



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CARCINOMA EPIDERMOIDE EN CAVIDAD
ORAL.**

TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

LAURA ITZEL GIL MIRANDA

TUTOR: Esp. VICENTE ERNESTO GONZÁLEZ CARDÍN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

Este trabajo no es fruto de un simple trabajo individual, sino que es el resultado de la suma de apoyo y esfuerzos realizados por diferentes personas cercanas a mí, que ya sea de forma directa o indirecta, han hecho posible finalizar este trabajo.

Debo agradecer profundamente a mi familia por todo el apoyo recibido no solo a lo largo de la carrera sino a lo largo de mi vida, por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas.

A mi madre Rosa Elena Miranda Bernal y a mi padre Luis Pedro Gil Gómez por su esfuerzo, comprensión, apoyo y por inculcar en mí el deseo constante de siempre superarme, no podría encontrar las palabras necesarias para hacerles saber lo mucho que aprecio lo que han hecho por mi. Les agradezco infinitamente.

Agradezco a dios por todas las bendiciones obtenidas, por ser mi luz en la oscuridad, no te apartes de mi camino. Te doy gracias Señor.

A mis amigos que siempre estuvieron a mi lado y han estado para mi cuando lo he necesitado, realmente creo que son pocos los que pueden presumir de amistades tan reales y sinceras como las que tengo y me siento muy afortunada por eso.

Quiero agradecer a mi tutor Vicente Ernesto Gonzáles Cardín por su apoyo a lo largo del diplomado, sus conocimientos, por dedicarme un espacio de su tiempo y por su personalidad tan alegre y simpática la cual siempre logra liberarme un poco del estrés.

A los doctores quienes tuve la suerte de conocer a lo largo de la carrera, por transmitir sus conocimientos por medio de su experiencia y trabajo, les

agradezco por ayudarme a estar donde estoy ahora y porque influenciaron a que creciera mi amor por la carrera.

Mi más sincero agradecimiento a la máxima casa de estudios, mi querida universidad, por enorgullecerme tanto que me motiva a ser un excelente profesionalista con tal de hacer quedar bien a la UNAM. Agradezco haber tenido el honor de pertenecer a esta magnifica institución, sin duda los mejores años de mi vida.

“Por mi raza hablará el espíritu”



ÍNDICE

Introducción.....	6
Objetivos.....	8
Antecedentes.....	9
Generalidades sobre Carcinoma Epidermoide.....	18
Tipos de cáncer oral.....	19
Áreas de la cavidad oral.....	20
Epidemiología.....	22
Etiología.....	22
Lesiones y condiciones premalignas.....	24
Prevención.....	25
Localización.....	26
Signos y síntomas.....	27
Métodos diagnósticos por imágenes.....	28
Diseminación.....	28
Regiones del cuello donde pueden localizarse metástasis ganglionares del cáncer oral.....	29

Clasificación de los ganglios cervicales en niveles.....	30
Diagrama de los niveles de los nódulos linfáticos en cuello.....	31
Variedades del carcinoma epidermoide.....	31
Estadios.....	32
Clasificación o escalas de la enfermedad.....	32
- Clasificación del cáncer de células escamosas de cabeza y cuello.....	32
- Clasificación TNM para estadificación.....	33
- Grado de diferenciación histopatológica.....	34
Medicamentos.....	35
Factores pronósticos.....	37
Diagnostico y tratamiento del cáncer epidermoide en cavidad oral.....	38
Rehabilitación.....	44
Nutrición.....	44
Pronóstico.....	45
Complicaciones.....	45
Seguimiento.....	46
Conclusiones.....	47
Referencias bibliográficas.....	48

INTRODUCCIÓN

El cáncer es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan células malignas.

Se origina de células normales en el cuerpo. Las células normales se multiplican cuando el cuerpo las necesita y mueren cuando el cuerpo ya no las necesita. Parece ocurrir cuando el crecimiento de las células en el cuerpo está fuera de control y éstas se dividen demasiado rápido. Igualmente, puede ocurrir cuando las células olvidan cómo morir.

Existen muchos tipos diferentes de cáncer. Puede aparecer en casi cualquier órgano o tejido, como el pulmón, el colon, los senos, la piel, los huesos o el tejido nervioso.

El cáncer en la cabeza y cuello incluye cánceres de boca, nariz, senos paranasales, glándulas salivales, garganta y ganglios linfáticos en el cuello. La mayoría comienza en los tejidos húmedos que rodean la boca, la nariz y la garganta.

El consumo del tabaco o de las bebidas alcohólicas aumenta el riesgo. De hecho, el 85 por ciento de los cánceres en la cabeza y cuello se relacionan con el consumo del tabaco, incluyendo el tabaquismo y el tabaco sin humo. Si se detectan anticipadamente, estos cánceres suelen ser curables. El tratamiento puede incluir cirugía, radiación, quimioterapia o una combinación de todas. Los tratamientos pueden afectar la alimentación, el habla e incluso la respiración, por lo que es posible que el paciente necesite rehabilitación. ^{1, 2,}

³

Los cánceres que se conocen en conjunto como cánceres de cabeza y cuello, generalmente, comienzan en las células escamosas que revisten las superficies húmedas y mucosas del interior de la cabeza y del cuello (por ejemplo, dentro de la boca, de la nariz y de la garganta). Los cánceres de células escamosas se llaman, con frecuencia, carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello. Los cánceres de cabeza y cuello pueden comenzar también en las glándulas salivales, pero los cánceres de estas glándulas son relativamente poco comunes. Las glándulas salivales contienen

muchos tipos diferentes de células que pueden volverse cancerosas, de manera que existen muchos tipos diferentes de cáncer de glándulas salivales.

Los cánceres de cabeza y cuello se categorizan, a su vez, de acuerdo a la zona de la cabeza o del cuello en la que empiezan. Estas zonas se describen a continuación: ³

- ❖ **Cavidad oral.** Comprende los labios, dos terceras partes del frente de la lengua, las encías, el revestimiento dentro de las mejillas y labios, la base de la boca debajo de la lengua, el paladar duro (parte superior ósea de la boca) y la zona pequeña de la encía detrás de las muelas del juicio.
- ❖ **Faringe.** La faringe (garganta) es un tubo hueco casi 5 pulgadas de largo que comienza detrás de la nariz y se extiende hasta el esófago. Tiene tres partes: la nasofaringe (la parte superior de la faringe, detrás de la nariz); la orofaringe (la parte central de la faringe, incluido el paladar blando (la parte de atrás de la boca), la base de la lengua y las amígdalas); la hipofaringe (la parte inferior de la faringe).
- ❖ **Laringe.** La laringe es un conducto corto formado por cartílago situado justo abajo de la faringe en el cuello. La laringe contiene las cuerdas vocales. Tiene también un tejido pequeño, llamado epiglotis, el cual se mueve para cubrir la laringe e impedir que los alimentos entren en las vías respiratorias.
- ❖ **Senos paranasales y cavidad nasal.** Los senos paranasales son pequeños espacios huecos en los huesos de la cabeza localizados alrededor de la nariz. La cavidad nasal es el espacio hueco dentro de la nariz.
- ❖ **Glándulas salivales.** La mayoría de las glándulas salivales se encuentran en el piso de la boca y cerca de la mandíbula. Las glándulas salivales producen saliva.

