



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ATLAS CLÍNICO BUCAL DE CARCINOMAS
DE CÉLULAS ESCAMOSAS.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

MARÍA ELENA GONZÁLEZ MIRANDA

TUTOR: Esp. DANIEL QUEZADA RIVERA

ASESOR: Esp. ROSA ISELA LUPERCIO LUNA

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*A DIOS, por permitirme lograr mi
objetivo de llegar hasta estos
momentos tan importantes de mi
vida.*

*A la Universidad Nacional
Autónoma de México, por abrirme
sus puertas para permitirme crecer
y ser mejor como persona y como
profesionista.*

*A mis asesores: Dra. Rosa
Isela Lupercio Luna y al Dr.
Daniel Quezada Rivera por su
apoyo, consejos y gran
disposición para alcanzar con
éxito este objetivo.*

*En especial, al Dr. Javier R.
Portilla, por su valioso apoyo y
comprensión*

*A todos y cada uno de mis
profesores y compañeros que
durante mi carrera me brindaron su
amistad, apoyo y frases de aliento
para continuar hasta lograr mis
objetivos.*

AGRADECIMIENTO

A mi esposo Guillermo, por todo el apoyo incondicional que me ha brindado durante mis años de estudio, por su gran amor hacia mí, por ser tan especial conmigo, por hacer de mí una mejor persona, una mejor mujer y mejor madre.

A mis hijos, Nancy, Aljair, Lisseth e Isac, que son el motor de mi vida, mi luz, mi esperanza, mi fortaleza, mi motivación para seguir adelante.

A mis abuelos, que recuerdo mucho y sé que donde quiera que estén, me cuidan y me mandan sus bendiciones.

A mis padres, que a su manera, me apoyaron y siempre estuvieron conmigo.

A mis hermanos, por su apoyo, por su tolerancia, por su cariño. En especial a mi hermano José Luis al que en todo momento recuerdo con mucho cariño.

I N D I C E

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	4
3. OBJETIVO GENERAL	10
4. FACTORES DE RIESGO	11
4.1. EDAD	11
4.2. TABAQUISMO	11
4.3. ALCOHOL	11
4.4. FACTORES FÍSICOS Y QUÍMICOS	12
4.5. RAYOS X	12
4.6. FACTORES BIOLÓGICOS	12
4.7. DEFICIENCIA DE VITAMINAS	13
4.8. HIGIENE BUCAL	14
5. EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL	15
6. LEUCOPLASIA	22
6.1. DEFINICIÓN	22
6.2. CLASIFICACIÓN	22
6.2.1. LEUCOPLASIA HOMOGÉNEA	22
6.2.2. LEUCOPLASIAS NO HOMOGÉNEAS	22
6.2.2.1. LEUCOPLASIA NODULAR	22
6.2.2.2. ERITROLEUCOPLASIA	23
6.2.2.3. VERRUGOSA PROLIFERATIVA	23
6.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	23
7. ERITROPLASIA	24
7.1. DEFINICIÓN	24
7.2. CLASIFICACIÓN	24
7.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	24
8. ERITROLEUCOPLASIA	25
8.1. DEFINICIÓN	25
9. ÚLCERAS	26

I N D I C E

9.1. DEFINICIÓN	26
9.2. CLASIFICACIÓN	26
9.2.1. SI ANTECEDE O NO A UNA LESIÓN	26
9.2.1.1. ÚLCERA PRIMARIA	27
9.2.1.2. ÚLCERA SECUNDARIA	27
9.2.2. SEGÚN SU ETIOLOGÍA	27
9.2.2.1. ÚLCERA TRAUMÁTICA	27
9.2.2.2. NEUCOPLÁSICA	28
9.2.2.3. INFECCIOSA	28
9.2.2.4. INMUNOLÓGICA	27
9.2.2.5. MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD GENERAL	27
10. ESTADIOS CLÍNICOS	28
11. IMÁGENES DE C.O.C.E.	31
12. CONCLUSIONES	50
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52



1. INTRODUCCIÓN.

El cáncer oral es una enfermedad cuya prevalencia varía según los países. En África, de cada 100 cánceres de diferentes localizaciones, 40 son de cavidad bucal (hábitos relacionados con el tabaco). En Estados Unidos, 3.5 de cada 100 son de orofaringe y en la Argentina entre 3 y 5 de cada 100, son neoplasias orales. Se ve más en hombres que mujeres. El 95% en mayores de 40 años. (1) (2) (12)

En México no hay registros certeros de cáncer oral. Sin embargo, el Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas (RHNM) del 2002 reporta que el 17% de todas las neoplasias registradas (108,064) se ubican en la región de cabeza y cuello. De estos casos, las neoplasias en vías aerodigestivas superiores tienen el 12% (2, 269) y de éstas el 42% (952) son cáncer bucal. (4)

Clínicamente puede verse con un aspecto de leucoplasia, eritroplasia o leucoeritroplasia. Puede haber una erosión, ulceración con o sin bordes vegetantes y base indurada. Generalmente indoloro en sus comienzos, no se resuelve con las terapias habituales. El compromiso ganglionar suele estar presente, dependiendo de la etapa del diagnóstico.

El cáncer oral, constituye una patología con implicaciones psicosociales y económicas importantes ya que, de acuerdo a los registros, los casos llegan



a la consulta en periodos avanzados y demandan tratamientos costosos. Imposibilidad de reintegrarse al trabajo en el corto plazo por mutilación quirúrgica y problemas de adaptación social, ya que muchas veces requieren tratamientos múltiples. (2)

Los tumores no cancerosos (benignos) y cancerosos (malignos) se pueden originar en cualquier tipo de tejido en la boca y alrededor de la misma, incluyendo huesos, músculos y nervios.

El cáncer que se origina en la mucosa de la boca o en los tejidos epiteliales se llama carcinoma; el cáncer originado en los tejidos mesenquimatosos se llama sarcoma. Sólo en raras ocasiones, las formas de cáncer de la región bucal son consecuencia de la propagación de un cáncer (metástasis) desde otras partes del organismo, siendo los pulmones, las mamas y la próstata las más comunes.

La exploración física para detectar el cáncer de la boca debe constituir una parte integral de los exámenes médicos y odontológicos ya que es fundamental su detección prematura.

En general, las formas cancerosas menores de 15 mm de diámetro se pueden curar fácilmente. Por desgracia, la mayoría de las formas de cáncer de boca se diagnostican solamente cuando el cáncer ya se ha propagado a los ganglios linfáticos de la mandíbula y del cuello. Debido a la detección tardía, el 25 por ciento de los casos de cáncer de boca son mortales. .

