

290



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIAGNOSTICO DE CANCER BUCAL EN UNA PEQUEÑA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

299048

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

MARCELA LÓPEZ ESPINOZA

TUTOR: DRA. ELBA ROSA LEYVA HUERTA

Uo/Bo
~~XXXXXXXXXX~~

ASESOR EXTERNO: DR. GUILLERMO E. DEISTER



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

RESUMEN _____	1 - 2
INTRODUCCIÓN _____	3
MARCO DE REFERENCIA _____	4 -36
JUSTIFICACIÓN _____	37
OBJETIVO _____	38
MATERIAL Y MÉTODOS _____	39 - 40
RESULTADOS _____	41 - 48
DISCUSIÓN _____	49 - 51
CONCLUSIONES _____	52 - 53
BIBLIOGRAFÍA _____	54 - 55
AGRADECIMIENTOS _____	56 -57

RESUMEN.

El estudiante de odontología o el Cirujano Dentista no presenta un marcado interés por el cáncer, ni lo considera como una de los principales problemas de salud. El odontólogo debe tener conciencia ,que el que inicia los estudios de odontología está contrayendo un compromiso con la comunidad.

En primer lugar, es prácticamente seguro que el Cirujano Dentista está en vías de enfrentarse a este tipo de problemas en cavidad bucal. En segundo lugar es preciso preguntarnos si todos los Cirujanos Dentistas tienen la capacidad de responder a esta creciente responsabilidad; para esto deben tomarse medidas evidentes para entrenar a nivel de enseñanza tanto a estudiantes como a cirujanos en ejercicio.

En tercer lugar el odontólogo debe solicitar la ayuda del especialista Maxilofacial, Otorrinolaringólogo, Oncólogo etc. Para todos los casos inciertos o ambiguos.

Nunca debemos olvidar que la neoplasia maligna más frecuente en cavidad bucal es el carcinoma epidermoide, ya que representa el 90% y además es muy agresivo.

Las primeras manifestaciones del cáncer son críticas y mediante la intervención

oportuna del paciente es posible salvarle la vida; ha habido pacientes que logran rebasar el promedio de supervivencia. Es indispensable en el caso del estudiante graduado y que haya ejercido durante un año sin descubrir un cáncer bucal no logre darle la importancia, pues en los últimos años las cifras de mortalidad cada año son muy altas principalmente en zonas rurales y urbanas del país.

Otro problema que se presenta es como debe actuar el dentista con el paciente ante la sospecha de cáncer. Cada paciente debe ser puesto al tanto de la situación de forma individual según sea su capacidad para recibir el diagnóstico, se debe infundir ánimo y esperanza al paciente, pudiendo ser optimista sin garantizar la curación.

El método útil para el diagnóstico es la toma de biopsia, y es necesario un reporte histopatológico rápido.

El cáncer se presenta en alto porcentaje en pacientes que consumen tabaco, alcohol; aunque existen otras causas predisponentes como irritación crónica y exposición a los rayos solares etc.

Los tratamientos más utilizados son: Escisión completa del tumor, radioterapia y quimioterapia.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer bucal constituye una patología cada vez más común en todo el mundo, siendo una enfermedad con un alto índice de mortalidad y mutilación.

La prevención y detección temprana del cáncer bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo, los métodos de prevención son:

Evitar los hábitos peligrosos, especialmente el uso del tabaco y alcohol, tener una nutrición adecuada una higiene bucal y personal satisfactoria.

El propósito de este trabajo es informar al odontólogo de la situación actual del diagnóstico de cáncer, en una pequeña población de nuestro país para que participe cada vez mas en la prevención y diagnóstico del cáncer de boca, no es secreto para ninguno de nosotros que la boca se considera el termómetro de

muchas enfermedades. Es reconocida la importante preparación de los

odontólogos para el pesquisaje de lesiones iniciales sospechosas de cáncer

Que la relación paciente- dentista genere un mensaje que motive a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos que pueden evitar el cáncer bucal.

MARCO DE REFERENCIA.

A lo largo de más de doscientos años se han ido acumulando múltiples y variadas observaciones que han hecho creer que la mayoría de los cánceres en el ser humano tienen origen genético y ambiental. Algunas de ellas serán descritas brevemente.

Sabemos que el cáncer puede estar asociado a agentes físicos, químicos y biológicos; algunos de ellos han acompañado al ser humano desde que apareció en el planeta, como la luz ultravioleta del sol o las radiaciones ionizantes naturales. Otros han sido generados por nuestras propias actividades domésticas, tal y como sucede con los hidrocarburos policíclicos liberados al calentarnos o cocinar con fuego de leña o carbón.

Entre tanto, algunos vegetales que son nuestra fuente de sustento nos exponen a plaguicidas naturales cancerígenos. Sumado a lo anterior, los seres humanos nos exponemos hoy en día a un sinnúmero de productos industriales sintéticos que se han venido a añadir a los de origen natural y que consumimos en forma de aditivos de alimentos, cosméticos, medicamentos, productos de limpieza, plaguicidas y fertilizantes; que además contaminan el ambiente.

Lo anterior nos hace ver que en nuestra vida cotidiana podemos enfrentarnos a

factores potencialmente cancerígenos dentro o fuera de los lugares en que desarrollamos nuestras actividades, en la ciudad o en el campo, por motivos laborales, médicos, accidentales, o como resultado de nuestros hábitos.

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

El cáncer es la diferenciación desarrollo anormal de células de diferentes tejidos que llevan consigo una alteración en su estructura bioquímica molecular⁷.

El cáncer afecta nuestras células, la unidad básica del cuerpo para vivir.

Para entender el cáncer es importante conocer ¿cómo? Las células normales se convierten en malignas.

El cuerpo se compone de muchos tipos de células. Normalmente, las células crecen, se dividen y reproducen para mantener el cuerpo sano y funcionando apropiadamente. Sin embargo a veces el proceso se descontrola y las células se siguen dividiendo cuando no es necesario. La masa de células anormales forma un crecimiento o tumor también denominado neoplasia. Algunas células son más propensas al crecimiento anormal que otras⁸.

Los tumores pueden ser benignos o malignos.

Benignos.- No se extienden a otras partes del cuerpo, son encapsulados.

Malignos.- Sus células son anormales, se dividen sin control ni orden; Infiltran y dan metástasis.

Las células malignas pueden invadir y destruir el tejido adyacente, además de entrar en el torrente sanguíneo, o del sistema linfático; los dos sistemas de vasos que bañan y alimentan todos los órganos del cuerpo. Este proceso llamado metástasis, es la manera como el cáncer se extiende del tumor original o primario a otras partes del cuerpo para formar nuevos tumores, o tumores secundarios^{5,8}.

El cáncer bucal constituye una patología común en todo el mundo.