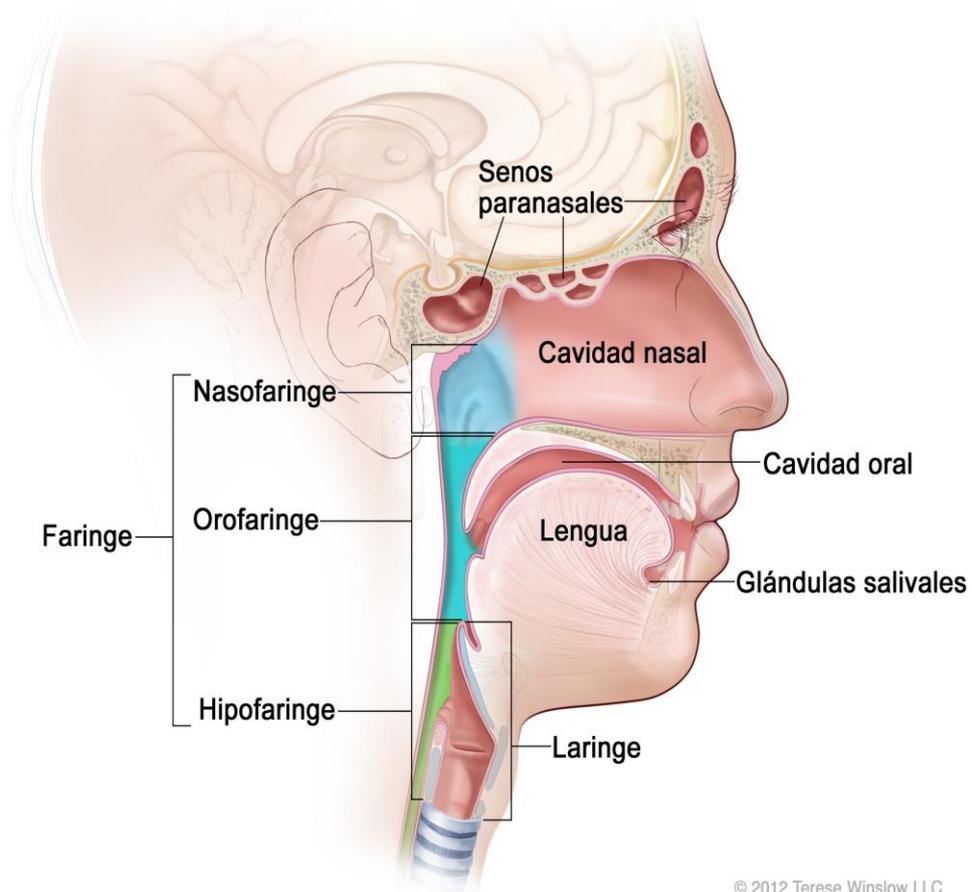
OBJETIVOS

Los objetivos que pretende este trabajo son:

- 1) Establecer el diagnóstico clínico en el primer nivel de atención para su referencia oportuna
- 2) Enunciar el abordaje diagnóstico a realizarse en el segundo y tercer nivel de atención
- 3) Ofrecer un tratamiento oportuno del cáncer epidermoide de cavidad oral, en el segundo y tercer nivel de atención
- 4) Enunciar las recomendaciones con base en la evidencia científica sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de cavidad oral
- 5) Esto favorecerá la mejora de la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas.

ANTECEDENTES

Fig. 1 **Regiones en el cáncer de cabeza y de cuello**



Los síntomas de los cánceres de cabeza y cuello pueden ser: un bulto o una llaga que no sana, irritación de garganta que no desaparece, dificultad para pasar y cambio o ronquera en la voz. Estos síntomas pueden ser causados también por otras afecciones menos graves. Es importante consultar con su médico o con su dentista sobre cualquiera de estos síntomas. Los síntomas que pueden afectar zonas específicas de la cabeza o cuello son las siguientes: ^{3, 4}

-Cavidad oral. Un parche blanco o rojo en la encía, en la lengua o en el revestimiento de la boca; inflamación de la mandíbula que causa que

la prótesis dental no esté ajustada o que se sienta incómoda; y sangrado o dolor poco común en la boca.

-Faringe. Dificultad para respirar o para hablar; dolor al pasar; dolor en el cuello o en la garganta que no desaparece; dolores de cabeza frecuentes, dolor o zumbido en los oídos; dificultad para oír.

-Laringe. Dolor al pasar o dolor de oído.

-Senos paranasales y cavidad nasal. Senos nasales congestionados que no se despejan; sinusitis que no reacciona al tratamiento con antibióticos; sangrado por la nariz; dolores frecuentes de cabeza, inflamación u otros problemas de ojos; dolor en los dientes superiores; o problemas con las prótesis dentales.

-Glándulas salivales. Hinchazón debajo del mentón o alrededor de la mandíbula, adormecimiento o parálisis de los músculos en la cara, o dolor en la cara, en el mentón o en el cuello que no desaparece. ⁵

Tumores benignos de la cavidad oral

- ❖ Mucocele de labio
- ❖ Ránula
- ❖ Fibroma
- ❖ Quiste de origen dentario
- ❖ Angioma
- ❖ Papiloma



Fig. 2 Mucocele

Quiste de retención salival.
Es una lesión benigna,
generalmente en personas
jóvenes.

<http://orizabaenred.com.mx/cgi-bin/web?p=orizabaenred&b=VERNOTICIA&%7Bnum%7D=106698>

Fig. 3 Ránula

Quiste de retención de la
glándula sublingual.
Es un tumor benigno.



<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/ranula>



Fig. 4 Fibroma

http://www.entusa.com/oral_pictures_htm/oral_fibroma.htm

Fig. 5 Quiste de origen dentario



<http://www.propdental.es/blog/odontologia/quiste-odontogenico/>



Fig. 6 Angioma

<http://byebyedoctor.com/cherry-angioma/>

Fig. 7 Papiloma



http://www.odontoespacio.com/noticias_detalle.php?cod=77



Fig. 8 Sífilis lingual

http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

Figs. 9, 10 - Linfoma que compromete cavidad oral



Figs. 9, 10: http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

Sarcomas

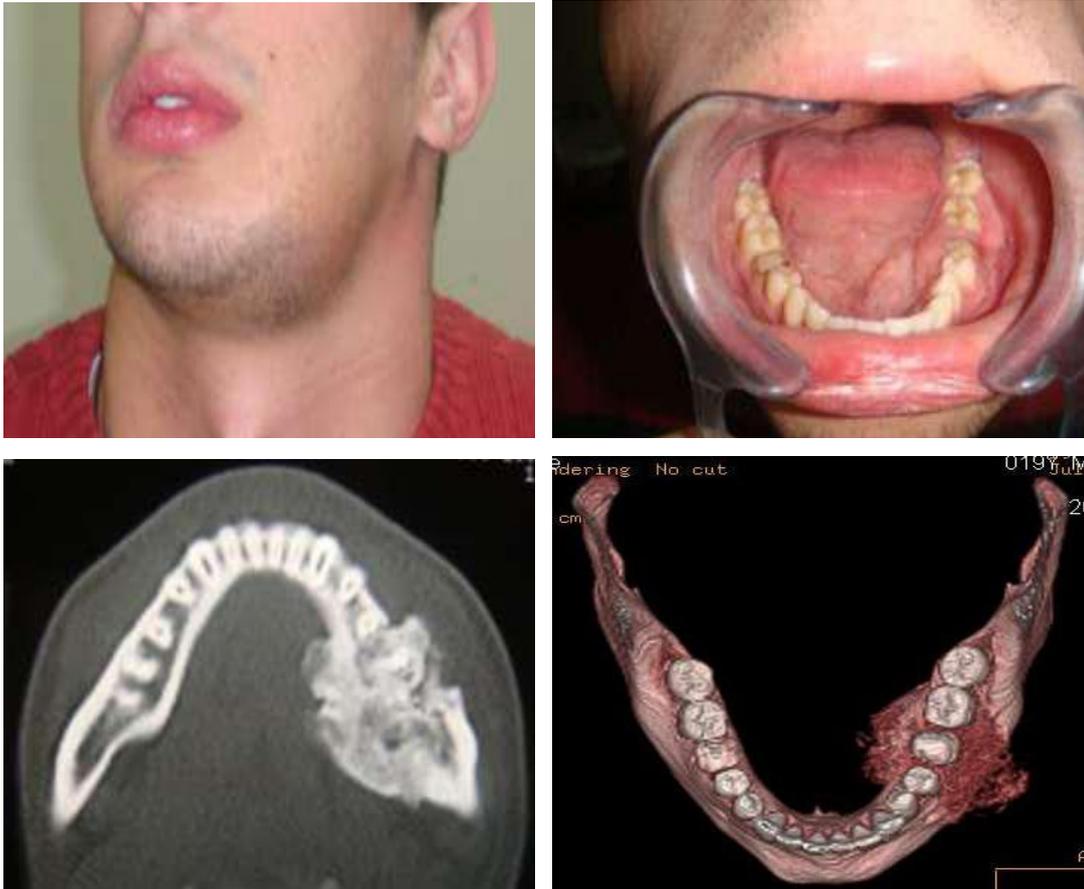
Son tumores malignos que se originan de tejidos mesenquimáticos (músculo, hueso, cartílago, tejido fibroso) a diferencia de los carcinomas que se originan de los epitelios (piel, mucosas). ^{3, 8}

Figs. 11, 12, 13 - Condrosarcoma de encía inferior



Figs. 11, 12, 13: http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

Figs. 14, 15, 16, 17 - Osteosarcoma de maxilar inferior



Figs. 14, 15, 16, 17: http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

Tumores orales en la infancia



Fig 18 - Rbdomiosarcoma de mejilla Fig 19-Granuloma reparador de células gigantes

