



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS SOBRE
CÁNCER ORAL ENTRE ALUMNOS DE CUARTO AÑO DE
LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA Y ALUMNOS DE
POSGRADO DE LA DEPEI. FO. UNAM.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ZAIRA JOCELYNE CORONA LÓPEZ

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

ASESOR: C.D. EMILIANO JURADO CASTAÑEDA



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.

Gracias a mi Dios por haberme concedido la dicha de vivir y permitirme llegar a esta etapa de mi vida cómo estudiante, gracias por jamás dejarme sola y no dejarme tirar la toalla cuando más no podía seguir y siempre estar para mí cuándo más te he necesitado, infinitas gracias por haberme dado a ésta familia que sin su apoyo y dedicación no sería quien soy hasta este momento, GRACIAS.

A mi madre por su apoyo incondicional en todo momento, gracias por ser mi ejemplo a seguir, por tu dedicación, por tu inigualable esfuerzo y empeño del día a día para con mi hermana y conmigo, eres la mejor mujer y madre del mundo, TE AMO.

A mi padre, gracias por todas tus enseñanzas y consejos, por todas tus palabras de aliento cuando más las necesite, tú me diste la mejor lección de vida, aunque no estás más conmigo en persona sé que sigo teniendo tu amor y tu apoyo incondicional gracias por todo, fuiste, eres y serás el mejor padre del mundo, TE AMO.

A mi hermana por sus ánimos, palabras de aliento y apoyo incondicional, gracias por ser mi cómplice y amiga, aunque tengas un carácter un tanto difícil eres la mejor hermana, TE AMO.

A mi pareja por su amor, paciencia, tiempo, apoyo incondicional y consejos gracias a ti pude realizar mucho de este trabajo, sin tu ayuda estaría perdida, TE AMO.

A mis maestros por todas sus enseñanzas y consejos, gracias a todos ustedes pude forjar una carrera que al principio me era bastante difícil, gracias por su tiempo y dedicación como docentes, los admiro y respeto.

Especial agradecimiento a mi tutora, Mtra. Miriam Ortega Maldonado por su tiempo, dedicación, consejos y apoyo para poder realizar este trabajo, MUCHISIMAS GRACIAS.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	5
2.1. Tumores malignos	6
2.2. Tumores benignos	8
2.3. Cáncer Oral	16
2.4. Etiología	17
2.5. Factores de riesgo	17
2.6. Epidemiología	20
2.7. Examen clínico	23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
4. JUSTIFICACIÓN	27
5. OBJETIVOS	28
5.1 GENERAL	
5.2 ESPECÍFICOS	
6. MATERIAL Y METODOS	29
6.1. TIPO DE ESTUDIO	
6.2. POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA	
6.3. VARIABLES DE ESTUDIO	
6.4. RECOLECCION DE INFORMACIÓN	
6.5. ANALISIS DE INFORMACIÓN	
7. ASPECTOS ÉTICOS	32
8. RESULTADOS	33
9. DISCUSIÓN	40
10. CONCLUSIONES	41
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
12. ANEXOS	53

1. INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal, por su situación anatómica, sus múltiples funciones, así como su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, merece una cuidadosa atención médica tanto en la prevención, como en la detección precoz de cualquier afección.

El odontólogo integral, como profesional de la salud, debe incluir la educación para la salud en su quehacer diario, para propiciar la auto-responsabilidad y colaboración conjunta en la disminución del cáncer oral en la población, a su vez, debe difundir y concientizar a la población en la importancia del examen bucal periódico.

El cáncer oral se define como un crecimiento incontrolado de células anormales, que pueden invadir y destruir tejidos sanos. Constituye una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo, incluye: las lesiones malignas del labio, la cavidad bucal y la bucofarínge; es más frecuente en hombres, con mayor incidencia después de los 40 años, sin distinción de área geográfica.

El cáncer oral puede ser detectado precozmente, si la población se educa para identificar algunos signos y síntomas tempranos de la enfermedad, porque la cavidad bucal resulta una de las regiones del organismo que puede ser examinada directamente y la bucofarínge es rica en manifestaciones de lesiones iniciales, entonces la atención médica será más efectiva.

Por ser esta una enfermedad con gran riesgo de producir incapacidad, y eventualmente la muerte, su diagnóstico y tratamiento precoz constituyen la clave para reducir su morbilidad, lo cual implica disminución del costo del tratamiento hasta la mortalidad. Es importante apreciar qué conoce la población estudiantil acerca del cáncer bucal y sus factores de riesgo, para establecer estrategias de trabajo que nos permitan aumentar sus conocimientos y por consiguiente la prevención de ésta enfermedad.

2. ANTECEDENTES

De acuerdo al Instituto Nacional de Cáncer (INCaN), cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas, que se caracteriza por un crecimiento incontrolado de células anormales, que pueden invadir y destruir tejidos sanos.

El cáncer puede iniciar en casi cualquier lugar del cuerpo humano; normalmente las células crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita, esto es, cuando las células normales envejecen, se dañan o mueren, células nuevas las reemplazan. Sin embargo, cuando este proceso ordenado se descontrola y a medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas que deberían de morir sobreviven y células nuevas se forman cuando no son necesarias, las células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas llamadas "tumores".¹

Algunos cánceres forman tumores sólidos y algunos tumores cancerosos son **malignos**, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir, o bien, con el crecimiento algunas células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original.²

Por el contrario, cuando los tumores no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden se les denomina tumores **benignos**. Sin embargo, los tumores benignos pueden ser bastante grandes y dependiendo de la parte del cuerpo en la que se presenten pueden poner la vida en peligro, por ejemplo los tumores benignos de cerebro.²

Una diferencia más entre los tumores malignos y benignos está relacionada con el crecimiento, los tumores malignos tienen la probabilidad de volver a crecer, a diferencia de los benignos.³

2.1 TUMORES MALIGNOS

Dentro de los tumores clasificados como malignos, el más frecuente en la cavidad oral es el *carcinoma oral de células escamosas o epidermoide* que constituye el 95% de las neoplasias malignas en cavidad oral,¹⁰ su etiología es desconocida aunque se le atribuye su aparición al consumo de alcohol, tabaco, exposición a rayos solares, deficiencias nutricionales y virus. Aparece con mayor frecuencia en hombres que en mujeres de 40 años de edad.⁹

Clínicamente inicia como placa indurada e indolora¹⁰ parecido a una erosión, ulcera o una costra, se presenta con mayor frecuencia en los bordes laterales.



1

Imagen de carcinoma de células escamosas inicial en el borde lateral de la lengua (1)

También se pueden observar lesiones en la encía, mucosa yugal, (Imagen 2) paladar y labio inferior⁹ (Imagen 3).



2



3

Imagen de carcinoma de células escamosas en mucosa yugal (2) y labio inferior (3)

En etapas más avanzadas se presenta en forma de masa exofítica de superficie irregular, vegetante, con bordes elevados, de base dura y será infiltrante a los tejidos orales⁹ (Imagen 4).



4

Imagen de carcinoma de células escamosas en el borde lateral de la lengua, se muestra como masa exofítica (4)

Patológicamente: la lesión más temprana es la displasia epitelial escamosa, la forma más grave del carcinoma in situ (células cancerosas presentes únicamente en el epitelio) que a veces puede formar leucoplasia.¹⁰

La mayoría de las lesiones son invasoras a profundidad variable, éstas se propagan principalmente por vasos linfáticos y la metástasis hematológica se produce tardíamente.¹⁰

Tratamiento y pronóstico: Si bien se puede confundir con lesiones por traumatismo, úlcera aftosa, sífilis primaria, entre otras, su diagnóstico se establece por medio de examen histopatológico y la realización de biopsia.⁹

Estas lesiones son sensibles a la radiación¹¹ y el pronóstico dependerá de la etapa de la enfermedad en la que el paciente se encuentre y si los ganglios linfáticos cervicales estén o no comprometidos.¹² Las lesiones menores de 4mm son curables en un alto porcentaje, por lo que la detección precoz es la herramienta más útil para este tipo de cáncer.¹³

Medidas preventivas: 1.- disminución del consumo de tabaco y alcohol. 2.- exámenes periódicos de salud para detectar lesiones cancerosas y precancerosas

en la cavidad oral en personas con exposición al tabaco, a cantidades excesivas de alcohol, y en personas de edad avanzada.¹³

2.2 Tumores benignos

Otra clasificación que ya se mencionó renglones arriba es que categoriza a los tumores benignos, entre los cuales podemos mencionar:

- **Papiloma.**

Se origina en el epitelio superficial, aparece a cualquier edad y afecta a ambos sexos por igual.⁹

Clínicamente es una lesión exofítica, bien delimitada con numerosas y pequeñas prolongaciones, lo cual hace que tenga aspecto de coliflor, es de color blanco y su tamaño puede variar entre 1 o 2 mm .frecuentemente se localiza en paladar (Imagen 5), úvula y lengua, en menor frecuencia en mucosa yugal (Imagen 6), encías y labios.⁹

El diagnóstico se confirma mediante examen histopatológico y su tratamiento es la escisión quirúrgica⁹



5



6

Imagen del papiloma en paladar (5) y mucosa yugal (6)

- **Fibroma.**

Es un tumor derivado de tejido conjuntivo causado por irritación crónica, se da en ambos sexos alrededor de los 30 y 50 años⁹

Clínicamente es un tumor bien definido firme, sésil o pedunculado, único y asintomático. se produce en encía mucosa yugal, labios, lengua (Imagen 7) y paladar.⁹



7

Imagen de Fibroma de células gigantes en la lengua (7).

