



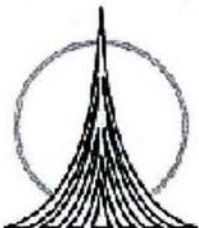
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

“EVALUACIÓN CLÍNICA DE CÁNCER BUCAL”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A :
GARCÍA SANTILLÁN LAURA JANET DE LOURDES

DIRECTOR DE TESIS: C.D. JESÚS REGALADO AYALA



NOVIEMBRE DEL 2004



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.

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
MARCO TEÓRICO	7
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
METODOLOGÍA	24
RECURSOS	25
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	26
RESULTADOS	27
CONCLUSIONES	38
PROPUESTAS	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el Cáncer es considerado como un padecimiento complejo y multifactorial. Existen numerosos estudios que han revelado su gravedad y magnitud, al grado de establecerlo como uno de los principales problemas de salud en las grandes urbes.

En México, no existen estudios epidemiológicos confiables que midan el impacto del cáncer en general en los índices de morbi-mortalidad, sin embargo hay grupos que citan al padecimiento como uno de los principales problemas de salud.

En el mundo industrializado moderno la desnutrición y las epidemias son problemas que ya han sido controlados, por ello el cáncer en general se presenta como una de las enfermedades más temidas por el hombre.

La etiología del Cáncer Bucal es muy variada, aunque una de sus principales causas se relaciona con la edad y con el proceso crónico-degenerativo, ya que se presenta en un 95% de los casos en personas mayores de 40 años, y puede aumentar el riesgo si el individuo es fumador o convive con personas adictas al cigarro, a masticar tabaco y alcohólicos. Otro factor importante que se debe considerar es la herencia, ya que también es un factor predisponente para que se presente esta enfermedad.

Una realidad de este problema de salud, es que a pesar de las quimioterapias y de las radioterapias el cáncer aún sigue avanzando rápidamente ya que cada año aumenta el número de muertes por esta enfermedad, aunque los pacientes sean sometidos a diferentes terapias, hasta el momento por lo menos el 50% de los enfermos de cáncer mueren.

De acuerdo a datos estadísticos, sólo el 15% de los casos son diagnosticados en etapas tempranas, mientras que el 85% restante, recurren en periodos ya muy avanzados, lo que ensombrece el pronóstico.

En este contexto, la morbi-mortalidad del Cáncer Bucal, no está ajena a este panorama ya que la sobrevida del paciente con Cáncer Bucal depende, entre otros factores, del momento del diagnóstico, la localización y el tratamiento correcto.

Como se sabe, la cavidad bucal, por su ubicación anatómica, es de fácil observación, ya que sus estructuras están a la vista en un examen de rutina con un profesional o con el auto examen del paciente, por lo tanto, a diferencia de otros órganos internos, cualquier lesión podría detectarse rápidamente.

Frente a cualquier lesión dudosa de la cavidad bucal, ante cualquier duda y considerando los signos y síntomas de Cáncer Bucal y, antes de establecer otro diagnóstico es preciso destacar al Cáncer y en este contexto no es permisible esperar nuevos signos ni síntomas.

Un diagnóstico precoz puede salvar la vida del paciente, por lo que retrasar el mismo repercute negativamente en el pronóstico de vida para el paciente.

El Odontólogo debe estar preparado para identificar pequeñas alteraciones, comienzo de síntomas y signos de un posible Cáncer, pero también debe tener suficientes conocimientos científicos para el fomento de la salud y promoción de medidas preventivas contra el Cáncer.

Queda claro entonces que el diagnóstico es fundamental y la base de todo tratamiento médico u odontológico integral.

Por lo tanto, en este documento, se trata de resaltar el panorama epidemiológico del cáncer bucal y la importancia de la capacitación y formación de los Cirujanos Dentistas para el diagnóstico e identificación de lesiones cancerosas, en forma oportuna a través de la sensibilización y ejercicio ético de la profesión odontológica, motivo por el cual el propósito de esta propuesta, es el de establecer y promover un diagnóstico oportuno de Cáncer Bucal con base en los criterios y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una enfermedad maligna que se presenta cada vez con mayor frecuencia en la población mexicana. En la actualidad no existe una cura precisa, aún cuando se utilizan métodos como la quimioterapia y radioterapia, entre otros.

El paciente puede ignorar la presencia de la lesión, ya que, en muchos casos, es asintomático en sus períodos iniciales. Por lo tanto, si no se acostumbra a realizar controles de rutina con su especialista, la enfermedad seguirá avanzando en silencio.

Si el cáncer bucal no se detecta oportunamente puede ocasionar grandes mutilaciones e incluso la muerte del paciente, por lo que nuestra responsabilidad como miembros de un equipo de salud es el de identificar y remitir al especialista este paciente ya que posiblemente, en nuestras manos está la única oportunidad de salvar una vida.

Es un hecho que los tratamientos para el cáncer implican un alto costo y requieren de un largo tiempo, por lo cual actualmente se acepta que el diagnóstico oportuno es la medida más eficiente, oportuna y de bajo costo, disminuyendo los posibles traumatismos físicos y mentales.

En el campo de la estomatología, se considera a la cavidad bucal como una zona bastante accesible para realizar el examen minucioso y así detectar precozmente el cáncer.

Esto muestra contundentemente la gran necesidad de elaborar un documento que sirva de guía a la población odontológica en el diagnóstico oportuno del cáncer bucal.

Por lo anteriormente expuesto, se pretende realizar la presente investigación con el fin de resaltar la importancia de un diagnóstico precoz para la prevención de signos y secuelas del cáncer bucal, lo cual ayudará a un mejor tratamiento para los pacientes, abatiendo además costos y estancias hospitalarias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los elementos o información básica que debe tener un instrumento o formato simplificado para el diagnóstico oportuno de cáncer bucal, aplicable a la práctica general del Cirujano Dentista?

MARCO TEÓRICO

Una parte importante de la Estomatología es el reconocimiento del ser humano como un ser biopsicosocial, con una visión integral del proceso salud-enfermedad, por lo tanto el conocimiento del aparato estomatognático no se debe observar o considerar en una identidad independiente del proceso salud-enfermedad del individuo, es por eso que el estudio de la Patología Bucal, debe ser relevante a fin de identificar su repercusión o secuelas en el ecosistema del ser humano.

En este sentido el estudio de los tumores de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes es de gran importancia ya que el Cirujano Dentista desempeña un papel vital en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. (1)

CÁNCER

Crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

También podemos considerar que es un crecimiento nuevo de tejido independiente, no coordinado, el cual potencialmente es capaz de proliferar sin limitaciones y no retrocede a pesar de que desaparece el estímulo que produjo la lesión.

El Cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de células en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos:

Los Sarcomas, proceden del tejido conectivo, como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.

Los Carcinomas, proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares como los de mama y próstata. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinoma de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas.

En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras. (2)

Factores de riesgo

Ciertos factores son capaces de provocar un cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre estos se encuentran la herencia, las infecciones, las radiaciones ionizantes, los productos químicos y las alteraciones del sistema inmunológico.

El Cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, ó producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa, como un factor irritante y constante. (2)

La estadística mundial reporta que los tipos de cáncer más frecuentes de acuerdo a su importancia son los de estómago, pulmón, mama, colon, recto y cérvix y en la República Mexicana, ocupando el primer lugar se encuentra el carcinoma del cérvix, en segundo el de mama, seguido por el linfoma, cáncer de próstata y por último el de pulmón. (3)

Los cánceres de la boca y de la laringe que en la estadística mundial ocupan el cuarto lugar, en México ocupan el decimoséptimo; el cáncer del esófago que se encuentra en séptimo lugar en la estadística mundial, en nuestro país se encuentra apenas en el lugar vigésimo sexto y el cáncer hepático ocupando el octavo lugar en la estadística mundial, en la nacional apenas aparece en el vigésimo quinto.

El porcentaje de Cáncer de la mucosa bucal en relación con otras localizaciones nos indica que los cánceres de pulmón, próstata y estómago son los más comunes en hombres, mientras que los de mama y útero son los que prevalecen en la mujer. En los niños los que más se presentan son las leucemias, de riñón, linfomas y huesos, los cánceres de la mucosa bucal representa aproximadamente el 4% del total.

Cáncer Bucal

La cavidad bucal en el ámbito oncológico está compuesta por:

"Labios, piso de boca, lengua, mucosa yugal, encía superior e inferior, paladar duro, paladar blando y el trígono retromolar". (2)

El cáncer de cabeza y cuello que constituye alrededor del 4% de todos los cánceres en los Estados Unidos suele afectar a ancianos y presenta una notoria asociación con el consumo de tabaco y alcohol. (2)

El cáncer bucal se incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la OMS, en el grupo que comprende los códigos del 140 al 148 (1). Al igual que en otros cánceres, su incidencia es alta entre los adultos mayores, con un promedio de edad de diagnóstico de 60 años, así que puede considerarse como una enfermedad de la tercera edad. La mayor incidencia de Cáncer Bucal se presenta en hombres con una relación de 2:1 los sitios de alto riesgo incluyen la superficie ventrolateral de la lengua, la parte anterior del piso de la boca, el labio y el paladar blando. Se aprecian variaciones significativas en

cuanto a la distribución geográfica, en algunas partes de la India representa cerca del 40% de todos los cánceres, a diferencia del 3 al 5% que se registra en la mayoría de los países occidentales. (1,2,3 y 4)

La incidencia del cáncer espinocelular de cavidad bucal varía en los países en desarrollo. A pesar de que en nuestro país no existen registros oficiales y confiables de cáncer con base poblacional y la información se limita a mostrar la frecuencia relativa de los diferentes registros hospitalarios, por otra parte el Registro Nacional de Cáncer indicó que de 32162 casos, 507 (1.5 %) correspondían a cáncer bucal. Más recientemente el Registro Histopatológico de Neoplasias malignas encontró que de 62675 casos notificados, 900 (1.4%) fueron de cáncer bucal, de los cuales el Cáncer bucal, de los cuales el 62.3% correspondió a varones y el 37.7% a mujeres. En México, con base en los datos de mortalidad, se ha estimado que la incidencia de este tumor es de 5/100 en hombres y de 3/100 en mujeres. (5 y 6).

El Cáncer Bucal se presenta en aumento en cifras generales, según publicaciones de varios autores. Este aumento de incidencia debe considerarse, sólo respecto a los hombres, ya que las mujeres marcan un aumento por haber adquirido vicios y costumbres que eran propias de los hombres, por ello, el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. de Norte América, consigna en sus estadísticas un aumento global del Cáncer Bucal.(2)

El porcentaje del Cáncer Bucal en relación con otras enfermedades bucales, es difícil de establecer por porcentajes exactos a cuantas lesiones malignas existen en la boca, con respecto a las de carácter benigno ya que no se lleva una estadificación confiable. (1)

El Cáncer Bucal en relación a la edad, en las partes blandas de la boca se ve en adultos. La mayoría aparece en individuos por encima de la quinta década (entre los 50 y 70 años). En la mucosa yugal la incidencia es mayor por encima de los 60 años, en la lengua la incidencia mayor se encuentra por debajo de esta edad (55 a 60 años). El cáncer de piso de boca y encía se ve particularmente en personas de edad más avanzada cerca de los 70 años. En el paladar el promedio de los pacientes con carcinoma se acerca a los 60 años, en los labios si bien se observa dentro de las edades generales establecidas en los cánceres bucales, puede darse en personas jóvenes entre los 40 y 50 años. (6)

El cáncer de la mucosa bucal en distintas razas muestra un predominio en la raza blanca con un 92.6%, la negra 5.2% y otras 2.2%. (6)

Con relación a su ubicación las estadísticas generales de Cáncer Bucal muestra que es muy variable, según el país, lugar del mismo, con características propias, vicios y costumbres, la mayoría de los Cánceres Bucleales se manifiestan en los labios entre el 40 y 50% del total, siguen los de la lengua con aproximadamente un 25%, los de piso de boca con 7.5% y los de paladar y mucosa yugal con el 6% cada uno. Las encías registran cifras algo menores. (7)

De particular importancia es la gran afectación funcional, estética y psicológica que produce la aparición y desarrollo de las lesiones tumorales malignas en el complejo bucal, que una vez que adquieren estadios avanzados, al ser tratados se producen afectaciones morfológicas y funcionales, muchas veces irreparables a pesar del desarrollo e introducción de técnicas quirúrgicas y métodos de tratamiento asociados, con un elevado costo para la sociedad, el individuo y la familia. Por eso se considera fundamental la prevención, tanto primaria como secundaria, para la disminución del número de casos como se ha demostrado en otros tipos de cánceres que están disminuyendo porque se han hecho campañas de prevención, y ya que el diagnóstico precoz para el Cáncer Bucal nos dice que "se cura en un 95 por ciento de los casos" si se diagnostica en el momento que aparece, por ello son importantes las visitas a los dentistas cada seis u ocho meses, para que éste controle y vigile, y también las autoexploraciones del paciente. (1)

Es importante señalar que los diferentes tipos de neoplasias se asocian al desarrollo de Cáncer Bucal.

