



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Conocimiento por parte de los egresados del sexagésimo primer seminario de titulación de la carrera de Cirujano Dentista con respecto al cáncer oral.

T E S I S

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:

Daniela Eugenia Cruz Uscanga.

TUTOR: Esp. Jesús Manuel Díaz de León Azuara.

ASESORA: Mtra. Miriam Ortega Maldonado.



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.

Agradecimientos:

A Dios y todos mis seres de luz por regalarme una oportunidad más de vivir y culminar esta meta y a su vez por bendecir mi camino a diario.

A mis padres: a mi mamá María Eugenia por ser el pilar de la familia, por los días y noches que te quedaste a mi lado abrazándome y diciéndome que todo saldría bien, tenías razón. Por dejarme seguir de ti el ejemplo de fortaleza, seguridad, templanza y perseverancia, por darme lo mejor de ti aunque a veces no supieras de donde agarrarte, por ser mi soporte cuando sentía que ya no podía... mil gracias siempre. A mi papá Arturo por proveerme de todo siempre aún cuando no había de donde, por ser ejemplo siempre de vida, de honestidad y de persistencia. Gracias por apostar todo conmigo y confiar en que lo iba a lograr, aquí estamos, solo nosotros sabemos lo difícil que ha sido pero estamos aquí, juntos y bien, este logro es suyo, porque en cada paso que dé siempre estará su esencia y lo que han regalado a cada momento, mil gracias por amarme y no dejarme caer nunca. Los amo.

A mis hermanos Jorge y Alejandra, a pesar de todo son pilar de mi vida y con una sonrisa vuelven a llenar de luz el más oscuro de los días, por ser cómplices de esta aventura, por escuchar y aguantar mis malas rachas, mi persona en sí, gracias. Los amo.

A mis abuelos, a mi abuelo Jorge por confiar en mí, por amarme siempre, por estar siempre aún en la distancia, por sentirse orgulloso de mi y motivarme día a día a ser mejor, por ser de mis primeros pacientes y ponerse en mis manos, por ser ejemplo para mí en todos los sentidos. A mi abuela Tere y a mi abuelo Eustasio que aunque ya

no estén en este plano se que nunca me abandonan y siempre serán ejemplo de vida. Los amo.

A Osmar, gracias por tanta paciencia y tantos consejos, por no dejarme desistir hasta conseguir esto, por confiar en mí cuando ni yo lo hacía y ponerte en mis manos, por el amor, los buenos y malos momentos, por darme mil lecciones y por acompañarme en este camino que no ha sido nada sencillo, por casi 11 años de crecer juntos, de entrega e inmenso amor. Te amo.

A mi tutor el Esp. Jesús Manuel Díaz de León Azuara por la inmensa paciencia, la dedicación a este trabajo y el tiempo invertido, por darme un poquito de sus conocimientos y por siempre regalarme una sonrisa.

A la Mtra. Miriam Ortega por su colaboración en este trabajo al igual que a mis revisores y jurados.

A mi facultad y a mi universidad que vieron nacer este sueño y hoy día lo ven terminar siendo solo el inicio de una vida maravillosa, por acogerme todos los años y ser mi segunda casa, por la oportunidad de formar parte de ella. A mis pacientes, a todos aquellos que queriendo y sin querer terminaron poniéndose en mis manos y me regalaron la oportunidad de tratarlos.

Por último pero no menos importantes quiero agradecerle a mis perros que siempre fueron y son la perfecta compañía en todo momento.

Y a ti, que por cualquier razón te das tiempo para leer este trabajo.

ÍNDICE

	Pág
1.- Resumen	5
2.- Introducción	6
3.- Antecedentes	8
4.- Planteamiento del problema	40
5.- Justificación	42
6.- Objetivos`	43
6.1. Objetivos generales	43
6.2. Objetivos específicos	43
7.- Metodología	44
8.- Resultados	46
9.- Discusión	68
10.- Conclusión	75
11.- Referencias	76
12.- Anexos	81

1. Resumen:

El cáncer oral es una enfermedad que va aumentando en México debido a diagnósticos tardíos por lo que el cirujano dentista debe conocer las condiciones predisponentes, características clínicas de lesiones asociadas a cáncer, métodos de diagnóstico que pudiera tener a su alcance y tratamiento para poder llevar un manejo adecuado del paciente.

Se determinó el conocimiento de los estudiantes del seminario de titulación respecto a factores de riesgo, condiciones predisponentes, lesiones asociadas a cáncer oral y exploración extraoral.

Se diseñó una encuesta con respuestas dicotómicas.

La población estuvo constituida por estudiantes pertenecientes al sexagésimo primer seminario de titulación.