Histológicamente: está compuesto por tejido conectivo fibroso, colágeno cubierto por un epitelio pavimentoso estratificado.¹⁰

Tratamiento: Para establecer el diagnóstico es esencial la realización de examen histopatológico, como tratamiento se debe efectuar escisión quirúrgica.⁹

- **Granuloma periférico de células gigantes.**

El granuloma periférico de células gigantes no es considerado como una neoplasia verdadera si no como una reacción inusual ante una agresión, se puede observar en encía (Imagen 8), y proceso alveolar.¹⁰

Clínicamente se manifiesta como un tumor hemorrágico, sésil o pedunculado, bien delimitado, de color rojo y que frecuentemente se ulcera (Imagen 9).⁹

Histológicamente: es una lesión no capsulada que presenta células gigantes multinucleadas y células mesenquimáticas ovoides, y está bien vascularizada¹⁰

Para su diagnóstico se debe realizar examen histopatológico y su tratamiento consiste en escisión quirúrgica.⁹



8



9

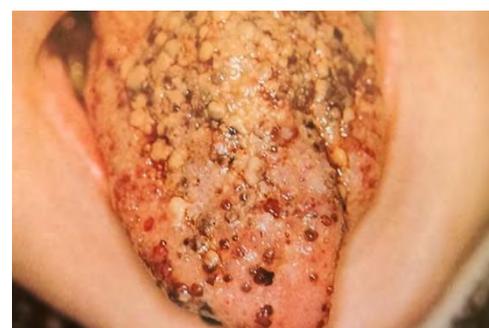
Imagen (8) Granuloma periférico de células gigantes en encía superior y lesión inicial (9)

- **Linfangioma**

Es un tumor bastante frecuente en la cavidad oral, clínicamente se presenta como nódulos elevados blandos que se asemejan a pequeños quistes⁹. Se localiza frecuentemente en lengua (Imagen G-H), donde puede provocar macroglosia.



10



11

Imagen del Linfangioma en lengua (10) y Linfangioma extenso en lengua (11)

En labios, puede generar macroqueilia¹⁰, mucosa yugal, piso de boca, velo de paladar y en mejillas.⁹

Estas lesiones por lo general son asintomáticas, pero al aumentar de tamaño causan dolor e incomodidad al momento de hablar o masticar lo cual ocasiona infección constante.⁹

Histológicamente: se caracteriza por espacios linfáticos grandes tapizados por endotelio y llenos de linfa⁵

Para llevar a cabo su diagnóstico se debe realizar examen histopatológico y su tratamiento consiste en escisión quirúrgica.⁹

Cuadro1: Diferencia de tumor maligno y benigno.

	TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
ESTRUCTURA	PARECIDO AL TEJIDO DE ORIGEN	DIFERENCIACIÓN IMPERFECTA
MODO DE CRECIMIENTO	SUELE SER EXPANSIVO Y EN FORMA DE CÁPSULA	ES POR INFILTRACIÓN Y EXPANSIÓN , Y NO SE FORMA CÁPUSLA BIEN DEFINIDA
RAPIDÉZ DE CRECIMIENTO	SUELE SER PROGRESIVO Y LENTO	PUEDE SER RÁPIDO Y VARIABLE
EVOLUCIÓN DE CRECIMIENTO	PUEDE DETENERSE Y REGRESAR	CESA RARAS VECES, HABITUALMENTE ES PROGRESIVO HASTA PROVOCAR LA MUERTE DE HUESPED
METASTASIS	NO HAY	EXISTE FRECUENTEMENTE
CONSECUENCIAS	PELIGROSO POR SU LOCALIZACIÓN	PELIGROSO POR SU CRECIMIENTO, PROGRESIÓN, INFILTRACIÓN Y METÁSTASIS

Fuente: elaboración propia.

Los tumores se dividen benignos y malignos, sin embargo, existen lesiones que deben diagnosticarse oportunamente porque tienen el riesgo de convertirse en lesiones o tumores malignos, a éste tipo de lesiones se le conoce como "**lesiones pre cancerosas**".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como una lesión precancerosa a "todo tejido que alterado morfológicamente, es capaz de producir cáncer",¹⁴ las lesiones más frecuentes en la cavidad oral son las manchas blancas conocidas como "leucoplasias" y las manchas rojas conocidas como "eritropiasias"

- **Leucoplasia**

Se presenta como mancha o placa blanca adherida a la mucosa (Imagen 12),



12

Imagen de Leucoplasia en mucosa yugal (12)

Lengua, labios, paladar duro, blando y piso de boca¹¹, a diferencia de la candidiasis no es posible retirarla solo con frotarla¹⁵ tiene tendencia a la transformación maligna¹ su tamaño es variado, pueden presentarse solitarias o múltiples. Uno de los factores predisponentes a su aparición es el tabaco (también llamada queratosis del fumador) ,¹¹ alcohol y la irritación local¹⁰.

La leucoplasia clínicamente se divide en:

1. Homogénea: Se observa como placa blanca lisa o rugosa con fisuras o grietas y es asintomática⁹



13

Imagen de Leucoplasia homogénea en dorso de la lengua (13)

2. Nodular o Moteada: se observa una placa blanca con una base roja con múltiples y pequeñas maculas blancas⁹ (Imagen 14).



14

Imagen de Leucoplasia moteada en la mucosa yugal (14)

Sin embargo se han descrito dos variantes clínicas más:

1. Leucoplasia Verrugosa Proliferativa:

Esta lesión presenta irregularidades papilares exofíticas, es de expansión rápida, tiende a ser recurrente después de su extirpación y se presenta con mayor frecuencia en mujeres⁹ (Imagen 15).



15

Imagen de Leucoplasia verrugosa proliferativa en el paladar (15)

2. Leucoplasia Velloso:

Esta lesión está presente en pacientes con VIH, se observa como una placa blanca con ligera elevación, mal delimitada y corrugada, aparece frecuentemente en los bordes laterales de la lengua⁹ (Imagen 16).



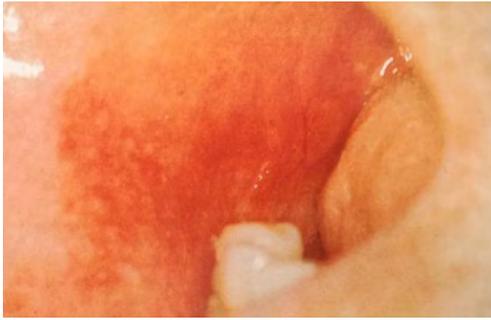
16

Imagen de Leucoplasia vellosa en borde lateral de la lengua (16).

Para el tratamiento de la leucoplasia se debe efectuar la biopsia incisional o examen de citología con azul de toluidina al 1% para observar el sitio más sospechoso para la biopsia¹⁵, de igual forma se puede recomendar análisis Inmunohistoquímicos como el p53, eliminar factores irritantes si es el caso, y mantener una buena higiene oral.⁹

- **Eritroplasia**

En sentido clínico se utiliza como un término descriptivo para una placa de color rojo vivo, ya sea plana o ligeramente elevada, asintomática de tamaño variable y bien delimitado, se presenta frecuentemente en piso de boca, zona retromolar, paladar blando mucosa yugal (Imagen 17) y lengua⁹ (Imagen 18)



17

Eritroplasia en la mucosa yugal (Imagen 17) y Eritroplasia en borde lateral de la lengua



18

Puede confundirse con irritación local, lupus eritematoso, candidiasis eritematosa, por lo que es necesario realizar examen histopatológico y la escisión quirúrgica como tratamiento⁹.