Por esa razón, es de suma importancia la detección temprana de este tipo de cáncer, y generalmente en manos del odontólogo, ya que un diagnóstico en los primeros cambios en la mucosa oral, puede salvar la vida al paciente. En la mayoría de los casos, éste es el primer clínico consultado ante un dolor bucal, por lo que debe diferenciar entre una lesión cancerizable y una maligna y la derivación oportuna. (16)



Así mismo, la importancia de reducir o anular la ingesta de alcohol y mascar o fumar tabaco junto con una dieta rica en vegetales y frutas, junto con una debida higiene bucal ayudaría bastante a evitar este tipo de lesiones. (7)



2. ANTECEDENTES

Las neoplasias malignas en la cavidad oral constituyen el 3-5% de todos los canceres. El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es el más frecuente, y constituye el 90% de todas las neoplasias malignas en la cavidad oral. ⁽⁹⁾.

El COCE aparece con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (2 a 1), por lo general de más de 40 años de edad. ^{(1) (2) (10)}

La causa es desconocida, aunque se cree que se ven involucrados varios factores; entre los más importantes, además de la predisposición genética, figuran el consumo de tabaco y de alcohol, la cirrosis hepática, la exposición a los rayos solares, las deficiencias nutricionales, las heridas por dientes crónicas, la mala higiene oral, los virus, etc. ^{(3) (9)}

Aunque la cavidad oral es un lugar accesible para la exploración visual y los pacientes van al dentista para solucionar problemas rutinarios de la boca, con frecuencia la enfermedad se diagnostica tarde. Se ha calculado que el 50% de los pacientes con carcinoma oral tienen metástasis locales o distantes en el momento del diagnóstico.

Clínicamente, un carcinoma en etapas iniciales puede presentarse en forma de lesión asintomática eritromatosa, lesión blanca o mixta, puede presentar: erosión, ulcera con o sin crecimiento exofítico, o simular una lesión periodontal o incluso formar costras, como ocurre en el carcinoma labial.

En etapas avanzadas el carcinoma oral puede presentarse como una ulcera profunda con una superficie irregular vegetante, bordes elevados y una base dura, como una masa exofítica con o sin presencia de ulcera, y como una induración infiltrante de los tejidos orales. La cronicidad y presencia de



induración son indicios importantes en cualquier etapa de la enfermedad. Los bordes laterales y la superficie ventral de la lengua son las zonas que se afectan con mayor frecuencia el 85% de los carcinomas intraorales seguido del epitelio del piso de la boca, las encías, la mucosa alveolar, la yugal, y el paladar.

El pronóstico depende del estado de la enfermedad en el momento del diagnóstico del patrón histológico y las condiciones especiales del enfermo. El labio inferior es un lugar frecuente de afectación extra oral.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Es una neoplasia epitelial de tipo invasivo con niveles variables de diferenciación escamosa y propensión temprana y extensiva de metástasis a los nódulos linfáticos, se presenta principalmente en adultos entre la quinta y sexta década de vida con hábitos de alcohol y tabaco. (8)

Epidemiología:

El 90% de neoplasias malignas en cavidad oral y orofaringe son los carcinomas de células escamosas en el área de la mucosa bucal y vagamente encontrados en menor proporción en glándulas salivales y tejido blando. (7)

Etiología:

La causa principal de esta neoplasia es el abuso en la ingesta de alcohol y el fumar o mascar tabaco utilizados conjuntamente. (75%). No existe diferencia entre la ingesta de algún líquido en específico (licor, cerveza, vino).

El tabaco mezclado con cantidades de hidróxido de calcio, bicarbonato de sodio y nitrosaminas que en algunas ocasiones viene acompañado en



algunas presentaciones de cigarrillos, puros etc. Incrementan los niveles de carcinogenicidad de los productos usados por los fumadores. (8) (10)

El virus del papiloma humana : Algunos genotipos como el 16 y 18 encontrados en lesiones cancerosas intrauterinas aunque todavía no comprobables han sido encontradas como posibles causas de lesiones cancerosas en cavidad oral, 50% en lengua y orofaringe. Recientes estudios sugieren que el virus del papiloma humano puede ser el responsable de una pequeña fracción de lesiones orales, y un 40% de lesiones orofaríngeas y cánceres. Esta es una mera suposición pues la infección del virus del papiloma humana quizás surge de lesiones debido al contacto orogenital. (7)

(8)

Tumores secundarios:

Ha sido reconocido por mucho tiempo que pacientes con cáncer oral tienen riesgo importante de presentar los llamados segundos tumores sobre todo en el área superior del tracto aéreo-digestivo. (Ya sea metástasis o conjuntamente acompañados el uno con el otro) esto ocurre entre 10 y 35% de los casos. Lo cual aparecen después de los 6 meses posteriores de haber encontrado la primera lesión.

Esta lesión en estudios recientes se confirma que la mayor frecuencia de localización es en piso de boca, en el área ventral y lateral de la lengua y paladar blando. Posteriormente estas lesiones en etapa avanzada se propagan en envuelven o se sumergen a sitios más profundos de la lengua, involucrando posteriormente músculos de esta área.



Lesiones que ya involucran la orofaringe es cuando estas lesiones se han propagado ya a áreas como la base de la lengua, en su tercio posterior, músculos de la lengua, glosofaríngeos, pared posterior y superior del paladar suave y la úvula. Es decir cuando la lesión ya se encuentra en la base de la lengua podemos decir que la lesión ya es considerada dentro del sitio de lesiones orofaríngeas. (7)

Elementos Clínicos (Signos y síntomas):

Esta lesión es sintomática en sus primeros estadios. Quizás son pequeñas rojas, mezcladas con lesiones rojo-blanquecinas o simples placas blancuzcas. Donde pueden coexistir leucoplasias que son lesiones en forma de placas blanquecinas que al quitarlas son sangrantes. (7)

Cuando estas lesiones van creciendo y se hacen ulcerativas, comienzan a provocar cierto dolor, preferentemente en el oído, hay mal olor en el área de la lengua, dificultad al hablar, al abrir la boca, al masticar, dificultad y dolor al tragar saliva o alimentos, hay sangrado, pérdida de peso, inflamación en el área del cuello. En algunos casos puede existir inflamación y dolor en los nódulos linfáticos. (7)

Cuando el cáncer está ya en estadios avanzados se presentan aumentos ulcerativos proliferantes en áreas de necrosis donde ya hay un grado invasivo de la lesión en estructuras como músculos, hueso y piel.

En estadios terminales los pacientes presentan fístulas orocutáneas, sangrado, lubricación y anemia que produce una septicemia.