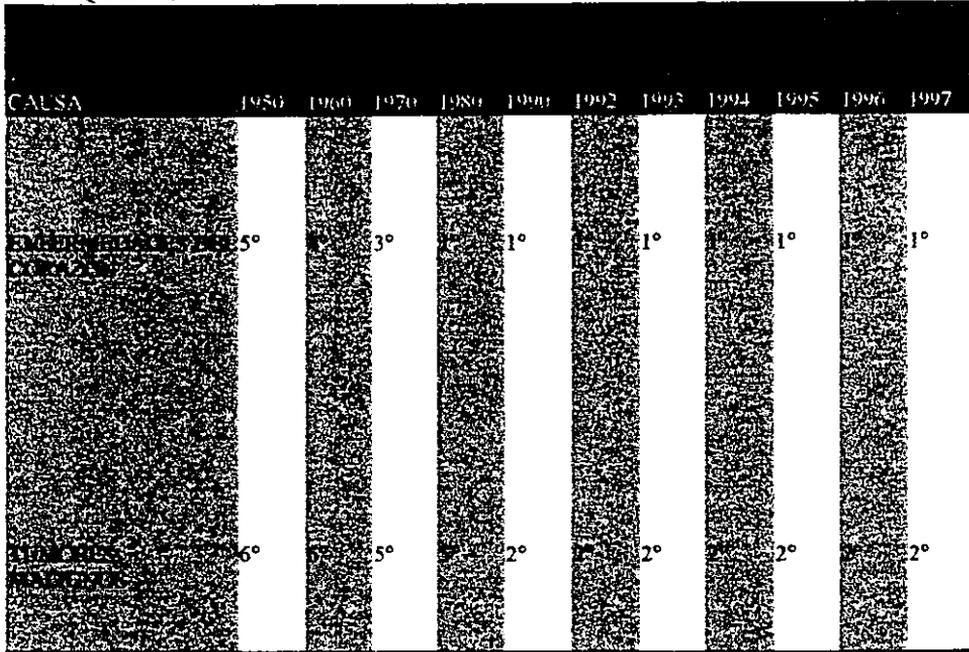
Afecta fundamentalmente a varones entre los 45 y 65 años, con una mayor incidencia de 10:1 respecto a las mujeres, aunque la incidencia en el sexo femenino va en aumento debido a la mayor frecuencia de mujeres fumadoras.

Aproximadamente el 50% de los pacientes diagnosticados con cáncer bucal morirá dentro de cinco años.

De acuerdo a las estadísticas del INEGI, el cáncer en relación con enfermedades relacionadas con el tabaquismo ocupa el segundo lugar.

Como se muestra en el siguiente cuadro.

**EVOLUCIÓN DEL LUGAR OCUPADO POR ENFERMEDADES RELACIONADAS
CON EL
TABAQUISMO.**



Fuente: estadísticas vitales de México, S.S.A. / INEGI. MORTALIDAD

FACTORES DE RIESGO

Desde hace algunos años se enfocó la atención de los investigadores en el papel de varios agentes externos, conocidos como carcinógenos; químicos o físicos.

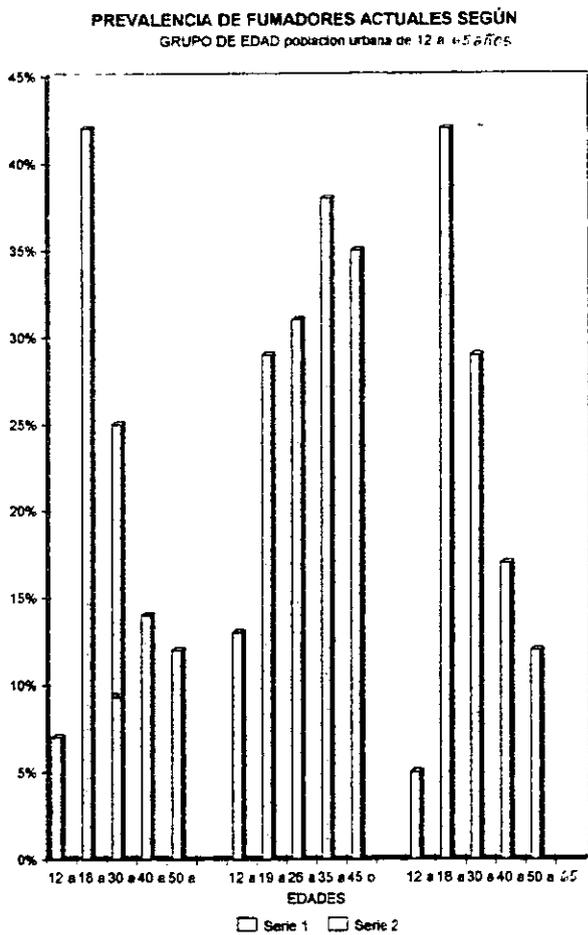
Carcinógenos químicos como el tabaquismo, ya sea fumado en cigarrillos o pipa y masticado^{3,7}.

El tabaquismo es un grave problema de salud en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) ha establecido que el hábito de fumar cigarrillos causa directa o indirecta de cerca de cuatro millones de muertes al año en todo el mundo las cuales la tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo. Si las tendencias actuales se mantienen, alrededor de 500 millones de personas morirán a causa del tabaco³.

La Encuesta Nacional de Adicciones (1990-1998) señala en los últimos estudios realizados en nuestro país que el 27.7% de la población de 12 y 65 años es fumadora, lo que representa a más de 13 millones de habitantes.

El 57.4% no fuma y el 14.8% refirieron ser exfumadores. Hay diferencias importantes en cuanto al género, pues el 42.9% de los varones son fumadores, entre las mujeres la proporción asciende al 16.3%. El grupo

con mayor prevalencia de tabaquismo 18 a 29 años (E. N. A., 1998) como se observa en la siguiente gráfica.



Fuentes :Encuestas Nacionales de adicciones(1990,1993,1998)México

De acuerdo con la cantidad y frecuencia de consumo de cigarros el 52% fueron clasificados como fumadores leves, 57.2% como moderados y 13.1% como severos (consumo diario de 16 ó más cigarros).

En base a los datos obtenidos por le Censo de población, INEGI. El estado de Chihuahua cuenta con 3 millones 450 mil habitantes , la prevalencia en el consumo de tabaco es de 50%, 572 mi 510 personas se encuentran dentro del rango de fumadores activos.

2.-Alcohol.

En el estado de Chihuahua la prevalencia en el consumo de alcohol se encuentra entre la más alta, porque se considera que un millón 920,000 personas, tiene el hábito (13 mil 200 adictos al alcohol beben diariamente).Esto en relación con la Encuesta Nacional de Adicciones Chihuahua, Marzo 2001.

3.-Exposición a los rayos solares

Una exposición excesiva al sol explica la frecuencia relativamente alta de cáncer de piel y labio; en granjeros, leñadores, marineros y otros trabajadores al aire libre.

Algunos autores opinan que el color de la piel interviene también, siendo mas sensibles los individuos de tez clara y rubicundos.

4.-Sepsis crónica o trauma dental.

Una mala higiene, prótesis mal ajustadas, coronas, dientes rotos o cariados pueden causar una irritación crónica que predisponga al desarrollo de cáncer.

5.-Predisposición familiar o genética.

Estos factores son inevitables. Es importante conocerlos pero también es importante tener presentes que no a todas las personas con un factor de riesgo particular para desarrollar cáncer realmente padecen la enfermedad.

6.-Deficiencias dietéticas de las vitaminas A, E, C y hierro.

Algunos observadores han podido comprobar aumento progresivo de mortalidad por cáncer en grupos socioeconómicos cada vez más bajos, por las deficiencias alimenticias.

7.-Un sistema inmune comprometido o infección viral. Particularmente el papiloma humano (HPV).

SIGNOS Y SÍNTOMAS MAS FRECUENTES.

1.-Las lesiones pequeñas, menores de un centímetro, pueden no tener síntomas.

2.-Un alvéolo dental o ulcera que sangra fácilmente, o que no cicatriza.

3.-El dolor, usualmente es el primer síntoma en cáncer de lengua, el dolor puede ser localizado en el área o referido adjunto, dolor de oído, de garganta

como si algo estuviera obstruyendo.

4.-Adormecimiento o molestia de la lengua, o el área de la boca.

5.-Una masa o engrosamiento de los tejidos suaves.

6.-Cambio de la textura o firmeza inusual de la lengua.

7.-Sensación de ardor en la boca o garganta.

8.-Un parche rojo o blanco en las encías, lengua, amígdala o paredes de la boca. o una coloración en la orilla del labio, bermellón.

