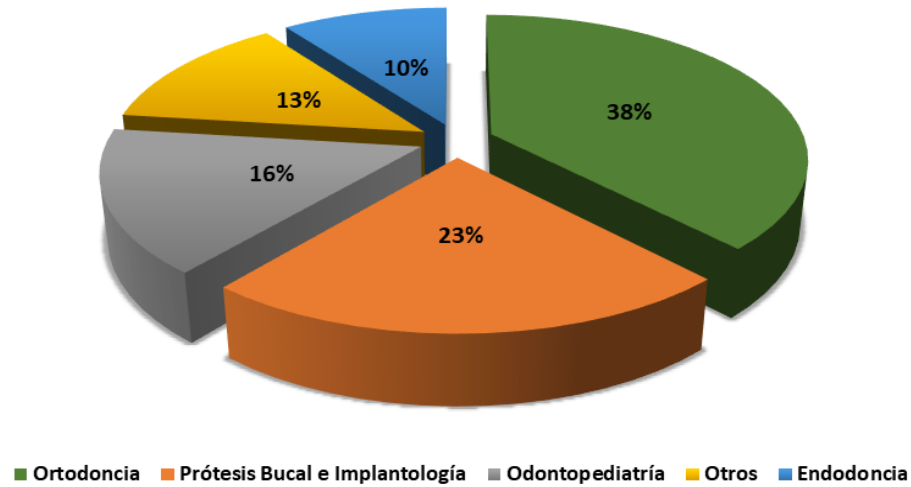
El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, sin embargo, de acuerdo a la Ley General de Salud, artículo 17, esta investigación se considera sin riesgo debido a que sólo se solicitará la participación de los dentistas para obtener información. Por lo que se solicitará la firma del consentimiento informado asegurando al profesional de la salud confidencialidad de la información proporcionada. ⁴³

7. RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformada por 160 cirujanos dentistas en el periodo de noviembre de 2018 a febrero de 2019; 54% fueron del sexo femenino y 46% del sexo masculino. Se visitaron diversas alcaldías de la Ciudad de México, siendo Coyoacán la de mayor participación (41%). El rango de edad de los participantes fue de 23 a 77 años con un promedio de 37 años, 80% de los participantes realizaron sus estudios universitarios en una escuela pública y 50% ejerce la práctica clínica de forma privada.

En la gráfica 1, se presenta la distribución de los participantes considerando su práctica clínica o su área de especialidad. El 30% se dedican a la práctica general y no cuentan con especialidad. El porcentaje restante (70%) se distribuye de la siguiente manera considerando el área de especialidad: 38% ortodoncia, 23% prótesis bucal e implantología, 16% odontopediatría, 10% endodoncia y 13% se encuentran ejerciendo otra especialidad.

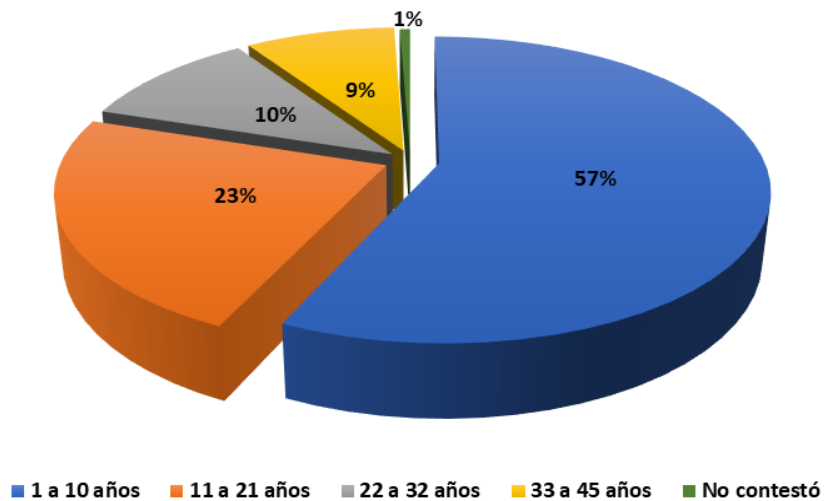
Gráfica 1. Distribución de los participantes por especialidad



Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

Respecto a la antigüedad ejerciendo la profesión, el tiempo mínimo señalado fue de un año y el máximo de 32 con un promedio de 13 años de práctica clínica (Gráfica 2).

Gráfica 2. Antigüedad dentro del ejercicio de la práctica clínica

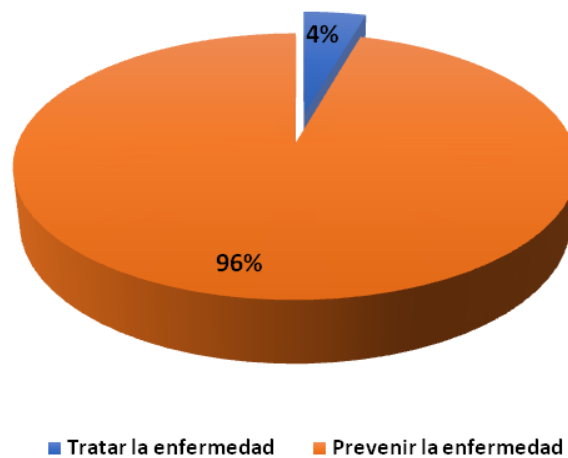


Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

Resultados de las preguntas recabadas en el cuestionario

Siguiendo el orden de las preguntas del cuestionario, respecto a la importancia de los esfuerzos realizados durante la práctica odontológica, 96% de los participantes considera que éstos deben enfocarse a prevenir las enfermedades bucales, mientras que 4% considera que deben enfocarse a tratar la enfermedad.

Gráfica 3. Importancia de la prevención en la práctica odontológica

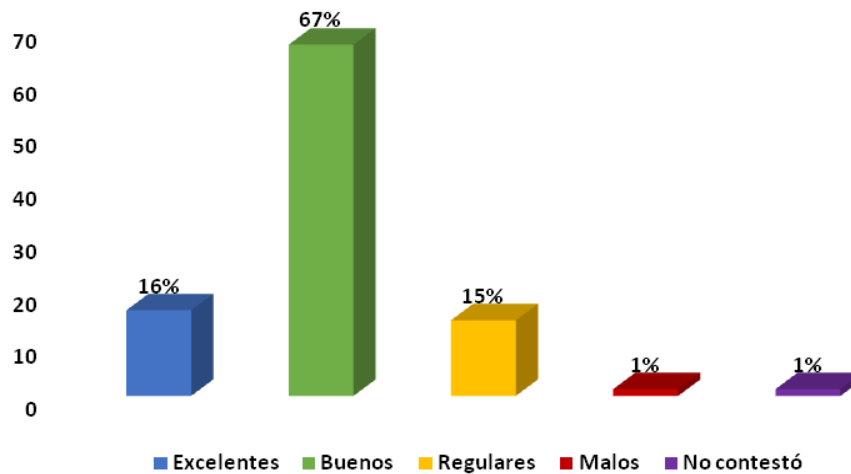


Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

Respecto a los conocimientos que declararon tener sobre prevención de enfermedades bucales, 67% respondieron que sus conocimientos eran buenos;

16% los clasificaron como excelentes, 15% como regulares y sólo 1% los consideró malos. (Gráfica 4)