Figs. 18, 19: http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

Tumores de regiones vecinas a la cavidad oral



Fig. 20 - Cáncer de seno maxilar

http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

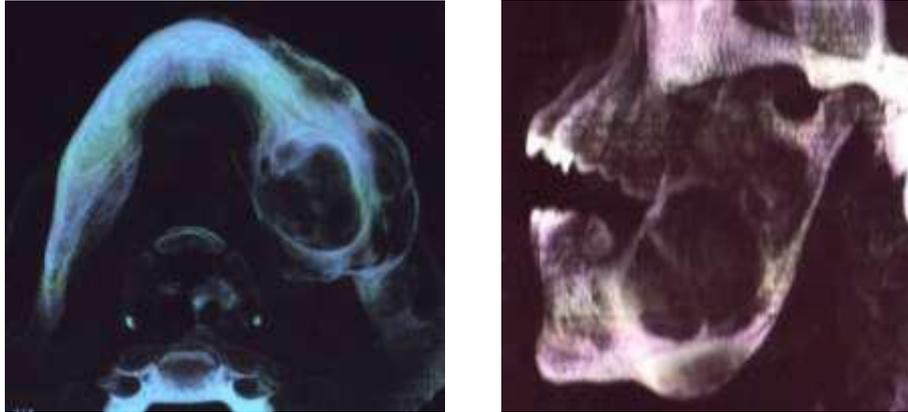
Tumores del esqueleto dentomaxilofacial



Figs. 21, 22 - Ameloblastoma mandibular

http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf





Figs. 23, 24, 25, 26 - Ameloblastoma mandibular
http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

Genética

El cáncer es una enfermedad genética producida por la mutación de determinados genes en una célula determinada, que adquiere las características del cáncer. Estos genes son de tres tipos: ^{1. 9}

1.- Oncogenes: Genes mutados que proceden de otros llamados protooncogenes, encargados de la regulación del crecimiento celular. Su herencia sigue un patrón autosómico dominante.

2.- Genes supresores tumorales: Encargados de detener la división celular y de provocar la apoptosis. Cuando se mutan estos genes la célula se divide sin control.

3.- Genes de reparación del ADN: Cuando el sistema de reparación es defectuoso como resultado de una mutación adquirida o heredada, la tasa de acumulación de mutaciones en el genoma se eleva a medida que se producen divisiones celulares. Según el grado en que estas mutaciones afecten a oncogenes y genes supresores tumorales, aumentará la probabilidad de padecer neoplasias malignas. Hay algunas variaciones entre el perfil del Carcinoma Epidermoide oral y el orofaríngeo que reflejan el sitio específico de impacto de varios agentes causales y diferentes presentaciones clínicas. Los genes carcinógenos en fumadores, incrementan la prevalencia de las **mutaciones de TP53.**

GENERALIDADES SOBRE CARCINOMA EPIDERMOIDE

El carcinoma epidermoide o de células escamosas, es una neoplasia maligna que se origina de las células escamosas del epitelio que recubre la mucosa, es la más frecuente de la cavidad bucal.

Se han mencionado diversos factores de riesgo asociados, como son el tabaquismo, alcoholismo, sífilis, infecciones causadas por virus del papiloma humano (VPH), liquen plano bucal, VIH, irritantes mecánicos, higiene bucal deficiente, factores hereditarios, entre otros.

Debido a su complejidad, para su tratamiento, se debe tomar en cuenta si se encuentra en un estadio temprano o avanzado, según la estadificación T (tumor), N (metástasis a ganglios linfáticos), M (metástasis a distancia), la localización en la cavidad bucal (labio, proceso alveolar y trígono retromolar, piso de boca, lengua, paladar duro, mucosa bucal).

Comprende el 4 -5% de todos los cánceres del organismo y el 90% de todos los cánceres de la cavidad oral.

Se puede disminuir en forma importante el riesgo de desarrollarlo evitando el hábito del tabaquismo y alcoholismo.

El cáncer de la cavidad bucal, es precedido en la mayoría de las veces por cambios visibles en la mucosa oral, que pueden ser detectados y tratados efectivamente en forma temprana.

Para disminuir la morbilidad y mortalidad de este tipo de cáncer hay que realizar la detección temprana de lesiones premalignas y cancerosas; para lograr este objetivo se requiere de la educación de los médicos y odontólogos así como el de la población acerca de los beneficios del tamizaje. ^{11, 12}



Fig 27 - Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez, Carcinoma Epidermoide Bucal. Doris de la Caridad Martínez Gil, Antonio Gaspar Díaz Ramos, Gisel Caballero Henríquez

TIPOS DE CÁNCER ORAL

Tumores malignos derivados del epitelio:

- Carcinoma oral de células escamosas ó epidermoide (90%). Es el más frecuente.
- Carcinoma verrucoso.
- Carcinoma de células fusiformes.
- Melanoma.
- Adenocarcinoma, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoquístico.
- Carcinoma basocelular

Neoplasias del sistema inmune con afectación oral:

- Linfoma No Hodgkin: es una neoplasia de los linfocitos y sus precursores.
- Plasmocitoma-mieloma múltiple: es una neoplasia maligna de células plasmáticas y con afectación

Tumores malignos derivados del tejido conectivo:

- Fibrosarcoma: derivado de fibroblastos.
- Fibrohistocitoma maligno: derivado de los fibroblastos e histiocitos malignos.
- Liposarcoma: derivado de los adipocitos.
- Angiosarcoma: derivado de las células endoteliales de los vasos sanguíneos.
- Rabdomiosarcomas: derivado de células del músculo estriado.

múltiple de la médula ósea.

Metástasis de tumores de otra parte del cuerpo en las partes blandas de la cavidad oral:

- poco frecuentes en la mucosa oral (sólo un 1%), el 90% lo hace en los huesos maxilares y el 10% en partes blandas.

El cáncer epidermoide de la cavidad oral, es la transformación de células epiteliales de la mucosa oral normales a anormales. Las células anormales presentan una multiplicación desordenada así como la capacidad de invadir los tejidos cercanos y diseminarse a otras regiones a través del sistema circulatorio y linfático.

Es el mas común de los canceres de cabeza y cuello. La cavidad oral incluye la mucosa bucal que reviste la parte interna de los labios y mejillas,

encia. Los dos tercios frontales de la lengua, piso de boca, paladar duro y el trígono retromolar. Es importante identificar la zona de origen del cáncer para fines de tratamiento.

Los sitios de localización mas frecuentes son: lengua (20-25%) y piso de boca (15%) asco 2008. Se presenta con mayor frecuencia en hombres (2:1)

Es un neoplasma epitelial invasivo con varios grados de diferenciación escamosa y propensa a la rápida diseminación hacia los ganglios linfáticos y a la metástasis. Aparece predominantemente en adultos que consumen alcohol y fumadores entre los 50-60 años. Principal localización en el labio inferior.

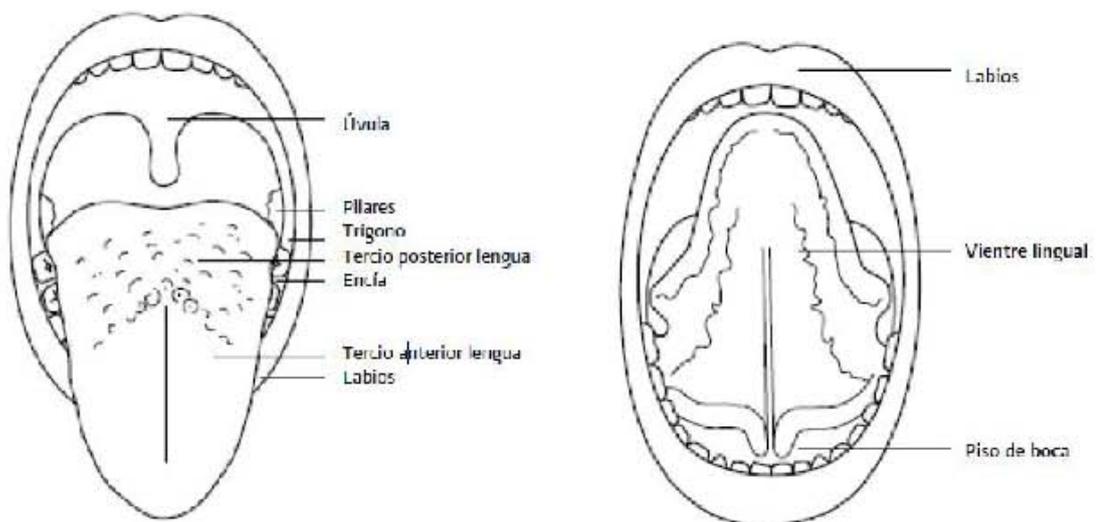
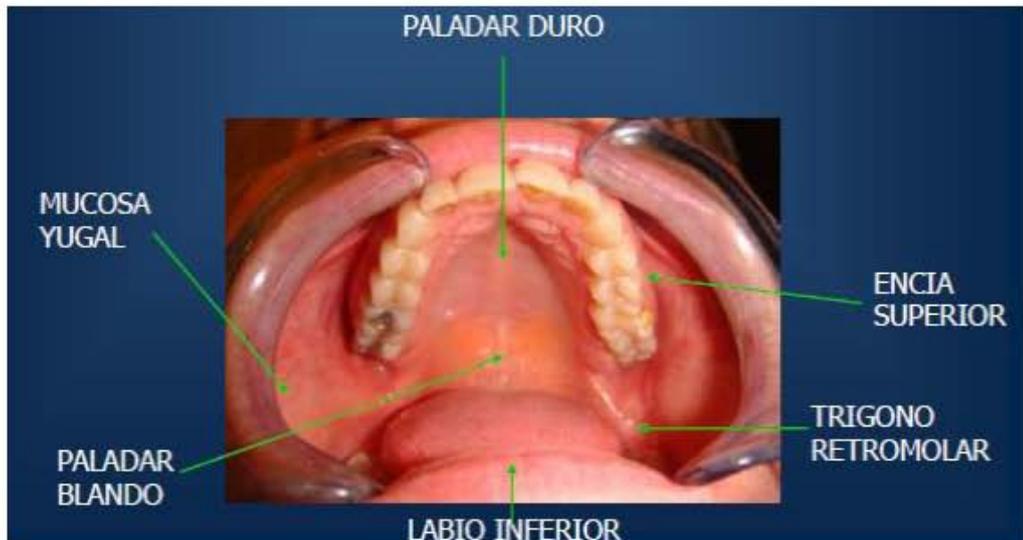
La cavidad oral comienza por delante en los labios y se continúa atrás con la orofaringe. 5, 8, 13