9.-Dificultad al masticar, tragar, mover la lengua.

10.-Un bulto o masa en el cuello.

11.-Cambios en la voz o ronquera.

12.-Pérdida de peso.

13.-Dientes flojos o dolor alrededor de ellos.

Los síntomas duran comúnmente de cuatro a cinco meses, desde una semana hasta un año.

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS.

La importancia de la prevención consiste en que el origen de las enfermedades malignas se relacionan con el 75% de los agentes externos y las mismas son evitables si nos alejamos de los agentes causantes^{2,4,7}.

- 1.-Mantener una higiene bucal adecuada acudiendo con periodicidad de seis meses a su odontólogo.
- 2.-No ingerir comidas excesivamente calientes que puedan lesionar los tejidos de la boca.
- 3.-Moderar el consumo de las bebidas alcohólicas.
- 4.- Eliminar el hábito de fumar.
- 5.-Seguir las recomendaciones de seguridad en el trabajo siempre que por su actividad esté expuesto a sustancias cancerígenas.
- 6.-Consultar con el odontólogo cualquier lesión que aparezca en su boca.
- 7.-Consulte con el médico u odontólogo cualquier trastorno como pérdida de peso injustificada, tos, ronquera o dificultad para tragar.
- 8.-Que incluyan en su dieta cantidades adecuadas de Vitaminas A, E, C y hierro, que se encuentre en vegetales; rojos, amarillos y verdes. Se recomienda cinco porciones al día.

9.-Evitar los rayos solares, usar protector de labios y piel

10.-Explicar como realizar autoexamen bucal en su propio hogar.

DIAGNÓSTICO.

Los dentistas tienen un rol de gran importancia en la prevención primaria, orientada a detectar tempranamente la enfermedad, con el fin de impedir que se manifieste clínicamente o retardar su progreso, a través de las inspecciones oportunistas o planificadas de las poblaciones de alto riesgo.

¿De qué manera pueden los dentistas contribuir en este proceso?

El examen visual y digital de todos los tejidos blandos bucales, junto al examen cuidadoso de cabeza, cuello y ganglios linfáticos cervicales, seguidos por biopsia de las áreas sospechosas, siguen constituyendo los procedimientos fundamentales para el diagnóstico¹³.

AZUL DE TOLUIDINA.

Un método que ha prestado gran atención, es el uso adjunto de una solución de azul de toluidina que tiñe las lesiones malignas de un color azul oscuro, de manera que pueden distinguirse del resto de la mucosa bucal¹³.

Se vende en todo el mundo en forma de colutorio bajo diferentes nombres tales como "Orascan", "Orascren" y "Oratest".

El azul de toluidina posee un buen índice de sensibilidad, es decir, es sensible a la presencia de un carcinoma bucal, que por lo general también posee una tasa muy baja de casos falsos, esto es, un número muy bajo de cáncer en boca que no se tiñen con la solución. Por otra parte es útil para determinar el sitio apropiado de la biopsia, proporcionando un mayor grado de precisión que el criterio clínico por sí solo. (Figuras A y B).



Figura A.

Mezcla de leucoplasia nodular y eritroplasia en la comisura.



Figura B

Aquí se observa una zona teñida intensamente.

En este caso el examen histológico demostró una displasia epitelial severa de un carcinoma invasivo.

Especificidad del azul de toluidina.- Algunos estudios han revelado baja especificidad, esto es, existe un número de lesiones de otro tipo que también se tiñen además de los carcinomas de boca.

Para evitar esto se sugiere realizar una nueva tinción después de 10 a 14 días para permitir la cicatrización de las lesiones transitorias.

El dentista administra la primera prueba, con un colutorio de 10ml(100mg) de tintura, seguido por una segunda prueba.

Sin embargo, es importante recordar que éste método no debe ser considerado como un sustituto de la biopsia, y una tinción en el segundo examen indica que la biopsia es esencial. Además si a juicio del profesional clínico la lesión es sospechosa pero no hay tinción positiva, aún se requiere la biopsia.

Indicaciones.-El uso de este producto está indicado en los pacientes con riesgo de cáncer bucal, en aquellos con lesiones bucales clínicamente sospechosas, o en aquellos con hábitos de riesgo, especialmente los que usan tabaco y bebedores moderados, o excesivos de alcohol.

Contradicciones.-En pacientes con incapacidad física o mental en que no se puede confiar que sean capaces de expectorar la tintura, no hay suficientes datos para garantizar el uso en embarazadas o lactantes.

Reacciones.-Tinción de orina y heces.

Irritación local, sensación de ardor.

Desprendimiento de pequeñas áreas del epitelio.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA.

La citología tiene la ventaja de ausencia de dolor en la mayor parte de las ocasiones, ya que se lleva acabo mediante un extendido, no requiere la anestesia local, es un método auxiliar de utilidad. Una opción para la detección del cáncer bucal, que permite el reconocimiento y el tratamiento a tiempo^{2,14}.



El uso de Oral CDx; biopsia por cepillado, es una citología exfoliativa diferente, con este cepillo se obtiene una biopsia bucal completa, captura una muestra de tejido de las tres capas epiteliales: Superficial, intermedia y basal^{5,14}.



BIOPSIA.

La biopsia es una técnica que tiene por objeto la extirpación de tejido vivo como medio para el diagnóstico microscópico. Las más comunes en odontología son:^{2,8}

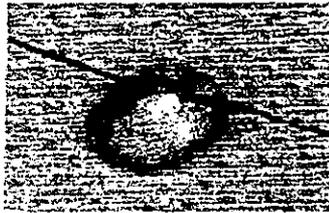
1.-Incisional.-Consiste en la toma de una pequeña porción de tejido enfermo.

La denominan biopsia diagnóstico. Es importante escoger el tejido tomando en cuenta los sitios donde no pasen venas, arterias, nervios (sitios sangrantes), es un error tomar una muestra ulcerada necrótica sangrante ya que el histopatólogo nos puede revelar que es inflamación crónica.

Hay que buscar un sitio que no esté sobretraumatizado.

2.-Escisional.-Se caracteriza porque se retira completamente el tejido enfermo.

La denominan biopsia curativa o terapéutica, se usa en lesiones en las cuales tenemos el diagnóstico acertado¹⁴.



Biopsia escisional

3.-Por aspiración.-Aspiramos líquido.

4.-Por horadación (PUNCH).- Consiste en la resección de un fragmento de tejido mediante el empleo de un instrumento especial de forma cilíndrica, se utiliza como un procedimiento seguro, simple, rápido y de bajo costo.

Técnica para la toma de biopsia:

- 1.-No inyecte anestésico local dentro del tumor.
- 2.-No presione el tumor.
- 3.-No tome tejido necrótico.
- 4.-No tome poco tejido pero tampoco demasiado.

- 5.-No haga suturas hemostáticas.
- 6.-Tome tejido en crecimiento activo.
- 7.-Ponga el tejido en buen fijador. Formol al 10%.
- 8.-Combata el sangrado por electrocoagulación.
- 9.-Asegúrese que la muestra llegue al laboratorio.
- 10.-Reporte rápido, 24hrs, 48hrs.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DIFERENCIAL.

Para dar un diagnóstico es necesario conocer las lesiones premalignas como son: La leucoplasia y eritroplasia, así mismo como las condiciones precancerosas como son: Glositis sífilítica terciaria, líquen plano erosivo, lupus eritematoso, fibrosis submucosa y anemia ferropènica. La queilitis actínica se considera precursora del càncer de labio.^{2,4,5,7}

LESIONES PREMALIGNAS.

Una lesión premaligna se puede definir, como un tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente.

LEUCOPLASIA.

Se define como una placa o mancha blanca que no se puede caracterizar clínica, ni histopatológicamente con ninguna otra enfermedad.(O. M. S.1978).