El cáncer de la mucosa bucal presenta úlcera de tipo indurada, sin un margen definido.



El cáncer en piso de boca abarca lesiones rojizas, pequeñas úlceras y lesiones papilares. Algunos pacientes presentan incomodidad e irritación en el sitio de la lesión. En los estadios avanzados está asociado el salivar o babear de manera excesiva. (7)

El cáncer en el labio inferior usualmente está en relación con el borde de la comisura del mismo labio y aparece en su estadio temprano como una úlcera indurada.

El cáncer en el labio superior es raro al principio la lesión aparece en la piel y posteriormente se extiende a mucosa.

El cáncer en la encía usualmente se presenta como un aumento proliferativo de una úlcera. Se dan mayormente en pacientes de la séptima década y como consecuencia de masticar tabaco.

El cáncer en el reborde alveolar ocasionalmente se relaciona con pérdida dental, asociado con dolor y sangrado al momento del cepillado dental.

Tumores en paladar duro presentan aumento papilar y úlceras. Cáncer en paladar blando y úvula aparece como con márgenes que se extienden y también aparecen masas con aspecto fungoide.

Cáncer en amígdalas aparece primeramente como una lesión ulcerativa. El cáncer en la base de la lengua presenta lesiones ulcerativas linguales, dolorosas y con crecimiento indurado.

Imagenología:



Las radiografías intraorales, dentales, ortopantomográficas, quizás ayudan a detectar que la lesión ya llegó a áreas profundas como hueso.

La tomografía computarizada para obtener imágenes en tercera dimensión, y las imágenes obtenidas por resonancia magnética son principalmente usadas para complementar una adecuada evaluación clínica y así saber y detectar los primeros estadios del tumor y la posible propagación a ganglios linfáticos. Ambos estudios dan mayor información acerca de la extensión local de la enfermedad y así ayuda también a la identificación de metástasis nodular. (7)

La tomografía computarizada ayuda a identificar lesiones en la cortical del hueso. Mientras que la resonancia magnética es más explícita con la extensión del tejido blando y neurovascular.

Procedimientos relevantes para su diagnóstico:

La importancia de identificar la lesión en etapas tempranas nos proporciona una gran ayuda para lograr una terapia óptima y un pronóstico favorable para el paciente. La inspección física debe incluir inspección visual y palpación de todas las superficies de la mucosa, una buena palpación bimanual en el piso de la boca y revisión del área del cuello para la valoración de nódulos linfáticos. (7)



3. OBJETIVO.

Objetivo General

Orientar al odontólogo general, al realizar la exploración visual, a identificar y reconocer una lesión cancerizable y maligna, así como concientizarlo en la importancia que tiene el diagnosticar oportuna y correctamente, remitiendo al paciente con un especialista o una institución especializada para un tratamiento adecuado y oportuno.



4. FACTOR DE RIESGO

4.1. EDAD.

Se cita a la edad como un factor de riesgo para sufrir cáncer oral, dado que la mayor parte del tiempo ocurre en personas mayores de 40 años. La edad de los pacientes diagnosticados puede indicar un elemento temporal en los procesos bioquímicos o biofísicos de las células en vías de envejecer que permite su transformación maligna o, tal vez, el que la competencia del sistema inmune decrezca con la edad. (2)

4.2. TABACO.

De igual manera, es probable que el verdadero culpable sea el daño acumulativo derivado de otros factores, como consumir tabaco. Por ejemplo, pueden transcurrir varias décadas de tabaquismo para que se precipite el desarrollo de un cáncer. Habiendo dicho esto, usar tabaco en cualquiera de sus formas ocupa el primer lugar en la lista de los factores de riesgo. Por lo menos 75% de los enfermos consumen tabaco. (10)

4.3. ALCOHOL.

Cuando se combina el tabaco con un consumo excesivo de alcohol, el riesgo aumenta bastante, siendo el efecto multiplicativo, es decir que el riesgo es mayor que el de cada factor aislado. Quienes fuman y beben encaran un riesgo de sufrir cáncer bucal 15 veces mayor que otras personas. Así que un



90% de los pacientes de COCE son grandes bebedores, se piensa que el alcohol actúa como iniciador o promotor de los cambios degenerativos de las células debido a su acción irritante y por su contenido de agentes carcinógenos. (7)

4.4. FACTORES FÍSICOS.

Por otro lado, están los factores físicos como la exposición a la radiación ionizante y ultravioleta. Ésta es una causa de los cánceres de labio, así como otros de la piel. El cáncer labial a disminuido en las últimas décadas. Es probable que esto sea consecuencia de una mayor conciencia sobre los efectos dañinos de exponerse prolongadamente a la luz solar, y del uso de los bloqueadores solares para protección. (8)

4.5. RAYOS X.

Otro elemento físico es la exposición a los rayos X. Las radiografías que se toman periódicamente durante los exámenes, y en el consultorio dental, son seguras. Sin embargo, es necesario recordar que la exposición a la radiación es acumulativa a través de la vida.

4.6. FACTORES BIOLÓGICOS.



Los factores biológicos incluyen a virus y hongos, se ha implicado al virus del herpes simple, al virus del papiloma humano (VPH), que han sido encontrados en relación con los cánceres de la boca. Hay otros elementos de riesgo vinculados con los cánceres de la boca, pero falta mostrar en definitiva que participan en su producción. Tales factores incluyen al liquen plano, enfermedad inflamatoria de los tejidos blandos de la boca. (8)

4.7. DEFICIENCIA DE VITAMINAS.

Algunos estudios indican que una dieta baja en frutas y vegetales puede ser un factor de riesgo y a la inversa, otra abundante en tales alimentos puede tener un valor protector contra muchos tipos de cáncer. Obtener diariamente aporte adecuado de vitaminas es indispensable para conservar buena salud ya que estos nutrientes permiten que el organismo se mantenga sano y efectúe de manera adecuada sus funciones.

Un grupo importante de vitaminas que nos ayuda a prevenir el cáncer es el llamado complejo B, que incluye a las vitaminas B₁, B₂, B₃, B₅, B₆, B₈, B₉ y B₁₂ (aunque hay quienes también consideran parte de este conjunto a las B₃, B₅, B₇, colina y paba), las cuales son clasificadas como hidrosolubles debido a que tienen la capacidad de disolverse en agua.