Neoplasia: Es una anomalía del crecimiento y multiplicación celular caracterizada 1) por proliferación celular excesiva que típicamente, pero no en forma invariable, produce una masa anormal, o tumor; 2) por crecimiento incoordinado que se produce sin propósito aparente alguno, y 3) por persistencia de proliferación y crecimiento celular excesivos, aún después de que el estímulo incitante que provocó el cambio se ha eliminado, o sea, la neoplasia es un proceso irreversible. (2)

La neoplasia no está bien comprendida. No puede definirse de acuerdo con la etiología, puesto que las causas resultan desconocidas en gran parte, ni es posible definir en términos de cambios genéticos o metabólicos fundamentales en la célula, ya que éstos también son desconocidos.

Las neoplasias pueden ser de dos formas: neoplasias benignas y neoplasias malignas.

Neoplasias benignas: Habitualmente son de larga duración (años) y se presentan como nódulos aislados que no están fijados en la piel o mucosa suprayacente. Sin embargo, las lesiones recurrentes pueden ser multinodulares. Las neoplasias benignas crecen lentamente y suelen ser asintomáticas. A diferencia de las lesiones inflamatorias, no varían de tamaño. Los tumores benignos del paladar por lo general no producen imágenes radiolúcidas difusas ni aflojamiento de los dientes. (2)

Neoplasias malignas: Por lo común son de menor duración que los benignos (semanas a meses). Crecen con rapidez, o su antecedente es el de un crecimiento lento con un período repentino de rápida actividad. Están fijados en los tejidos circundantes. La piel o mucosa suprayacentes pueden estar ulceradas e inflamadas. (2)

Las neoplasias malignas de la parótida pueden asociarse con parálisis del nervio facial u otros síntomas neurológicos, y es posible observar agrandamiento de los ganglios linfáticos regionales. Las neoplasias del paladar y de las glándulas retromolares producen una infiltración temprana del hueso subyacente y ocasionan imágenes radiolúcidas difusas y aflojamiento de los dientes. (1)

Importancia del diagnóstico oportuno

Las causas de la demora en el diagnóstico definitivo, pueden atribuirse a factores inherentes al paciente y al profesional.

El paciente puede ignorar la presencia de la lesión, ya que, en muchos casos, es asintomática en sus períodos iniciales. Por lo tanto, si no acostumbra a realizar controles de rutina con su odontólogo, la enfermedad seguirá avanzando.

Otras veces, el paciente es consciente de la lesión, pero se automedica o niega su existencia por temor a que en la consulta le confirmen su sospecha.

En otros casos, la distancia, la inexistencia de servicios especializados en su área de residencia o factores económicos retrasan la consulta.

En lo que al profesional se refiere, puede ser que en la rutina del ejercicio de otra especialidad, no inspeccione las mucosas, o minimice la gravedad de las lesiones que considera sin riesgo.

Puede ser también, que tenga la intención de hacer una biopsia, pero la falta de práctica lo lleva a enviar áreas de tejido no representativo, lo cual hace perder tiempo valioso para obtener un informe histopatológico confiable.

En otros casos, los menos afortunadamente, se desgastan prótesis, se recetan antibióticos, buches, etc, mas allá del tiempo prudencial de control. (1,2,8 y 9)

El odontólogo ante la sospecha de cáncer bucal

El odontólogo desarrolla un papel importante 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 porque ahí comienzan a manifestarse.

Es reconocida la importante preparación de los odontólogos para el pesquizaje de las lesiones cancerosas incipientes de la cavidad bucal.

Tanto en las lesiones cancerizables, como en aquellas que pueden ser ya un cáncer, es imprescindible usar el sentido común, de la habilidad clínica básica de las cuales debe disponer todo profesional del área de la salud bucal.

Si una lesión no mejora su aspecto clínico en una semana, habiendo intentado eliminar los posibles factores locales, debe ser biopsada o derivada a un centro especializado. No debe creerse que el que recibe el paciente va a pensar que lo que se está derivando era intrascendente. Afortunadamente muchas lesiones sospechosas, tienen pronósticos excelentes, pero en otras el odontólogo puede ser el eslabón más importante, en la lucha contra el cáncer. (10,11)

ENTIDADES CANCERIZABLES

Las lesiones cancerizables bucales de acuerdo a la OMS, pueden presentarse clínicamente como lesiones blancas (leucoplasia), lesiones rojas (eritroplasia) o una combinación de ambas y liquen plano erosivo.

Leucoplasia

“Leucoplasia” es un término clínico que significa parche o placa blanca de la mucosa bucal que no se desprende al frotar y no posee características de alguna otra enfermedad, esto de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978). (7,8)

En 1886, un dermatólogo húngaro, llamado Schwimmer, descubrió por primera vez la leucoplasia bucal, la cual ha sido reconocida como una lesión cancerizable. (7,8)

Factores predisponentes:

1.- Generales:

- a) Posibles características constitucionales
- b) Posibles factores de nutrición
 - Carencia de vitamina A
 - Carencia de vitaminas del complejo B.

2.- Locales:

- a) Traumatismos: Bordes agudos de dientes o raíces dentarias, irritación por mala implantación o prótesis defectuosas, costumbre inconsciente de morder los tejidos bucales.
- b) Químicos y térmicos: Aplicación repetida de fármacos y cáusticos a lesiones irritativas o no diagnosticadas de mucosa bucal.
- c) Bacterianos: Mala higiene bucal, enfermedad periodontal.

Características clínicas

Este trastorno suele presentarse en adultos mayores de 40 años, pero la tendencia reciente hacia el consumo de tabaco entre los jóvenes de secundaria puede cambiar la incidencia hacia sujetos más jóvenes.

Los sitios de ocurrencia predominante y que casi la mitad de las leucoplasias ocurren es en la mucosa mandibular y vestibular, con menor frecuencia en el paladar, el proceso maxilar y el labio inferior, y en raras ocasiones afectan al piso de la boca y las regiones retromolares. (7)

Al examen visual las leucoplasias varían desde una simple lesión vaga y blanquecina sobre una base de tejido de apariencia normal, hasta una blanca, engrosada, con aspecto de cuero, fisurada o verrugosa. (9)

A la palpación del área puede ser suave, lisa o de textura granular fina, o bien rugosa, nodular o indurada.