Se presenta tanto en mujeres como en hombres, entre los 50 y 70 años de edad.⁹

2.3 CÁNCER ORAL

El término “carcinoma” hace referencia al cáncer derivado de las células epiteliales (90% de los casos de cánceres). Así, en adelante nos referiremos por cáncer oral aquellas neoplasias malignas desarrolladas a partir de la mucosa oral.

El carcinoma espinocelular (CEC) o también llamado epidermoide o escamoso o escamo celular, representa el 95% de los cánceres de la mucosa oral. Existen otras variedades histológicas del carcinoma espinocelular que presentan características clínicas diferentes, estos son los siguientes⁴:

- Carcinoma verrugoso de Ackerman: el aspecto y la evolución de este tumor son característicos, presenta un bajo grado de malignidad, es muy exofítico⁵ y de pronóstico favorable, asociado al consumo de tabaco masticable, higiene bucal deficiente, prótesis mal adaptadas y VPH⁶
- Carcinoma fusocelular: una variante maligna y muy poco frecuente del carcinoma epidermoide⁷ que a menudo se confunde con un sarcoma o carcinosarcoma, por la forma de huso de una parte o de la totalidad de sus células⁵. Se caracteriza por una proliferación simultánea de células epiteliales malignas y células fusiformes de tipo sarcomatoso, por lo que se puede considerar un tumor bifásico.⁷ El alcohol y tabaco se consideran como los factores de riesgo más importantes⁸
- Linfopitelioma. El empleo de este término es una denominación incorrecta, pues el tumor es una variedad de carcinoma espinocelular. Es un CEC pobremente diferenciado que se originó en áreas linfoides, como el tercio posterior de la lengua.⁵

2.4 ETIOLOGÍA.

No ha sido posible probar de forma concluyente una asociación causal entre factores específicos y el cáncer oral. Esto se debe, en parte, a que la calidad de los datos estadísticos sobre los cánceres son muy variables y por otro lado, a que la etiología de la malignización es muy compleja y multifactorial.

Los factores causales actúan durante un largo periodo, y el proceso de cambio hacia la malignidad es tan lento que transcurre un prolongado periodo de tiempo antes que se haga evidente.¹

2.5 FACTORES DE RIESGO.

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. Los factores de riesgos significativos o probables para el carcinoma de células escamosas se dividen en:

1. Carcinógenos, dentro de los cuales se menciona el uso de alcohol y tabaco,
2. Las infecciones, como es el caso del Virus de Papiloma Humano (VPH) y,
3. Las enfermedades genéticas, se menciona en específico la Anemia de Fanconi y disqueratosis genética.

A continuación se describe cada uno de los factores de riesgo empezando por los carcinógenos:

El uso de **tabaco y el alcohol** es un factor de riesgo conocido de cáncer bucal y orofaríngeo, el uso del tabaco no fumado si no masticado (betel) provoca hiperqueratosis y displasia epitelial benignas después de su uso por corto tiempo, y es probable que su empleo se acompañe de una frecuencia creciente de lesiones malignas.¹⁷

Los efectos combinantes del alcohol y el tabaco tienen acción sinérgica en el desarrollo del cáncer de la boca, se cree que incluye los efectos deshidratantes del alcohol en la mucosa, que aumentan su permeabilidad y las acciones de los carcinógenos que contiene alcohol y tabaco.¹⁷

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) registró, en 2008, una prevalencia correspondiente a 17.3 millones de fumadores: 31.4% hombres y 12.6% mujeres, de entre 12 y 65 años de edad ¹⁸. La ENA informa que el consumo de tabaco en el grupo de edad de 12 a 17 años es del 12.3%, correspondiente a 1.7 millones de fumadores, lo cual podría ser un factor de riesgo para el aumento de la prevalencia de cáncer oral. El consumo ha ido en aumento entre las mujeres, aunque el patrón sigue siendo mayor en el sexo masculino. El perfil de alto riesgo es en hombres de 65 años de edad, fumadores de un paquete de cigarrillos por día, durante un mínimo de 10 años.¹⁹

En el segundo grupo de factores de riesgo se mencionan a las infecciones en específico el **Virus de Papiloma Humano (VPH)**.

En la última década se ha informado un aumento en los casos de COCE en personas jóvenes (45 años de edad en promedio) no fumadoras ni bebedoras, pero con infección por el VPH.²⁰

Durante los últimos años se ha puesto en evidencia la relación del HPV con la aparición de lesiones precancerígenas y con el COCE oral ²¹⁻²²se ha observado una prevalencia del 43.5%, con predominio de los genotipos HPV-16 y HPV-18. Estos virus tienen especial tropismo (reacción de una manera definida a estímulos exteriores) por los epitelios de células escamosas (epiteliotropismo), donde se lleva a cabo su ciclo reproductivo.²³

Asimismo, dentro de las infecciones se menciona como factor la **edad**, y esto es, debido a que los cánceres de cavidad oral y orofaringe por lo general tardan muchos años en formarse de manera que no son comunes en las personas jóvenes. La mayoría de los pacientes afectados tienen más de 55 años de edad y es cuando se les detecta la enfermedad por primera vez.²⁴

La frecuencia creciente de cáncer bucal se tiene relación con la edad, pues existe una declinación en el sistema inmune y la duración de las exposiciones a factores predisponentes como, exposición a irritantes químicos, físicos, afecciones virales, efectos hormonales, envejecimiento celular y disminución de la vigilancia inmunológica.²⁴

El tercer grupo dentro de los factores de riesgo para la presencia de cáncer, sin duda son las **enfermedades genéticas**. Las personas con ciertos síndromes heredados (mutaciones) tienen un riesgo muy alto de presentar cáncer de boca y de garganta, entre los más comunes se encuentran: ²⁵

- Anemia de Fanconi: Es una afección que puede ser causada por defectos heredados en varios de los genes que contribuyen a reparar el ADN. Las personas con este síndrome suelen tener problemas en la sangre a una edad temprana, lo que puede conducir a leucemia o anemia aplásica. Además, estas personas tienen un riesgo muy alto de padecer cáncer de boca y garganta.²⁵
- Disqueratosis congénita: Es un síndrome genético que puede causar anemia aplásica, erupciones en la piel y uñas anormales en los dedos de los pies y en las manos. Las personas con este síndrome tienen también un riesgo muy alto de presentar cáncer de boca y de garganta a temprana edad.²⁵

Otro factor asociado con la presencia de cáncer oral son las radiaciones, porque se menciona que las personas con poca pigmentación y sometidas a una exposición solar prolongada, ya sea por su ocupación o por libre albedrío, tienen mayor riesgo de desarrollar carcinoma epidermoide de labio. El labio pasa por una serie de cambios pre neoplásicos que progresan cuando la dosis de radiación actínica se acumula y va envejeciendo. A estos cambios se les denomina *queilitis actínica*

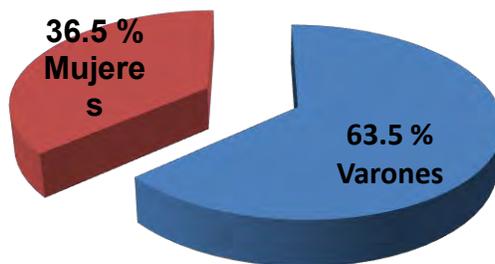
2.6 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER ORAL EN MÉXICO

El cáncer de cabeza y cuello es el sexto cáncer humano más frecuente, el cáncer en la cavidad oral se localiza en un 3%. Geográficamente, es más prevalente en América del Sur, el Sudeste asiático y la India, lugares donde representa el 40% de todos los tumores malignos.²⁶

En 1940 en México la Secretaría de Salubridad y Asistencia hoy Secretaria de Salud (SS) implementó una campaña de lucha contra el cáncer. En 1982 se crea el Registro Nacional de Cáncer (RNC) que es un sistema de información que permite conocer frecuencia y distribución de las neoplasias malignas, con el fin de evaluar los programas de salud relacionados a este padecimiento y al beneficio de la población.²⁷

En el año de 1942 el RNC se realizó en cuatro hospitales de la ciudad de México: Hospital General de México, Hospital General del Instituto Nacional del Seguro Social (IMSS), Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital 20 de Noviembre de El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para el año de 1989 participaron 56 unidades de atención médica, en ese mismo año las neoplasias predominaron en varones en un 63.5% y en mujeres un 36.5% (gráfica 1), donde la edad promedio fue de 60 años, siendo la lengua la parte más frecuente de cáncer oral actualmente el registro de casos de cáncer oral en México está a cargo del Sistema Epidemiológico y Estadístico (SUIVE) y el Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED). Ref.

Gráfica 1. Neoplasias en México 1989



Fuente: Carrillo RJ. Cáncer oral en México. Revisión bibliográfica y presentación de caso clínico. Rev Mex de Cirugía Bucal y Maxilofacial 2011.