Cabe destacar que las vitaminas B no son en esencia fuente de energía, pero ayudan a proveer la que necesitamos para que nuestro cuerpo se desarrolle adecuadamente y pueda mantenerse dinámico. Lo anterior se debe a que estas sustancias agilizan las reacciones químicas que producen el "combustible" que requerimos para mantenernos activos, lo cual se logra a partir del consumo de carbohidratos y grasas. (8)



4.8. HIGIENE BUCAL

Una deficiente higiene bucal, junto con el tabaco y el alcohol, constituyen la triada de factores de riesgo constante para la formación de carcinomas orales.⁽¹¹⁾

5. EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL

La exploración visual debe llevarse a cabo en un área adecuada y con luz suficiente, lo cual es muy importante para no dejar pasar ningún cambio, ya sea de forma, tamaño, color, superficie o consistencia. Otro aspecto esencial es retraer y manipular los tejidos blandos con un abate lenguas o espejo, y siempre palpar para buscar cambios. (12)

Se usará una gasa de 4 x 4 cm para retraer perfectamente la lengua y secar los orificios de salida de la saliva a fin de observar la permeabilidad de éstos.

La exploración debe ser sistemática y rutinaria en cada paciente para no equivocarse y dejar de observar alguna región. Este es el tipo de exploración que se sugiere. Los límites de la cavidad bucal son: el labio tanto superior como inferior, el paladar, la mucosa bucal, la región retro molar, la lengua y el piso de la boca, hasta la orofaringe, istmo de las fauces y las tonsilas (amígdalas). (11)



Fig. 1

Un examen para evaluar la mucosa oral solo lleva unos 5 minutos de tiempo de la consulta dental.

A modo de ejemplo, podemos seguir los siguientes pasos:

Se observa la cara (Fig. 1), oídos y cuello, notando cualquier asimetría o cambios en la piel como costras, fisuras, crecimientos y/o cambios de color.

Se examina especialmente la zona perioral para determinar irregularidades en el color del rostro,

alteraciones patológicas de la piel y formación de colgajos. (11)

Nos ubicamos frente al paciente y le pedimos que sonría (Fig. 2). Con esta maniobra comprobaremos:



Fig. 2

Si la horizontal formada por la línea bipupilar es equidistante al plano de oclusión de los dientes naturales (línea de la sonrisa). Alteraciones de ella pueden ser debido a infecciones, tumores o quistes expansivos del maxilar superior. (12)

Con el hecho de sonreír naturalmente verificaremos la simetría facial, muchas veces se puede detectar una leve parálisis en un lado de la línea media, que puede ser causado por algún tumor parotídeo o ser de origen de alguna alteración neurológica periférica o central.

Le pediremos al paciente que muerda con los molares, observaremos si hay oclusión bilateral. Esta maniobra se puede localizar algún tumor o quiste expansivo en la mandíbula, que altera la oclusión de ese lado. (12)

Observaremos el contorno de la cara, modificaciones como estas suele ser producido por alguna infección, patología tumoral o quística con asiento en la parótida o en los maxilares.



Fig. 3

Luego nos ubicáremos de lado y observaremos el perfil del paciente (Fig. 3). Dirigiremos la vista a la barbilla del paciente y al cuello del mismo.

Infecciones dentales que producen angina de Ludwig, tumores o quistes con asiento en glándulas salivales mayores pueden provocar

cuello proconsular.

Pidámosle que trague saliva, para ver si el movimiento de deglución es normal o si manifiesta alguna sintomatología. (12)

Nos ubicamos detrás del paciente y observamos desde arriba el contorno de los arcos cigomáticos, que deben ser simétricos.

Una vez realizado esto comenzaremos a palpar las regiones preauricular, submandibular, cervical anterior, auricular posterior y cervical posterior (Fig. 4). (12)



Fig. 4

Las áreas de la región de los ganglios linfáticos son palpadas bilateralmente para detectar cualquier nódulo agrandado. La presión necesaria para palpar los ganglios linfáticos se determina realizando presión sobre la zona occipital, hasta que el paciente sienta una leve molestia. Disminuimos un poco la presión digital ejercida, y comenzaremos a palpar las zonas recomendadas. (5)

Tengamos en cuenta que al palpar la región submaxilar, se debe inclinar la cabeza del paciente hacia abajo y hacia el lado dónde realiza la palpación, para relajar la musculatura del cuello. Buscaremos palpar los nódulos contra el borde interno de la mandíbula. (12)

Si se detecta un agrandamiento, deberemos determinar la movilidad y consistencia de los ganglios o nódulos.

Examen de los tejidos blandos periorales e intraorales. (5)

El procedimiento del examen perioral e intraoral debe seguir una evaluación en siete pasos:

1. Labios,
2. Mucosa labial y surcos, comisuras,
3. Mucosa bucal y surco,
4. Encías y borde alveolar,
5. Lengua,
6. Piso de boca,
7. Paladar duro y blando.

Comenzaremos el examen observando los labios con la boca del paciente cerrada y abierta (Fig. 5 y 6). Tomaremos en cuenta las anomalías de color, textura y superficie en los bordes superiores e inferiores. (5)



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

Con la boca del paciente parcialmente abierto, examinaremos visualmente la mucosa labial (Fig. 7) y el surco vestibular maxilar, frenillo y vestibular mandibular. Observaremos también

el color, textura y cualquier otra hinchazón u otra anomalía en la mucosa vestibular y en la encía. Podemos palpar con el dedo índice para evaluar consistencia. (5) (11)



Fig. 8



Fig. 9

Retractaremos la mucosa bucal. Examinando primero la mucosa bucal derecha, luego la izquierda (Fig. 8 y 9), extendiendo desde la comisura labial hasta el pilar anterior. Teniendo en cuenta cualquier cambio en la pigmentación, color, textura, movilidad y otras anomalías de la mucosa, asegurándose que las comisuras sean examinadas cuidadosamente y no sean cubiertas por los retractores durante la retracción de la mejilla. (12)



Fig. 10

Examinemos la cara bucal de la encía (Fig. 10) y los bordes alveolares comenzando con la encía posterior derecha maxilar y el borde alveolar, y luego alrededor del arco del área posterior izquierda. Después la encía posterior mandibular izquierda y borde alveolar y moviéndonos alrededor del arco del área posterior derecha. (12)

Examinaremos las caras linguales como se ha hecho en vestibular, de derecha a izquierda en el paladar (maxilar) y de izquierda a derecha en lingual (mandíbula).



Fig. 11

Con la lengua del paciente en posición de reposo (Fig. 11) y la boca parcialmente abierta, inspeccionemos el dorso de la lengua. Observemos si hay inflamación, ulceración, recubrimiento, o variación de tamaño, color y textura. (5) (12)

También tengamos en cuenta cualquier cambio en el patrón de las papilas que cubre la superficie de la lengua y también examinemos la punta de la lengua (Fig. 12). El paciente deberá protruir la lengua, y deberemos tener en cuenta cualquier anomalía en la movilidad o posicionamiento. (5)



Fig. 12

Con la ayuda del espejo bucal, inspeccionemos los márgenes laterales derecho e izquierdo de la lengua.