Al no encontrarse una relación previsible entre la presentación clínica de la lesión y la histopatología, es obligatorio realizar una biopsia, ya que, en ocasiones, hallazgos histológicos sin importancia corresponden a una leucoplasia grave en la observación clínica y por el contrario, lesiones pequeñas que parecen inocuas presentan alteraciones histológicas importantes.



A y B Leucoplasia que se muestra en el dorso de la lengua



Leucoplasia ubicada en la zona ventral de la lengua



Leucoplasia en carrillo

Eritroplasia

La eritroplasia bucal se refiere a una rara pero importante lesión cancerizable que es definida por la OMS como una "placa aterciopelada de color rojo brillante que clínicamente o patológicamente no corresponde a alguna entidad diagnóstica conocida".

Se desconoce la causa de la lesión pero probablemente intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal. Es posible que el tabaco tenga una función importante en la producción de muchas de estas lesiones. (8)

Otros factores que contribuyen o actúan como modificadores etiológicos son consumo de alcohol, efectos nutricionales, la irritación crónica y otros. (10)

Características clínicas

La eritroplasia se presenta con menos frecuencia que la leucoplasia, sin embargo se considera más grave pues un porcentaje elevado se relaciona con cáncer. (11)

La lesión es una placa roja de bordes bien definidos que se localiza en cualquier región de la boca, aunque es más frecuente en el piso de la misma y en la zona retromolar, en algunas lesiones se observan áreas blancas que corresponden a queratosis.

No tiene predilección por algún sexo en especial y afecta a sujetos de 50 a 70 años. Es una lesión blanda, aunque en los trastornos invasores puede encontrarse induración. (7)

Datos acumulados actualmente nos revelan que la eritroplasia bucal se debe considerar como un carcinoma hasta probar lo contrario ya que tiene un alto porcentaje de que resulte ser una lesión cancerosa.



Eritroplasia en la porción derecha de la lengua

Liquen plano

Es la enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica más frecuente. Afecta por igual a mujeres y hombres de edad mediana y en raras ocasiones a niños.

Algunos autores mencionan que la etiología del liquen plano se puede atribuir a causas inmunológicas, además de asociarse a factores de tipo irritativo crónico, algunos más lo asocian a factores virales o farmacológicos, así como al estrés y problemas depresivos.

Las manifestaciones bucales de la enfermedad son muy variables, pues se pueden presentar en forma reticular, de placa, atrófica y erosiva.

De éstas, se manejará la forma erosiva ya que se ha observado con cierta predisposición a la transformación maligna.

Características clínicas

El sitio afectado con mayor frecuencia es la mucosa bucal. También pueden observarse estrías en la lengua y con menor frecuencia en encía y labios, ya que casi cualquier mucosa puede presentar manifestaciones de liquen plano. (7)

El tipo erosivo es el más persistente (mientras que su transformación maligna es controversial), los investigadores reportan un 0.2 % a un 10 % como positivo asociado al tipo erosivo, en estos mismos estudios se observa que el sexo más afectado es el femenino.

El liquen plano erosivo presenta una superficie granular, eritematosa, brillante y puede sangrar a la manipulación mas leve. Las zonas donde se encuentra la erosión están cubiertas por una pseudomembrana o placa fibrinosa.

En el examen cuidadoso muestra un componente queratósico localizado en la periferia del sitio de erosión que se manifiesta en forma reticular o en estrías finas radiadas. (7)



Liquen plano en mucosa bucal

Cáncer espinocelular

La mayoría de los cánceres bucales consisten de carcinomas de células escamosas, tumores malignos que se originan de epitelio mucosal. Un porcentaje hasta ahora desconocido de estos carcinomas de células escamosas, son precedidos durante varios meses o años, por alteraciones de la mucosa clínicamente visibles, que muy a menudo tienen una apariencia blanca (leucoplasia) con o sin un componente rojo o ser incluso totalmente de color rojo (eritroplasia). Estos cambios son llamados lesiones precancerosas, premalignas o en términos generales lesiones precursoras. (12)

Actualmente se conoce que la mayoría de las neoplasias malignas de cavidad bucal son de origen epitelial.

Una publicación de la OMS, describe al carcinoma espinocelular bucal como un tumor consistente en nidos, columnas o franjas irregulares de células epiteliales malignas que se infiltran debajo del epitelio. Las células tumorales pueden semejar cualquiera de las capas del epitelio pavimentoso estratificado o todas. Se prefiere decir "Carcinoma espinocelular" en lugar de "Carcinoma epidermoide", porque este último término suele referirse a la piel. (13)

La importancia clínica de la leucoplasia, eritroplasia y líquen plano radica en el riesgo que tienen de transformarse en carcinoma espinocelular.

El carcinoma espinocelular es la lesión maligna más frecuente y de mayor importancia de la región oral y representa más del 90% de todos los cánceres orales. Dado que estas lesiones son cánceres de superficie originados en la mucosa de recubrimiento, el diagnóstico precoz en una fase curable debe conseguirse en un número razonable de enfermos. (14)

La etiología del carcinoma espinocelular de la cavidad oral al igual que las demás formas de cáncer, es aún desconocida. Se ha sugerido que el carcinoma bucal se acompaña de una cierta variedad de estímulos tanto de origen intrínseco como de origen extrínseco. De los primeros hay algunos altamente sospechosos como la malnutrición derivada del alcoholismo, deficiencia vitamínica, deficiencia de hierro y sífilis.

Entre los extrínsecos existen físicos, químicos y biológicos.

* Físicos: traumatismos, prótesis dentales mal ajustadas,

* Químicos: alcohol, tabaco, hormonas.

* Biológicos: virus, genética, alteraciones del cromosoma 17 sobre el gen supresor P53. (15)

La lesión inicial puede adoptar un aspecto inocuo, manifestándose solo como una zona aplanada de la mucosa eritematosa, o ligeramente rugosa o bien como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella.

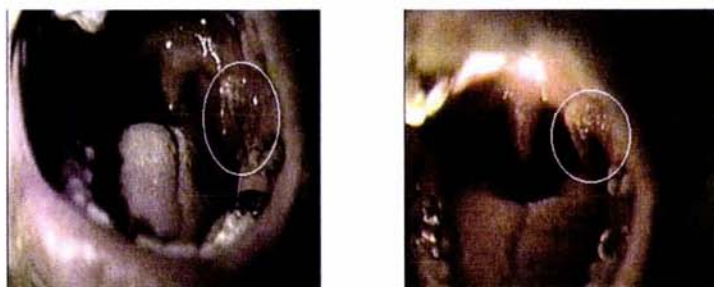
Al ir evolucionando clínicamente los carcinomas orales muestran tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento: exofítico, ulcerado y verrugoso.