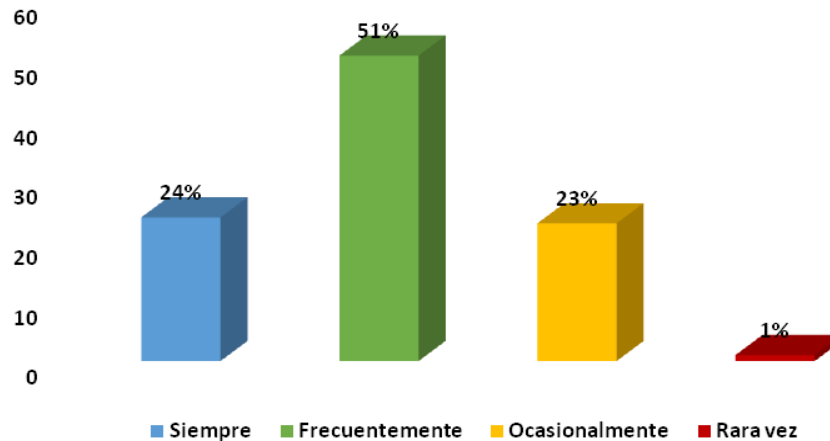
Gráfica 4. Conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales



Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

Al preguntarles sobre la frecuencia en la que llevan a cabo tratamientos preventivos durante su práctica clínica, 51% respondió que es muy frecuente, 24% mencionó que siempre realiza tratamientos preventivos, 23% lo hace de forma ocasional y sólo 1% mencionó que rara vez lo lleva a cabo. (Gráfica 5)

Gráfica 5. Frecuencia de tratamientos preventivos durante la práctica clínica.



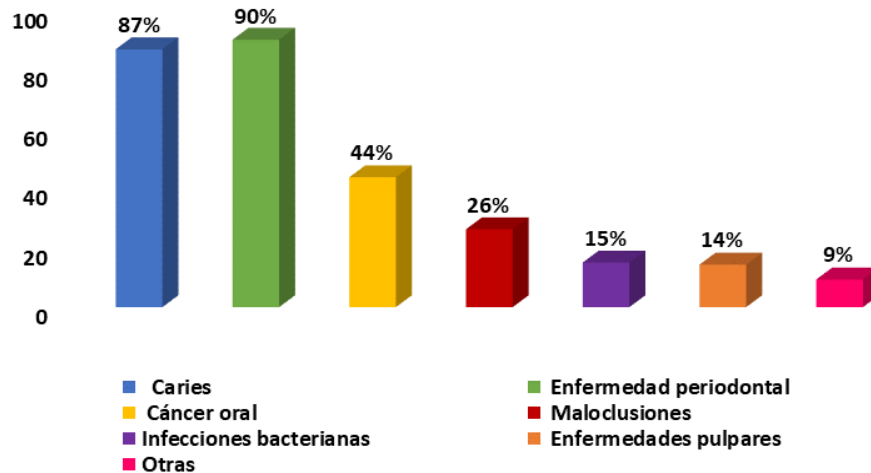
Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

El cuestionario incluye una pregunta abierta donde se les pide a los participantes que escriban la o las enfermedades que consideran prevenibles. Las respuestas fueron variadas sin embargo, las respuestas se trataron de agrupar por frecuencia.

De las respuestas obtenidas, 90% considera a la enfermedad periodontal como una enfermedad prevenible, en segundo lugar colocaron a la caries dental (87%), en tercer lugar al cáncer oral (44%), en cuarto lugar a las maloclusiones (26%), en quinto y sexto lugar a las infecciones bacterianas y a las enfermedades pulpares respectivamente (15% y 14%). Con un porcentaje menor al 10% colocaron a los

traumatismos dentales, problemas en ATM, infecciones micóticas/virales y a los desórdenes potencialmente malignos. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Enfermedades bucales prevenibles



Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

La segunda parte del cuestionario evalúa la frecuencia de las actividades preventivas que realizan durante el ejercicio de la práctica clínica. De forma resumida las respuestas se presentan en el cuadro 1, donde respecto a las acciones para eliminar o disminuir el hábito del tabaquismo, la frecuencia de las actividades es variadas, 32% refiere siempre llevar a cabo recomendaciones

durante su práctica clínica, mientras que, 24% lo hace frecuentemente, 17% ocasionalmente y 19% pocas veces.

La segunda pregunta cuestiona la frecuencia con la cual fomentan la autoexploración en los pacientes para detectar lesiones premalignas o malignas, solo 26% refirió llevar a cabo esta actividad constantemente y 32% mencionó brindar consejos para disminuir o eliminar el hábito del tabaco.

Cuadro 1. Frecuencia de tratamientos preventivos en la práctica clínica odontológica

Preguntas	Respuestas (%)				
	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Pocas veces	Nunca
Da instrucciones o consejos para eliminar o disminuir el hábito del tabaquismo	32	24	17	19	6
Fomenta la autoexploración en sus pacientes para la detección de lesiones malignas o premalignas	26	23	23	19	7

Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

La tercera parte del cuestionario evalúa el nivel de conocimiento de los participantes sobre las medidas preventivas dentro de la práctica clínica. En el cuadro 2, se observan los resultados de cada pregunta.

Al evaluar los hábitos nocivos, 99% afirmó la relación entre el tabaco y el desarrollo de cáncer oral, no así con el alcohol, pues solo 67% sabía que las bebidas alcohólicas aumentan el riesgo de desarrollar cáncer oral.

Posteriormente, se les preguntó si tenían conocimiento sobre las instituciones que pueden apoyar a dejar el hábito del tabaquismo, a lo cual, 56% refirió no conocerlas, sin embargo, 94% estaba de acuerdo en promover el cese del hábito. Algo que llama la atención es que a pesar de que 94% coincide en que existen tratamientos preventivos dentro de la especialidad, 61% respondió que deben existir profesionales dedicados exclusivamente a esa área.

Cuadro 2. Conocimientos sobre tratamientos preventivos en Odontología

PREGUNTAS	Si (%)	No (%)	No sé (%)
Fumar aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal	99	-	-
El consumo de alcohol aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal	67	18	14
Identifica las instituciones a las cuales puede remitir a sus pacientes para apoyarlos a dejar el hábito del tabaquismo	43	10	46

El odontólogo debería promover la disminución o cesación del hábito de tabaquismo	93	5	2
Existen tratamientos preventivos dentro de su área de especialidad	94	-	5
Considera usted que la atención preventiva o realización de tratamientos es redituable (Vendible)	88	5	6
Las bases de la prevención son mayoritariamente empíricas	19	5	76
Deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en Odontología	61	5	33

Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

Para finalizar el primer cuestionario, se les preguntó a los participantes cuáles son los factores por los que consideran para la baja prevención en Odontología; los resultados se resumen en el cuadro 3. Más del 50% opinó que los aspectos que influyen a la baja actividad preventiva en la práctica clínica son los conocimientos (52%); la falta de motivación por parte del odontólogo (72%); la falta de compromiso (97%); de entrenamiento (62%); de remuneración (59%) y de tiempo (57%).

Cuadro 3. Aspectos que influyen en la baja prevención en Odontología

Falta de ...	Si (%)	No (%)	No sé (%)
Conocimientos del odontólogo	52	46	1
Motivación del odontólogo	72	25	2
Compromiso del paciente	97	1	1



Entrenamiento del odontólogo	62	35	2
Remuneración para el odontólogo	59	34	5
Tiempo del odontólogo	38	57	4

Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=160)

Con la finalidad de evaluar los conocimientos en la prevención de Desórdenes Potencialmente Malignos (DPM) y cáncer en cavidad oral, se realizó un segundo cuestionario a 63 cirujanos dentistas de la muestra inicial. De los cuales sólo 55% pudo definir correctamente qué es un Desorden Potencialmente Maligno (DPM) y 41% identificar algunas lesiones (leucoplasia, eritroplasia, fibrosis oral submucosa) como DPM.