Dentro de los factores epidemiológicos se consideran la edad, el sexo, la raza, consumo excesivo de tabaco y alcohol, prácticas sexuales, los cuales favorecen al aumento de casos de Cáncer Oral.^{29 - 33}

Debido al aumento de número de casos, la Organización Mundial de la Salud, estima que el cáncer oral es uno de los tumores con mayor prevalencia en el mundo, siendo que este aumentara hasta un 50% para el año 2020.³⁴

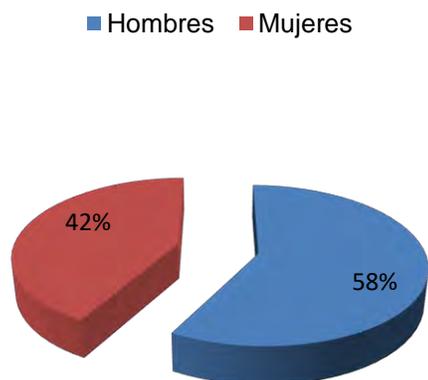
El comportamiento epidemiológico del cáncer oral ha tenido dos cambios importantes, la prevalencia del cáncer oral es más frecuente en persona menores de 45 años de edad principalmente en mujeres, actualmente el VPH está considerado como el tercer factor etiológico para la aparición del cáncer oral.^{35, 36,37}

En México, la mortalidad por cáncer en general ha aumentado, se ha triplicado de 1980 a 2008 y se calcula que ocupa el séptimo lugar en la actualidad, con una variabilidad de tasas por 100 000 habitantes de 0.6 a 0.9, representando el 1.5% del total de tumores malignos.³⁷

Entre los años 1979 y 2003 el número de muertes debidas a cáncer oral fue de 15 579, por lo que actualmente es considerado un problema de salud pública.³⁸

Para 1990 y 2008 se realizó un estudio de revisión en el Hospital General de México donde fueron analizados 531 casos diagnosticados como COCE, de los cuales el 58.4% correspondieron a hombres, con una relación hombre: mujer de 1.4:1³⁹

Grafica 2 Diagnóstico COCE 1990-2008



Fuente: Hernández Guerrero JC Prevalence trends of oral squamous cell carcinoma. México City's General Hospital experience. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 18:E306-11,, 2103

En 2008, Globocan (proyecto de salud llevado a cabo por la IARC “International Agency for Research on Cancer”, su objetivo es proporcionar las estimaciones actuales de incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional para todos los países del mundo) informó que existen 127 000 casos nuevos de cáncer, de los cuales 2 300 corresponden a cáncer oral, con 608 muertes asociadas⁴⁰ mientras que informes de la Secretaría de Salud comunicaron 774 casos de cáncer oral en 2001, lo que muestra un aumento en la incidencia de este tipo de cáncer.⁴¹

En 2013, se informó que el porcentaje de COCE (282 casos) respecto del cáncer bucal (4 925 casos) fue del 5.7%, donde la edad promedio de los pacientes fue de 62.5 ± 14.9 años; la zona anatómica con mayor prevalencia fue la lengua (47.7%), seguida por los labios (21.2%).⁴¹

Durante el año 2014 de todas las lesiones de la mucosa bucal encontradas (SIVEPAB) (Cuadro 2), 385 fueron sospechosas de cáncer bucal (tres o más

semanas de evolución), siendo el aumento de volumen la lesión con mayor predominio ⁴²

Cuadro 2. Distribución de las lesiones de mucosa bucal en usuarios de los servicios de salud. México, SIVEPAB 2014

Grupo de estudio	Tipo de lesión					
	Úlcera	Leucoplasia	Eritroplasia	Mixta	Aumento de volumen (tumor)	Total
>de 3 semanas de evolución	420	22	28	8	537	1015
<Tres 3 semanas o más de evolución	47	34	45	15	473	614
Total	467	56	73	23	1010	1629

Fuente: Resultados del SIVEPAB 2014

2.7 EXÁMEN CLÍNICO

El examen clínico lo debe realizar el personal de salud bucal, para el diagnóstico de cualquier lesión, y el cual, puede ser la diferencia entre detectar una lesión precancerosa y mejorar la calidad de vida de un individuo.

Los pasos para llevar a cabo el examen clínico que se sugiere son:

1. Realizar una correcta anamnesis, hacer referencia a las siguientes preguntas ¿Qué?, ¿Hace cuánto tiempo?, ¿Duele?, ¿Sangra? .El paciente podrá referir dolor y presencia sangre.⁴³

- Antecedentes personales: enfermedades que padeció, secuelas, cirugías realizadas, uso constante de antibióticos, tipo de vida, relaciones sexuales, estrés, dieta, referir hábitos y vicios.⁴³
- Antecedentes heredo familiares: presencia de tumores en algún familiar.⁴³

2. Examen físico: Palpación de las estructuras de la cabeza y del cuello (ganglionares). Podemos identificar un linfonodo tumoral si se encuentra fijo a las estructuras adyacentes, es indoloro, consistente y de superficie irregular a la palpación.⁴³

3. Para el examen físico intrabucal :

- Presencia de úlcera que no cicatriza, está debe ser observada aproximadamente 5 días de lo contrario deberá realizarse citología exfoliativa.⁴³
- Presencia de algún nódulo de crecimiento rápido, consistente e indoloro.⁴³
- Si el paciente refiere dificultad en la movilidad de la lengua.⁴³
- Presencia de sangre en saliva la ulcera es la característica del cáncer oral y cada vez que se infiltra en los tejidos adyacentes, la presencia de sangre es más frecuente por lo que debemos diferenciar de la enfermedad periodontal).⁴³
- Presencia de Eritroplasia.⁴³
- Dientes con movilidad, si no existe enfermedad periodontal, se puede sospechar de reabsorción ósea causada por un tumor.⁴³
- Apiñamiento dental, puede ser causado por el aumento de masa del tumor.⁴³

Con los datos recolectados en el expediente y tomando en cuenta la cantidad de factores de riesgo presentes, Gallegos Hernández clasifica a los pacientes por grupo de riesgo:

1) Grupo de riesgo elevado; pacientes de 18 a 39 años que no consumen alcohol y tabaco y que no tienen factores predisponentes conocidos,

2) Grupo de alto riesgo: pacientes de más de 40 años sin factores de riesgo o sujetos de entre 18 y 39 años con un estilo de vida que incluya factores de riesgo, y

3) Grupo de riesgo muy alto: pacientes de más de 40 años con un factor de alto riesgo o individuos con antecedente de cáncer oral.⁴⁵

La observación y el diagnóstico oportuno como ya se dijo es la diferencia entre mejorar la calidad de vida de una persona o no, sin embargo, un elemento indispensable y que en muchas ocasiones pasa desapercibido para el clínico, es la prevención, la cual se clasifica en dos tipos de acuerdo a:

- Prevención primaria contra el cáncer: se trata en la reducción de los factores de riesgo tales como el consumo de tabaco y alcohol.
- Prevención secundaria : está basada en programas poblacionales de diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad⁴⁶.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El odontólogo puede cumplir un rol de mucha importancia al detectar lesiones que, sin tratamiento, pueden malignizarse. Del mismo modo frente al cáncer oral, es fundamental su participación, sobre todo en estadios incipientes.

Entre los estados precancerosos, es decir, aquellos factores que hacen que el paciente tenga un riesgo mayor de desarrollar un cáncer, pueden mencionarse algunos como el hábito de fumar, el alcohol, algún tipo de anemia, alteraciones del medio ambiente y estados de inmunosupresión, ya sea provocado, como en los casos en los que se quiera evitar el rechazo de trasplantes o adquirida, como en la enfermedad SIDA.

Como odontólogos, el saber manejar estas lesiones, nos permite aprovechar la única oportunidad de salvar una vida. Así de simple. Si se trata de una afección que tenía posibilidades de transformarse en cáncer, es obvio que por lo menos en ese sector no se desarrollará una neoplasia.

Por lo anterior, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo:

¿Comparar el conocimiento que tiene un grupo de alumnos de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista y un grupo de alumnos de primer año de posgrado de la DEPEI, Facultad de Odontología, UNAM?

4. JUSTIFICACIÓN.

La comunidad odontológica tiene la responsabilidad en la educación, detección precoz, el diagnóstico y la remisión al especialista de pacientes con cáncer oral. La boca es un área muy accesible por lo que la detección de lesiones o condiciones pre malignas no es dificultosa. El cumplimiento de esta responsabilidad por parte del odontólogo proporcionará una tasa de supervivencia mayor para nuestros pacientes y una marcada reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad mundial.