La lesión exofítica se presenta como una masa elevada de amplia base y superficie algo nodular. La palpación descubre induración en la base y bordes. A medida que el tumor va haciéndose más voluminoso, aparece generalmente necrosis, ulcerándose consiguientemente la porción central de la masa exofítica.

El carcinoma ulcerado se presenta como un defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados. Este tipo de carcinoma tiene una mayor tendencia a invadir profundamente los tejidos en comparación con el tipo exofítico.

La forma verrugosa del carcinoma la consideran muchos como un tipo clínico anatomopatológico bien definido, en tanto que otros la clasifican junto a las otras formas del carcinoma exofítico. Este se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo acentuado de múltiples pliegues extensivos.

Los carcinomas espinocelulares de la cavidad bucal metastatizan fundamentalmente por vía linfática englobando los ganglios regionales. (16)



A y B Diferentes ángulos de un caso de cáncer espinocelular en la cavidad oral

¿Y QUE DICEN LA OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) Y LA OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) SOBRE EL CÁNCER ORAL?

El número de casos de cáncer bucal ha experimentado un crecimiento “de escándalo” en los últimos 20 años contabilizándose un 150 por ciento más en mujeres y un 300 por cien en hombres, mientras en otros tipos de cáncer el número de casos está disminuyendo, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) .(17)

Se estima que en América Latina y el Caribe la cantidad de casos de cáncer aumentará 34% para el 2010. Algunos de los cánceres que hoy son más frecuentes en el mundo pueden prevenirse en gran medida mediante la dieta y la adopción de modos de vida apropiados. La prevención del cáncer constituye, pues, una tarea lógica, oportuna e importante. Plenamente consciente de la relevancia de reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer en todo el mundo, la OPS ha realizado informes basados en la nutrición y la prevención para la investigación del cáncer. Las recomendaciones alimentarias que presenta el informe, sumadas al mantenimiento de la actividad física y de una masa corporal adecuada, permitirán, con el tiempo, reducir la incidencia de cáncer entre 30 y 40%. Utilizando las tasas actuales, esta reducción supone la prevención de entre 3 y 4 en todo el mundo. (18)

En cuanto a la prevención, destacó la importancia del diagnóstico precoz porque el cáncer bucal “se cura en un 95 por ciento de los casos” si se diagnostica en el momento que aparece, por ello son “importantes” las visitas a los dentistas cada seis u ocho meses, para que éste “controle y vigile”, y también las autoexploraciones del paciente. (17)

De particular importancia es la gran afectación funcional, estética y psicológica que produce la aparición y desarrollo de las lesiones tumorales malignas en el complejo bucal, que una vez que adquieren estadios avanzados, al ser tratados se producen afectaciones morfológicas y funcionales, muchas veces irreparables a pesar del desarrollo e introducción de técnicas quirúrgicas y métodos de tratamiento asociados, con un elevado costo para la sociedad, el individuo y la familia.

Con el fin de establecer una política en el ámbito del Sistema Nacional de Salud que permitiera planificar y ejecutar acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, y así elevar el nivel de salud en el mundo disminuyendo la morbi-mortalidad del cáncer bucal, se puso en vigor desde 1986 el Programa Nacional de Diagnóstico de Cáncer Bucal. (19)

El mismo se desarrolla en todas las instituciones de salud que brindan atención estomatológica de forma permanente y el área de atención primaria de salud, con el objetivo de identificar y diagnosticar todo estado premaligno y maligno del complejo bucal en etapa temprana, ofreciendo seguimiento evolutivo a los casos detectados en las diferentes etapas clínicas, realizando actividades de actualización al personal que ejecuta el programa con especial atención a la educación para la salud de la población.

Para la materialización de los esfuerzos que prevé el programa, se garantiza el examen del complejo bucal a todo paciente mayor de 15 años que acude a la consulta , así como de todos los mayores de 35 años en su residencia, con una periodicidad anual.

Existe interacción entre la atención primaria, tanto por el estomatólogo como el médico de familia y el segundo nivel de atención donde se encuentran las consultas de Patología Bucal que son atendidas por Cirujanos Máxilo Faciales , donde se ratifica o rectifica el diagnóstico inicial mediante la evaluación clínica o la realización de estudios histopatológicos y se garantiza el tratamiento y curación del paciente, independientemente que el diagnóstico corrobore la presencia de una lesión premaligna o un tumor en cualquier etapa clínica.

La experiencia ha demostrado que el programa es viable y su aplicación ha logrado la detección y tratamiento de lesiones premalignas , evitando su progreso natural hacia el cáncer y de tumores ya establecidos que se pueden tratar en etapas más tempranas con un menor costo y agresión terapéutica al paciente en el tratamiento oncoespecífico. (20)

Biotratamientos e investigaciones actuales

Cada fase de cómo se produce un cáncer es, en potencia, un camino para encontrar un nuevo tratamiento para la enfermedad. La investigación sobre estos mecanismos genera más estudios nuevos sobre los tratamientos basados en las moléculas y los genes implicados en el proceso canceroso. Hoy en día se llevan a cabo estudios sobre la apoptosis (suicidio celular), los inhibidores de la angiogénesis, los cambios genéticos cuyas modificaciones podrían estimular una actividad del sistema inmunitario específica para un tumor en particular, virus que sólo matan células cancerosas específicas y técnicas que podrían permitir el reemplazo de un gen dañado. Es posible que el transcurso de nuestra vida atestigüemos la producción de curaciones del cáncer a partir de tales investigaciones en marcha. (21)

¿Cómo afecta el tabaco según la OMS y la OPS?

Cada diez segundos, en algún lugar del mundo, el tabaco cobra una nueva víctima. Si la actual tendencia continúa, se prevee que en los próximos 30 a 40 años, se producirá una muerte cada 3 segundos. (21)

Según Peter Anderson, responsable de la Oficina de Tabaco y Drogas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los perjuicios del consumo del tabaco son muy superiores a los beneficios económicos que se obtienen de su producción. Remarcó que el tabaquismo "le cuesta a las naciones del mundo unos 215 mil millones de dólares anuales". (22)

No obstante, el director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), George Alley, advirtió que ese acoso del mundo desarrollado a la industria puede provocar que se desvíen las campañas de consumo a los países en vías de desarrollo. (22)

En el plano de la investigación, se supo que fumar en la adolescencia produce mutaciones genéticas del ADN que elevan considerablemente el riesgo de desarrollar cáncer bucal entre otros, incluso entre quienes abandonan el hábito enseguida. Un estudio realizado por científicos de las universidades norteamericanas de Harvard y California demostró, por primera vez, que "la edad de inicio en el tabaquismo (cada vez más temprana) tiene una repercusión directa sobre el riesgo de cáncer".(23)

El tabaquismo influye en los índices de mortalidad, provocando cáncer de labio, cavidad bucal y farínge entre muchos otros de otras zonas del cuerpo.