A los 63 participantes se les cuestionó sobre el tratamiento correcto para un DPM, donde 90% reconoció el protocolo adecuado de atención. Sin embargo, al comentarles que señalaran los posibles DPM en boca, sólo 40% respondió correctamente. Al momento de preguntarles sobre la frecuencia en la que llevan a cabo la exploración intra y extraoral como parte de la rutina clínica (Cuadro 4), las respuestas fueron diversas, lo que llama la atención es que existan profesionistas que hayan contestado que ocasionalmente (27%) o rara vez (11%) realicen la exploración para detectar DPM, y 30% (ocasionalmente) y 11% (rara vez), lo realicen para detectar CaOral.

Cuadro 4. Frecuencia de exploración intra y extraoral para detectar DPM y cáncer oral dentro de la práctica clínica odontológica

PREGUNTAS	Respuestas (%)				
	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Rara vez	Nunca
¿Con qué frecuencia realiza una exploración y palpación intra oral para la detección de DPM?	22	37	27	11	3
¿Con qué frecuencia realiza una exploración y palpación intra y extraoral para la detección de cáncer en cavidad oral?	25	25	30	16	4

Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=63)

Respecto a la autoevaluación sobre los conocimientos de DPM y CaOral, 60% del total de los participantes respondió que son regulares y 44% que la habilidad para realizar la exploración (intra o extraoral) es regula. Con relación al conocimiento de los pacientes respecto a los signos/síntomas y los factores de riesgo, 51% y 42% consideran que son malos respectivamente.

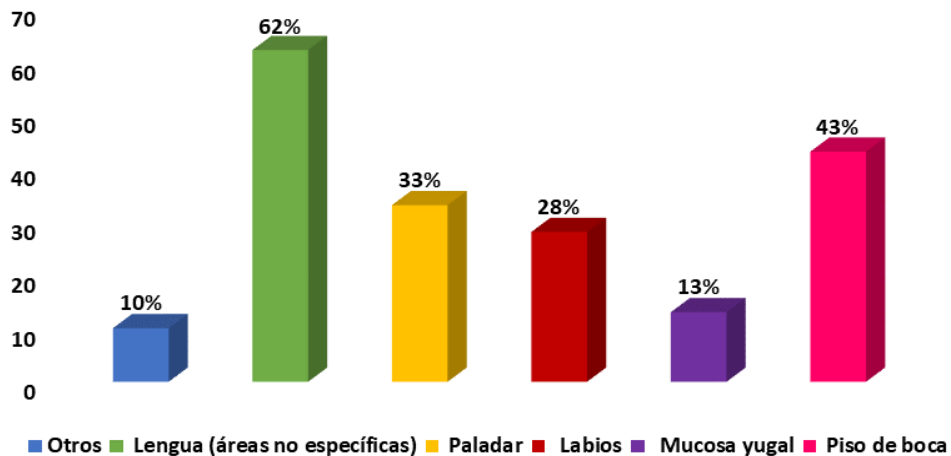
Cuadro 5. Autoevaluación de conocimientos sobre Desórdenes Potencialmente Malignos (DPM) y cáncer oral

PREGUNTAS	Excelentes (%)	Buenos (%)	Regulares (%)	Malos (%)	Nulos (%)
¿Cómo calificaría sus conocimientos sobre DPM y cáncer en cavidad oral?	2	32	60	5	1
¿Cómo calificaría los conocimientos de sus pacientes sobre los signos y síntomas sobre DPM y cáncer en cavidad oral?	-	2	22	51	25
¿Cómo calificaría los conocimientos de sus pacientes sobre los factores de riesgo asociados a DPM y cáncer en cavidad oral?	-	5	33	42	21
¿Cómo calificaría sus conocimientos y habilidades para realizar una exploración intra y extra oral para la detección de DPM y cáncer en cavidad oral?	3	41	44	10	2

Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=63)

Referente a los sitios más frecuentes donde se localiza el cáncer oral, las respuestas fueron diversas; sin embargo, 62% señaló a la lengua; pero sin especificar las zonas y 43% mencionó el piso de boca. (Gráfica 7).

Gráfica 7. Sitios más frecuentes donde se localiza el cáncer oral



Fuente: Cirujanos Dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México (n=63)

Para finalizar las preguntas se les mostró el protocolo de atención para el diagnóstico y tratamiento de DPM, tomado del artículo de Cristóbal Araya⁴⁴ a lo cual, 51% respondió conocer el protocolo y 82% estar de acuerdo con el seguimiento de este.

De igual manera se les mostró el protocolo para la detección y tratamiento de cáncer oral, tomado de la Guía de Referencia Rápida de la Secretaría de Salud³⁷, donde 57% respondió conocerlo y 79% estar de acuerdo con el orden del mismo.

8. DISCUSIÓN

El presente estudio muestra una descripción del estado actual de los conocimientos y nivel de prevención que presentan los cirujanos dentistas en diferentes alcaldías de la Ciudad de México. Actualmente no existen estudios publicados de este tipo en México, los artículos realizados evalúan el nivel de conocimientos en Latinoamérica, Norte de América, y la mayoría de las evaluaciones a profesionistas proviene de Europa y Asia.

La expectativa de vida de un paciente diagnosticado con cáncer oral es apenas del 50% después de los cinco años de iniciar un tratamiento con quimioterapia o radioterapia; por lo cual, es primordial que los cirujanos dentistas realicen un diagnóstico acertado y precoz ante la presencia de Desórdenes Potencialmente Malignos (DPM) y cáncer en cavidad oral (CaOral). Además de ello, se ha observado el bajo nivel de acciones preventivas dentro de la práctica clínica; ya que no se fomenta la autoexploración bucal, no se brinda información a los pacientes sobre los signos y síntomas de neoplasias malignas y tampoco se informa sobre aquellos factores de riesgo que pueden desarrollar CaOral. Asimismo, las campañas de Salud Pública no llevan un enfoque o interés adecuado a la salud bucal ni a la prevención de enfermedades bucales; por lo

cual, encontramos un panorama negativo ante la prevención de dichos padecimientos.

En este estudio, 99% de los cirujanos dentistas reconocieron al tabaco como un factor de riesgo para desarrollar CaOral y 67% reconocieron al alcohol como otro factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias malignas en cavidad oral; siendo estos resultados superiores a los reportados por Anderson²¹, Stilfried²² y Hassona³⁴. Es interesante observar como en los diferentes estudios, los cirujanos dentistas identifican al tabaco y al alcohol como los principales factores de riesgo, mientras que otros factores asociados al desarrollo de neoplasias malignas como la exposición a rayos UV, Virus de Papiloma Humano (VPH), Desórdenes Potencialmente Malignos (DPM) y el bajo consumo de frutas y verduras ricos en antioxidantes no son relevantes.

Respecto a las acciones para eliminar o disminuir el hábito del tabaquismo, los participantes de este estudio, en un 32%, llevan a cabo recomendaciones durante su práctica clínica, mientras que 24% lo hace frecuentemente. Los datos son diferentes a comparación de otros estudios, pues Hassona³⁴, reporta que 46% de los participantes promueve el cese del hábito del tabaquismo y consumo de alcohol en sus pacientes; mientras que Elizabeth Applebaum²⁶, menciona que solo 24% de los cirujanos dentistas se encuentran realmente capacitados para brindar



ayuda en el cese de los hábitos nocivos. En nuestro estudio, 56% está de acuerdo en brindar información, sin embargo, desconocen las instituciones de apoyo.