El presente trabajo tiene como finalidad conocer el conocimiento que tienen los alumnos de pregrado y posgrado para identificar lesiones precancerizables en lo que respecta a su trabajo clínico correspondiente a su formación.

En caso de encontrar lagunas del conocimiento, el trabajo permitirá brindar o reforzar la información referente a cáncer bucal, por parte de las áreas especializadas.

5. OBJETIVO GENERAL

Identificar el conocimiento que tiene un grupo de alumnos de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista respecto a un grupo de alumnos de primer año de posgrado de la DEPeI, Facultad de Odontología, UNAM.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Determinar el conocimiento sobre la etiopatogenia del cáncer oral de los alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista, y alumnos de posgrado de la FO, UNAM.

2.- Determinar el conocimiento sobre las manifestaciones clínicas del cáncer oral de los alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista, y alumnos de posgrado de la FO, UNAM.

3.- Determinar el conocimiento sobre el tratamiento del cáncer oral de los alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista, y alumnos de posgrado de la FO, UNAM.

6. MATERIAL Y MÉTODO.

6.1 Tipo de estudio

Transversal observacional, que se llevara a cabo para identificar el conocimiento de los alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista, y alumnos de posgrado de la DPel.FO. UNAM con respecto al cáncer oral.

6.2 Población

La población de estudio estuvo constituida por 20 alumnos de pregrado y 20 de posgrado de la FO, UNAM. El número de alumnos se eligió por conveniencia y fueron seleccionados a partir de los siguientes criterios de selección:

- **Criterio de Inclusión**

1. Alumnos de cuarto año de la carrera de Cirujano Dentista y alumnos de primer año de posgrado, que desearan participar sin distinción de sexo.

- **Criterio de Exclusión**

1. Alumnos que iniciaran la encuesta pero que por falta de tiempo o por alguna circunstancia ajena no la concluyeran.

6.3 Variables

Las variables consideradas en el estudio se dividieron en tres grupos, respecto al conocimiento de los alumnos:

1. Etiopatogenia
2. Manifestaciones en boca
3. Tratamiento

Variable Cáncer Oral	Conceptualización	Operacionalización
Etiopatogenia	El término etiopatogenia hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce el Cáncer oral	Se medirá a partir de las preguntas: ¿Cuál considera el mayor factor de riesgo del CO? ¿Cree Ud. que los antecedentes familiares son un factor de riesgo para el CO? ¿Cree Ud. que existe predisposición genética para el CO? El virus que más se asocia al CO es: ¿La exposición al sol es un factor de riesgo para el CO?

Manifestaciones en boca	Signos evidentes de la enfermedad, en este caso ubicados en la cavidad oral.	<p>¿Una lesión pre cancerosa puede ser reversible?</p> <p>¿Cuál de estas lesiones relacionadas al CO se presenta con mayor frecuencia?</p> <p>¿Cuál podría ser signo de advertencia de una lesión cancerígena?</p> <p>¿Una lesión cancerosa siempre es dolorosa?</p> <p>¿Una lesión cancerosa es proliferativa?</p> <p>¿Una lesión cancerosa siempre es ulcerada?</p> <p>¿Una lesión cancerosa es infiltrativa?</p> <p>¿Cree relevante interrogar por patologías persistentes?</p>
Tratamiento	Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio del cáncer oral.	<p>¿Cree que el tamaño del tumor importa en el pronóstico del CO?</p> <p>¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el CO?</p> <p>¿La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia de CO es?</p>

6.4 Recolección de la información

El cuestionario se obtuvo de un trabajo titulado ***“Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de***

odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012”, el cual formo parte de un trabajo de tesis en Lima, durante el año 2012.

Con el cuestionario impreso se visitó la Facultad de Odontología en un horario de 12:00 a 16:00 hrs. con la finalidad de invitar a participar tanto alumnos del turno matutino como vespertino. Asimismo, se visitó a la DEPEl pero en un horario de 10:00 a 14:00 hrs. en función de que en posgrado la mayor carga de atención se encuentra en el turno matutino.

La forma de incluir a los alumnos consistió en la petición para participar en el llenado del cuestionario previa explicación del objetivo del mismo. Una vez que aceptaron se les entregaba el cuestionario, el cual, llevó alrededor de 15 minutos para ser contestado.

6.5 Análisis de la información

Una vez que se completaron los cuestionarios estos se vaciaron en una base en Excel y se obtuvieron frecuencias y porcentajes de la información recabada. La información se describió siguiendo el orden de las variables (etiopatogenia, manifestaciones bucales y tratamiento) mismas que fueron separadas por sexo.

7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, sin embargo, de acuerdo a la Ley General de Salud, artículo 17, se solicitó previa explicación del objetivo del cuestionario, la autorización verbal del consentimiento y asentimiento del alumno.

8. RESULTADOS

Del total de los cuestionarios recabados, 19 se realizaron en alumnos de licenciatura y 21 en alumnos de posgrado; con una participación del 73% (n= 29) del sexo femenino y del 27% (n= 11) del sexo masculino. Las edades de los alumnos estuvieron en el rango de 21 a 31 años, con una media de 24 años.

El cuestionario constó de 21 preguntas, las cuales fueron clasificadas de acuerdo al nivel de conocimiento sobre epidemiología del CaO; la etiopatogenia, el diagnóstico, tratamiento y complicaciones y por último una pregunta relacionada con la supresión del factor de riesgo como factor protector.

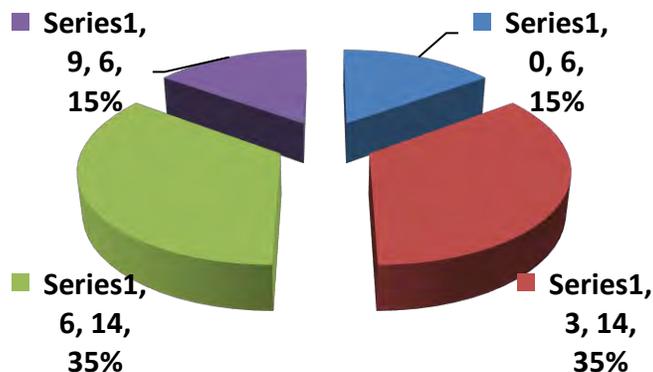
A continuación describiremos cada sección:

Primera sección. Conocimiento sobre epidemiología del Cáncer Oral.

Del total de preguntas relacionadas con conocimientos generales del cáncer oral, los puntajes van de 0 - 9, debido a que cada pregunta tiene un valor de tres puntos. Las calificaciones nulas, describen la falta del conocimiento sobre preguntas relacionadas con el tipo de cáncer más frecuente en boca, la relación entre presencia de CaO y la edad, así como predilección por el género.

En el cuestionario se agregaron tres preguntas donde, 15% respondió de forma incorrecta preguntas y 15% alcanzó el máximo puntaje de nueve. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Puntaje de respuestas referente a la primera sección del cuestionario.



Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Al diferenciar el puntaje de cada pregunta por procedencia, en el cuadro 3, se puede observar como el número de alumnos con puntaje nulo es mayor en licenciatura, sin embargo, el puntaje es similar al calificar correctamente las tres preguntas de la primera sección de conocimiento.

Cuadro 3. Comparación de puntajes de la primera sección del cuestionario referente a conocimiento general de CaO.

Procedencia	Conocimiento General (puntaje)				Total
	0	3	6	9	
Licenciatura	4	7	5	3	19
Posgrado	2	7	9	3	21
Total	6	14	14	6	40

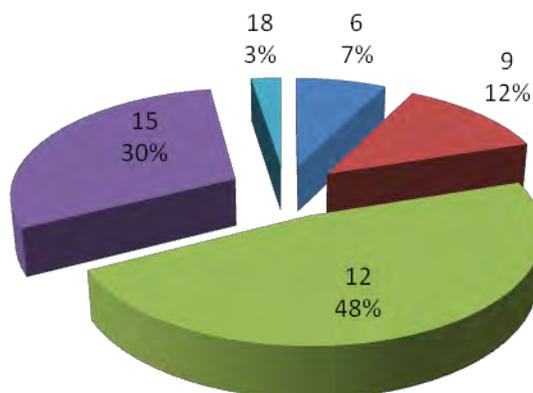
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Segunda sección. Conocimiento sobre etiopatogenia del Cáncer Oral.

En la segunda sección del cuestionario, el total de preguntas incluidas fue de cinco con puntajes de 0 a 15. Las calificaciones nulas refieren no poder responder a preguntas relacionadas con la etiopatogenia del CaO.