La muestra estuvo conformada por 171 estudiantes presentes el día de la aplicación de la encuesta en la asignatura de metodología de la investigación en ambos turnos.

Se evaluaron 9 categorías en relación a conocimientos del cáncer oral, donde se obtuvo alto nivel de conocimiento en 2: Conceptos con 71.9% y manifestaciones orales con 84.8% mientras que en epidemiología con 15.2%, factores de riesgo 24.6% y localización de linfonodos con 35.1% se obtuvo un nivel de conocimiento regular.

Es necesario que los estudiantes conozcan los factores de riesgo que predisponen la enfermedad y es importante también que el odontólogo enseñe al paciente a autoexplorarse, aspecto basado en la norma 013 para así fomentar la cultura de prevención. Para ello se propone reforzar en el plan de estudios vigente de la carrera de Cirujano Dentista, la información con respecto a identificación de condiciones predisponentes y epidemiología de la enfermedad.

2. Introducción:

El cáncer según la OMS, es una enfermedad que se caracteriza por el desarrollo de células anormales que se dividen y diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo invadiendo y afectando tejidos sanos.

La prevalencia del cáncer oral va en aumento con el paso del tiempo, en 2007 en México se estimaba que un 4.3% de los carcinomas de cabeza y cuello correspondían a la cavidad oral, sin embargo para el 2017 se ha visto un aumento considerable pues los casos reportados han aumentado al 5% sin preferencia de edad y sexo, es decir, los casos se van incrementando de manera aleatoria y por desgracia más del 50% de ellos no tienen un pronóstico favorable puesto que, son detectados en etapas muy avanzadas.¹

La etiología del cáncer oral es multifactorial y en sus inicios es asintomático, por lo que el papel que juega el profesional de la salud bucal en la detección temprana de lesiones cancerizables es determinante para el manejo y pronóstico de los pacientes que lleguen a solicitar atención dental. Es obligación de dicho profesional conocer las estructuras intra y extraorales, los principales factores de riesgo y las condiciones que pudieran predisponer a un paciente al cáncer oral lo mejor posible, para así identificar la normalidad en la salud del mismo, pero más aún para poder reconocer cuando algo se encuentra fuera de lo normal.

Con base en los conocimientos del cirujano dentista será indispensable que este instruya al paciente para que sea capaz de detectar anomalías en su persona y así acuda a tiempo a revisión, de tal forma que haga posible realizar diagnóstico oportuno, para posteriormente remitirlo y se dé inicio al tratamiento.

Para realizar diagnósticos oportunos es obligatoria la evaluación integral del paciente, realizando una historia clínica completa que haga posible identificar los signos, síntomas y factores de riesgo predisponentes a lesiones cancerizables, que permita el registro de la exploración bucal completa, tomando en cuenta también la palpación de los ganglios de cabeza y cuello, principalmente los genianos, infraorbitarios, nasogenianos, submentonianos, submandibulares, submaxilares, parotídeos, occipitales, mastoideos, y las cadenas ganglionares cervical, submandibular, espinal accesoria y yugulo carotídea, dado que el cáncer oral es una enfermedad que puede generar metástasis.

El criterio adecuado y el conocimiento por parte del profesional de la salud bucal será determinante al momento de identificar lesiones cancerizables en boca, y que las mismas no sean confundidas con otras entidades patológicas (diagnóstico diferencial), restándole así importancia y retrasando el diagnóstico, permitiendo la evolución de la enfermedad y la diseminación de la misma a los tejidos subyacentes.

El promover el conocimiento de los factores de riesgo principales y el mostrar técnicas de autoexploración a los pacientes es una forma de prevenir y de interceptar cualquier anomalía que pudiera generarse en boca ya que es una de las zonas del cuerpo que puede ser explorada con mayor facilidad.

Es importante mencionar que se busca definir el grado de conocimientos sobre cáncer oral que tiene el estudiante de la carrera de cirujano dentista a punto de egresar al campo profesional y así brindar una herramienta que permita el refuerzo de los mismos, para que en el futuro sea posible la promoción de educación para la salud en la población mexicana, misma que estará a cargo del profesionalista de la salud oral, con respecto al cáncer oral logrando así una cultura de prevención y de diagnóstico oportuno.

3. Antecedentes:

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) define al cáncer como un conjunto de enfermedades relacionadas cuya característica principal es la división de células anormales sin control y la diseminación de las mismas en los tejidos provocando así su destrucción.¹

La Organización Mundial de la Salud lo define como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células que puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo. Suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.²

Es una de las causas principales de muerte alrededor del mundo. En 2012, hubo 14.1 millones de casos nuevos y 8.2 muertes relacionadas con el cáncer.