Esta cavidad incluye:

- * Labios
- * Encías
- * Lengua
- * Piso de boca
- * Mucosa yugal
- * Paladar duro
- * Trígono retromolar

Figs. 28, 29, 30, 31 - **ÁREAS DE LA CAVIDAD ORAL**





Figs. 28, 29, 30, 31. http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

EPIDEMIOLOGÍA

Supone el 4% de todos los cánceres del organismo y alrededor de un 90% de los neoplasmas malignos de la cavidad oral y orofaringe son carcinomas escamosos epidermoides en la mucosa de revestimiento (principalmente labio inferior y lengua), en ocasiones surgen en las glándulas salivares menores. El resto se corresponde con adenocarcinomas de las glándulas salivares. Los hombres se ven más afectados que las mujeres debido al mayor consumo de tabaco y alcohol.

Aquellos pacientes que sobreviven 5 años después del diagnóstico, presentan un riesgo del 35% de volver a desarrollar un tumor primario nuevo durante ese periodo de tiempo. Además, el desarrollo de tumores secundarios resulta, generalmente, devastador para sujetos con lesiones iniciales pequeñas pudiendo morir debido a éstos a pesar de que la tasa de supervivencia a partir de los 5 años sea del 50%.

Por tanto, la detección precoz es imprescindible. ^{1, 3, 5}

ETIOLOGÍA

Un factor de riesgo es cualquier agente, condición, actividad que puede aumentar las posibilidades de una persona de desarrollar una enfermedad determinada.

Aun cuando estos factores pueden aumentar los riesgos de una persona, éstos no necesariamente causan la enfermedad.

La etiología del carcinoma epidermoide es desconocida, aunque se sabe que los mayores factores de riesgo son: **Tabaco y alcohol**: Son los principales factores de riesgo para esta enfermedad, en especial el tabaco mascado que provoca la mayoría de cánceres orales y de orofaringe en la India 90% en mujeres y 50% en hombres. El tabaco contiene más de 19 carcinógenos conocidos, y la combustión de éstos y sus productos secundarios, es el principal modo de acción. El masticar o inhalar tabaco causa irritación por

contacto directo con las membranas mucosas. El alcohol tiene un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa y permitiendo el paso de otros carcinógenos (como puede ser el tabaco). A él se asocian diversas lesiones como pueden ser la ulceración de la mucosa, la aparición de lesiones blancas o el desprendimiento del endotelio entre otras.

El alcohol potencia entre 10 a 15 veces el riesgo de desarrollar un cáncer oral en un paciente fumador.

El aumento del consumo de alcohol y tabaco en la mujer durante los últimos 20 años produjo un incremento en la incidencia del cáncer oral en el sexo femenino. 1, 5, 14



Fig. 32-<http://www.reporte.com.mx/31demayodiamundialsintabaco>

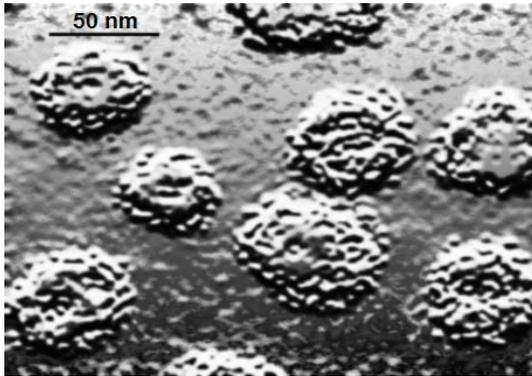


Fig. 33 - <http://www.saludalia.com/vivir-sano/alcohol-y-jovenes>

Papiloma Humano (HPV):

El VPH (virus del papiloma humano), en especial las cepas 16 y 18—existen más de 100 variedades—es uno de los factores de riesgo y agentes causales independientes de cáncer de boca. El VPH 16 y 18 son el mismo virus que causa la gran mayoría de cáncer cervical. El cáncer de boca en este grupo de pacientes tiende a favorecer las amígdalas, los pilares tonsilares, la base de la lengua y el orofaringe. Ciertos datos recientes sugieren que aquellos en quienes aparece un cáncer de boca de esta etiología en particular, tienen un mayor índice de supervivencia que el resto de los casos. El contacto oral-genital puede provocar contagio de esta infección que en un 40% de los casos es el responsable de la aparición de cáncer orofaríngeo. La proteína HPV 16

E6 inactiva la p53 sugiriendo que HPV y fumar actúan en el mismo estadio crítico del proceso de carcinogénesis. 5, 15



Figs. 34, 35 - http://www.odontoespacio.com/noticias_detalle.php?cod=77

Otras: infecciones, radiaciones, dieta (el consumo excesivo de algunos alimentos como pueden ser carnes rojas fritas o condimentos picantes están asociados a una mayor incidencia de cáncer oral, inmunosupresión (el incremento de la incidencia de cáncer oral en jóvenes podría deberse a un problema de inmunosupresión crónica por el virus del VIH)

Otros factores de riesgo:

- ❖ Lesiones en mucosa bucal por traumatismo crónico dental o protésico
- ❖ Exposición solar (en el caso del cáncer de labio),
- ❖ Edad adulta y avanzada (hay ocasionales casos de pacientes jóvenes)
- ❖ Deficiente nutricional,
- ❖ Mala higiene bucal.

LESIONES Y CONDICIONES PREMALIGNAS

□ LESIONES PRECANCEROSAS

CLASIFICACION CLINICA:

- ❖ LEUCOPLASIA (mancha blanca)
- ❖ ERITROPLASIA (mancha roja)
- ❖ QUIELITIS ACTÍNICA.
- ❖ PALATITIS NICOTÍNICA.

❖ CLASIFICACION HISTOLOGICA:

- ❖ DISPLASIA EPITELIAL.
- ❖ CARCINOMA IN SITU.

□ CONDICIONES PRECANCEROSAS

- ❖ LIQUEN PLANO.
- ❖ DISFAGIA SIDEROPÉNICA.

- | | | |
|--------------------------|-------------|------------------------------|
| ❖ FIBROSIS
SUBMUCOSA. | ORAL | ❖ XERODERMA PIGMENTOSO. |
| ❖ SÍFILIS. | | ❖ INMUNOSUPRESION. |
| ❖ LUPUS
DISCOIDE. | ERITEMATOSO | ❖ EPIDERMÓLISIS BULLOSA. |
| | | ❖ DISQUERATOSIS
CONGÉNITA |

Leucoplasia

- ❖ Mancha o placa blanca que no se puede caracterizar como otro tipo de lesión conocida.
- ❖ Es la lesión premaligna más frecuente.
- ❖ La extirpación completa depende de su aspecto y la displasia que presente.
- ❖ Suele localizarse en piso de boca, mucosa yugal, encía, lengua y labios.



Fig. 36 - http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

PREVENCIÓN

Una dieta rica en fruta fresca y vegetales actúa como agente protector para este tipo de enfermedades, los antioxidantes son factores muy importantes para evitar el cáncer oral; así como una completa y minuciosa higiene oral.

Como la mayoría del cáncer de cabeza y cuello, el paciente con cáncer bucal y orofaríngeo es detectado tardíamente y con estadios avanzados. 16, 17

Las causas son:

- ❖ Mala o escasa información de la población sobre este tipo de cáncer.
- ❖ Inadecuada formación del equipo de salud sobre este tipo de cáncer.