En ésta sección (gráfica 4) no hubo respuestas nulas, 7% respondió dos de cinco preguntas, 3% respondió tres; 48% respondió cuatro preguntas y sólo 30% pudo responder completamente la sección.

Gráfica 4. Puntaje de respuestas referente a la primera sección del cuestionario.



Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Nuevamente al diferenciar el puntaje de cada pregunta por procedencia, en el cuadro 4, se puede observar como el número de alumnos con respuestas correctas es mayor en posgrado de la DEPeI. Sin embargo, en las preguntas relacionadas con el conocimiento sobre el principal factor de riesgo para CaO y sobre si los AHF son factores de riesgo para CaO, los alumnos de licenciatura presentan mayor puntaje en comparación con los de posgrado.

Puntaje nulo es mayor en licenciatura, sin embargo, el puntaje es similar al calificar correctamente las tres preguntas de la primera sección de conocimiento.

Cuadro 4. Comparación de puntajes de la segunda sección del cuestionario sobre CaO.

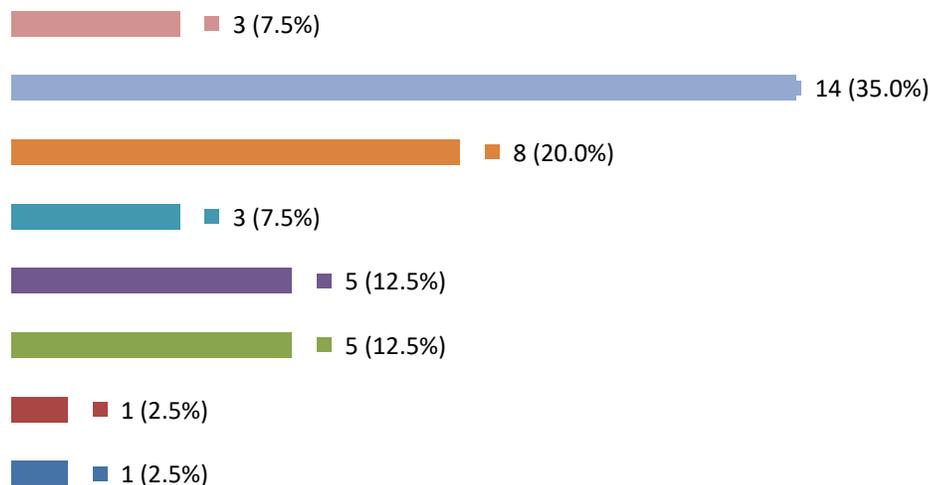
Procedencia	Conocimiento sobre etiopatogenia del CaO				Total
	6	9	12	15	
Licenciatura	2	3	8	6	19
Posgrado	1	2	11	7	21
Total	3	5	19	12	40

Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Tercera sección. Conocimiento sobre diagnóstico de Cáncer Oral.

En la tercera sección, el mayor puntaje fue de 27, debido a que se incluyeron 9 preguntas) cada una de ellas con un puntaje de tres. Del total de alumnos 355 respondió ocho preguntas de forma correcta, alcanzando un puntaje de 24, mientras que nueve. Los puntajes más bajos se deben a que sólo dos pudieron contestar correctamente un máximo de dos preguntas. (Gráfica 5).

Gráfica 5. Puntaje de respuestas de la tercera sección del cuestionario (diagnóstico de CaO).



Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Al comparar el puntaje de respuestas correctas por procedencia, en el cuadro 5, podemos observar que el número de respuestas es variado sin representar un patrón por lugar de procedencia. Sin embargo, dentro de las similitudes que se pueden describir es que siete alumnos de ambas procedencias presentaron el mismo puntaje contestando ocho preguntas de nueve correctamente.

Cuadro 5. Comparación de puntajes de la tercera sección del cuestionario (diagnóstico del CaO).

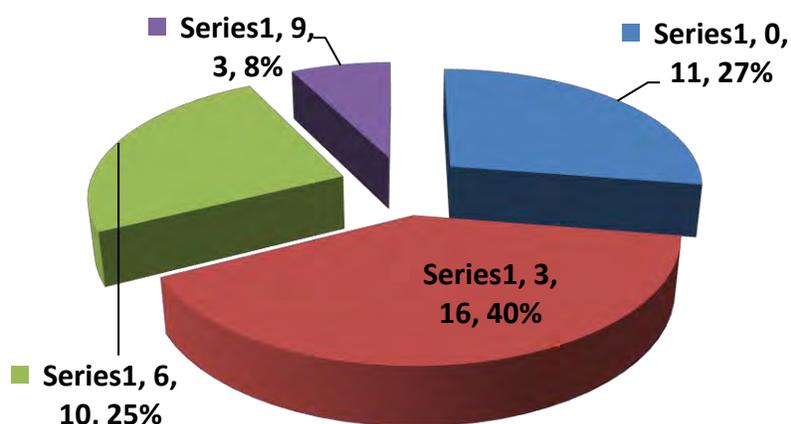
Procedencia	Conocimiento sobre diagnóstico de CaO								Total
	3	9	12	15	18	21	24	27	
Licenciatura	0	1	5	3	1	2	7	0	19
Posgrado	1	0	0	2	2	6	7	3	21
Total	1	1	5	5	3	8	14	3	40

Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Cuarta sección. Conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de Cáncer Oral.

En esta sección se contemplan sólo tres preguntas alcanzando un máximo de nueve puntos. Las preguntas incluyen información relacionada con el tamaño del tumor, el tratamiento y la complicación oral ambos más frecuente, en la gráfica 6, se observa que 27% (n=11) de los alumnos no pudo contestar las preguntas de la sección, mientras que, sólo 8% contestó las tres preguntas correctamente. El mayor porcentaje de los alumnos (40%) sólo pudo contestar correctamente una pregunta.

Gráfica 6. Puntaje de respuestas relacionadas con tratamiento y complicaciones de CaO.



Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Al comparar las respuesta por lugar de procedencia, no se observa un patrón, hay variación respecto a los puntajes, sin embargo, cabe destacar que el número de alumnos que respondieron correctamente la sección son de posgrado.

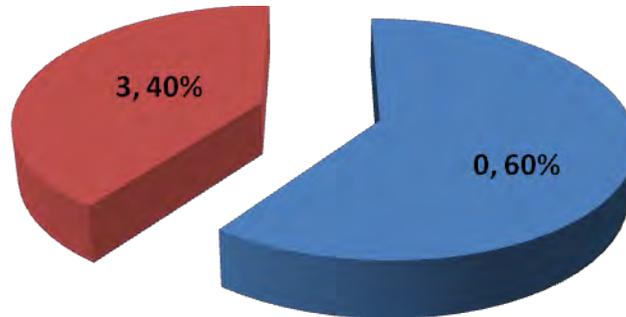
Cuadro 6. Comparación de puntajes respecto al tratamiento y las complicaciones de CaO.

Procedencia	Conocimiento sobre tratamiento y complicaciones de CaO				Total
	0	3	6	9	
Licenciatura	6	7	6	0	19
Posgrado	5	9	4	3	21
Total	11	16	10	3	40

Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Por último (gráfica 7), la última sección estuvo conformada por una pregunta de la cual sólo 40% (n=16) la contestó correctamente, siendo nueve alumnos de posgrado y siete de licenciatura.

Gráfica 7. Porcentaje de alumnos con respuesta correcta para factor de riesgo como factor protector para CaO.



Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

9. DISCUSIÓN.

El cuestionario que se realizó para determinar el nivel de conocimiento de cáncer oral se tomó como referencia de la tesis " Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres Universidades de Lima, en el año 2012." Realizado Patricia Margarita Izaguirre Pérez.

Al comparar los resultados obtenidos de esa investigación, con los obtenidos en ésta, observamos que de los estudiantes de odontología del último año de la carrera de odontología de Lima, Perú correspondería a un índice de respuesta del 54% de acierto en el cuestionario y calificando en un nivel de conocimiento regular sobre cáncer oral. Esto probablemente sea por la diferencia del enfoque de sus estudios, donde se busca mayormente conocer la concientización sobre cáncer oral.

Mientras que los resultados obtenidos en la encuesta realizada a los alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista, y alumnos de posgrado de la DEPeI F.O. UNAM se presentó similitud en las respuestas correctas e incorrectas, por lo que no se puede hacer referencia si el nivel de conocimientos de ambas procedencias es mayor o menor que otro.

10. CONCLUSIONES

Existen resultados similares tanto en los alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista como en los alumnos de posgrado. Sin embargo, en ambos niveles no existió un cuestionario con todas las preguntas resueltas de manera correcta, lo que nos lleva a sugerir que el tema sobre Cáncer Oral debe reforzarse continuamente. Considerando que diagnosticar una lesión precancerizable puede ser la diferencia entre salvar o no la vida de una persona, o bien, sin ser fatalista, brindarle una calidad de vida al paciente con cáncer.