Es importante mencionar que el tabaquismo se considera un factor importante para la presencia de cáncer en la población, sin embargo, consideramos que es un tema que debe ser analizado y difundido a mayor profundidad, motivo por el cual el propósito de referirlo en este trabajo es únicamente hacer mención a este factor.

OBJETIVO GENERAL

Describir con base en los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un método simplificado para el diagnóstico oportuno del Cáncer Bucal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar el concepto de cáncer o neoplasia maligna.
- Comprender las causas o etiología del cáncer bucal y proponer estrategias de promoción y diagnóstico oportuno para así mismo poder contribuir a prevenirlo.
- Explicar los factores de riesgo de cáncer bucal y realización del auto examen y examen de la boca y cuello.
- Describir las características clínicas de las lesiones premalignas y cáncer bucal.
- Explicar la importancia de un autoexamen y examen de la boca y cuello.
- Proponer un instrumento para el diagnóstico oportuno de cáncer bucal aplicable al historial clínico del paciente y de acuerdo a los estándares internacionales establecidos por la OMS/OPS y a la realidad epidemiológica del país.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente proyecto es una investigación documental.

Método

Se realizará una búsqueda en las siguientes fuentes de información:

- Consultas a internet.
- Obtener información en la documentación de la OMS y la OPS.
- Búsqueda de artículos odontológicos en revistas científicas indexadas.
- Libros referentes al tema.
- Consultar en publicaciones realizadas por los Hospitales.
- Buscar datos de investigaciones hechas en las escuelas de Odontología.
- Selección de datos
- Análisis de datos
- Realización del marco teórico

RECURSOS

Recursos Físicos:

- Bibliotecas
- Internet

Recursos Materiales:

- Computadora
- Impresora
- Hojas de papel
- Tinta
- Libros
- Revistas

Recursos Humanos:

- Director de Tesis
- 1 pasante

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	<u>ABRIL</u>	<u>MAYO</u>	<u>JUNIO</u>	<u>JULIO</u>	<u>AGOSTO</u>	<u>SEPTIEMBRE</u>	<u>OCTUBRE</u>	<u>NOVIEMBRE</u>	<u>DICIEMBRE</u>
Elaboración de Anteproyecto	X	X	X	X	X				
Investigación Bibliográfica					X	X	X		
Análisis de la Información								X	
Entrega del Documental									X

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

La cavidad bucal, por su ubicación, se expone frecuentemente a la acción de agentes físicos, químicos y biológicos que pueden provocar diferentes tipos de lesiones. El estudio de éstas es de gran importancia para el estomatólogo, puesto que la detección de las mismas evita consecuencias terribles para el paciente, como es el cáncer bucal, enfermedad casi siempre precedida de lesiones fácilmente diagnosticadas mediante un examen estomatológico adecuado.

Cuando el paciente acude a nuestra consulta es imprescindible la comunicación para generar un mensaje que motive a las personas a adoptar actitudes o comportamientos que puedan evitar el cáncer bucal o curarse a tiempo.

Se deberán aclarar todas las inquietudes que tenga el paciente y comenzar el desarrollo de prácticas actuales.

Es importante la integralidad del odontólogo en todos los servicios, así como las actividades de promoción y educación para la salud.

El odontólogo deberá estar muy bien preparado para identificar pequeñas alteraciones, comienzo de síntomas y signos de un cáncer, pero también deberá tener suficientes conocimientos científicos para la educación de medidas preventivas contra el cáncer.

Señales de importancia para un diagnóstico oportuno

1. Manchas blancas que no se desprenden
2. Heridas que no cicatrizan en una semana
3. Movilidad dentaria sin causa aparente
4. Expulsión espontánea de una pieza dentaria
5. Anestesia o parestesia en cualquier sector de la boca
6. Asimetría facial progresiva
7. Adenopatías indoloras fijas o móviles
8. Cualquier crecimiento localizado de tejidos
9. Desadaptación de prótesis.

A continuación se muestra un método simplificado que nos pueda servir en el diagnóstico oportuno del Cáncer Bucal.

TÉCNICA DE EXAMEN EXPLORATORIO

Para realizar el examen exploratorio será obligatorio el empleo de guantes estériles y cubrebocas.

En caso de que el paciente porte prótesis dentales removibles o totales, estas deberán ser retiradas.

Para realizar el examen se recomiendan dos espejos bucales, sin dejar de olvidar que se puede cubrir con estos alguna lesión pequeña.

Si se detecta una lesión sospechosa, debe procederse a la palpación digital, tomando todas las precauciones que correspondan.

Se recomienda el siguiente procedimiento, descrito por el "Manual para mucosa bucal de la OMS" (Organización Mundial de la Salud) y en "The Early Detection of Oral Cancer and Precancerous Lesions" (Basic Dental Research Unit).

- **Los labios** deben examinarse con la boca cerrada y con la boca abierta. Nótese color, textura y toda anomalía superficial del borde bermellón.
- **Mucosa y surco del labio inferior**, con la boca entreabierta, obsérvese el color y toda tumefacción de la mucosa vestibular y encía.
- **Mucosa y surco del labio superior**, hágase el examen visual del vestíbulo y frenillo con la boca entreabierta.
- **Comisuras labiales, mucosa bucal, surco bucal (superior e inferior)**, empleando los espejos bucales como separadores y con la boca bien abierta, examínese toda la mucosa bucal, desde las comisuras hasta el pilar anterior de las fauces. Nótese todo cambio de color y la movilidad de la mucosa, cerciorándose de que las comisuras se examinen con detenimiento y no sean cubiertas por los espejos al hacer la separación del carrillo.
- **Crestas alveolares**, examínese los tejidos de soporte tanto la encía insertada como la marginal en sus áreas vestibular y palatina-lingual observando su coloración y consistencia.
- **Lengua**, con la lengua en el dorso y la boca abierta en parte, inspecciónese el dorso de la lengua en busca de toda tumefacción, ulceración, cubierta o variación de color o de textura. A continuación hágase sacar la lengua y anótese toda movilidad anormal. Con la ayuda de los espejos bucales,

inspecciónese los bordes de la lengua y después obsérvese la superficie ventral.