Sobre los conocimientos y habilidades que poseen para el diagnóstico de DPM y CaOral, se observa que 55% de los participantes en nuestro estudio pudo definir correctamente qué es un Desorden Potencialmente Maligno y 41% logró identificar algunas lesiones; lo cual, es similar a lo reportado por Giuseppe Colella⁴¹, donde 53% de los participantes reconocen a la eritroplasia y leucoplasia como las lesiones premalignas más frecuentes y similar a lo referido por Anderson²¹. En el estudio realizado por Elizabeth Applebaum *et al.*, en 2009 ²⁶, los resultados difieren a lo encontrado en nuestro estudio, el porcentaje que identifica correctamente los DPM más frecuentes (34%) es menor. Lo cual, nos lleva a deducir que la información con la que cuentan los cirujanos dentistas sobre el tema aún es insuficiente, lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento adecuado para cada paciente.

Referente a los sitios más frecuentes donde se localiza el cáncer oral, 62% de los participantes señalaron a la lengua como principal sitio, sin especificar las zonas de la misma, mientras que, 43% señaló el piso de boca. Los resultados son

similares a los que muestra Giuseppe Colella ⁴¹, donde 32% logró identificar a la lengua y piso de boca como los sitios más frecuentes de cáncer oral.

A pesar de tener el conocimiento sobre el desarrollo de Cáncer Oral, es necesario que los profesionales de la salud realicen como parte de su trabajo clínico la palpación extra e intrabucal, lo cual 27% de nuestros participantes aseveró llevarlo a cabo, mientras que 30% respondió llevarlo a cabo ocasionalmente. Respecto a la habilidad que consideran tener 44% respondió que ésta es regular.

Anderson ²¹ y Hassona, 2016³⁴, reportaron que 53% de los participantes entrevistados realizan una exploración intraoral a cada paciente para detectar DPM o CaOral; aunado a que 33% palpa los linfonodos cervicales y solo 14% inspecciona el piso de boca o la cara dorsal de la lengua; curiosamente los lugares más frecuentes donde se detecta CaOral. Por otro lado, Giuseppe Colella⁴¹, presenta cifras superiores, donde refiere que,53% de los participantes se encuentran capacitados para realizar una exploración para detectar cáncer oral y 66% para realizar una adecuada palpación de linfonodos.



Sobre los conocimientos acerca de que protocolo seguir ante un DPM, 90% de nuestros participantes reconoció que el protocolo de atención es adecuado, sin embargo, al comentarles que señalaran los posibles DPM en boca, sólo 40% lo hizo correctamente. Seoane²⁹, en un estudio realizado con el mismo objetivo señala que solo 17% de sus participantes realizan una biopsia ante lesiones con sospecha de malignización. De igual manera, Mohamed ²⁷, señala que entre 51 y 56% de sus participantes no refiere, inmediatamente con un especialista, a los pacientes que presenten lesiones premalignas, prefieren esperar la resolución de la lesión sin la interconsulta; además de que, sólo 20% incluye fotografías clínicas o dimensiones de la lesión en una nota de interconsulta. Esos hallazgos podrían ser otro factor para el diagnóstico tardío de un paciente con CaOral y el manejo inadecuado ante lesiones altamente malignizables.

Sobre la autoevaluación de conocimientos de DPM y CaOral en este trabajo, 60% de los participantes respondió que son regulares, con relación al conocimiento de los pacientes respecto a los signos/síntomas y los factores de riesgo, 51% y 42% consideran que son malos respectivamente. Stilfried²², muestra datos inferiores al respecto, sólo 25% de sus participantes reconoció que sus conocimientos de cáncer oral están actualizados, 9% que sus pacientes conocen los signos y síntomas y 30% que sus pacientes están informados sobre los factores de riesgo.



De igual manera, Giuseppe Colella ⁴¹, menciona que 41% de los participantes está de acuerdo en que sus pacientes poseen la información suficiente sobre los factores de riesgo y 18% sobre los signos y síntomas.

Por otro lado, Katrin Hertrampf ³⁸, realizó un estudio en dos fases, en la primera fase demostró que 49% de los participantes considera tener conocimientos adecuados sobre cáncer oral; a diferencia del 15% y 27% de los pacientes quienes mencionaron poseer conocimientos suficientes sobre los signos y síntomas y factores de riesgo, respectivamente. Seoane, *et al.*, en 2010²⁹, demostró que es posible aumentar el nivel de conocimiento y acciones preventivas en los cirujanos dentistas, con una preparación e información adecuada; además de crear conciencia sobre el diagnóstico precoz de DPM y CaOral.

Para finalizar, en el presente trabajo se les pidió la opinión sobre cuáles son los aspectos que influyen en la baja actividad preventiva en la práctica clínica, a lo cual, 52 y 72% incluyó la falta de conocimientos y motivación por parte del cirujano dentista; respectivamente. Asimismo, 97% refirió la falta de compromiso del paciente, mientras que, 62% resaltó la falta de entrenamiento del cirujano dentista, resultados que sostienen lo que Seoane recomienda para aumentar el nivel de conocimiento y la participación del cirujano dentista.



9. CONCLUSIONES

Múltiples son los factores asociados a la falta de conocimientos y acciones preventivas dentro de la práctica clínica por parte de los cirujanos dentistas de diversas alcaldías de la Ciudad de México; entre las que encontramos información errónea acerca de los Desórdenes Potencialmente Malignos y cáncer en cavidad oral, así como la falta de entrenamiento para realizar una adecuada exploración intra y extraoral, la poca pericia que presentan para diagnosticar lesiones potencialmente malignas y lograr identificar los primeros signos y síntomas de una neoplasia maligna. Aunado a esto, la falta de compromiso de los pacientes genera un sentimiento de desmotivación en los cirujanos dentistas y, por consiguiente, no hay un esfuerzo real para promover acciones preventivas dentro y fuera del consultorio dental.

La literatura ha demostrado que los cirujanos dentistas, de diferentes partes del mundo, poseen un conocimiento regular sobre éstas patologías y aunque tengan la motivación para ayudar a sus pacientes en el cese de hábitos nocivos y modificar el estilo de vida, la realidad es que la poca habilidad y conocimientos adquiridos son un obstáculo importante en el diagnóstico precoz del CaOral.



El desarrollo de programas e intervenciones educacionales pueden contribuir a mejorar el nivel de conocimientos y acciones preventivas dentro de la práctica clínica, además de incrementar el nivel de confianza en los profesionales y la auto percepción que tienen de su desempeño y con ello, mejorar la comunicación entre dentista-paciente; brindando la información necesaria para prevenir y detectar de manera temprana una neoplasia maligna, reduciendo así el riesgo de mortalidad o, en su defecto, mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Considero que la capacitación constante e implementación de programas son fundamentales para la prevención, diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad bucal prevenible, como lo es el CaOral.

Actualmente, México carece de un sistema de Salud que evalúe a los profesionales y, en consecuencia, los cirujanos dentistas no dimensionan la calidad de sus tratamientos preventivos. Es recomendable comenzar con este tipo de evaluaciones y, con base a las deficiencias observadas, crear programas de actualización que se ajusten a las necesidades educativas de los profesionistas y de los problemas de Salud Pública en la actualidad.



ANEXOS



Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
***“Actitudes, conocimientos y frecuencia de prácticas preventivas rutinarias
para cáncer bucal realizadas por odontólogos ”***

El cuidado de la salud bucal es de vital importancia y el odontólogo como profesional de la salud es responsable de la promoción y prevención de las enfermedades bucales. Por ello la práctica rutinaria durante la consulta dental es parte fundamental del cuidado de la salud.

La finalidad del cuestionario es la base para el diseño y aplicación de un programa de salud bucal que sirva para fomentar la salud dental y promover estilos de vida saludable. Esto no llevará más de cinco minutos, sólo requerimos que usted responda el cuestionario con la seguridad que no será evaluado o criticado. La información será confidencial y sólo se utilizará para fines del diseño del programa de prevención bucal en un futuro. Está en su derecho de cambiar de opinión respecto a la participación en cualquier momento y de retirarse de forma voluntaria.