Que se sugiere:

- Incluir el tema de Cáncer Oral desde el primer año, enfatizando en su prevalencia, incidencia y el abordaje de factores de riesgo.
- En segundo año, la detección de lesiones que no sean categorizadas como sanas durante la práctica clínica. Y el conocimiento de signos de alerta sobre cáncer oral.
- En tercer año, abordar el tema de cáncer, neoplasias malignas y benignas.
- En cuarto año, identificación de lesiones cancerizables, manifestaciones en boca, abordaje del tema incluyendo la historia natural del cáncer oral y los niveles de prevención.

Estas sugerencias con la finalidad de que el tema de Cáncer oral como el de otras enfermedades bucodentales sea continuo, esto no quiere decir que el tema no se aborde de esa manera, sino lo que se sugiere es que haya un seguimiento para la mejor comprensión por parte de los alumnos.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



Gracias por su contribución en esta investigación .Este cuestionario forma parte de una investigación para describir el nivel de conocimiento con respecto al cáncer oral de los alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista, y alumnos de posgrado de la DPel.FO. UNAM, por lo que solicito su llenado de forma sincera. Los resultados son de forma anónimos.

Marque la respuesta que considera correcta de la siguiente forma: **X**

I. DATOS GENERALES:			
1. Género: Masculino () - Femenino ()			
2. Edad : _____ años			
3. Lugar de procedencia: Facultad de Odontología ,UNAM () Unidad de posgrado de Odontología ,UNAM ()			
II. CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER ORAL.			
1. ¿Cuál es el tipo de CO más frecuente en nuestro medio?	Células basales	<u>Epidermoi de</u>	Adenocarcinoma
2. ¿A qué edad se presenta mayor número de casos de CO?	85-80	65-60	<u>55 -50</u>
3. ¿En qué genero se presenta el CO con más frecuencia?	<u>Hombres</u>	Mujeres	Ambos
4. ¿Cuál considera el mayor factor de riesgo del CO	Hábito de fumar	Trauma físico por elementos irritantes	<u>Consumo paralelo de tabaco y alcohol</u>

5. ¿Cree Ud. que los antecedentes familiares son un factor de riesgo para el CO	<u>Si</u>	No	
6. ¿Cree Ud. que existe predisposición genética para el CO?	<u>Si</u>	No	
7. El virus que más se asocia al CO es:	Virus de Eipsten Barr	Herpes tipo I	<u>VPH</u>
8. ¿La exposición al sol es un factor de riesgo para el CO?	<u>Si</u>	No	
9. ¿Una lesión pre cancerosa puede ser reversible?	Si	<u>No</u>	
10. ¿Cuál de estas lesiones relacionadas al CO se presenta con mayor frecuencia?	<u>Leucoplasia</u>	Eritroplasia	
11. ¿Cuál podría ser signo de advertencia de una lesión cancerígena?	Granulo de Fordyce	Pigmentaciones melánicas en mucosa	<u>Úlceras crónicas</u>
12. ¿Una lesión cancerosa siempre es dolorosa?	Si	<u>No</u>	
13. ¿Una lesión cancerosa es proliferativa?	<u>Si</u>	No	

14. ¿Una lesión cancerosa siempre es ulcerada?	Si	<u>No</u>	
15. ¿Una lesión cancerosa es infiltrativa?	<u>Si</u>	No	
16. ¿Cree relevante interrogar por patologías persistentes?	<u>Si</u>	No	
17. ¿Cuál es la localización más frecuente de CO?	Piso de boca	Área retromolar	<u>Lengua</u>
18. ¿Cree que el tamaño del tumor importa en el pronóstico del CO?	<u>Si</u>	No	
19. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el CO?	quimioterapia	Cirugía	
	<u>Cirugía y radioterapia</u>	Cirugía y quimioterapia	
20. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia de CO es:	<u>Mucositis</u>	Infecciones orales	Hemorragia oral
21. ¿Un paciente fumador con diagnóstico de cáncer oral tiene mejor pronóstico, si deja de fumar?	Si	<u>No</u>	

Variable	Dimensiones	Subdimensiones	Escala	Indicador	Valor
Nivel de Conocimientos sobre Cáncer oral	Nivel de conocimientos sobre epidemiología del Cáncer Oral	Conocimiento del tipo de cáncer más frecuente en boca	Ordinal	Pregunta1	3 ptos
		Conocimiento de la relación entre cáncer oral y edad		Pregunta2	
		Conocimiento de la relación entre cáncer oral y género		Pregunta3	
	Nivel de Conocimientos sobre etiopatogenia del Cáncer Oral	Conocimiento del mayor factor de riesgo de cáncer oral		Pregunta4	3 ptos
		Conocimiento de los antecedentes familiares como factor de riesgo del cáncer oral		Pregunta5	
		Conocimiento de la susceptibilidad genética para el cáncer oral		Pregunta6	
		Conocimiento del Virus del papiloma humano como factor de riesgo del cáncer oral		Pregunta7	
		Conocimiento de la radiación solar como factor de riesgo del cáncer oral		Pregunta8	

	Nivel de conocimiento sobre diagnóstico de Cáncer Oral	Conocimiento sobre características de las lesiones precancerosas		Pregunta 9	3 ptos
		Conocimiento sobre la leucoplasia como lesión precancerosa más frecuente		Pregunta 10	
		Conocimiento sobre signos y síntomas de las lesiones de cáncer oral		Pregunta 11,12,13,14,15,16	
		Conocimiento sobre la localización más frecuente del cáncer oral		Pregunta 17	
	Nivel de conocimientos sobre tratamiento y complicaciones orales del Cáncer oral	Conocimiento de la relación entre tamaño del tumor y en el pronóstico del cáncer oral	Ordinal	Pregunta 18	3 ptos
		Conocimiento del tratamiento más frecuente del cáncer oral		Pregunta 19	
		Conocimiento de la complicación oral más frecuente del tratamiento del cáncer oral		Pregunta 20	
	Nivel de Conocimientos sobre cáncer oral	Conocimiento sobre la supresión del factor de riesgo como protección		Pregunta 21	3 ptos

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Bayley T. J., Enfermedades Sistémicas en Odontología, México Ed. Científica plm, 1985
2. Medicina interna en odontología Louis f. Rose, Donald kaye; tr. Javier González Laguna Barcelona ,México Ed. Salvat, c1992
3. Instituto Nacional de Cáncer Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>) Actualización: 9 de febrero de 2015.
4. Robbins Patología Humana, 7 ed. Barcelona Elsevier España, 2013
5. CANCER.GOV (Homepageonthe internet).Estados Unidos: NationalCancer Institute,2012.Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol>
6. ACTAODONTOLOGICA disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/art-12>
7. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582006000100004
8. CARCINOMA FUSOCELULAR REVISION DE CASO CLINICO Disponible en:https://www.researchgate.net/publication/251077339_Carcinoma_fusocelular_de_cavidad_oral_Revision_de_9_casos
9. GEORGE LASKARRIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES.ED.MASSON.2006.

10. Emmanuel Rubin, Patología-Fundamentos ,Ed. Panamericana Edc.1 ,1992
11. Mohan, Harsh, Patología resumen y preguntas de autoevaluación ,Madrid España ; México Ed. Médica Panamericana, c2012
12. Parakramat Chandrasoma, Compendio de patología, Ed. El manual moderno, S.A de C.V., c1995
13. Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial Disponible en: <http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap31.pdf>-
14. Lesiones precancerosas, Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/lesiones-precancerosas-boca/>.
15. Diagnóstico clínico y tratamiento, 2008, México Ed. McGraw-Hill Interamericana, c2008
16. CANCER.GOV (Homepage on the internet). Estados Unidos: National Cancer Institute, 2012. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol>
17. Burket, Lester W. (Lester William), 1907- autor Medicina bucal de Burket Diagnóstico y Tratamiento , México Ed. Interamericana, 1996
18. Panorama Epidemiológico del Consumo de Tabaco. Encuesta Nacional de adicciones, 2011.
19. Maya IA. Perfiles demográficos y exposición a factores de riesgo para cáncer oral en pacientes que acuden a la clínica de patología y medicina bucal de la DEPeI, UNAM. México, DF: s.n, 2012. Presentada en la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, para obtención del grado de Maestría en Ciencias