- **Piso de la boca**, con la lengua elevada, inspecciónese el piso de la boca en busca de ulceraciones y cambios de color. Junto con el surco alveololingual, el piso de la boca es un área difícil de visualizar bien. En vista de que en esta región se origina una alta proporción de cánceres se requiere un examen minucioso.
- **Paladar duro y blando**, con la boca bien abierta y la cabeza del paciente hacia atrás, deprimase la base de la lengua con suavidad presionando con el espejo bucal. Primero inspecciónese el paladar duro y después el blando.

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL AUTOEXAMEN

Se le indicará al paciente que se lave las manos y parado frente a un espejo comenzará a realizar su autoexamen:

Figura No.1.- Comience observándose el labio y párpelo con suavidad para ver o tocar cualquier alteración.



Figura No2.- Observe y palpe la mucosa del carrillo, hasta la encía superior e inferior.



Figura No.3.- Observe el paladar duro y blando o bóveda palatina. Mire la úvula o campanilla.



Figura No.4.- Saque la lengua y muévala de un lugar a otro, después pálpela suavemente.



Figura No.5.- Eleve la punta de la lengua, observe y palpe.



Figura No.6.- Obsérvese el cuello en toda su extensión y palpe en ambos lados buscando aumento de volumen o nódulos



Nota: Se le entregará al paciente una copia de la metodología explicándole como realizarla en su propio hogar.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER BUCAL

No. de folio _____

Examinador _____

Clínica _____

I. Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo : _____

Ocupación : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

II. HÁBITOS:

Tabaco _____

Alcohol _____

III. a) LESIÓN : _____

b) SITIO ANATÓMICO : _____

0.- Normal
1.- Leucoplasia
2.- Eritroplasia
3.- Liquen Plano
4.- Carcinoma Espinocelular
5.- Otra Lesión

A.- Labio
B.- Piso de boca
C.- Lengua
D.- Mucosa Bucal
E.- Encía
F.- Paladar
G.- Trígono retromolar
H.- Submandibular

OBSERVACIONES: _____

EXAMENES:

AZUL DE TOLUIDINA: Positivo () Negativo ()

BIOPSIA: _____

GUÍA DE LLENADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER BUCAL

* En el primer apartado contiene los términos "No. , Examinador y Clínica", en la parte de "No." se colocará un número arábigo según el que se le haya asignado a cada paciente.

En el sitio de "Examinador" se colocará el nombre de la persona que esté realizando la inspección.

En el lugar donde dice "Clínica" se anotará el nombre del lugar en el que se realice la inspección.

* En el siguiente apartado se concentra la ficha de recolección de datos del paciente donde se debe asentar su "Nombre, Edad, Sexo, Ocupación, Dirección y Teléfono" , datos que nos servirán en caso de que se requiera tener seguimiento del paciente,

* Después aparece el rubro de "Hábitos" en el cual se colocará "Si o No" según sea el caso de cada paciente.

* En el apartado que le sigue dice "Lesión, Sitio Anatómico y observaciones".

En el término "Lesión" se le colocará una cruz a la clave de la lesión que se encuentre en cada paciente. Las claves que se utilizarán serán las siguientes:

0. Normal
1. Leucoplasia
2. Eritroplasia
3. Líquen Plano
4. Carcinoma Espinocelular
5. Otra lesión

Delante de la palabra "Sitio Anatómico" se tachará el o las áreas que abarca la lesión encontrada, las áreas son descritas por medio de un número clave y es el siguiente:

- A. Labio
- B. Piso de boca
- C. Lengua
- D. Mucosa bucal
- E. Encía

- F. Paladar
- G. Trígono retromolar
- H. Submandibular

Se deja el término "Observaciones" con el fin de registrar datos que pudieran servir en la conformación del diagnóstico, así como ampliar la información respecto a la lesión encontrada.

"Exámenes" es el siguiente apartado. En el se contemplan los resultados del examen de azul de toluidina, así como los resultados de la biopsia que incluirá su descripción y diagnóstico.

CÓDIGOS Y CRITERIOS DE LAS LESIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Leucoplasia: mancha o placa blanca que no puede ser caracterizada clínica o patológicamente como otra enfermedad, que no desprende al raspado con instrumento romo. Se divide en homogénea, moteada y nodular.

Eritroplasia: mancha o placa roja que clínica o patológicamente no corresponde a alguna entidad diagnóstica conocida. Se divide en homogénea, moteada y nodular.

Líquen plano erosivo: lesión mucocutánea máculo-papular inflamatoria crónica la cual muestra estrías queratósicas que irradian hacia la periferia de apariencia granular, eritematosa, brillante y puede sangrar a la manipulación mas leve. La zona erosionada está cubierta por una pseudomembrana o placa fibrinosa.

Carcinoma espinocelular: Neoplasia maligna que puede presentarse en forma de úlcera , mancha o placa blanca o roja, aumento de volumen o bien, una combinación de los anteriores y que se caracteriza clínicamente por ausencia de dolor y baja de peso sin causa aparente.

TÉCNICA DE AZUL DE TOLUIDINA

Se realizará una serie de soluciones de enjuagues bucales para tener una mejor visualización de los tejidos anormales y se involucran cuatro etapas en el proceso:

1. Enjuague previo con Orascan al 1% de solución acética, con el objeto de eliminar residuos de la cavidad oral.
2. Enjuague con Orascan al 1% con azul de toluidina, para caracterizar al tejido anormal con una coloración azul real.
3. Enjuague posterior con solución de Orascan al 1% de solución acética para remover el exceso del caracterizador.
4. Examen visual por el clínico.

El procedimiento de diagnóstico se realiza en menos de cinco minutos.

Si el lugar donde se localiza la lesión se tiñe se tomará como positivo de lo contrario se le designará negativo, el término positivo nos orienta a auxiliarnos de la biopsia.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado en varias circunstancias que un programa de diagnóstico oportuno es viable y su aplicación ha logrado la detección y tratamiento de lesiones premalignas, evitando su proceso natural hacia el cáncer.

Los tumores ya establecidos que se diagnostiquen y traten en etapas más tempranas tienen un menor costo y agresión terapéutica al paciente en el tratamiento oncoespecífico.

Es recomendable e indicado realizar un adecuado diagnóstico y estudio de toda lesión preexistente en cavidad bucal, que tarde más de quince días en cicatrizar.

Se sugiere que durante el proceso de formación profesional la Patología Bucal debe ser considerada como objeto de estudio en forma integral a lo largo de todos los años académicos, tanto en fase teórica como práctica, y solo así el Cirujano Dentista estará capacitado para el diagnóstico, tratamiento y manejo de toda patología bucal y por ende en el manejo integral del paciente.