Clasificación:

Leucoplasia homogénea.-Placa solitaria o múltiple, con zona gris amarillenta

Leucoplasia moteada.-Presenta nódulos o manchas blancas sobre una base eritematosa.

Otras clasificaciones:

Leucoplasia grado I.-Queratosis difusa y focal.

Leucoplasia grado II.-Lesiones blanquecinas reversible.

Leucoplasia grado III.-Lesiones blanquecinas irreversible.

Leucoplasia grado IV.-Carcinoma in situ.

Manifestaciones clínicas.-Afecta a ambos sexos con predominio en el masculino; aparece en la quinta y sexta década de la vida; mancha de color blanco, blanco grisáceo o blanco amarillenta, bordes bien delimitados o pocos precisos, superficie lisa agrietada o rugosa, tienden a situarse profundamente e superficies epiteliales, aparece en cualquier zona de la mucosa bucal,^{2,4} presentándose 32% en la mucosa bucal, 29% en la mucosa del carrillo o comisura. El resto se puede observar en piso de boca, encía, lengua etc.

En la mayoría de las lesiones leucoplásicas se observa sobre infección de *Cándida albicans*, no se sabe si esta infección es un factor causal o solo un fenómeno secundario a la leucoplasia.⁶

Diagnóstico diferencial.- Candidiasis pseudomembranosa aguda, leucoedema (es similar a la queratosis difusa, su sitio de preferencia es la mucosa del carrillo, no hay queratinización). Liquefación plana reticular, queratosis friccional.

No debe ser diagnosticada únicamente por un juicio clínico, sino en los aspectos histopatológicos de la misma, los cuales pueden ser desde hiperqueratosis con displasia epitelial, hasta ser un carcinoma in situ o un carcinoma de células escamosas.

Pronóstico.- Está en relación de la etapa en que se diagnostique, pues la leucoplasia es una lesión con tendencia a malignizarse.

Algunos carcinomas tienen historia de leucoplasia previa.



ERITROPLASIA.

Es una lesión premaligna de la cavidad bucal menos frecuente pero más peligroso que la leucoplasia.

Es una placa aterciopelada de color intenso que no se puede caracterizar clínica, ni histopatológicamente como atribuible a ningún otro estado.

Etiología.- Se le atribuye a factores irritantes como el hábito de fumar.

Manifestaciones clínicas.- Placa color rojizo, textura aterciopelada, superficie bien definida, escasa evidencia de inducción o infiltración.

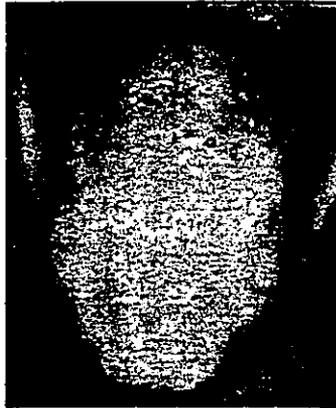
Características histológicas: Atrofia del epitelio, no hay queratinización, displasia epitelial, Papilas dérmicas entran profundamente en el epitelio y está muy vascularizado.^{8,10}



CONDICIONES PRECANCEROSAS

SÍFILIS TERCIARIA.

La glositis o esclerosis sifilítica se ve en la parte media de la lengua y existen dos variedades: Una superficial y otra profunda que llega al músculo. La superficial se presenta como una lengua glaseada o de vidrio con islotes rojos o blancos despapilados y duros, que a veces se fisuran o tienen surcos y que por lo general, se acompañan de placas leucoplaciformes.^{2,8}



LIQUEN PLANO EROSIVO.

Es una variedad atípica del liquen plano rojo, caracterizada por lesiones erosivas de distintos tamaño, como resultado de una intensa degeneración hidrópica de la capa basal del epitelio mucoso que produce desprendimiento epitelial, con formación de ampollas de distintos tamaños que cuando se rompen y su techo desaparece, deja el piso expuesto de la lesión. Puede presentar una sensación ardorosa y dolorosa de naturaleza intermitente que corresponde a los cambios clínicos visibles.^{10,14}



En muchos de los casos el diagnóstico del liquen plano se basa en la apariencia clínica y del resultado de una biopsia incisional.

Los hallazgos histopatológicos consisten en hiperqueratosis con engrosamiento de la capa granular, en algunas ocasiones acantosis con edema intracelular de

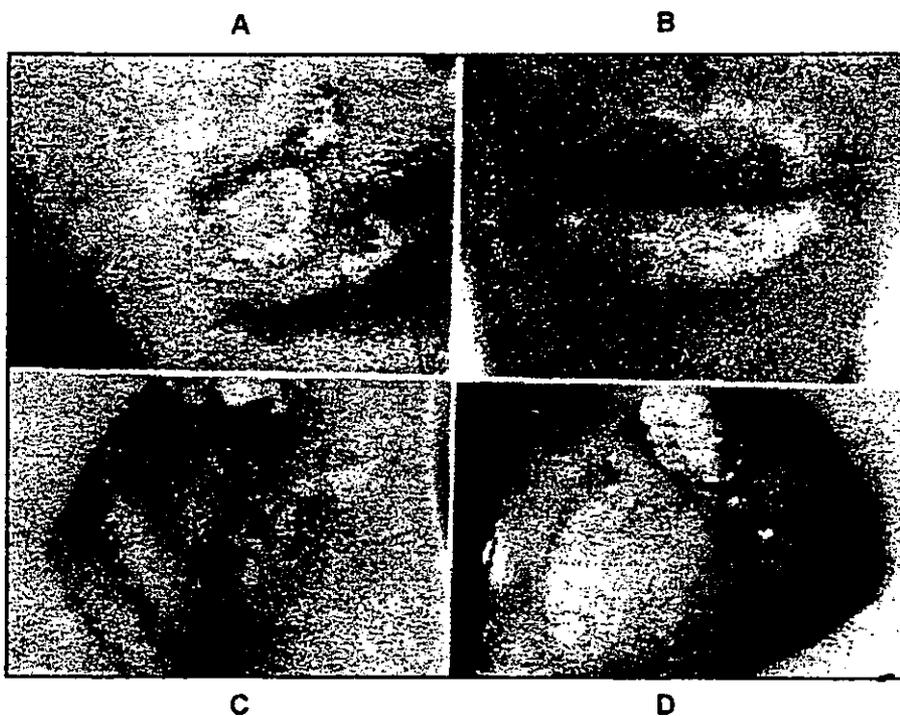
las células espinosas, el desarrollo da un aspecto de “diente aserrado” de las espigas, degeneración de licuefacción o necrosis de la capa basal e infiltración ocasional de linfocitos y células plasmáticas dentro de la capa subepitelial dentro del tejido conectivo.^{8,10}

LUPUS ERITEMATOSO.

Es una enfermedad de la piel de etiología desconocida, autoinmune. Que se presenta en dos formas: La forma crónica o discoide y la forma aguda. En la forma crónica suelen aparecer máculas y placas blancas y escamosas en la zona malar y el puente de la nariz, que adoptan una configuración semejante de una mariposa. Pueden desaparecer espontáneamente pero se agravan con la luz solar.^{10,14}

Las lesiones bucales suelen preceder o seguir a las lesiones cutáneas y se observan en aproximadamente un 25% de los enfermos. Consisten en placas blancas múltiples de un color rojo púrpuro oscuro y clínicamente pueden parecerse a una leucoplasia o hiperqueratosis benigna.

En algunos pacientes existe ulceración de las placas. (Figuras A, B, C y D).



El lupus eritematoso agudo, suele presentarse en mujeres jóvenes. Se caracteriza por máculas hemorrágicas que pueden ulcerarse y experimentar una infección secundaria.