Más del 80% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello pudieron evitar desarrollar su enfermedad si hubieran eludido exponerse a aquellos factores e riesgo evitables.



Fig. 37 - http://www.clinicamoma.com/psm_odo05.html

LOCALIZACIÓN

Las localizaciones más comunes reflejan la relación con los factores de riesgo. El carcinoma del labio normalmente es solo en el inferior; otras localizaciones comunes es la lengua (incluyendo la parte dorsal, ventral y bordes) y el piso de boca. El cáncer orofaríngeo aparece en la base de la lengua (tercio posterior), amígdala y fosa amigdalina, así como paladar blando y la úvula. ^{1, 5, 18}

Zonas de mayor incidencia

- ❖ Labios (+++)
- ❖ Lengua (bordes laterales) (+++)
- ❖ Piso de boca (++)
- ❖ Encía (++)
- ❖ Mucosa yugal (+)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Pacientes con pequeño cáncer oral u orofaríngeo normalmente no presentan síntomas o presentan un síntoma indefinido y mínimos hallazgos físicos. Los pacientes pueden presentar lesiones rojas (eritroplasia), rojas y blancas mezcladas o placas blancas (leucoplasia); la coexistencia de placas blancas (leucoplasia) puede observarse adyacente a los carcinomas, existe una lesión preexistente. Las lesiones son visibles y en algunos casos palpables en uno de los labios, la lengua y otras áreas en la boca. A medida que el tumor crece, puede volverse ulcerativa y puede comenzar a sangrar.

El desarrollo de la mucosa y la ulceración, el dolor, dolor en el oído, mal aliento, dificultad al hablar, abrir la boca, masticar, dolor en la deglución, hemorragias, pérdida de peso e hinchazón del cuello son los síntomas comunes en los cánceres orales avanzados localizados.

Los cánceres extremadamente avanzados presentan proliferación de úlceras con áreas de necrosis y extensión a estructuras como el hueso, músculo y piel. En los estadios finales los pacientes pueden presentar fístulas orocutáneas y presentar anemia severa. ^{3, 6, 8}

Los rasgos clínicos pueden variar de acuerdo con la zona intraoral afectada:

1. Lengua: área roja dispersa con nódulos o úlceras -> dolor.
2. Piso de boca: área roja con úlceras pequeñas o lesiones papilares.
3. Labio inferior: borde bermellón (margen rosado expuesto del labio) con costra o úlceras.
4. Labio superior: son raros, normalmente en la piel y se extienden a la mucosa.
5. Encía: crecimiento ulceroproliferativo.
6. Los tumores del borde alveolar se asocian a pérdida de dientes con dolor y sangrado durante el cepillado.

Otras manifestaciones clínicas incluyen:

- ❖ Placa dura blanca o rojiza en la mucosa bucal
- ❖ Ulceración
- ❖ Tumoración
- ❖ Movilidad dentaria
- ❖ Anestesia o dolor en áreas de la cavidad bucal
- ❖ Limitación en la apertura bucal
- ❖ Dificultad para mover la lengua

Paradoja

- ❖ A pesar de localizarse en una zona visible y palpable del organismo, este tipo de cáncer, suele pasar desapercibido por médicos y odontólogos.
- ❖ Por lo tanto toda úlcera, placa o tumoración blanca o rojiza que persista por más de 20 días debe ser controlada y/o realizar una biopsia.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES PARA EVALUAR LA EXTENSIÓN DEL TUMOR

- ❖ Radiografía
- ❖ Convencional
- ❖ Ortopantomografía
- ❖ Ecografía
- ❖ Tomografía computada con cortes Axiales y Coronales, con contraste.
- ❖ Resonancia Nuclear Magnética

DISEMINACIÓN

La expansión en los estadios tempranos es predecible en tejidos que han estado anteriormente irradiados. En el cáncer oral normalmente la diseminación es hacia el hueso, siendo el problema más frecuente, ya sea al maxilar o a la mandíbula. ^{3, 18}

1. Labio: a tejidos más profundos.
2. Piso de boca: músculo milohioideo, glándula sublingual (solo en estadíos tardíos)

La diseminación linfática en cánceres epiteliales es también un problema frecuente.

Fig. 38 - REGIONES DEL CUELLO DONDE PUEDEN LOCALIZARSE METÁSTASIS GANGLIONARES DEL CÁNCER ORAL



http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

Fig. 39 - Metástasis ganglionar de un cáncer oral avanzado



Paciente tratada un año antes por cáncer de labio inferior.

http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf

CLASIFICACIÓN DE LOS GANGLIOS CERVICALES EN NIVELES DESDE UN PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO, DESCRITA POR EL KETTERING MEMORIAL GROUP: ⁵

-**Nivel I:** son los ganglios submandibulares. Se encuentran limitados por los vientres anterior y posterior del digástrico y el cuerpo de la mandíbula. Incluye también los ganglios submentonianos que se encuentran en el triángulo formado por los vientres anteriores de ambos digástricos y el hueso hioides.

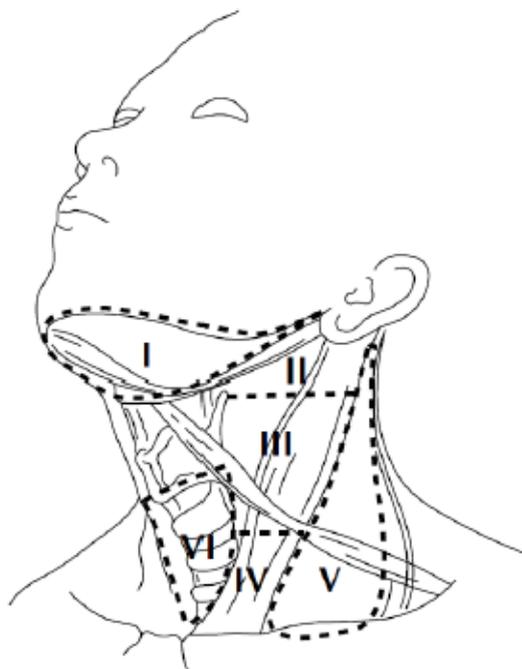
-**Nivel II:** ganglios yugolodigástricos, suboccipitales y mastoideos. Se encuentran a nivel del tercio superior de la yugular interna y adyacentes al nervio espinal desde la bifurcación carotidea hasta la base del cráneo. El límite posterior es el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo y el anterior llega al borde lateral del músculo esternohioideo.

-**Nivel III:** ganglios yuguloomohioideos. Se encuentran a nivel del tercio medio de la yugular interna desde la bifurcación carotidea al músculo omohioideo. Los límites anteriores y posteriores son idénticos a los del nivel II.

-**Nivel IV:** ganglios yugulares inferiores y supraclaviculares. Se encuentran a nivel del tercio inferior de la yugular interna desde el omohioideo a la clavícula y los límites anterior y posterior son idénticos a los de los niveles II y III.

-**Nivel V:** comprende los ganglios del triángulo posterior con los espinales intermedios y bajos y los cervicales transversos. El límite posterior es el borde anterior del trapecio y el anterior, el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo. El límite inferior es la clavícula.

Fig. 40 - DIAGRAMA DE LOS NIVELES DE LOS NÓDULOS
LINFÁTICOS EN CUELLO



Fuente: Diagnosis and Management of head and neck cancer. A national clinical guideline SIGN 2006

VARIEDADES DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE

1. *Carcinoma verrucoso*: caracterizado por presentar un menor grado de malignidad y un crecimiento lento y no invasivo.
2. *Basaloid squamous cell carcinoma*"(carcinoma basocelular):se trata de un cáncer originado en la capa más profunda de la epidermis (principalmente en aquellas zonas expuestas al sol)
3. *Papillary squamous cell carcinoma*
4. *Spindle cell carcinoma* (carcinoma de células fusiformes): se trata de un tumor bimórfico que presenta en la superficie focos de carcinoma epidermoide y más profundamente células fusiformes.
5. *Acantholytic squamous cell carcinoma*: poco frecuente pero muy grave ya que podría confundirse con una pigmentación de la mucosa oral
6. *Adenosquamous carcinoma* (adenocarcinoma o carcinoma mucoepidermoide):cáncer que afecta a las glándulas salivares
7. *Carcinoma cuniculatum*

ESTADIOS

Se usa para clasificar las células cancerosas en cuanto a su diferencia de las células normales cuando se ven al microscopio y a la rapidez probable de diseminación del tumor. El grado histológico, también llamado diferenciación, se refiere a la semejanza que tengan las células del tumor con las células normales del mismo tipo de tejido.