Por todo lo anterior:

Contando con la información suficiente y en plena facultad sobre mi decisión, acepto participar respondiendo el cuestionario.

Nombre y firma del odontólogo: _____

Responsable del proyecto de investigación:

Cintha Cubos González, celular: 55 4064-4462

Tutora del proyecto de investigación:

Mtra. Miriam Ortega Maldonado, celular: 55 8575 – 8016

Anexo 2

FOLIO:

CUESTIONARIO CAP EN ODONTÓLOGOS

Las siguientes preguntas forman parte de un proyecto que tiene como objetivo identificar los conocimientos, prácticas y percepciones relacionadas a la prevención en odontólogos. Si usted está de acuerdo en participar le solicitamos contestar el siguiente cuestionario que es anónimo y sencillo de llenar. Le pedimos leer atentamente y marcar la opción de respuesta que le corresponde a cada pregunta. Agradecemos su absoluta honestidad.

DATOS GENERALES

1. Estado y Municipio: _____
2. Sexo a) Femenino b) Masculino
3. Edad _____ años
4. Tipo de escuela en la que realizó sus estudios a) Pública b) Privada
5. Área de práctica clínica a) Pública b) Privada c) Ambas
6. Especialidad _____
7. Años de práctica clínica: _____

PREGUNTAS GLOBALES

8. Considera usted que los esfuerzos en la odontología deben mayormente ir dirigidos a:

- a) Tratar la enfermedad
- b) Prevenir la enfermedad

9. En general, ¿cómo calificaría sus conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales?

- a) Excelentes b) Buenos c) Regulares d) Malos e) Nulos

10. En general, ¿con qué frecuencia realiza tratamientos preventivos dentro de su práctica clínica diaria?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) Ocasionalmente d) Rara vez e) Nunca

¿Cuáles enfermedades bucales pueden ser prevenidas? Mencione tantas como pueda

¿Qué tan frecuentemente usted ...	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Pocas veces	Nunca
Recomienda asistir periódicamente para revisiones de control					
Evalúa los hábitos dietéticos que tiene su paciente					
Dedica por lo menos una consulta (30-60 mins) para dar instrucciones personalizadas sobre las técnicas para una buena higiene bucal					
Recomienda el uso de aditamentos de higiene (además del cepillo dental)					
Da recomendaciones acerca de la cantidad de pasta dental a utilizar					
Da instrucciones o consejos para eliminar o disminuir el hábito de tabaquismo					
Propone a sus pacientes el uso de selladores de fosetas y fisuras en la dentición temporal y a la aparición en boca de la dentición permanente					
Coloca periódicamente fluoruro tópico					
Evalúa la cantidad y calidad de saliva (ej. pH, consistencia, etc)					
Promueve y enseña cómo usar las tabletas o soluciones reveladoras de placa bacteriana					
Emplea el explorador para detectar la presencia de caries					
Durante el diagnóstico inicial realiza sondaje para detectar pérdida de inserción periodontal					
Fomenta la autoexploración en sus pacientes para la detección de lesiones malignas o premalignas					

	SI	No sé	No
Identifica las instituciones a las cuales puede remitir a sus pacientes para apoyarlos a dejar el hábito del tabaquismo			
El uso de pasta dental debe iniciarse a partir de la erupción del primer diente en boca			
La gente debe usar la cantidad de pasta dental que desee			
La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud bucal			
El odontólogo debería promover la disminución o cesación del hábito de tabaquismo			
El odontólogo debería promover la lactancia materna			
Existen tratamientos preventivos dentro de su área de especialidad			
Usted puede influir en que su paciente realice acciones o tratamientos preventivos			
Considera usted que la atención preventiva o realización de tratamientos preventivos es redituable (vendible)			
Las bases de la prevención son mayoritariamente empíricas			
Deberían existir profesionales dedicados exclusivamente a la prevención en odontología			
Considera que de la baja prevención en odontología se debe a...	SI	No sé	No
Falta de conocimientos del odontólogo			
Falta de motivación del odontólogo			
Falta de compromiso del paciente			
Falta de entrenamiento del odontólogo			
Falta de remuneración para el odontólogo			
Falta de tiempo del odontólogo			

G R A C I A S

	SI	No sé	No
Conforme su conocimiento proporcione la respuesta que considere adecuada			
El consumo de agua simple potable, el control de la ingesta de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono y ricos en fibra tiene beneficios en la salud bucal			
Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de caries			
Una dieta saludable rica en calcio ayuda a la prevención de fluorosis dental			
El consumo de refrescos favorece la presencia de caries			
El consumo de refrescos favorece la presencia de erosión dental			
Trastornos de la alimentación, como bulimia, están relacionados con la erosión dental			
Una adecuada higiene bucal disminuye el riesgo de presentar caries, enfermedad periodontal, cáncer bucal			
Fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedad periodontal			
Fumar aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal			
El control personal de placa dentobacteriana juega un papel más relevante en la prevención de enfermedades periodontales que la eliminación de cálculo por parte de un especialista			
El consumo de alcohol aumenta el riesgo de presentar cáncer bucal			
El sellador de fosetas y fisuras es efectivo en la prevención de caries en molares recién erupcionados.			
Está contraindicado colocar selladores de fosetas y fisuras cuando ya existan lesiones cariosas no cavitadas en esmalte			
La aplicación periódica de fluoruro tópico solo se recomienda en niños			
En la formación de caries la frecuencia del consumo de azúcar tiene un papel más importante que la cantidad total de azúcar consumida.			
La cantidad y calidad de la saliva influyen poco o nada en el estado de salud bucal general			
Examinar un diente recién erupcionado o con caries incipiente, con un explorador afilado daña las barras de esmalte y predispone al diente a la caries.			
La recomendación actual es enjuagarse abundantemente después del cepillado para retirar el exceso de pasta dental			
Los niños menores de 6 años deben utilizar pastas con alta concentración de fluoruro (1500ppm o más)			



Anexo 3

FOLIO:

CUESTIONARIO EN ODONTÓLOGOS

Las siguientes preguntas forman parte de un proyecto que tiene como objetivo identificar los conocimientos, prácticas y percepciones relacionadas a la prevención del cáncer de cavidad oral en odontólogos. Si usted está de acuerdo en participar, le solicitamos contestar el siguiente cuestionario que es anónimo y sencillo de llenar. Le pedimos que lea atentamente y responda con toda la honestidad posible.

1. Edo. y municipio _____
2. Sexo a) Femenino b) Masculino
3. Edad _____ años
4. Especialidad _____ Años de práctica clínica _____

Instrucciones: Marque con un "X" la respuesta que consideres correcta.

1. ¿Qué es un **Desorden Potencialmente Maligno (DPM)**?

- a) Presentaciones blanquecinas o rojizas, donde no es posible establecer un diagnóstico clínico o patológico y que conllevan un riesgo para el desarrollo de carcinoma en cavidad oral.
- b) Presentaciones clínicas que conllevan un riesgo para el desarrollo de carcinoma en cavidad oral; ya sea como una lesión precursora clínicamente definible o en la mucosa oral clínicamente normal.