El 57 % de los nuevos casos de cáncer en 2012 ocurrieron en regiones menos desarrolladas del mundo que incluyen Centroamérica y partes de África y Asia; 65 % de las muertes por cáncer en el mundo también ocurrieron en estas regiones.

El número de casos nuevos de cáncer se prevé que aumente a cerca de 23,6 millones para 2030.¹

En México, para 1989, las neoplasias de la cavidad oral representaron el lugar número 15 para varones y el 19 para mujeres, de los cuales su incidencia predominó en el sexo masculino en un 63.5%, a diferencia del sexo femenino con un 36.5%; la edad promedio de aparición correspondió a 60 años; la lengua móvil fue el sitio más frecuente (75%), seguida de la base de la lengua (6%).³

El Instituto Nacional de Cancerología, sobre el período del 2000 al 2010, reportó un total de 1.573 casos de cáncer oral, con una mayor²⁹

prevalencia en 2004. La neoplasia con más incidencia fue la de cáncer de lengua con 259 casos reportados. De igual forma se reportan que el 65-75% de los casos en cavidad oral son diagnosticados en etapas tardías, por lo que la tasa de supervivencia a 5 años es del 80% para etapas iniciales.²⁹

Las malignidades de cabeza y cuello representan 17.6% de la totalidad de las neoplasias malignas en México. El 37% son específicamente de cavidad bucal, el 1.8% de glándulas salivales, y en su mayoría son diagnosticadas en etapas muy avanzadas, dejando al paciente con un pronóstico reservado y una pobre calidad de vida. El diagnóstico tardío es, en la mayoría de los casos, por falta de suspicacia del profesional de la salud responsable del manejo del paciente.⁹

Los tumores en cabeza y cuello se pueden dividir en dos grupos: Malignos y benignos.

Esta división se establece de acuerdo al desarrollo del tumor, es decir si infiltra tejidos adyacentes y si es capaz de migrar a otras partes del cuerpo para formar más tumores, si es así el tumor es maligno de lo contrario será benigno.

Algo importante a considerar de igual manera es que los tumores benignos una vez retirados no presentan recidiva, mientras que los tumores malignos si tiene la capacidad de volver a crecer después de un tiempo.⁴

Dentro de los tumores clasificados como malignos, el más frecuentemente presentado en cavidad oral es el carcinoma oral de células escamosas o epidermoide con el 95% de los casos reportados.

La etiología es desconocida sin embargo se asocia su aparición con el consumo de alcohol y tabaco, la exposición a rayos solares, deficiencias nutricionales y virus.

Aparece con mayor frecuencia en hombres que en mujeres a partir de los 40 a los 60 años de edad, sin embargo la exposición a los factores de riesgo pueden llegar a fomentar su aparición en edades más tempranas.⁵

Como se ha mencionado la etiología del cáncer oral es desconocida, sin embargo se sabe que el resultado de la interacción de varios factores de riesgo pueden actuar como agentes carcinógenos tales como el consumo de tabaco y alcohol, la combinación de los mismos, VPH (tipos 16, 18 y 31), dieta inadecuada, es decir, ingesta deficiente de frutas y verduras creando así un déficit de de vitaminas, en especial la A. Pacientes con déficit de vitamina A son considerados de alto riesgo para desarrollar lesiones malignas en cavidad oral. Se consideran también las radiaciones y la genética.^{6, 7, 8.}

Planteado lo anterior, con la finalidad de disminuir la incidencia de enfermedades como el cáncer oral, pues en un gran número de casos el diagnóstico es tardío, la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales pretende establecer y uniformar los criterios y procedimientos, que se llevan a cabo por los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos Mexicanos; así como, las estrategias, técnicas operativas y medidas de control y vigilancia epidemiológica necesarias en materia de salud pública, que deben realizarse por todo el personal de salud y en todos los establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

La Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015 es de lectura y cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional para el personal de la salud, establecimientos de atención médica y consultorios de sectores público, social, privado e instituciones formadoras de recursos humanos y gremiales en estomatología, que realicen acciones para la promoción de la salud bucal, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucodentales.¹⁰

Dentro de las disposiciones generales de esta norma es necesario mencionar los siguientes puntos:¹⁰

5.6. El personal de estomatología, debe estar capacitado para intervenir activamente en la promoción de la salud bucal, la prevención y detección oportuna de enfermedades bucales, para brindar atención integral de calidad al paciente, teniendo como marco la seguridad del paciente, el respeto a los derechos humanos, la no discriminación y la perspectiva de género, así como dar cumplimiento a la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, al Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, y al Programa Nacional de Derechos Humanos y demás disposiciones aplicables, evitando cualquier estigma y forma de exclusión contra los pacientes, en el ejercicio de sus labores.