20. Carcinoma de células escamosas de la cavidad bucal, asociado a coinfección por virus del papiloma humano / tesis que para obtener el título de Licenciado en Cirujano Dentista, presenta Anallely Ortiz Carrasco; asesor Francisco Germán Villanueva Sánchez Ortiz Carrasco, Anallely, 2013; SN.
21. Anaya Saavedra G, Ramírez Amador V, Irigoyen Camacho ME, García Cuellar CM, Guido Jiménez M, Méndez Martínez R, et al. High association of human papillomavirus infection with oral cancer: a case-control study. Arch Med Res 39:189-97, 2008.
22. García Cuellar CM, González Ramírez I, Granados García M. VPH y los carcinomas de cavidad bucal y bucofaringe. Cancerología 4:181-191, 2009.
23. Martín Hernán F, Sánchez Hernández JG, Cano J, Campo J, Del Romero J. Oral cancer, HPV infection and evidence of sexual transmission. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 18(3):e439-44, 2013. 51. Rautava J, Syrjänen S. Biology of human papillomavirus infections in head and neck carcinogenesis. Head Neck Pathol 6(Suppl 1):S3-15, 2012.
24. KEIT B. TAYLOR Y LUEAN E. ANTHONY, NUTRICION CLINICA, ED. INTERAMERICANA .MCGRAWHILL
25. INFOCANCER MÉXICO
26. Disponible en <http://www.infocancer.org.mx/factores-de-riesgo-con254i0.html>
27. CAWSON RA; ODELL EW .Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Octava edición. España; Elsevier: 2009.

28. Rosin Mahesh P, Poh F, Mark J, Williams M, Gallagher R, Mac Aulay C, et al. New hope for an oral cancer solution: together we can make a difference. *J Can Dent Assoc.* 2008;74(3):261-6
29. Dirección General de Epidemiología. Antecedentes del Registro Nacional del Cáncer; 1982, México, 1991.
30. Decreto por el que la Secretaría de Salubridad y Asistencia organizará el Registro Nacional del Cáncer. *Salud Pública de México*, XXV (1). SSA, Manual de Vigilancia Epidemiológica, México, 1987.
31. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) de México. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
32. Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (2000). Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/online/infonaIRHNM-y2k.htm>
33. Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (1993-1997). México: SSA; 1999.
34. Ramirez-Amador et al. Cancer of Mobile Tongue in Mexico. A retrospective study of 170 patients. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1995; 31 (B): 37-40.
35. Ibieta R et al. Human papilloma virus in oral squamous cell carcinoma in a Mexican population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005: 99-311-315.
36. Nagao T, Warnakulasuriya S. Annual screening or oral cancer detection. *Cancer Detect Prev* 2003:333-337.

37. Gallegos-Hernández JF. Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aero-digestivas superiores (VADS). *Acta Med* 2005; 3:247- 254.
38. Gallegos-Hernández JF, Paredes-Hernández E, Flores-Díaz R, et al. Virus del papiloma humano asociado con cáncer de cabeza y cuello. *Cir Ciruj* 2007; 75:151-155.
39. García-Cuellar CM, González-Ramírez IC, Granados-García M. VPH y los carcinomas de cavidad bucal y bucofaringe. *Cancerología* 2009;4:188-191
40. Anaya Saavedra G, Ramírez Amador V, Irigoyen Camacho ME, Zimbrón Romero A, Zepeda Zepeda MA. Oral and pharyngeal cancer mortality rates in México, 1979-2003. *J Oral Pathol Med* 37:11-7, 2008.
41. Hernández Guerrero JC, Jacinto Alemán LF, Jiménez Farfán MD, Macario Hernández A, Hernández Flores F, Alcántara Vázquez A. Prevalence trends of oral squamous cell carcinoma. México City's General Hospital experience. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 18:E306-11,, 2103.
42. Globocan. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008, IARC, WHO, Como : <http://globocan.iarc.fr/>
43. Betancourt M. C.C.-RHM-01, Mortalidad y morbilidad. Compendio de Cáncer 2001. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Secretaría de Salud.
44. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB
45. Disponible en:
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_sivepab/SIVEPAB-2013.pdf

46. Boraks, Silvio, autor Diagnóstico bucal, Sao Paulo, Brasil, Ed. Artes Médicas, 2004.
47. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012 /tesis Para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista presenta Patricia Margarita Izaguirre Pérez; asesor Lourdes Angela Benavente Lipa ,Lima – Perú 201
48. Gallegos Hernández J. Factores de riesgo en cáncer de cavidad oral (lengua). AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura 92-99, 2011.
49. Manual de epidemiología y salud pública para licenciaturas y diplomaturas en ciencia de la salud , Ildelfonso Hernández-Aguado Buenos Aires ; México Ed. Médica Panamericana, c2005

12.- ANEXOS

CUADROS

Cuadro 1. Diferencia de tumor Maligno y Benigno
Fuente elaboración propia.

Cuadro 2. Distribución de las lesiones de mucosa bucal en usuarios de los servicios de salud. México, SIVEPAB 2014
Fuente: Resultados del SIVEPAB 2014.

Cuadro 3. Comparación de puntajes de la primera sección del cuestionario referente a conocimiento general de CaO.
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Cuadro 4. Comparación de puntajes de la segunda sección del cuestionario sobre CaO.
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Cuadro 5. Comparación de puntajes de la tercera sección del cuestionario (diagnóstico del CaO).
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Cuadro 6. Comparación de puntajes respecto al tratamiento y las complicaciones de CaO.
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

GRÁFICOS.

Gráfica 1: Registro de Neoplasias en México 1989
Fuente: Carrillo RJ. Cáncer oral en México. Revisión bibliográfica y presentación de caso clínico. Rev Mex de Cirugía Bucal y Maxilofacial 2011

Gráfica 2: Diagnóstico COCE 1990-2008
Fuente Hernández Guerrero JC Prevalence trends of oral squamous cell carcinoma. México City's General Hospital experience. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 18:E306-11,, 2103

Gráfica 3. Puntaje de respuestas referente a la primera sección del cuestionario.
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017

Gráfica 4. Puntaje de respuestas referente a la primera sección del cuestionario.
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Gráfica 5. Puntaje de respuestas de la tercera sección del cuestionario (diagnóstico de CaO).
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Gráfica 6. Puntaje de respuestas relacionadas con tratamiento y complicaciones de CaO.
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

Gráfica 7. Porcentaje de alumnos con respuesta correcta para factor de riesgo como factor protector para CaO.
Fuente: Cuestionario de conocimientos de CaO, FO y DEPeI UNAM 2017.

IMÁGENES.

1. IMAGEN 1: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INICIAL EN EL BORDDE LATERAL DE LA LENGUA
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.

2. IMAGEN 2: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INICIAL EN LA MUCOSA YUGAL
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.

3. IMAGEN 3: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INICIAL EN EL LABIO INFERIOR
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.

4. IMAGEN 4: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INICIAL EN EL BORDDE LATERAL DE LA LENGUA, SE MUESTRA COMO MASA EXOFITICA
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.

5. IMAGEN 5: PAPILOMA EN EL PALADAR
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.

6. IMAGEN 6: PAPILOMA EN LA MUCOSA YUGAL
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.

7. IMAGEN 7: FIBROMA DE CELULAS GIGANTES EN LA LENGUA
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED.
MASSON.
8. IMAGEN 8: GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES EN
ENCÍA SUPERIOR
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED.
MASSON.
9. MAGEN 9: GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES,
LESION INICIAL.
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED.
MASSON.
10. IMAGEN 10: LINFANGIOMA EN LENGUA
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED.
MASSON.
11. IMAGEN 11: LINFANGIOMA EXTENSO EN LENGUA
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED.
MASSON
12. MAGEN 12 :LEUCOPLASIA EN LA MUSCOSA YUGAL
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED.
MASSON.
13. IMAGEN 13: LEUCOPLASIA HOMOGENEA EN DORSO DE LA LENGUA
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED.
MASSON.
14. IMAGEN 14:LEUCOPLASIA MOTEADA EN LA MUCOSA YUGAL
GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES
ED. MASSON.

15. IMAGEN 15: LEUCOPLASIA VERRUGOSA PROLIFERATIVA EN EL PALADAR

GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.

16. IMAGEN 16: LEUCOPLASIA VELLOSA EN BORDE LATERAL DE LA LENGUA.

Tratamiento de leucoplasia vellosa con resina de podófilo al 25 %. Revisión y presentación de un caso clínico. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_3_05/est09305.htm

17. IMAGEN 17: ERITROPLASIA EN LA MUCOSA YUGAL

GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.

18. IMAGEN 18: ERITROPLASIA EN EL BORDE LATERAL DE LA LENGUA

GEORGE LASKARIS, ATLAS DE ENFERMEDADES ORALES ED. MASSON.