Es evidente también la falta de capacitación del profesorado para el abordaje del diagnóstico en forma integral, esto implica la capacitación continua de los profesores del área clínica y así como el anexar en la historia clínica una Ficha de recolección de datos para el diagnóstico precoz del Cáncer Bucal.

Es un hecho que el cáncer bucal existe, lo demuestran los registros de los diferentes centros hospitalarios, sin embargo el diagnóstico se establece en etapas avanzadas y cuando generalmente el pronóstico es desfavorable, concluimos que es necesario que el Cirujano Dentista de práctica general y los futuros profesionistas sean realmente capacitados en el diagnóstico precoz y detección de lesiones cancerizables y por ende en el tratamiento y manejo del paciente.

PROPUESTAS

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- Capacitación de los Cirujanos Dentistas en el estudio detallado de la mucosa bucal así como en el diagnóstico de entidades nosológicas, además de la interacción con cirujanos y patólogos con el fin de crear un vínculo más cercano entre los mismos que redunde en la emisión de diagnósticos precisos, tratamientos concretos y/o manejo adecuado de los pacientes.
- Apoyar las actividades de investigación para retroalimentar los objetivos de la carrera de Cirujano Dentista.
- Como Cirujano Dentista hay que crear conciencia y poner más atención en la importancia que tiene el realizar un diagnóstico oportuno de Cáncer Bucal, que no nos quite mucho tiempo y si nos permite hacer mucho, antes de que sea demasiado tarde.
- Se sugiere fomentar la educación continua en los Cirujanos Dentistas, a fin de ofrecer una atención a la salud bucal de calidad, la asistencia a cursos en donde se fomente el detallado estudio clínico de la mucosa bucal e incluso se incluya un rubro dentro de la historia clínica en el cual el Dentista ponga en práctica el diagnóstico de entidades nosológicas en la mucosa bucal.
- Promover la conciencia en el Cirujano Dentista, sobre su participación en el proceso de atención a la salud del paciente con cáncer bucal, con el propósito de mejorar su calidad de vida.
- Fortalecer la conducta y responsabilidad profesional y ética en el proceso de elaboración de la Historia Clínica del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escallón F. Liga contra el cáncer. 2001.
http://www.ins.gov.co/epidemiología/psp/its_sida/cartilla_12_guia_sc.pdf
2. De Vita V.T., Hellman D.S. Cancer principles and practice of oncology. 5a. Ed. E.U.A.; Salvat. 2001.
3. Rodríguez M. Prevalencia de cáncer bucal, un estudio retrospectivo de cinco años en pacientes del Hospital General de México. México; UNAM, 2001.
4. Moreira E.B., Baláez A.E. Leucoplaquia bucal. Estudio epidemiológico en pacientes que solicitan atención estomatológica. Rev. Cubana Estomatológica. 1998; 27:14.
5. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México. Dirección General de Epidemiología, SSA, 2000.
6. Frías M.M. Epidemiología descriptiva del cáncer de cavidad bucal en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev. Inst. Nat. Cancerología. México, 1999.
7. Rodríguez S.A. , Martín G.A. El registro Nacional de Cáncer de Cuba. Procedimientos y resultados. 2001. http://www.inca.org.br/rbc/n_47/v02/pdf/artigo6.pdf
8. Bouquet, Jerry E., Whitaker S. B. Oral Leucoplakia. Rationale For Diagnosis and Prognosis of its Clinical Subtypes or Phases. Quintessense International. Vol 25, No. 2, 2000.
9. Vilches C. M., Ruíz G. N., Las lesiones blancas de la cavidad bucal y su relación con el cáncer de la boca. Medicentro 2002, 6(1).
<http://www.vol.sld.cu/medicentro/v6n102/lesiones.htm>
10. Grinspan D., Enfermedades de la boca, tumores primera parte tomo IV, México Mundi, 1999.
11. Castro E., Prevención de cáncer oral , Instituto de Estudios Oncológicos, 2001.
12. Orlando. R.C., Cáncer Bucal, Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiel", Provincia La Habana-Cuba, 2001.
13. Cecotti E., Programa Nacional de Salud Bucal-Prevención de Cáncer Oral y detección precoz de Neoplasias Orales. 1999.
www.gbsystems.com/news/71.htm-9k
14. Martínez E. H. , Cáncer Oral , ENEP Iztacala, 2000.
www.hmelias.tlali.iztacala.unam.mx
15. Hernández P. R. , El hábito de fumar y el Cáncer Bucal, FES Zaragoza, 1999.
16. Thomas E. A. Claude J. B. Charles C. J. , Compendio de medicina interna 4a. ed. , México: Mc. Graw hill, 1999.
17. Murphy G. P. , Lawrence W., Leahard R. E., Oncología clínica manual de la America cancer society, 2ª. Ed, Estados Unidos, Interamericana, 1999.

18. Asociación Mexicana de Hospitales, Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer, OPS: Organización Panamericana de la Salud.
http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/nom_017_ssa2_1999.pdf
19. Asociación Mexicana de Hospitales, A.C., Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer. 2001.
<http://www.cpn/ac.org/ssn13.htm-101k>
20. Martínez P. T., Piñeros P. M. , Registro Institucional de Cáncer 1999 y 2000. Bogotá Colombia.
<http://www.incancerología.gov.co/htm/archivos/registro.pdf>
21. Road C., Como dejar de fumar , La OPS y la Salud Oral. Atlanta, 2001.
<http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=2422&ReturnCatID=341>
22. OMS, Tabaquismo, 2002.
<http://www.med.utah.edu/healthinfo/spanish/oralhealth/tobacco.htm>
23. Gurí J. C., Roxana G., 31 de mayo: Día Internacional del no tabaco. 1999.
<http://www.healthing.com.tabaquismo/tabaquismo10.html>
24. CECIL. Tratado de Medicina Interna, ed. Interamericana 1998.
25. Fuentes G. M. , Detección temprana de Cáncer Oral, ADM, vol. XLIX, No. 3, p143 mayo-junio 1999.
26. Farreras P. V., Rozman C., Medicina Interna., Tomo II México, Harcourt Brace, 1999.
27. Alcoholismo según la OMS
http://www.fcapiatal.com.ar/web_preselec/alcoholismo/defin2.htm
28. Velasco E. , Odontoestomatología y SIDA un enfoque multidisciplinario, Barcelona, Publicaciones médicas, 2002.
29. Canales H. F. , Alvarado E., Metodología de la Investigación, México, Noriega Editores, 2001.