Fig. 13

Tomando la punta de la lengua con un pedazo de gasa (Fig. 13) ayudaremos a la protrusión completa y permitirá el examen de la región

posterior de los bordes laterales de la lengua. (11)

Examinemos la superficie ventral. Palpemos la lengua para detectar su consistencia.

Con la lengua aún elevada (Fig. 14), inspeccionemos el piso de la boca buscando cambios de color, textura, hinchazones u



Fig. 14

otras anomalías en la superficie. (5) (12)



Fig. 15

Con la boca totalmente abierta (Fig. 15) y la cabeza del paciente echada hacia atrás, presionemos suavemente la base de la lengua con un espejo dental. Primero inspeccionemos el paladar duro y luego el paladar blando. (5) (12)

Examinemos el paladar blando, úvula, triángulo retro molar y los pilares anteriores (Fig. 16).



Fig. 16



Fig. 16

Con ambas manos palpemos el piso de la boca en busca de anomalías (Fig. 16). Todos los tejidos que parecen anormales deben ser palpados. (5) (12)



6. LEUCOPLASIA

6.1. DEFINICIÓN

La leucoplasia es una lesión cancerizable más frecuente de la mucosa oral, se define como una mancha o placa predominantemente de color blanco, que aparece en la lengua o en las mucosas de la boca, que no puede ser raspada o desprendida y que no puede ser atribuida clínica o patológicamente a ninguna otra enfermedad. La trascendencia de esta lesión estriba en su relativamente alta incidencia y de que, en un 5% de los casos, evoluciona a un carcinoma epidermoide. ^{(1) (8)}

6.2. CLASIFICACIÓN DE LAS LEUCOPLASIAS

(Según la Organización Mundial de la Salud OMS)

6.2.1. Leucoplasia homogénea: blanca en toda la lesión. La leucoplasia homogénea es una lesión predominantemente blanca, uniformemente plana, de consistencia firme, de poco espesor y de superficie lisa o rugosa. ^{(8) (15)}

6.2.2. Leucoplasias no homogéneas: lesión predominantemente blanca o roja con superficie irregular. Pueden combinar áreas blancas con áreas rojas, entre estas:

- **6.2.2.1. La leucoplasia nodular** es una lesión sobre elevada con bordes no homogéneos que se presenta con pequeñas elevaciones blancas y rojas redondeadas de la mucosa que el dan un aspecto granular. También es denominada leucoplasia moteada. ⁽¹³⁾



- **6.2.2.2. La Eritroleucoplasia** (combina áreas blancas con rojas) se caracteriza por estar rodeada de áreas eritematosas
- **6.2.2.3. Leucoplasia Verrugosa Proliferativa** que es una lesión exofítica, persistente, verrugosa y clínicamente agresiva y resistente a los tratamientos. (8) (13)

Las leucoplasias no homogéneas tienen un mayor potencial maligno que las homogéneas. El que tengan relieve, que sean exofíticas y que combinen áreas rojas les da más potencial de malignidad. (15)

6.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las leucoplasias pueden aparecer como una lesión única, localizada, como lesiones difusas, ocupando extensas áreas de la mucosa oral, o incluso como lesiones múltiples. De igual forma, el aspecto clínico de las leucoplasias es muy heterogéneo, pudiendo variar desde áreas maculares, lisas y ligeramente blanquecinas y translúcidas, a placas netamente blancas, elevadas, gruesas, firmes y con superficie rugosa y fisurada. Generalmente son asintomáticas, pudiendo en algunos casos presentar una ligera sensación de ardor. (10) (16)



7. ERITROPLASIA

7.1. DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la eritroplasia como una lesión de la cavidad oral que presentan zonas rojas y que clínica y patológicamente no se pueden reconocer como otra condición, no pueden ser diagnosticadas como otra entidad, por lo tanto, al igual que el término leucoplasia, el de eritroplasia no tendrá connotaciones histológicas. (1) (8) (13)

7.2. CLASIFICACIÓN DE LAS ERITROPLASIAS

Shear sugirió una clasificación en 1972, diferenciaba entre variaciones clínicas y variaciones histológicas, la clínica es la siguiente: (8)

- Eritroplasia homogénea
- Eritroplasia asociada con zonas de leucoplasia
- Eritroplasia moteada o granular

7.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las eritroplasias son lesiones que pueden aparecer con aspecto liso, en algunos casos granular o moteada de color amarillento o blanco sobre una superficie roja, del mismo modo, pueden aparecer áreas rojas asociadas a zonas blancas de leucoplasia. La eritroplasia es blanda a la palpación, adquiriendo su dureza en función de si se ha desarrollado un carcinoma in situ. Tiene una alta tasa de transformación maligna. (8)



8. ERITROLEUCOPLASIA

8.1. DEFINICIÓN

La eritroleucoplasia es una mancha anormal de tejido rojo y blanco que se forma en las membranas mucosas de la boca y que se puede volver cancerosa. El tabaco (fumado o masticado) y el alcohol, pueden aumentar el riesgo de padecer de eritroleucoplasia. (1) (13)

Son leucoplasias orales que presentan el aspecto de manchas blancas sobre un fondo eritematoso ofreciendo un aspecto nodular o moteado. (13)



9. ÚLCERAS

9.1. DEFINICIÓN

Una úlcera es definida como una solución de continuidad de la superficie epitelial que llega a comprometer todos los estratos epiteliales, a diferencia de la erosión en que no llega al corion. Las lesiones ulcerativas presentan una dificultad en la mucosa oral, principalmente en el diagnóstico diferencial.