Características histológicas:

Licuefacción degenerativa de la capa basal del epitelio, edema del tejido conectivo subepitelial y degeneración fibrinoide del colágeno.⁸

FIBROSIS SUBMUCOSA.

Se presenta como una pérdida generalizada de la elasticidad de la mucosa, con la formación de bandas fibrosas que limitan la apertura bucal. La lengua pierde firmeza y movilidad. Esta condición es común en las personas de la India, que mastican nuez de areca sola o tabaco. Tiene una de las tasas más altas de malignización.⁸

ANEMIA FERROPÉNICA.

La anemia ferropénica produce una atrofia de las mucosas especialmente del dorso de la lengua que se queda sin papilas dando un aspecto liso, brillante y

rojizo a esta. Cuando se combina con disfagia se habla de Síndrome de Paterson-Kelly o Plummer-Vinson. Pacientes mal nutridos especialmente ancianos son los más afectados. El paciente presenta un cuadro de dolor y ardor principalmente en la lengua, que muchas veces le dificulta el comer. A veces se infecta con *Cándida* complicándose el cuadro.¹⁰



QUEILITIS ACTÍNICA.

La queilitis actínica es una lesión aguda o crónica provocada por la exposición prolongada a los rayos ultravioleta del sol. La forma crónica se produce más sobre la mucosa del labio inferior en individuos de piel blanca, por lo general personas que trabajan al sol, puede afectar toda la mucosa y dar lesiones muy diversas como son: Escamas, fisuras, erosiones, ulceraciones, casi siempre dolorosas y con tendencia al fácil sangrado. Posteriormente se cubren de costras hemáticas que si se intentan desprender ocasionan dolor y sangran muy fácilmente. Con el tiempo se va produciendo un epitelio cicatrizal poco vascularizado y atrófico, que predispone al cáncer de labio.^{8,10}



CARCINOMA EPIDERMOIDE.

Es una neoplasia maligna de origen epitelial.

Las neoplasias malignas que se presentan en cavidad bucal representan un 3% de las que hay en el cuerpo. La mayoría consisten en carcinomas que derivan de epitelio.

El uso excesivo de tabaco, especialmente combinado con el consumo de alcohol, es un factor importante en la etiología del cáncer bucal. Otros factores que juegan un papel importante como promotores de cáncer bucal son irritación mecánica crónica y poca higiene bucal.

Los síntomas son variados. Especialmente en los carcinomas de lengua y piso de boca que se encuentran en una etapa temprana, podemos encontrar una sensación de ardor o prurito.

El carcinoma epidermoide usualmente se presenta como úlcera indurada, aumento nodular, lesión exofítica, o suele encontrarse como una masa tumoral anormal de aspecto impresionante, rápidamente detectable, de consistencia dura a la palpación (infiltrativo). O como lesión verrugosa; suele ser una masa anormal más extensa y que crece en superficie de tejido duro debido a su mayor tendencia a crecer en sentido lateral (proliferante).^{2,8}

Los tumores de bajo grado de malignidad corresponden a tumores de

crecimiento más lento. Las células normales se diferencian para llevar a cabo una función especial.

El tejido tumoral cuyo crecimiento no tiende hacia ningún fin específico, siempre se aparta mas o menos de esta diferenciación.

Se puede establecer dentro del grupo de tumores los siguientes grados

histológicos basados en el nivel de diferenciación.^{5,8}

Grado I.- Diferenciación en 75% de las células. Poca malignidad.

Grado II.- Diferenciación en 50% de las células. Malignidad intermedia baja.

Grado III.- Diferenciación en 25% de las células. Malignidad intermedia alta.

Grado IV.- Diferenciación en menos de 25% de las células. Alto grado malignidad.

Ocasionalmente los primeros cambios clínicos de la mucosa que indican malignidad son cambios leucoplásicos y eritroplásicos, con o sin induración.

Los sitios de predilección de los carcinomas son los bordes de la lengua, piso de boca en menor proporción la mucosa alveolar, mucosa yugal y labio inferior.

El diagnóstico del carcinoma de células escamosas(epidermoide) debe ser basado en los hallazgos histopatológicos.

CARCINOMA IN SITU (CARCINOMA INTRAEPITELIAL).

El término "In Situ", se refiere a un carcinoma superficial cuyas características neoplásicas quedan delimitadas únicamente al epitelio escamoso; que no tiene las características invasivas, no se le puede demostrar infiltración, se cree que no es más que una disqueratosis avanzada o intensa.^{5,10}

TRATAMIENTO.

El tratamiento dependerá del sitio del cáncer, la etapa clínica de la enfermedad y su gradificación histológica.

Existen tratamientos para todos los pacientes como:

- A) Cirugía.
- B) Radioterapia.
- C) Quimioterapia.

La cirugía es el tratamiento común. El médico puede extirpar el tumor primario y parte del tejido sano. También puede extirpar los ganglios linfáticos del cuello (disección de los ganglios linfáticos).^{2,4}

La radioterapia consiste en el uso de rayos x de alta energía para eliminar las células malignas y tumores. La radiación puede provenir de una máquina

situada fuera del cuerpo (radioterapia externa) o de la aplicación de materiales que producen radiación (radio-isótopos) por medio de tubos delgados al área donde se encuentran las células malignas (radioterapia interna).

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para destruir las células malignas. Este tratamiento se puede administrar de forma oral o puede inyectarse en una vena o músculo. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico porque los medicamentos se introducen en el torrente sanguíneo, viajan a través del cuerpo y pueden destruir células malignas en todo el cuerpo.

La hipertermia es un tratamiento nuevo que se está probando en pacientes. En ella se emplea una máquina especial que calienta el cuerpo durante un período determinado de tiempo con el fin de destruir las células malignas, puesto que estas son más sensibles al calor que las células normales, las primeras mueren y el tamaño del tumor se reduce.

SUPERVIVENCIA.

La supervivencia puede mejorar en un 50% promocionando métodos de detección precoz, se considera eficaz promover la detección en los varones mayores de 40 años. La supervivencia está condicionada en ocasiones por la asociación a otros tumores, ya que existe un factor sistémico que influye en los

resultados del tratamiento.

En pacientes analizados en un período de diez años, en el estadio inicial con tumor de hasta cuatro centímetros de diámetro, se ha comprobado una supervivencia cercana al 80% a cinco años. En estadios más avanzados la supervivencia es menor, situándose entre el 50% y el 60%.

La cirugía radical tiene márgenes de seguridad que mejoran la supervivencia, con la posibilidad de dejar tejido sano en una franja de un centímetro o centímetro y medio entre lo que sería el límite de la lesión y el tejido sano, es una norma que se ha seguido, pero ahora tenemos más medios reconstructivos, sobre todo con colgajos pediculados de tejidos vecinos o colgajos libres que posteriormente se incorporan a la zona mediante microcirugía, que permita conservar no sólo el órgano sino su función.

MORTALIDAD

La mortalidad de cáncer bucal ocurrida en México durante la década de 1989 a 1998, proporcionada por la Secretaría de Salud, se analizó considerando las principales variables epidemiológicas como son: Sexo, edad, entidad de residencia y de defunción, atención médica previa a la defunción, localización de las lesiones que produjeron la muerte.