Grado: GX No es posible asignar un grado (Grado indeterminado) G1 Bien diferenciado (Grado bajo) G2 Moderadamente diferenciado (Grado intermedio) G3 Mal diferenciado (Grado alto) G4 Indiferenciado (Grado alto)

El sistema de estadizaje más empleado es el **TNM** (Tumor, Node (nódulo, ganglio) y Metástasis) que valora la enfermedad local (tamaño tumoral), regional (número de ganglios afectados) y diseminación a distancia (presencia de metástasis). Las subdivisiones correspondientes serán las siguientes: a) T1: tumor menos o igual a 2cm; T2: tumor mayor de 2cm pero menos de 4cm; T3: tumor mayo de 4cm y T4:el tumor invade estructuras adyacentes. b) N0: no hay metástasis ganglionares; N1: hay metástasis en un ganglio linfático homolateral menor o igual a 3cm; N2: metástasis en un ganglio linfático homolateral mayor de 3cm pero menor de 6cm o metástasis en múltiples ganglios homolaterales menores de 6cm; N3: metástasis en un ganglio linfático mayor de 6cm. c) M0: no hay metástasis a distancia; M1: no hay metástasis a distancia. ^{2, 19}

CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

Clasificación del cáncer de células escamosas de cabeza y cuello

Estadio I	T1, N0, M0
Estadio II	T2, N0, M0
Estadio III	T3, N0, M0, T1, T2, T3, N1, M0
Estadio IV	T4, N0, N1, M0 Cualquier T, N2, N3, M0 Cualquier T, cualquier N, M1

Clasificación TNM para estadificación

Tumor primario (T)	
TX	Sin información de tumor primario
TO	Sin evidencia de tumor primario
TIS	Carcinoma in situ
T1	Tumor = <2cm de diámetro
T2	Tumor entre 2 y 4cm de diámetro
T3	Tumor de mas de 4cm de diametro
T4	Tumor de mas de 4cm de diámetro con afección del antro, músculos pterigoideos, base de la lengua o piel
Ganglios linfaticos regionales (N)	
NX	Los ganglios pueden ser valorables o no
NO	Sin ganglios clínicamente positivos
N1	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral, y de diámetro < 3cm
N2a	Un nódulo clínicamente positivo, homolateral, y de diámetro entre 3 y 6cm
N2b	Múltiples ganglios homolaterales clínicamente positivos, ninguno mayor de 6cm de diámetro
N3a	Ganglios positivos homolaterales y mayores de 6cm
N3b	Ganglios positivos clínicamente bilaterales y mayores de 6cm
N3c	Ganglios positivos clínicamente contralaterales y

	mayores de 6cm
Metástasis a distancia (M)	
MX	No se valoro la metástasis a distancia
MO	Sin evidencia de metástasis a distancia
M1	Con metástasis a distancia

Grado de diferenciación histopatológica

GX	No se puede establecer el grado de diferenciación
G1	Bien diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado
G3	Pobremente diferenciado
G4	Indiferenciado

MEDICAMENTOS

(Fuente: Diagnosis and Management of head and neck cancer. A national clinical guideline SIGN 2006)

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Toxicidades	Interacciones	Contraindicaciones
3012	5-fluorouracilo	1000mg/m ² infusión de 24 h por 4 días, cada 3 semanas. 6 ciclos.	Frasco liofilizado 250 mg Envase con 10 ampolletas de 10 ml	Bolo y/o infusión 4 días 6 ciclos.	Mucositis Diarrea Mielosupresión Síndrome mano pie Nausea Pigmentación de uñas.	Leucovorin: potencializa el efecto del fluorouracilo.	Insuficiencia hepática grave. Usar con precaución en paciente con disminución del filtrado glomerular.
4431	Carboplatino	AUC de 5	Sol inyectable liofilizado de 150mg Envase con 1 frasco ampulla	Infusión de 30 minutos.	Mielosupresión Trombocitopenia Astenia, alopecia, náusea, vómito Nefrotoxicidad Ototoxicidad	Sinergismo con fluorouracilo.	Insuficiencia hepática grave.
3046	Cisplatino	75-100 mg/m ² cada 21 días (combinación 3 drogas) 6 ciclos. 100mg/m ² día 1, 22 y 43 concomitante con radioterapia (RT) 40mg/m ² semanal combinado con RT	Sol inyectable. 10mg. Envase con 1 frasco ampulla	Infusión de 1 a 2 hrs. 6 ciclos	Mielosupresión Nausea y vómito ototoxicidad Neuropatía Neurotoxicidad	Uso concomitante con furosemida, incrementa el riesgo de ototoxicidad.	Depuración de creatinina menor de 30 ml/min. Ajustar dosis con Depuración mayor de 30 y menor de 60 ml/min al 50%. Neuropatía periférica grave.
5475	Certuximab	400mg/m ² dosis de carga, seguido de 250mg/m ² semanal. 6 ciclos (combinado con quimioterapia) Misma dosis solo 7 semanas durante la	Solución inyectable de 100 mg Frasco ampulla con 50 ml	Infusión inicial de 2hr, post infusión de 1hr aplicación semanal. 6 ciclos	Rash Anorexia Hipomagnesemia.	Sinergismo con Esquemas de platino,	Hipersensibilidad al fármaco

4241	Dexametasona	radioterapia. 8 a 16 mg día IV	Sol inyectable 8mg. Envase con 1 frasco ámpula	Bolo, premedicación 15 minutos previo a la quimioterapia	Hiper glucemia. Insomnio. Hipertensión	Sinergismo con antieméticos	Insuficiencia hepática Hiper glucemia grave. Hipertensión descontrolada.
1759 Y 1760	Metotrexate	40mg/m ² semanal 6 ciclos.	Sol inyectable de 50mg y 500mg. Envase con 1 frasco ámpula	Infusión de 30 minutos 6 ciclos.	Mucositis Mielosupresión Nausea	Leucovorin, contrarresta efecto	Insuficiencia hepática grave.
2195 y 5428	Ondansetron	8mg cada 8 hrs vía oral por 3 días 16 mg día IV 1 15 minutos antes de la quimio y a las 4 y 8 hrs de la aplicación de la quimioterapia.	Sol inyectable 8mg. Envase con 3 frascos ámpula Tableta 8mg, Envase con 10 tabletas	Bolo, premedicación 15 minutos previo a la quimioterapia.	Estreñimiento cefalea Reacción de hipersensibilidad	Sinergismo con esteróide.	Insuficiencia hepática grave.
4437	Palonosetron	Sol inyectable 0.25mg, 30 minutos previos al inicio de quimioterapia IV	Sol inyectable 0.25 mg. Envase con 1 frasco ampula de 5 ml	Bolo, sin diluir, administrar 30 minutos previos Al inicio de quimioterapia, en esquemas con cisplatino.	Estreñimiento Cefalea	Sinergismo con esteróide	Insuficiencia hepática grave.

FACTORES PRONÓSTICOS

Se denominan así aquellos que influyen de una forma u otra en la evolución del tumor. Se pueden clasificar en tres grupos:

1. Factores relacionados con el paciente:

- a. La edad avanzada se asocia a peor pronóstico
- b. No existen diferencias según la raza o el sexo del paciente
- c. Estado general del paciente. Cuanto peor sea, menor es la respuesta al tratamiento.

2. Factores relacionados con el tratamiento: la respuesta al tratamiento inicial (quimioterapia) se considera uno de los factores más importantes respecto al éxito del tratamiento. Este dato tiene una importancia fundamental debido a que menos del 20% de los pacientes que no responden a la quimioterapia de inducción responderán posteriormente a la radioterapia, por lo cual en estos casos, debería plantearse el rescate con cirugía.

3. Factores relacionados con el tumor:

- a. Estadio del tumor es el factor más importante a la hora de determinar el pronóstico y la supervivencia a largo plazo.
- b. La localización del tumor es un factor importante. Los tumores de cavidad oral, más accesibles y de mayor resecabilidad se comportan mejor que los de otras localizaciones, salvo en estadios avanzados, donde los tumores de Laringe presentan un mejor pronóstico.
- c. Los tumores más diferenciados se comportan mejor que los indiferenciados.

Detección precoz

No existen programas eficaces para la detección precoz del cáncer de cabeza y cuello. Se recomienda un seguimiento estrecho a las personas con factores de riesgo conocidos como grandes fumadores y bebedores. ^{1, 19}

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER EPIDERMOIDE EN CAVIDAD ORAL

En la primera acción, el profesional encuentra una lesión sospechosa y persistente, sea sintomática o no. ^{5,6}

En el diagnóstico se confirma la presencia de cáncer, o bien de otro tipo de alteración a través de la BIOPSIA:

- ❖ toma de una muestra de tejido de la tumoración
- ❖ estudio microscópico del tipo de célula que contiene.