2. Señale los **DPM** que conozca.

- a) Leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia, liquen plano, hemangioma, granuloma piógeno
- b) Leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia, fibrosis oral submucosa, liquen plano, queilitis actínica
- c) Leucoplasia, mucocele, candidiasis, glositis romboidal, queilitis descamativa, melanoma nodular

3. Seleccione el tratamiento correcto para el DPM.

- a) Biopsia incisional → Dx histopatológico → Extirpación de la lesión → Seguimiento mensual y cese del hábito
- b) Tx. con antifúngicos por 3 semanas → Si la lesión persiste, cambiar el antifúngico por 3 semanas más
- c) Extirpación completa de la lesión → Seguimiento mensual

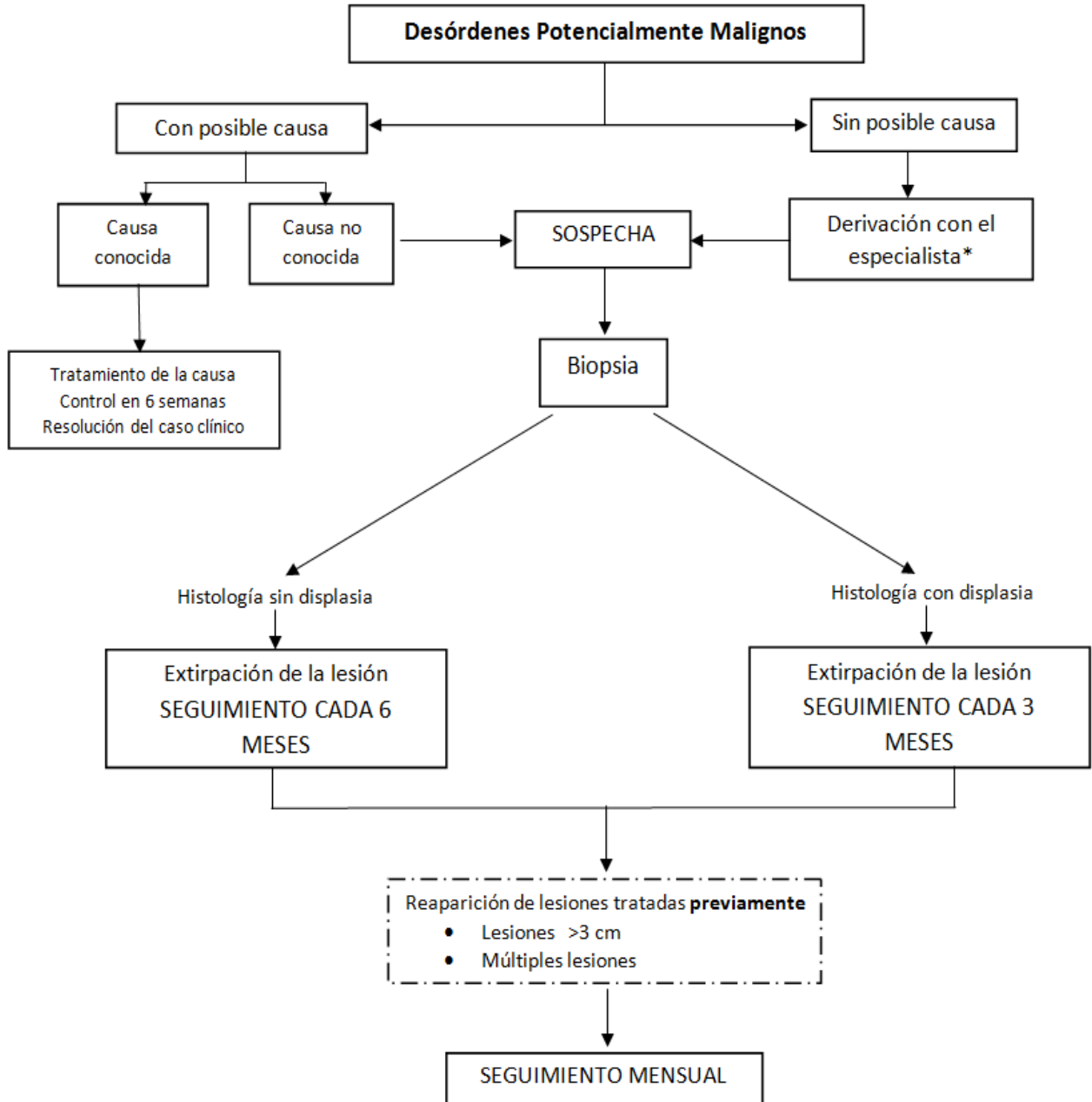
4. ¿Con qué frecuencia realiza una exploración y palpación intra oral para la detección de DPM?

- a) Siempre b) frecuentemente c) Ocasionalmente d) Rara vez e) Nunca

5. ¿Con qué frecuencia realiza una exploración y palpación intra y extra oral para la detección de cáncer en cavidad oral?



- a) Siempre b) frecuentemente c) Ocasionalmente d) Rara vez e) Nunca
6. ¿Cómo calificaría sus conocimientos sobre DPM y cáncer en cavidad oral?
a) Excelentes b) Buenos c) Regulares d) Malos e) Nulos
7. ¿Cómo calificaría los conocimientos de sus pacientes sobre los signos y síntomas sobre DPM y cáncer en cavidad oral?
a) Excelentes b) Buenos c) Regulares d) Malos e) Nulos
8. ¿Cómo calificaría los conocimientos de sus pacientes sobre los factores de riesgo asociados a DPM y cáncer en cavidad oral?
a) Excelentes b) Buenos c) Regulares d) Malos e) Nulos
9. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente oración: “El bajo consumo de frutas y verduras así como alimentos antioxidantes influyen en el desarrollo de cáncer en cavidad oral.”
a) Estoy de acuerdo b) En desacuerdo
10. Señale cuales son las DPM más frecuentes localizadas en cavidad oral.
a) Leucoplasia, estomatitis nicotínica, leucoeritroplasia
b) Leucoplasia, leucoedema, candidiasis crónica
c) Leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia
11. ¿Conoce los sitios más frecuentes donde se localiza el cáncer de cavidad oral? Si su respuesta es afirmativa, mencione cuáles son.
a) Sí b) No
-
-
12. ¿Cómo calificaría sus conocimientos y habilidades para realizar una exploración intra y extra oral para la detección de DPM y cáncer en cavidad oral?
a) Excelentes b) Buenos c) Regulares d) Malos e) Nulos
13. A continuación se presenta un algoritmo para la detección y atención de un Desorden Potencialmente Maligno.
a. Tienes conocimiento del algoritmo (Si) (No)
b. Estás de acuerdo con él (Si) (No)
Si tu respuesta es negativa, ¿Cuál o cuáles son las modificaciones que propondrías?