Durante este período ocurrieron 6742 defunciones por tumores de la cavidad bucal, con tasas variables entre 6.87 y 7.87 por millón de habitantes y razón de masculinidad de 2.13. Las edades promedio de las defunciones fueron de 66.5 años entre las mujeres y 65.5 entre los hombres. Las entidades con tasas de mortalidad mayores fueron en orden decreciente, Colima, Yucatán, Veracruz, Baja California Sur y Tamaulipas. Las entidades en que ocurren la mayor cantidad de defunciones son: D. F. Nuevo León, Baja California, Yucatán, Jalisco y Puebla. Los estados que atienden las menores proporciones de sus habitantes son: Estado de México, Veracruz, Hidalgo, Guerrero y Guanajuato. Entre estos estados no aparece Chihuahua, que de acuerdo al Sistema Estadístico y Epidemiológico tiene un registro de 20 defunciones en el año 2000. La Secretaría de Salud en 1989 reportó que la mayor incidencia se presenta en personas de baja o nula escolaridad, en poblaciones pequeñas. El 92% recibió atención médica, el 27.2% fallecieron en alguna unidad de salud. Las tasas de mortalidad en los últimos diez años se han mantenido estable, con discretas variaciones entre los estados. Los servicios de salud de algunas entidades proporcionan más atenciones que otros.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad hay individuos que están propensos a sufrir de cáncer bucal; debido a los cambios en el estilo de vida, la industrialización y a una mezcla compleja de factores relacionados con el medio ambiente y la herencia.

Se pueden prevenir muchos casos de cáncer al evitar el hábito del tabaco, evitando los rayos dañinos del sol y escogiendo alimentos con menos grasa y más fibra. Además el alcohol y la exposición a ciertos químicos o radiación pueden aumentar el riesgo de una persona a desarrollar cáncer.

Muchos factores de riesgo pueden evitarse, otros tales como heredados son inevitables. Es importante conocerlos, las personas que tienen una probabilidad mayor de desarrollar cáncer pueden ayudarse a protegerse, evitando hasta donde sea posible los factores de riesgo y haciéndose chequeos regulares, de manera que si el cáncer se desarrolla, probablemente será detectado tempranamente, y es probable que el tratamiento sea más efectivo cuando el cáncer se descubre temprano. Para ello es importante que el odontólogo esté preparado para actuar cuando se presente un paciente con una lesión inicial y con factores de riesgo, deberá tener suficientes conocimientos para la aplicación de medidas preventivas contra el cáncer.

OBJETIVO.

Identificar los casos de cáncer bucal en una población derechohabiente del Estado de Chihuahua.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio incluyó 90 casos de pacientes, 34 pacientes de cáncer bucal, del Centro Estatal de Cancerología, Servicios de Salud del estado de Chihuahua en un período comprendido entre Enero a Diciembre 2000 .

Y 56 casos de pacientes que acudieron a consulta al Hospital Morelos del I. M. S. S. Chihuahua, en un período comprendido entre Enero a Junio 2001.

39 casos correspondieron a cáncer bucal y 17 casos (estomatitis, glositis, moniliasis y lupus eritematoso.

Se analizaron las causas directas y se consideró la interacción de otras variables como número de casos, zona, sexo, edad, ocupación, residencia.

Los datos se recolectaron utilizando una cédula de captura de datos y registro elaborado para tal fin.

Para el registro y computo de datos obtenidos se utilizó una computadora Compaq mediante el programa Microsoft Word.

Se realizaron gráficas de barra y pastel mediante el programa Microsoft Work para sacar las variables de los casos revisados; también se utilizaron cuadros para los resultados.

Para el estudio obtuvimos apoyo estadístico del Centro Estatal de Cancerología
Servicios de Salud y del Centro de información Estadístico Hospital Morelos
I. M. S. S. (Chihuahua).

RESULTADOS.

De los 90 casos, resultaron 73 casos con cáncer bucal y 17 casos presentaron: estomatitis, glositis, moniliasis, lupus eritematoso.

De los 73 casos de cáncer bucal, 34 fueron del Centro Estatal de Cancerología, Servicios de Salud de Chihuahua y 39 del Hospital Morelos I. M. S. S.

De los 34 casos de cáncer bucal Centro Estatal de Cancerología, 14 pacientes viven aún, 11-son del sexo masculino y tres del sexo femenino.

SECRETARÍA DE SALUD, CENTRO ESTATAL DE
CANCEROLOGÍA. MORBILIDAD (CASOS DE TUMORES MALIGNOS DE LA
BOCA) CHIHUAHUA
2000.

FOC O LOCALIDAD	NÚMERO DE CASOS	SEXO	EDAD	RESIDENCIA	PROCEDENCIA
TUMOR MALIGNO DE GLÁNDULA SALIVAL	1	F	80	CHIHUAHUA	I.S.S.S.T.E.
TUMOR MALIGNO DE LA LENGUA PARTE NO ESPECIFICADA	3	M	58	OJINAGA	CRO
		M	58	SAN JAVIER	I.S.S.S.T.E.
		F	54	JIMÉNEZ	I.S.S.S.T.E.

El rango de edad de los pacientes vivos fuè de 29 a 81 años y la localización de los tumores malignos fue: Labio, siete casos; lengua, tres casos; Amígdala, dos casos; piso de boca, un caso; parótida, un caso.

En la mayoría de los casos el factor etiológico importante fue el uso excesivo de tabaco, una a dos cajetillas diarias combinado con el consumo de alcohol, poca higiene bucal y la exposición a los rayos solares.

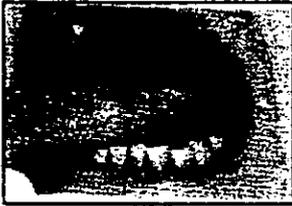
Ocupación: Varió entre jornalero, obrero, agricultor.

En algunos pacientes baja o nula escolaridad y pocos recursos económicos.

Residencia habitual: Chihuahua, cinco casos. Casas Grandes, Juárez, Cuahémoc, Ojinaga, Jiménez, Namiquipa, Delicias, San Javier, Riva Palacio. Todos con un caso.

Todos los pacientes han sido sometidos a tratamiento: Cirugía, radioterapia y quimioterapia.

En las siguientes figuras mostramos dos casos de pacientes que acudieron al Centro Estatal de Cancerología, uno en lengua y otro en piso de boca.



Hombre de edad avanzada con sensación ardorosa en el borde lateral de la lengua no se tomó biopsia.



Mismo paciente, después de un año, se le diagnostica carcinoma de células escamosas.



Cambios en el piso de la boca (izquierda)
causados por un carcinoma de células escamosas

Un total de 20 defunciones de los cuales 13 fueron del sexo masculino y siete del sexo femenino.

DEFUNCIONES GENERALES DE LA ENTIDAD FEDERATIVA (CHIHUAHUA),

CAUSA, SEXO, EDAD, RESIDENCIA
HABITUAL.

ESTADO O CAUSA	TOTAL	SEXO		EDAD 15-64	65 Y + AÑOS	RESIDENCIA
		F	M			
tumor maligno de la lengua	2	1	1		2	Juárez
tumor maligno de la encia	1		1	1		Hidalgo del Parral
tumor maligno del paladar	2	1	1	1	1	Juárez Casas Grandes
tumor maligno glándula parótida	7	2	5	4	3	Juárez(3) Camargo(1) Chihuahua(3)
tumor maligno amigdala	3	2	1	3		Juárez(1) Camargo(1) Chihuahua(1)
tumor maligno de labio	5	1	4	3	2	Delicias(1) Julimes(1) Jimenez(1) Saucillo(1) Chihuahua(1)

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones. S.S.CH. (2000)

El rango de edad de los pacientes fallecidos fue de 40 a 65 años y la localización de los tumores malignos fue: Labio, cinco casos; parótida, siete casos. lengua, dos casos; amígdala, tres casos. paladar, dos casos; encía, un caso. En estos casos no fue posible conocer cual fue el factor etiológico. De los 56 pacientes que acudieron a consulta en las especialidades maxilofacial, otorrinolaringología y oncología de Enero a Junio 2001. 39 casos de cáncer bucal, de los cuales 35 casos correspondieron al sexo masculino y cuatro casos al sexo femenino.