Hay tres clases de tratamientos específicos para el cáncer oral:

1. Cirugía
2. Radioterapia
3. Quimioterapia

El tipo de tratamiento dependerá de tener en cuenta varios aspectos:

- ❖ El estado general y su historia médica. Perfil psicológico. Soporte familiar.
- ❖ El estadio y ritmo de progresión del tumor.
- ❖ La tolerancia del paciente a determinados medicamentos y/o terapias.
- ❖ Sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad y la aceptación de las secuelas.
- ❖ Efectos secundarios o colaterales.

En general, para los estadios tempranos se utiliza una sola modalidad de tratamiento. Puede optarse por cirugía ó radioterapia.

Cirugía

Se elige la operación en pacientes jóvenes por menores secuelas a largo plazo y por la posibilidad de reservar la radioterapia para eventuales tratamientos de segundos tumores primarios.

También se utiliza en pacientes con tumores más avanzados y suelen combinarse con radio y quimioterapia post-operatoria.

De igual manera se utiliza en pacientes que presentaron recidiva (recaída) tumoral posterior a quimioterapia y/o radioterapia.

En cirugías mayores se deben aplicar técnicas reconstructivas que disminuyan o eviten las secuelas producidas por la extirpación del block de tejidos sanos que rodean al tumor. ^{17, 19}

Radioterapia

Indicado en lesiones:

- ❖ Poco diferenciadas.
- ❖ Con poca infiltración en profundidad.
- ❖ Con suficiente irrigación (no necróticas).
- ❖ Sin compromiso óseo o cartilaginoso.

La radioterapia utiliza rayos X de alta potencia, partículas o semillas radiactivas para destruir las células cancerígenas.

Las células cancerosas se multiplican más rápidamente que las células normales en el cuerpo. Dado que la radiación es más dañina para las células que se reproducen rápidamente, la radioterapia causa más daño a las células cancerosas que a las células normales. Esto impide que las células cancerosas crezcan y se dividan, y lleva a que se presente muerte celular. ⁴

La radioterapia se usa para combatir muchos tipos de cáncer y, algunas veces, es el único tratamiento necesario. Igualmente, se puede utilizar para:

- ❖ Reducir el tamaño de un tumor lo más que se pueda antes de una cirugía.
- ❖ Ayudar a evitar que el cáncer reaparezca después de la cirugía o la quimioterapia.
- ❖ Aliviar los síntomas causados por un tumor.
- ❖ Tratar cánceres que no se pueden extirpar con cirugía.

Tipos de radioterapia

La radiación de haz externo es la forma más común. Este método apunta en forma cuidadosa partículas o rayos X de alta potencia directamente sobre el tumor desde fuera del cuerpo.

La radiación de haz interno se coloca dentro del cuerpo.

- ❖ Un método utiliza semillas radiactivas que se colocan directamente dentro o cerca del tumor. Este método se denomina braquiterapia y se emplea para tratar el cáncer de próstata. Se utiliza con menos frecuencia para tratar los cánceres de mama, cuello uterino, pulmón u otros cánceres.
- ❖ Otro método consiste en recibir radiación bebiéndola, tragándose una píldora o por vía intravenosa. La radiación líquida viaja por todo el cuerpo, buscando y destruyendo las células cancerosas. El cáncer de tiroides y algunos tipos de linfoma se pueden tratar de esta manera.

Efectos secundarios de la radioterapia

La radioterapia también puede dañar o destruir las células sanas. La destrucción de estas células puede conducir a efectos secundarios.

Estos efectos secundarios dependen de la dosis de la radiación y de la frecuencia con que se realice la terapia. La radiación de haz externo puede causar cambios en la piel, tales como pérdida del cabello, ardor o enrojecimiento de la piel, adelgazamiento del tejido cutáneo o incluso el desprendimiento de la capa externa de la piel. ^{4, 17}

Otros efectos secundarios dependen de la parte del cuerpo que recibe la radiación:

- ❖ Abdomen
- ❖ Cerebro
- ❖ Mamas
- ❖ Pecho
- ❖ Boca y cuello

- ❖ Pelvis (entre las caderas)
- ❖ Próstata

Quimioterapia

En el cáncer oral, la quimioterapia se puede emplear sola antes de la cirugía (neoadyuvancia), combinada con radioterapia, o bien posterior a la cirugía o radioterapia (adyuvancia).

Tanto la radioterapia como la quimioterapia pueden ocasionar complicaciones o secuelas como dermatitis y mucositis actínica, micosis orofaríngea, inmunodepresión, disfagia, trismus, pérdida de piezas dentarias.

Es el uso de medicamentos para destruir bacterias, virus, hongos y células cancerosas. Con mayor frecuencia, el término se usa para referirse a los medicamentos para combatir el cáncer. Este artículo se enfoca en la quimioterapia para tratar el cáncer.

Los medicamentos quimioterapéuticos se pueden administrar por vía oral o por medio de inyección. Debido a que los medicamentos viajan a través del torrente sanguíneo a todo el cuerpo, la mayor parte de la quimioterapia administrada se considera un tratamiento generalizado (sistémico). ^{3, 5}

La quimioterapia se puede usar para:

- Curar el cáncer.
- Impedir que el cáncer se propague.
- Aliviar los síntomas (cuando el cáncer no se puede curar).

Cómo se administra la quimioterapia

Dependiendo del tipo de cáncer y dónde se encuentra, la quimioterapia se puede administrar de muchas maneras diferentes, que incluyen:

- ❖ Inyecciones en los músculos (intramusculares o IM) o bajo la piel (subcutáneas o SC)
- ❖ En una vena (intravenosa o IV)
- ❖ En una arteria (intrarterial)
- ❖ Píldoras tomadas por vía oral

- ❖ Inyecciones en el líquido que rodea la médula espinal o el cerebro (intratecal o IT)

Se pueden administrar fármacos quimioterapéuticos diferentes al mismo tiempo o combinados y uno después del otro en secuencia. Los pacientes pueden recibir radioterapia antes, después o mientras están recibiendo quimioterapia.

La quimioterapia se administra con mayor frecuencia en ciclos, los cuales pueden durar un día, varios días o unas semanas o más. Por lo regular, habrá un período de descanso durante el cual no se administra ninguna quimioterapia entre cada ciclo. Un período de descanso puede durar días, semanas o meses y se da con el fin de que el cuerpo y los hemogramas se recuperen antes de la siguiente dosis.

Con frecuencia, la quimioterapia se administra en una clínica especial o en el hospital. Algunas personas pueden recibirla en su casa, incluso cuando ésta se aplica de manera intravenosa. Los pacientes y miembros de su familia recibirán un entrenamiento especial si esto está planeado.

Cuando la quimioterapia se administra durante un período de tiempo más largo, se puede colocar un catéter delgado dentro de una vena grande cerca del corazón. El catéter se coloca durante un procedimiento quirúrgico menor. Esto se denomina vía central (hay muchos tipos, incluso puertos) o catéter central insertado percutáneamente (PICC, por sus siglas en inglés).^{3, 5}

Efectos secundarios de la quimioterapia

Los medicamentos quimioterapéuticos tradicionales funcionan mejor en células que se dividen con frecuencia para producir nuevas células. Esto es típico de la mayoría de las células cancerosas.

Sin embargo, algunas células normales, incluso las que se encuentran en la sangre, el cabello y el revestimiento del tubo digestivo, también se dividen muy rápidamente. La quimioterapia también puede dañar o destruir estas células sanas.

Cuando se presenta este daño, puede haber efectos secundarios. Algunas personas que reciben quimioterapia:

- ❖ Son más propensas a tener infecciones.
- ❖ Se cansan más fácilmente.
- ❖ Sangran demasiado, incluso durante actividades cotidianas.
- ❖ Sienten dolor a raíz del daño a los nervios.
- ❖ Presentan boca seca, úlceras bucales o hinchazón en la boca.
- ❖ Tienen inapetencia y bajan de peso.
- ❖ Presentan malestar estomacal, vómitos y diarrea.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen de muchos factores, incluso el tipo de cáncer y qué fármacos se están empleando. Cada paciente reacciona de manera diferente a estos medicamentos. Algunos fármacos quimioterapéuticos más nuevos que apuntan mejor a las células cancerosas pueden causar menos efectos secundarios. ^{3, 5, 6}

El médico y el personal de enfermería le explicarán lo que usted puede hacer en casa para prevenir o tratar los efectos secundarios, como:

- ❖ Ser cuidadoso con mascotas y otros animales para evitar contraer infecciones de ellos.
- ❖ Consumir calorías y proteínas suficientes para mantener su peso.
- ❖ Prevenir el sangrado y qué hacer si se presenta.
- ❖ Poner en práctica hábitos seguros al comer o beber, incluso el hecho de tener cuidado al comer fuera de casa, saber cómo cocinar y guardar los alimentos de manera segura y verificar que el agua sea salubre.
- ❖ Lavarse sus manos frecuentemente con agua y jabón.