(15)

Muchas causas pueden dar como resultado una úlcera en la mucosa. Ante este problema debemos considerar de importancia:

- la historia de la lesión,
- su asociación con otros procesos locales o sistémicos
- la apariencia clínica

Aún más, para ayudarnos en el diagnóstico podemos recurrir a exámenes complementarios: hemograma, glicemia, fierro sérico, citología, biopsia y serología, entre otros. La importancia de un diagnóstico preciso es en el tratamiento, que difiere ampliamente entre caso y caso. Así, no es lo mismo tratar una úlcera por COCE que una úlcera recurrente oral (afta). (15)

9.2. CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS

Las lesiones ulcerativas se pueden clasificar desde dos puntos de vista:



- **9.2.1. Si anteceden o no a una lesión previa:**

- a) 9.2.1.1. *Úlcera primaria:* Es aquella que aparece como tal sin otra lesión como antecesora. Ej.: úlcera traumática, afta.
- b) 9.2.1.2. *Úlcera secundaria:* Es aquella que resulta del rompimiento de una vesícula, dejando un área ya sea erosionada o francamente ulcerada. Ej: herpes, pénfigo, penfigoide. (15) (17)

- **9.2.2. Según su etiología**

Esta clasificación es más útil, ya que plantea la causa de la lesión y por ende orienta en el tratamiento. Así tenemos:

- a) 9.2.2.1. *Úlcera traumática:* radiaciones, sustancias caústicas, medicamentos, quemaduras, galvanismo, prótesis mal ajustada, cepillado violento, inyección de líquidos a presión (úlceras tróficas), úlcera pterigoidea.
- b) 9.2.2.2. *Neoplásica:* espinocelular, adenocarcinoma, sarcoma, linfoma, metástasis (raro observar úlcera en un tumor benigno, pero en boca puede ser por los dientes antagonistas, roce con alimentos o sea ulceración consecutiva a otro factor distinto del tumor).
- c) 9.2.2.3. *Infeciosa:* gingivitis ulceronecrotica, sífilis, TBC, gingivostomatitis herpética primaria y herpes recurrente intraoral, herpes-zoster, varicela, herpangina, mononucleosis, candidiasis, blastomicosis, histoplasmosis.
- d) 9.2.2.4. *Inmunológica:* liquen plano erosivo, ulceración recurrente oral, pénfigo, penfigoide, eritema multiforme, síndrome de Behcet, síndrome de Reiter, granuloma letal de la línea media.
- e) 9.2.2.5. *Manifestación de enfermedad general:* déficit de ácido fólico, hierro y vitamina B12, leucemia aguda, diabetes, agranulocitosis. (15)





10. ESTADIOS CLÍNICOS (TNM)

Con el objeto de proporcionar uniformidad clínica, actualmente existe una clasificación clínica de los carcinomas en base a hallazgos preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios. Ha dado buen resultado el intercambio de información entre los diversos centros de tratamiento, también en lo que se refiere a esta especialidad, llegando a imponerse el sistema TNM, la cual se describe a continuación. (5)

La clasificación del tamaño del tumor (T) primario para cánceres del labio y cavidad oral se hace del siguiente modo:

T: Tamaño de tumor primario

TX: No se puede apreciar el tumor primario

T0: No hay evidencia de tumor primario

Tis: Carcinoma in situ

T1: Tumor de 2 cm o menos en expansión

T2: Tumor de más de 2 cm pero no más de 4 cm en dimensión mayor

T3: Tumor de más de 4 cm en dimensión mayor

T4: labios: Tumor invade las estructuras colindantes (p. ej., a través del hueso cortical, lengua, piel del cuello), cavidad oral: Tumor invade las estructuras colindantes (p. ej., a través del hueso cortical, a los músculos exteriores (esqueléticos) de la lengua, cavidad maxilar o piel. (5) (6) (11)



N: Estimación de la metástasis, Ganglios linfáticos regionales (Nodi)

NX: No pueden apreciar los ganglios linfáticos regionales

N0: No hay metástasis a ganglios linfáticos regionales

N1: Metástasis en los ganglios linfáticos ipsolaterales solitarios, 3 cm o menos en dimensión mayor

N2: Metástasis en los ganglios linfáticos ipsolaterales solitarios, más de 3 cm pero no más de 6 cm en dimensión mayor; o en múltiples ganglios linfáticos ipsolaterales, ninguno más de 6 cm en dimensión mayor; o en los ganglios linfáticos bilaterales o contra laterales, ninguno más de 6 cm en dimensión mayor

N2a: Metástasis en los ganglios ipsolateral solitarios, más de 3 cm pero no más de 6 cm en dimensión mayor.

N2b: Metástasis en los ganglios ipsolaterales, ninguno más de 6 cm en su dimensión mayor

N2c: Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contra laterales, ninguno más de 6 cm en su dimensión mayor

N3: Metástasis en los ganglios linfáticos, más de 6 cm en su dimensión mayor

M: Determinación de Metástasis distales

MX: No puede apreciarse la presencia de metástasis distales

M0: Ningún metástasis distal

M1: Metástasis distales

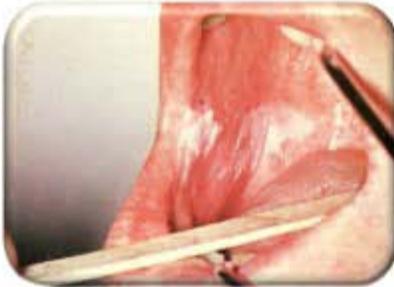
La fórmula del tumor T1N1M0 indica que hay un tumor primario de 2 cm. o menos de dimensión mayor con una metástasis en un ganglio linfático aislado en el lado del tumor de 3 cm. o menos de dimensión mayor sin metástasis distal demostrable. (7) (11)



Las formulas de tumores permiten otra distribución de los grupos en estadios

Estadio 0	Tis,	N0,	M0
Estadio I	T1,	N0,	M0
Estadio II	T2,	N0,	M0
Estadio III	T3,	N0,	M0
	T1,	N1,	M0
	T2,	N1,	M0
	T3,	N1,	M0
Estadio IV	T4,	N0, N1	M0
	cada T	N2, N3	M0
	cada T	cada N	M1

11. IMÁGENES DE C.O.C.E.



En la zona retroangular de la mejilla derecha se observan manifestaciones blancas, leucoplasia plana homogénea de aproximadamente 3 años.



Se observa en el maxilar inferior de la apófisis alveolar sin dientes un tumor infiltrado en el hueso con metástasis, se involucran ganglios linfáticos.

Paciente de 71 años



Paciente que presenta carcinoma en forma de manchas y puntos en la región del maxilar inferior apófisis alveolar sin dientes.



Se observa un carcinoma en la mucosa del paladar duro, con manifestaciones verrugosas, carcinoma queratinizante del epitelio laminado, paciente fumador de pipa. paciente de 58 años



Se observa carcinoma en la mucosa de la mejilla derecha en forma de valla y de ampolla no queratinizante

Paciente de 69 años.



Paciente que presenta alteraciones de extensión superficial en parte leucoplásicas, en parte erosivas, de la mucosa del paladar como manifestación parcial de una leucoplasia multilocular de la mucosa oral.



Paciente que diecinueve años antes había sido operado con éxito de un carcinoma en las cuerdas vocales. sigue siendo un gran fumador que presenta en el piso de

la boca una alteración carcinomatosa. Paciente de 77 años.



Leucoplasia precancerosa de la mucosa en el piso de la boca que se presenta invasivo. Paciente de 56 años.