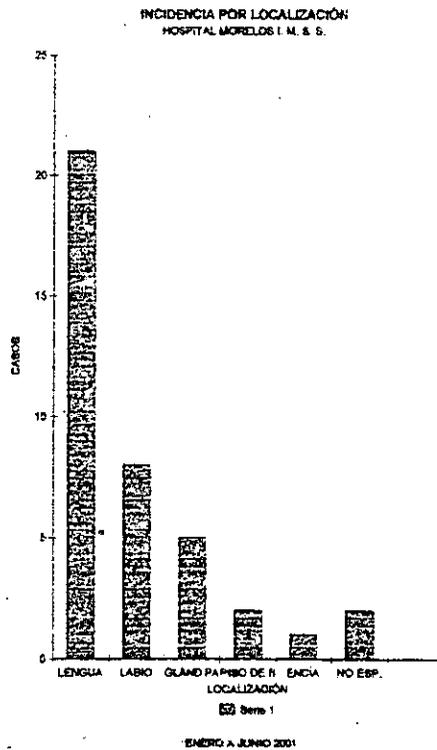
PACIENTES QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LAS ESPECIALIDADES (MAXILOFACIAL, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y ONCOLOGÍA)

L.O.C.O ZONA	NÚM. CASOS	SEXO		F	EDAD				
		M	F		20-39	40-49	50-59	60-69	70 0 +
LENGUA	3	3							1
PISO DE BOCA	1	1							1
LENGUA	6	6			Feb		2	2	1
LENGUA	3	3			marzo		1	1	1
LABIO	2	1	1	1 F			1 M		
PISO DE BOCA	1	1						1	
GLÁNDULA PARÓTIDA	2	1	1	1 F	1 M				
LENGUA	2	2			abril	1			
ENCÍA	1	1							1
LABIO	1	1					1		
PISO DE BOCA	1	1				1			
LENGUA	4	3	1	1 F	1 M			2 M	
LABIO	1	1						1	
LABIO	4	4			junio		1	3	
LENGUA	3	3					1	2	
GLÁNDULA PARÓTIDA	2	2			1	1			
NO ESPECÍFICO	2	1	1	1 F	1 M				

Información Estadística Hospital Morelos I.M.S.S. Enero a Junio 2001 Chihuahua

Edad: 30-39 años , siete casos del sexo masculino y cuatro casos del sexo femenino. 40-49 años, siete casos del sexo masculino. 50-59 años, cinco casos del sexo masculino. 60-69 años, 12 casos del sexo masculino. 70 o más años, cuatro del sexo masculino.

La localización de los tumores malignos fue: Lengua, 21 casos; labio, ocho casos; parótida, cuatro casos; amígdala, dos casos; encía, un caso.



El factor etiológico en la mayoría de los casos, consumo de tabaco, de media cajetilla a una y media de cigarrillos. Poca higiene bucal y la exposición a los rayos solares.

Ocupación varió entre obrero, jornalero, agricultor.

De los 17 casos restantes, 11 pacientes presentaron estomatitis, siete pacientes del sexo masculino y cuatro pacientes del sexo femenino; Tres pacientes presentaban glositis, del sexo femenino; Dos pacientes presentaban moniliasis, del sexo femenino.

Un paciente presentaba lupus eritematoso, del sexo femenino.

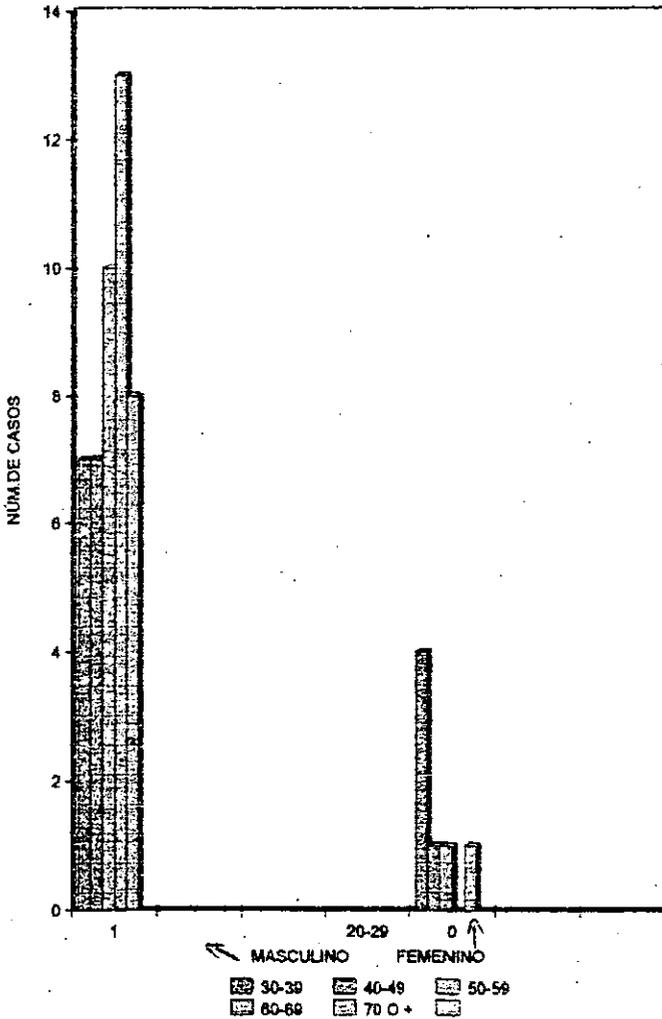
De los casos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal, algunos referían haber sido tratados anteriormente como lesiones blancas del tipo moniliasis o estomatitis y otros a tardanza debido a ellos mismos.

Todos los pacientes han sido sometidos a cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Del total de casos del Centro Estatal de Cancerología y del Hospital Morelos I. M. S. S. predomina el sexo masculino. Como se muestra en la siguiente gráfica.

CASOS DE TUMORES MALIGNOS DE LA BOCA, DE ACUERDO A SEXO Y EDAD

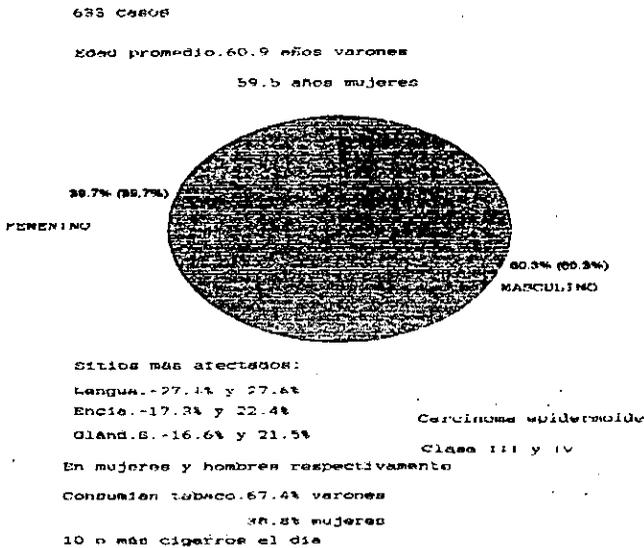
DEL CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA
Y HOSPITAL MORELOS I.M.S.S.



DISCUSIÓN.

De acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología (1985-1992), México. Se presentaron 633 casos de cáncer bucal. Sexo masculino 60.3% y sexo femenino 39.3%. O sea se presentaron un promedio de 79.12 casos por año y la mayoría en etapas avanzadas. El consumo de tabaco fue el factor más importante; consumían tabaco el 67.4% de los varones, 38.8% de las mujeres. Fumaban 10 o más cigarrros al día, tiempo de duración del hábito fue: 37.3 años en hombres y 30.5 en mujeres.

EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DEL CÁNCER
BUCAL INSTITUTO NACIONAL DE CANC.(1985-1992)



Edad promedio: Sexo masculino 60.9 años y en sexo femenino 59.5 años.

Zona más afectada: Lengua, 27.1 % y 27.6%.

Encía, 17.3% y 22.4%.

Glándulas salivales, 16.6 % y 21.5%.

En mujeres y hombres respectivamente. El 71% de los casos epidermoide y cerca del 65% de los tumores etapas clínicas avanzadas III y IV.

Por la similitud del presente estudio, nos basaremos en éste para establecer las comparaciones.

El Instituto Nacional de Cancerología incluye 633 casos; para esta tesis se incluyeron 73 casos de cáncer bucal. 39 casos del Hospital Morelos I. M. S. S.

Chihuahua y 34 casos del Centro Estatal de Cancerología.

En esta tesis se incluyeron las variables de:

- A) Número de casos.
- B) Sexo.
- C) Edad.
- D) Localización.
- E) Residencia.
- F) Ocupación

Como factor etiológico importante en la mayoría de los casos fue el consumo de tabaco, de una cajetilla a dos diarias de cigarrillos, combinado con el alcohol; la mala higiene bucal y exposición a los rayos solares. En cuanto al sexo predomina el masculino y una edad promedio de 50-65 años. Todo esto tiene similitud con

los datos del Instituto Nacional de Cancerología. Aunque en nuestro estudio se presentaron casos de 30-39 años y 40-49 años debido a que personas más jóvenes son fumadoras. La zona más afectada; lengua seguida por labio y glándula parótida. Por lo cual hay una diferencia, ya que el labio ocupa el segundo lugar.

El tipo de tumor en la mayoría de los casos fue Carcinoma epidermoide en etapa clínica II y III, en etapa clínica III y IV (defunciones).

A pesar de que la terapéutica oncológica se ha desarrollado notablemente en las últimas décadas, no es menos cierto que aún en el mejor de los casos solamente el 50% de los tumores malignos son controlados. Y, por lo tanto, hay un criterio bien firme de que la lucha contra el precoz debe, además de utilizar los tratamientos modernos, insistir en la prevención primaria o profilaxis y en la prevención secundaria o detección precoz.

CONCLUSIONES.

El cáncer en cavidad bucal se presenta en etapas avanzadas, el factor etiológico principal es el consumo de tabaco combinado con el alcohol, se presenta por lo general en pacientes con baja escolaridad y bajos recursos económicos. Por lo cual esto es motivo para que el paciente se presente en nuestro consultorio en etapa clínica avanzada.

Afecta a varones entre los 45 y 65 años y en menor incidencia en el sexo femenino.

El 95% de las lesiones corresponden a Carcinoma Epidermoide, zona más afectada, lengua.

Nuestro estudio está basado principalmente en los datos estadísticos captados del Centro Estatal de Cancerología, Servicios de Salud; Hospital Morelos I.M.S.S. Chihuahua. Dentro de las defunciones se escapan casos de cáncer bucal, ya que en el llenado de los certificados de defunción aparecen causas de muerte tales como el paro cardiorrespiratorio y que muchas de las veces no se relaciona con la enfermedad desencadenante, lo mismo que una septicemia. Debería establecerse una norma para que los certificados de defunción sean llenados correctamente.

Así como hay una Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico, establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del Expediente Clínico "Definición" cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o terapéuticos rehabilitatorios.

La detección clínica temprana del cáncer bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo, la prevención primaria, cuyo motivo es evitar que se produzca la enfermedad, en ésta el odontólogo juega un importante papel, orientado al paciente con técnica de cepillado y revisiones periódicas de todo trabajo dental.

La prevención secundaria, orientada a detectar tempranamente la enfermedad, con el fin de impedir que se manifieste clínicamente o retardar su progreso y ante la sospecha de una lesión, trabajar en equipo canalizando al paciente oportunamente al Cirujano Maxilofacial y Oncólogo.

En la actualidad se ha demostrado que la medida más eficaz para la curabilidad del cáncer bucal es la terapéutica temprana como consecuencia de un examen sistemático.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Díaz Granados O.P, Miranda Loreto J.G, Narváez Álvarez J, Pérez Bache A, Ramos Barrera. Valor de la Citología exfoliativa en leucoplasia oral. Revista Práctica Odontológica vol.13 núm. 9-22. Sept. 1992.
2. Fisher J.T, Cleaton Jones y Lownie J.F. Oral Sugery, Oral Medicine, Oral Pathology. E.U. vol.70 núm 1, Julio de 1990.
3. Frías M.M, Zeichner G.I, Súchil. B.L, Ochoa. C.F.J. Epidemiología descriptiva del cáncer de cavidad bucal. Revista Instituto Nacional de Cancerología (Méx.) 1997; vol.43 núm. 2, p 80-85.(Internet).
4. Kruger Gustavo O. Cirugía Buco Maxilofacial. 5ªed.México, Interamericana, 1987.
5. Malcolm A. Lynch. Medicina bucal de Burket. Edit. Interamericana, México 1986.
6. Mc Carty L. Philip, Shlar Gerald. Enfermedades de la Mucosa Bucal. Edit. El Ateneo Buenos Aires, 1985.
7. Nicot Cos. Roberto Felipe, Delgado Álvarez Ilenis, Soto Martínez Graciela. Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Revista Cubana de Estomatología, Marzo 2001 (Internet).

8. Robbins Stanley L. y Vira y Kumer. Patología Humana. 4ª Ed. México, Interamericana, 1987.
9. Ruvalcaba Torres Viviana. Protocolo de Investigación. Facultad de Odontología, U.N.A.M. México 2000 (Internet).
10. Shafer W.G. y Levy. B.M. Tratado de Patología Bucal. 4ª Ed. Interamericana, México 1986, p 92-105.
11. Universidad Nacional Autónoma de México. Normas técnicas y de estilo para el trabajo académico. 1ª Ed. México, Abril 1997, p 3-72.
12. Universidad Nacional Autónoma de México. Guía para la preparación de Proyectos de Investigación. Facultad de Odontología, México 1992.
13. Wamakulasuriya Saman, Epstein Joel. Diagnóstico del cancer oral. Azul de toluidina. Revista F.D.I. World vol. núm. 2, 1998, p 22-26.
14. Zegarelli W. Edward, Kutscher H. Austin, D.D.S. Diagnóstico en Patología Oral. Edit. Salvat 1974.

AGRADECIMIENTOS.

A mi esposo Vicente:

Que con su paciencia y comprensión ha sido un factor decisivo para salir adelante.

A mis hijos Erika y Jorge:

Que son la alegría y felicidad de mi vida, deseando que mis esfuerzos y este sencillo trabajo sirva de estímulo para que logren su objetivo, escalando sin dificultades los peldaños de la vida.

A mi padre:

Que siempre fue un apoyo moral desde mi infancia, reflejas un amor inmenso que ahora me mira desde el cielo.

A mi madre:

Que desde mi infancia me ha brindado todo su amor.

A mis hermanos:

Francisco, Carlos Alberto, Gabriel, Mónica, Dora; por compartir juntos los mejores momentos de la vida con todo corazón.

A mis asesores:

Dra. Elba Rosa Leyva Huerta y Dr. Guillermo E. Deister:

Que han puesto sus conocimientos y dedicación para la culminación a mi trabajo. Sea para ustedes las más expresivas y sinceras gracias.

A los Centros Estadísticos:

Del Hospital Morelos I. M. S. S. Y del Centro Estatal de Cancerología. Servicios de Salud (Chihuahua).

Gracias por todo su apoyo para la culminación de este trabajo.