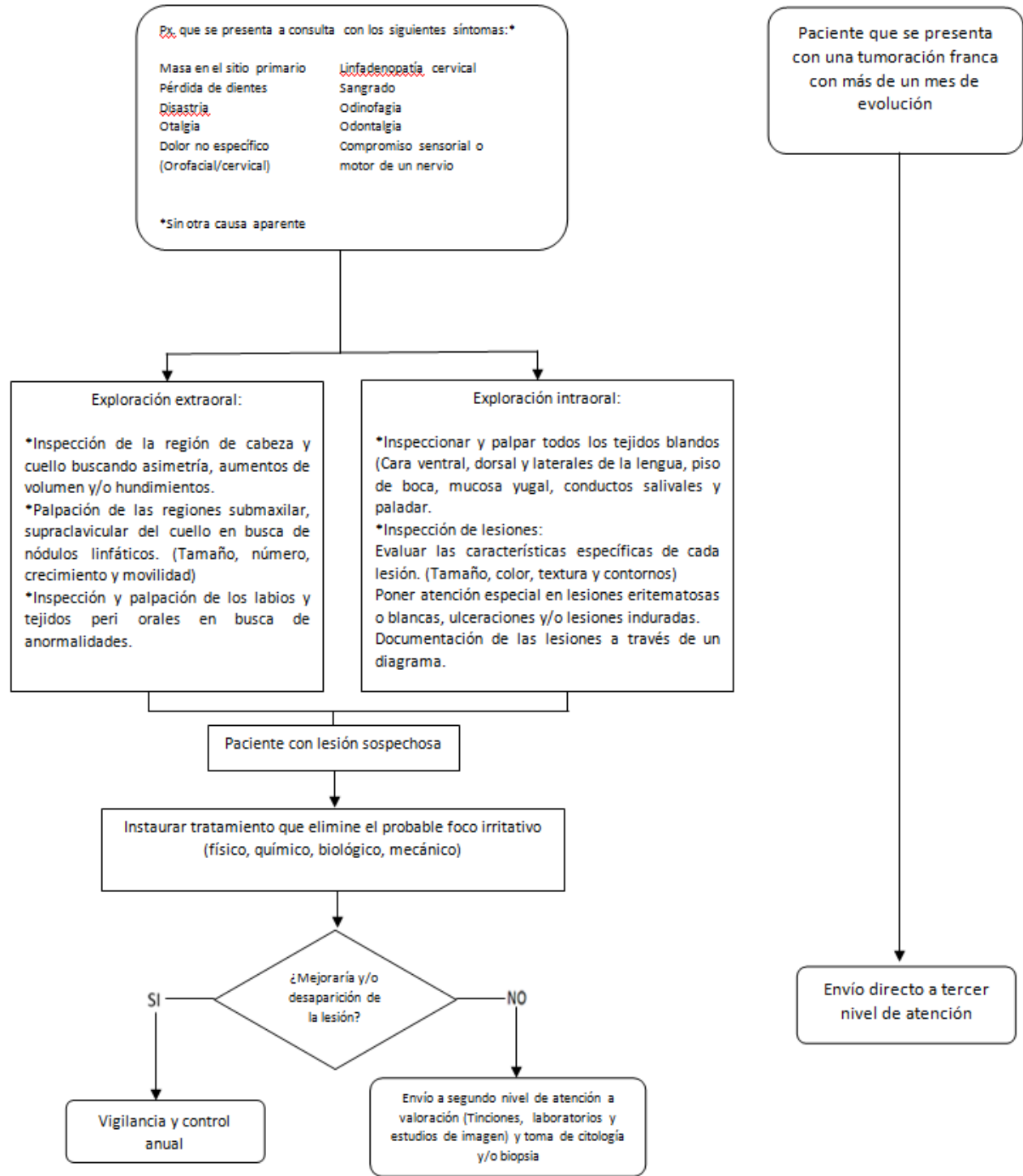


14. A continuación se presenta un algoritmo para la detección y atención de Cáncer en cavidad oral.

a. Tienes conocimiento del algoritmo (Si) (No)

b. Estás de acuerdo con él (Si) (No)

Si tu respuesta es negativa, ¿Cuál o cuáles son las modificaciones que propondrías?





11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza:OMS; [Citado 8 ago 2018].Cáncer [1 página]. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/cancer/es/>
2. Thomson P. Precáncer oral. Diagnóstico y tratamiento de lesiones potencialmente malignas. Colombia:Amolca. 2015
3. Granados G.M, Arrieta R.O, Hinojosa G.J. Tratamiento del cáncer. Oncología médica, quirúrgica y radioterapia. México: El Manual Moderno. 2016
4. García CC, González RI, Granados GM. VPH y los carcinomas de cavidad bucal y bucofarínge. Cancerología [Internet]. 2009 [Citado 15 ago 2018];4,181-191. Disponible en:
<http://incanmexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1272302362.pdf>
5. Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención, Cir Ciruj [Internet]. 2006 [Citado 15 ago 2018]; 74(4):287-293. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf>
6. Granados M. Manual de Oncología. Procedimientos médico quirúrgicos. 4ta ed. Instituto Nacional de Cancerología México, México: Mc Graw Hill. 2010

7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza:OMS [Citado 10 Agosto 2018]. Cáncer, datos y cifras. [8 páginas]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
8. Pascual A, Franch M, Muela R, Manresa C, Barluenga N, Aparicio C. Cáncer oral. Actualidad en técnicas de detección. Periodoncia y Osteointegración [Internet]. 2009 [Citado 15 ago 2018];20(4):265-272. Disponible en: https://www.sepa.es/images/stories/SEPA/ESTAR_al_DIA/HIGIENE/pag267-274.pdf
9. American Cancer Society [Internet]. Estados Unidos: American Cancer Society [Citado 17 ago 2018]. Tratamiento del cancer de orofaringe y de cavidad oral; [5 páginas]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral/tratamiento.html>
10. Harrison L. B. Cáncer de cabeza y cuello. Enfoque multidisciplinario. Tomo 1. 4ta ed. Venezuela: Amolca. 2016
11. Strassburg M, Knolle G. Mucosa oral. Atlas a color de las enfermedades. 3ra ed. España: Marban Libros. 1996
12. Virginillo J. et al. Breve reseña histórica del TNM. RAR [Internet]. 2012 [Citado 19 ago 2018];76(2): 167-168. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3825/382538499013.pdf>



13. World Dental Federation (FDI). El desafío de las enfermedades bucodentales.

Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental, 2da Edición, Suiza;
2015

14. Thomas SJ. et al. Betel quid not containing tobacco and oral cáncer: A report
on a case-control study in Papua New Guinea and meta-analysis of current
evidence. IJC [Internet]. 2007 [Citado 18 ago 2018]; 120: 1318-1323.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17163423>

15. Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México,

SINAVE. México; 2011

16. Secretaría de Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de

Patologías Bucales SIVEPAB 2016. México; 2016

17. Instituto Nacional de Cancerología [Internet]. México, InCan [Citado 5 ago

2018], Datos abiertos. Pacientes con cáncer de nuevo ingreso clasificados por:

Edad, sexo, entidad federativa, municipio y diagnóstico. Disponible en:

<https://datos.gob.mx/busca/dataset/pacientes-de-nuevo-ingreso>

18. Gallegos J. Factores de riesgo en cáncer de cavidad oral (lengua).

AAPAUNAM. [Internet]. 2011 [Citado 18 ago 2018]; 92-99. Disponible en:

<https://medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2011/pa112d.pdf>



19. Nachón G, et al. Tabaquismo y cáncer bucal: Una revisión teórica. Rev Med UV. [Internet]. 2010 [Citado 18 ago 2018]; 30-37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2010/muv101f.pdf>
20. Villarroel D. Bascones A. Pérez G. Lauritano D. Conocimiento y actitud del odontólogo frente al manejo del tabaquismo: Estudio comparativo entre España, Italia y Venezuela. Av Odontoestomatol. [Internet]. 2009 [Citado 20 ago 2018]; 25(4):209-213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000400006
21. Rocha B. Hidalgo P. Collela G. Italo A. Oral cáncer and dentists: Knowledge, attitudes and practices in a South Colombian context. Acta Odontol. Latinoam [Internet]. 2012 [Citado 20 ago 2018]; 25(2):155-162. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aol/v25n2/v25n2a01.pdf>
22. Stillfried A. Rocha A. Colella G. Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile. Int J. Odontostomat [Internet]. 2016 [Citado 20 ago 2018]; 10(3):521-529. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000300021