Paciente habito de tabaquismo por más de 20 años que presenta carcinomas en el borde izquierdo de la lengua sobre la base de una leucoplasia precancerosa de muchos años.

Paciente de 65 años



Paciente que presenta leucoplasia precancerosa en la mucosa de la comisura labial.



Carcinoma oral de células escamosas del labio.



COCE de lengua



COCE de encía y mucosa yugal



Observamos en la apófisis alveolar sin diente 26, un carcinoma de la mucosa oral que ha abierto camino hasta la cavidad oral que fue provocado por la extracción de un diente.



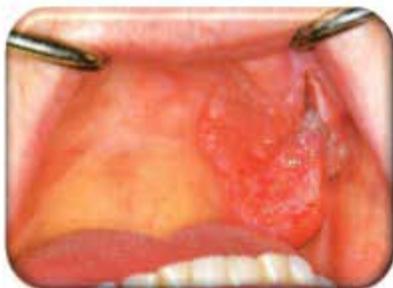
Carcinoma queratinizante del epitelio en el maxilar superior apófisis alveolar con necrosis extensa. Paciente de 63 años



Se observa la zona de la tuberosidad del maxilar superior en lado izquierdo sin dientes, provocada por una prótesis total.



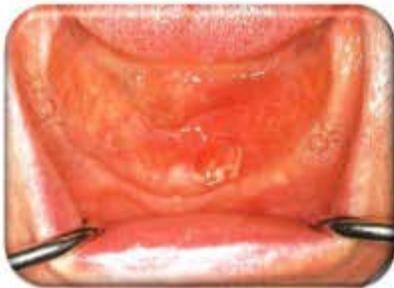
Se observa carcinoma queratinizante del epitelio de la mucosa oral, el tumor infiltra al hueso hasta la fosa lateral del paladar con necrosis. Periodo de dilatación 1 año. Paciente de 58 años



Observamos un carcinoma exofítico del epitelio de la mucosa oral en zona izquierda provocado por una prótesis no ajustada. Paciente de 68 años.



Carcinoma queratinizante infiltrado hasta la periferia en la zona retromolar y la pared lateral de la faringe del epitelio laminado en la mejilla, paciente de 56 años.



Pequeño carcinoma con crecimiento preferentemente exofítico del epitelio laminado en el surco glosalveolar con recubrimiento moderadamente inflamatorio



Carcinoma avanzado algo del epitelio laminado en el surco glosalveolar con infiltración extensa del tumor en el piso de la boca. Paciente de 52 años



Carcinoma moderadamente diferenciado, con crecimiento preferentemente exofítico, del epitelio laminado sobre la base de una leucoplasia precancerosa. Paciente de 65 años.



Diagnóstico diferencial de un carcinoma del borde de la lengua. Amígdala lateral de la lengua en un paciente de 67 años.



Carcinoma avanzado del epitelio que procede del borde dorsal de la lengua con importante defecto de tejido en forma de cráter y expansión hacia el piso de la boca, en la base de la lengua y la pared lateral de la faringe. Paciente de 52 años



Carcinoma avanzado, moderadamente diferenciado, del epitelio del borde de la lengua con infiltración tumoral casi completa del cuerpo de la lengua izquierdo y levantamiento del piso de la boca a causa de la masa del tumor. Paciente de 51 años.



Carcinoma del epitelio de la lengua con necrosis radial central en un paciente de solo 40 años. Durante la exploración se quejó de dolores irradiados hasta el oído.



Carcinoma avanzado, poco diferenciado, del epitelio de la lengua con propagación en el piso de la boca. En la zona del tumor había una metástasis de los ganglios linfáticos regionales. Fórmula del tumor T2N1M0. El paciente, de 51 años.



Carcinoma moderadamente diferenciado, algo del epitelio de la lengua (cara inferior de la lengua, borde izquierdo de la lengua) Paciente de 64 años con abuso de bebidas alcohólicas.



COCE de piso de boca



Se observa en la mucosa de la mejilla izquierda protuberancias blancas como la cal. Paciente 55 años



Leucoplasia plana homogénea en la mejilla izquierda. Paciente de 65 años. COCE



Leucoplasia precancerosa con nódulos blancos carcinosos, de dos años de dilatación en piso de boca



En la mucosa de la mejilla izquierda presenta leucoplasia con partes verrugosas. Padecimiento de 10 años atrás



Se encuentra una alteración que existía desde hace cuatro meses en encía en la región 21 y 22 del epitelio laminado. Paciente de 39 años



Se observa el maxilar superior apófisis alveolar sin dientes en la región del 13 al 16. El tumor muestra una extensión mayor a 6 cm. Con desarrollo endofítico



Se observa en la zona retromolar el espacio sin dientes. Fórmula del tumor: T3n0m0. Carcinoma avanzado del epitelio en el espacio retro molar del maxilar inferior con necrosis de 3 semanas aproximadamente. Paciente de 42 años



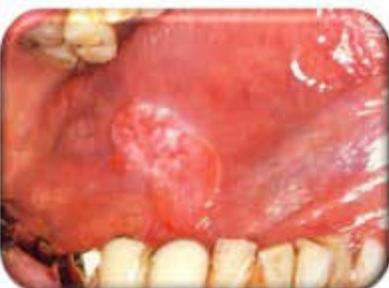
Presentamos la consecuencia de una necrosis profunda que ha afectado al periestio y al hueso.

Paciente de 57 años



Se observa un carcinoma en la zona de la zona de la mandíbula que va creciendo hacia la izquierda.

Paciente de 73 años



Se localizo en el piso de la boca y en la cara inferior de la lengua un carcinoma con metástasis de los ganglios linfáticos submandibulares. Paciente de 53 años.



Úlcera crónica en borde izquierdo de la lengua con simulación de un muro marginal.



El paciente presenta en el labio inferior un tumor que tiene un crecimiento hacia la periferia del labio con alteraciones leucoplásticas, a esto los rayos UV favorecieron la quelitis actínica. Paciente de 63 años.



Paciente que presenta una úlcera en el labio inferior que ya se había expuesto anteriormente a una radioterapia sin éxito y que provocó otra lesión carcinomatosa y despigmentación a causa de la radiación en el lado izquierdo. Paciente de 65 años



Paciente que presenta crecimiento de carcinoma en la comisura labial del lado izquierdo hacia afuera.



COCE de encía inferior



COCE de encía inferior



COCE de lengua



COCE de encía superior



COCE de lengua



COCE de lengua



COCE de encía y piso de la boca



Se observa carcinoma en la zona retromolar de la mandíbula sin dientes sobre la base de una leucoplasia precancerosa extensa. paciente de 72 años.