Usted deberá asistir a visitas de control con su médico y el personal de enfermería durante y después de la quimioterapia. Se harán exámenes de sangre y exámenes imagenológicos, como resonancia magnética, tomografía computarizada o tomografía por emisión de positrones (TEP), para:

- ❖ Vigilar qué tan bien está funcionando la quimioterapia.

- ❖ Estar pendiente del daño al corazón, los pulmones, los riñones, la sangre y otras partes del cuerpo.

Manejo del cuello

Las lesiones de la cavidad oral tienen una diseminación ganglionar en el cuello cuya frecuencia global supera el 30%, lo que sumado a las necesidades de abordaje y reconstrucción justifica la indicación de vaciamiento cervical simultáneo con la extirpación del tumor primario. ^{3, 19}

REHABILITACIÓN

- ❖ Deglutoria
- ❖ Fonatoria
- ❖ Plástica
- ❖ Psicológica
- ❖ Familiar
- ❖ Social
- ❖ Laboral

La rehabilitación, luego de un tratamiento a un paciente con cáncer oral, debe ser prevista antes de iniciarse la terapéutica.

Así como el tratamiento, requiere de un grupo de profesionales que aporte su experiencia para lograr una pronta y eficaz recuperación del paciente. ^{1, 6}

NUTRICIÓN

Comer bien durante el tratamiento es importante, en especial en los tumores de cabeza y cuello. Es importante ingerir suficientes calorías y proteínas para prevenir la pérdida de peso y favorecer la cicatrización de las heridas. Comer bien puede ser especialmente difícil para los pacientes tratados de un cáncer de cabeza y cuello. Son muchos los factores que influyen como son la boca seca, la falta de apetito, las llagas en la boca, las náuseas y vómitos.

Para mantener una alimentación adecuada se deben seguir algunas normas:

- 1) Evite comidas calientes, especiadas o ácidas.
- 2) No tome alcohol.
- 3) No tome comidas excesivamente azucaradas.
- 4) Triture los alimentos para evitar una masticación prolongada.

En algunos casos, a pesar de que el paciente lo intente, la alimentación puede resultar imposible, necesitando la colocación de una sonda nasogástrica para alimentación. Es un tubo fino de plástico que se introduce por uno de los orificios nasales y llega hasta el estómago. En algunos casos no es posible meter la sonda a través de la nariz por el sitio dónde se encuentra el tumor o por la situación delicada de la boca; en estos casos puede ser necesaria la colocación de la sonda a través de una mínima incisión en el abdomen que conecta la sonda directamente con el estómago (sonda de gastrostomía). Estas soluciones suelen ser temporales y una vez que finaliza el tratamiento se va recuperando poco a poco la capacidad de alimentarse por la boca de forma normal. ^{17, 19}

PRONÓSTICO

La **evolución** de un **tumor de cabeza y cuello** depende en gran medida de en qué punto se realiza el **diagnóstico**, y el pronóstico varía notablemente en función del **tipo** y la magnitud del **tumor** en cuestión. Los **pronósticos** de recuperación más favorables se dan en casos de **tumores** pequeños sin **metástasis** en los **ganglios linfáticos**. ^{1, 3, 5}

COMPLICACIONES

Dependiendo de su ubicación, un **tumor de cabeza y cuello** puede acarrear distintas **complicaciones** durante su **evolución**. Por eso pueden surgir dificultades al tragar y al masticar, y de ahí otros problemas para comer que reducen considerablemente la calidad de vida del enfermo. Otras

complicaciones graves originadas por los tumores en la zona de la cabeza y el cuello son las discapacidades en el habla y los problemas respiratorios, que pueden estar causados por la enfermedad o por el tratamiento. ¹⁷

SEGUIMIENTO

Tras finalizar el **tratamiento** contra el **tumor de cabeza y cuello** es muy importante llevar a cabo un **seguimiento**, que consiste sobre todo en exploraciones regulares de la zona de la cabeza y el cuello para detectar y tratar a tiempo posibles recaídas. Lo mejor es que estas revisiones se realicen cada poco tiempo. ^{18, 19}

CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue colaborar con la formación de los profesionales de la salud en fijar dos temas importantes del cáncer oral:

- ❖ Definir los factores de riesgo.
- ❖ Reconocer y Detectar precozmente sus manifestaciones clínicas.

Es de suma importancia que el odontólogo de práctica general tenga conocimientos sobre el cáncer en cavidad oral y las siguientes recomendaciones son de suma importancia para poder diagnosticar en etapas iniciales las lesiones malignas, y poder brindar tratamientos oportunos y mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Recomendaciones

El odontólogo debe estar atento a este tipo de lesiones y actuar convenientemente ante la presencia de:

- Molestias o irritaciones en la cavidad oral.
- Ulceras que no remitan en un periodo de 15 días.
- Áreas de induración o ulceración aunque sean pequeñas y de aspecto inofensivo.
- Zonas con cambios erosivos, eritematosos y queratósicos.
- Mucosa con cambios de coloración.
- Retraso en la cicatrización post exodoncia.
- Dificultad o dolor inexplicable en la masticación o en la deglución.
- Presencia de ganglios cervicales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- de la Garza J. El Cáncer. 1ª. Ed. Universidad Autónoma de Nuevo León: Editorial La ciencia a tu alcance, 2014. Pp. 11-130, 151-175.
- 2.- DeVita, Hellman, Rosenberg. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 3rd. ed. Editorial Lippincott, 2012, Pp. 622.
- 3.- Corball A. Tumores de cavidad oral. http://www.fundacyc.org/tumores_de_cavidad_oral.pdf
- 4.- González W. A. Santos A. R. Carvalho M. A. Elias R. A. Lopez R. A. Criterios de evaluación odontológica pre-radioterapia y necesidad de tratamiento de las enfermedades orales post-radioterapia en cabeza y cuello. Int. J. Odontostomat. 4(3): 255-266, 2010.
- 5.- Martínez G. Reséndiz J. Reyes C. Diagnostico y Tratamiento del cáncer epidermoide de cavidad oral en pacientes mayores de 18 años. México D. F. Editor general, 2010. Pp. 5-44.
- 6.- Gallegos J. Tratamiento del carcinoma epidermoide de la cavidad oral; el valor de la estadificación quirúrgica. Gaceta mexicana de Oncología. Vol. 10. Núm. 02. Marzo - Abril 2011
- 7.- Hanahan D. Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. Pub. Med. vol. 144, pp. 646–674, 2011.
- 8.- Trujillo E. Carcinoma epidermoide en labio inferior. <http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2007-08/vol5/no57/6.pdf>
- 9.- Jemal A. Segel R. Ward E. Hao Y. Xu J. Murray T. Michael J. Cancer Statistics. 2008. Ca Center J Clín 2008; 58:71-96

- 10.- ASCO 2008. Cáncer oral y orofaríngeo. <http://www.cancer.net/cancer-types/tipo-de-cancer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%AD>
- 11.- ANGELIS E.: Fonoaudiología el reabilitacao do cancer de boca. Parise Junior, Orlando. Cáncer de boca: aspectos básicos e terapéuticos. Sao Paulo. Sarvier; 242-52. 2000.
- 12.- BERMUDA.A.L. Atlas de Cirugía Oral.Instituto Lácer de Salud Bucodental,159-166.2001
- 13.- DEL REGATO J. SPJUT H.: Oral cavity en: cancer diagnosis, treatment and prognosis. 5.a edición. St. Louis the Cv Mosby Company. 68-254. 1987.
- 14.- DÍAZ P.J. y col.: Carcinoma epidermoide en cavidad oral y orofaringe. Revista Diagnóstico. Lima Vol. 35, 3: 14-21. 1996.LYNCH M. A.: Medicina bucal de Burket diagnóstico y tratamiento. Editorial Interamericana. 374: 391. 1986.
- 15.- PATTON, L.; Brahim, J.S. and Baker, A.R. 1994. Malignant melanoma of the oral cavity: a retrospective study. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. 78: 51-56.
- 16.- PINDBORG T.: Cáncer y precáncer bucal. Ed. Médica Panamericana. 27: 88. 1981.
- 17.- REGEZI J. SCIUBBA J.: Patología bucal. Ed. Interamericana 1: 72-128. 1991
- 18.- SHAFER- LEVY: Tratado de patología bucal. N.Y. 113: 133. 1991.
- 19.- UMEDA, M.; Mishima, Y., Teranobu, O., Nakanishi, K. and Shimada, K. 1988. Heterogeneity of Primary malignant melanomas in oral mucosa: an analysis of 43 cases in Japan. Pathology. 20: 234-24.