23. López J. Camacho A. Molina M. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [Internet], 2010 [Citado 21 ago 2018];16:129-133. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2753.2009.01132.x>
24. Ergun S et al. Dentist's knowledge and opinions about oral mucosa lesions. *Int. J. Oral Maxillofac* [Internet] 2009 [Citado 21 ago 2018];38:1283-1288. Disponible en: [https://www.ijoms.com/article/S0901-5027\(09\)00995-3/fulltext](https://www.ijoms.com/article/S0901-5027(09)00995-3/fulltext)
25. Johnson N. Lowe C. Warnakulasuriya A. Tobacco cessation activities of UK dentists in primary care: Signs of improvement. *British Dental Journal* [Internet], 2006 [Citado 22 ago 2018];200(2):85-89. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/4813148>
26. Applebaum E et al. Oral cancer knowledge, attitudes and practices. A survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *JADA* [Internet], 2009 [Citado 30 ago 2018];140(4):461-467. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19339536>
27. Mohamed A. Dental practitioner's knowledge, opinions and methods of management of oral premalignancy and malignancy. *The Saudi Dental Journal* [Internet], 2010 [Citado 7 sep 2018];23:29-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723265/pdf/main.pdf>



28. Hertrampf K. Wenz H. Koller M. Wiltfang J. Comparing dentists' and the public's awareness about oral cancer in a community-based study in Northern Germany. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* [Internet], 2012 [Citado 22 sep 2018];40:28-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1010518210002283>
29. Seoane L. et al. Knowledge of oral cancer and preventive attitudes of Spanish dentists. Primary effects of a pilot educational intervention. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet],2010 [Citado 22 sep 2018];15(3):422-426. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv15_i3_p422.pdf
30. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Estados Unidos:NIH [Citado 10 Agosto 2018]. Alcohol y el riesgo de cáncer; [8 páginas]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/alcohol/hoja-informativa-alcohol>
31. MJ Mc Cullough, Cs Farah. "The role of alcohol in oral carcinogénesis with particular reference to alcohol-containing mouthwashes" *Australian Dental Journal*, 2008;53:302-305
32. Secretaría de Salud. ENCODAT: Encuesta Nacional de Consumo de drogas, alcohol y tabaco, 2016-2017. Reporte de Alcohol. México;2017



33. Cruz D. Ostroff J. Kumar J. Gajendra S. Preventing and detecting oral cancer.

Oral health providence. J Am Dent Assoc [Internet] ,2006 [Citado 22 sep 2018];

136(5):594–682.

Disponible

en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1430342/pdf/nihms9295.pdf>

34. Hassona Y. Scully C. Shahin A. Maayta W. Sawair F. Factors Influencing Early

Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals J Canc Educ

[Internet], 2016 [Citado 22 sep 2018];31:285–291. Disponible en:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13187-015-0823-2>

35. American Cancer Society [Internet]. Estados Unidos: American Cancer Society

[Citado 6 Septiembre 2018] Signos y síntomas del cáncer de orofaringe y de

cavidad

oral

[

2

páginas].

Disponible

en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-dedeorofaringeydecavidadoralg>

36. Navarro C. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial, tomo III. 2da edición.

España: Ed. Aran; 2009.

37. Secretaría de Salud. Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y tratamiento del

cáncer epidermoide de cavidad oral en pacientes mayores de 18 años. México,

2017

38. Hertrampf K. Wenz H. Koller M. Grund S. Wiltfang J. Early detection of oral

cancer: Dentists' opinions and practices before and after educational



- interventions in Northern-Germany. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery [Internet]. 2013 [Citado 23 sep 2018];41:201-207. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23434236>
39. Reyes V. Perspectiva y expectativas de la odontología frente al cáncer oral. Ciruj Ciruj [Internet]. 2009 [Citado 23 sep 2018];77(1):1-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2009/cc091a.pdf>
40. Leao J. Góes P. Sobrinho C. Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among brazilian dentists. Int J Oral Maxillofac. Surg [Internet]. 2005 [Citado 25 sep 2018]; 34:436-439. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/7691676> Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentist
41. Collela G. Gaeta G. Moscariello A. Angelillo I. Oral cancer and dentists: Knowledge, attitudes and practices in Italy. Oral Oncology [Internet]. 2010 [Citado 25 sep 2018];44:393-399. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/6036746> Oral cancer and dentists Knowledge attitudes and practices in Italy
42. Johnson N. The role of the dental team in tobacco cessation. Eur J Dent Educ [Internet]. 2004 [Citado 26 sep 2018] ;8(4):18-24. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1399-5863.2004.00318.x>



43. Secretaría de Gobernación, Ley General de Salud. [Citado 29 Marzo 2019]

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013 .

44. Araya C. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. Rev Med

Clin Condes [Internet]. 2018 [Citado 5 ene 2019];29(4):411-418. Disponible

en: [http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-](http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2018/09/Diagn%C3%B3stico-precoz-y-prevenci%C3%B3n-en-c%C3%A1ncer-de-cavidad-oral.pdf)

[content/uploads/2018/09/Diagn%C3%B3stico-precoz-y-prevenci%C3%B3n-en-](http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2018/09/Diagn%C3%B3stico-precoz-y-prevenci%C3%B3n-en-c%C3%A1ncer-de-cavidad-oral.pdf)

[c%C3%A1ncer-de-cavidad-oral.pdf](http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2018/09/Diagn%C3%B3stico-precoz-y-prevenci%C3%B3n-en-c%C3%A1ncer-de-cavidad-oral.pdf)

45. Lazarde L. Candidiasis eritematosa de la cavidad bucal, reporte de un caso y

revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana [Internet] 2003 [Citado

10 ene 2019];41(3). Disponible en:

[https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/candidiasis_eritematosa_c](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/candidiasis_eritematosa_cavidad_bucal.asp)

[avidad_bucal.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/candidiasis_eritematosa_cavidad_bucal.asp)

46. Gallegos R. Martínez M. Magaña I. Romo S. Lupus eritematoso discoide.

Dermatol Rev Mex [Internet]. 2016 [Citado 17 ene 2019];60(3):253-256.

Disponible en: [https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-](https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2016/rmd163g.pdf)

[2016/rmd163g.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2016/rmd163g.pdf)

47. Rodríguez M. Gutiérrez T. Ramos A. Lupus eritematoso discoide. Presentación

de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua [Internet]. 2016 [Citado 20 ene



- 2019];15(1):9-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2006/cd061c.pdf>
48. Navazo A. et al. Oral manifestations of syphilis. Clinical Case. Rev. ORL [Internet]. 2017 [Citado 20 ene 2019]; 8(4) 253-257. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6177841>
49. Pindborg J. Cáncer y precáncer bucal. Argentina: Panamericana;1981
50. Bertini F. Análisis del perfil clínico del paciente portador de queilitis actínica: importancia para el diagnóstico. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2010 [Citado 10 feb 2019]; 48(3). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art-2/>
51. Medina M. Carmona L. Álvarez V. Díaz C. Leucoplasia asociada al hábito de fumar invertido. Presentación de un caso clínico. Avances en Odontoestomatología [Internet] 2015 [Citado 15 feb 2019] ;31(4):261-266 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n4/original2.pdf>
52. Auluck A. Rosin M. Zhang L. Sumanth K. Oral submucous fibrosis, a clinically benign but potentially malignant disease: Report of 3 Cases and Review of the Literature. JDA [Internet] 2008 [Citado 20 feb 2019];74(8):735-740. Disponible en: <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-8/735.pdf>



53. Naggar A. Chan J. Grandis J. Takata T. Sootweg P. WHO Classification of Head and Neck Tumors. WHO [Internet] 2017 [Citado] Disponible en: <https://iapyhdistysavainfbin.directo.fi/@Bin/a58879d3829c926da040257e46b2fd95/1561248531/application/pdf/195274/Leivohead%26neck%20uusi%20WHO.pdf>