Úlcera central del tamaño de un frijol, con borde en forma de pared en maxilar superior izquierdo y crecimiento activo en apófisis alveolar si dientes.



Se observa una úlcera en la región del repliegue del maxilar superior sin dientes provocada por el borde deficiente de una prótesis dental.



Paciente con úlcera en la mucosa del paladar provocada por una prótesis parcial de fundición.



Se observa la mucosa del paladar ulcerada provocada por una prótesis en zona de la línea Ah con bordes infiltrados aproximadamente de tres semanas de evolución.



Diagnóstico diferencial de un carcinoma de la mucosa de la mejilla.

Hiperplasia lobular irritativa por prótesis de la mucosa de la mejilla ocasionada por el borde deteriorado de la prótesis.



Diagnóstico diferencial de un carcinoma de la mucosa de la mejilla. Úlcera traumática de la mucosa (repetidas lesiones por mordisco) en un novato de prótesis.



Paciente que noto un crecimiento de 8 semanas, superficie ventral de la lengua con superficie en forma de verruga, provocada por un diente puntiagudo que formo leucoplasia homogénea circundante superficial. Paciente de 67 años



Diagnóstico diferencial de un carcinoma del piso de la boca; úlcera crónica inflamatoria de la mucosa oral en el límite con la base de la lengua. Paciente de 71 años



Úlcera traumática en el borde izquierdo de la lengua a causa de autolesiones repetidas con un borde puntiagudo de un diente, la úlcera.



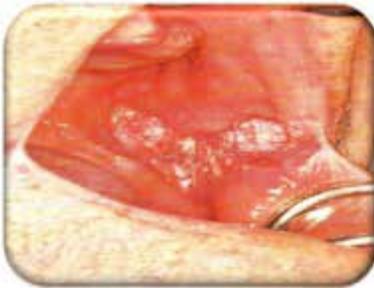
La lengua permite reconocer en posición de reposo la congruencia de la úlcera con el borde puntiagudo del diente 36.



Después de limar el borde dental que molestaba, la ulceración condicionada mecánicamente sana sin necesidad de un tratamiento local medicamentoso adicional. Es imprescindible realizar un control del curso para verificar su curación.



Carcinoma del epitelio del labio inferior de un paciente de 40 años. De 2 años atrás.



Paciente con leucoplasia en forma verrugosa en la mucosa de la mejilla con úlceras palpables.



Se observa en paladar duro un carcinoma de rápido crecimiento con necrosis con borde elevado. Paciente de 81 años



Observamos un carcinoma ulcerado del epitelio plano en el paladar blando provocado por la base de una prótesis. Paciente de 68 años.



Úlcera crónica con leucoplasia por un estado dental deplorable con destrucción por caries en el diente 45. Paciente de 45 años



COCE de la lengua



COCE de encía y piso de la boca



COCE de la lengua



COCE de paladar



COCE de encía



COCE de encía inferior y piso de la boca



COCE de encía inferior



12. CONCLUSIONES.

El Carcinoma oral de células escamosas (COCE), es la neoplasia que más frecuentemente se presenta en la cavidad oral y aunque los índices de incidencia varían de un país a otro, solo nos refleja que la enfermedad no es meramente regional, ni de carácter racial, sino que se encuentra en alrededor de todo el mundo.

La identificación de estas lesiones en ocasiones resulta complicada, principalmente por la falta de educación preventiva que el paciente presenta, ya que en la mayoría de los casos, este asiste a consulta cuando la neoplasia se encuentra en períodos sumamente avanzados. Es por eso que es de suma importancia que ayudemos a tomar conciencia de esta enfermedad tanto al cirujano dentista como a la población en general creando programas de salud que difundan información entre la población acerca de lo que es el cáncer oral, los factores de riesgo y sus consecuencias. Es necesario difundir dicha información de manera sencilla y clara, ya que la mayoría de la población desconoce este tipo de lesiones y mucho menos, que las considere como propensas a un cáncer.

De igual manera, es requisito indispensable que el cirujano dentista mantenga una capacitación constante sobre los avances médicos y tecnológicos que le permitan desempeñar su labor de una manera eficiente y eficaz.



Es imprescindible la detección temprana de las lesiones del COCE, y es responsabilidad del cirujano dentista, quien debe definir como práctica diaria, la realización de un examen estomatológico para la detección de cáncer oral a todos sus pacientes sin excepción alguna. Esta práctica facilitará el diagnóstico temprano y el manejo subsecuente de la enfermedad con la finalidad de disminuir el riesgo de mortalidad y morbilidad de sus pacientes.



13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Atlas de Enfermedades Orales, George Laskaris. Edit. Masson, S.A. 2005 páginas: 316-323, 356-357
2. www.oralcancerfoundation.org/facts/spanish consultada día 8/03/10 18:46 hrs.
3. Cáncer Oral Clínica Estomatológica, Medicina Panamericana, Eduardo Ceccotti 1993 páginas: 239-275
4. Epidemiología y Etiología del cáncer de la cabeza y cuello. Tirado L. M. 2007 Cancerología páginas: 9-17
5. Atlas Patología Oral. Dr. Peter A. Reichard, Hans Pete Philipsen, San Pedro de Alcántara. 1999. Páginas: 3-6
6. www.msd.es/publicaciones/mmerk. Consultada día 9/3/10 15:45
7. Pathology and Genetics Head and Neck Tumours. León Barnes, John W. Eveson, Peter Reichart, David Sidransky, World health organization 2005 páginas: 164-175.
8. Medicina Bucal. José V. Bagan Sebastián, edit. Medicina Oral, SL (valencia) 2008 Páginas: 123-142 y 153-162.
9. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas> consultada día 12/03/2010 18:16
10. Patología Bucal Joseph A. Regezi, James J. Scibba, McGraw Hill Interamericana Editores, 1999, páginas: 71-82 y 95
11. Mucosa Oral Atlas a color de Enfermedades, Manfred Strassburg, Gerdt Knolle, editorial Marban Libros 3ª. Edic. 1995, páginas: 17-22, 375-410 y 786
12. www.sdpt.net/pat/inspeccionmucosabucal. Consultada día 16/03/10 21:43



-
13. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral, J.J. Pindborg, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson. 1994 Páginas: 94-100 y 208-216
 14. www.igb.es/monografia/diseases/e017 consultada día 16/3/10 22:18
 15. www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47 consultada día 18/3/10 17:53
 16. www.scielo.isciii.es/scielo.php artículo de Casariego Z.J. Consultada día 18/3/10 19:05
 17. <http://patoral.umayor.cl/lulcerat> consultada día 18/03/10 18:31