5.7. El personal de estomatología, atendiendo las necesidades estomatológicas de la población mexicana, debe orientar y empoderar a las personas con base en la prevención, a través de acciones de promoción de la salud y protección específica bucal a nivel masivo, grupal e individual, diagnosticar, limitar el daño, rehabilitar, detectar y controlar los factores de riesgo de las enfermedades bucales, contribuyendo al logro del más alto grado posible de salud integral y calidad de vida de la población.

La Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015 menciona puntos a considerar para este trabajo, tales como:

6. Acciones educativas preventivas dirigidas a la comunidad:

6.1. Los estomatólogos, prestadores de servicios de salud y auxiliares del sector salud e instituciones públicas y formadores de recursos humanos para la salud, deben realizar las siguientes acciones a nivel grupal y colectivo:

6.1.1. Protección de la salud bucal, la cual debe tener un enfoque basado en factores de riesgo para prevenir las enfermedades bucodentales que¹⁰

afectan la salud general en los grupos menos favorecidos como son: escolares, mujeres embarazadas, los adolescentes, los adultos mayores, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas con VIH las personas con enfermedades crónicas degenerativas.

6.1.2. Realizar promoción para la salud bucal individual, grupal y colectiva, como parte de la salud integral, mediante el manejo y prevención de riesgos para la seguridad del paciente y del personal estomatológico:

6.1.2.1. Informar, orientar y capacitar a la población en general y en particular a los escolares, para desarrollar hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal mediante medidas preventivas, de atención y control de las enfermedades bucales.

6.1.2.2. Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral de las personas.

6.1.2.3. Promover el autocuidado y como realizar el autoexamen bucal rutinario.

6.1.2.4. Informar qué padecimientos bucales son factores de riesgo para el control de enfermedades sistémicas.

6.1.2.5. Orientar al paciente sobre los cuidados y mantenimiento de prótesis parciales y totales para su conservación y óptimo funcionamiento.

6.1.3. Orientar a las personas en los consultorios y salas de espera, respecto del autocuidado de la salud bucal, tanto de manera individual como colectiva, por medio de pláticas, demostraciones y diferentes auxiliares didácticos.¹⁰

6.2. Participar en la promoción de medidas preventivas dirigidas a la población en general y en especial a grupos menos favorecidos como son: escolares, mujeres embarazadas, los adolescentes, los adultos mayores, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas con VIH, las personas con enfermedades crónicas degenerativas.

7. Acciones educativas preventivas dirigidas a la persona.

Los estomatólogos, el promotor del sector salud, sector educativo y privado deben:

7.1. Realizar de forma obligatoria, acciones de promoción de la salud bucal y prevención de enfermedades bucales a cada persona, en cada cita, que acuda al consultorio de estomatología de acuerdo al grupo de edad y con base a factores de riesgo.

7.2. La prevención de las enfermedades bucales en el ámbito individual, debe orientarse:

7.2.1. Al mejoramiento de hábitos higiénico alimenticios;

7.2.2. A la eliminación de hábitos nocivos funcionales y para funcionales;

7.2.3. A la conservación saludable de la dentición temporal y permanente;

7.2.4. Al cuidado integral de la cavidad bucal;

7.2.7. Al diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación y control de estas enfermedades, y las medidas y estrategias que ayuden a mantener la salud bucal y general del paciente.¹⁰

7.5.6. Detectar y eliminar agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicológico que puedan ocasionar alteraciones gingivales y periodontales.

7.6. Lesiones de tejidos blandos y duros.

7.6.1. Efectuar examen clínico de los tejidos blandos, duros y estructuras adyacentes de la cavidad bucal, en forma semanal para su diagnóstico oportuno a través de:

7.6.1.1. Orientar y dar instrucción personalizada del autoexamen bucal, para detectar alteraciones,

7.6.1.2. Realizar la detección y eliminación de agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicológico que puedan ocasionar daño a los tejidos bucales y peribucales.

7.7 Lesiones premalignas y cáncer.^{10, 11.}

La prevención y detección precoz de cáncer oral se vuelve complicada al no tener las bases y fundamentos necesarios dentro de la formación como profesionalista, siendo un problema a nivel mundial; se han realizado varios estudios como los de Howard, Carter, Izaguirre y Corona para valorar el nivel de conocimiento de alumnos que cursan últimos años de carreras de la salud e incluso de profesionalistas que ya se encuentran ejerciéndolas por medio de múltiples cuestionarios, esto a lo largo de las últimas dos décadas donde se ha observado incremento considerable en los casos que se presentan de cáncer oral mundialmente.^{6, 7, 10, 17.}

En 2005, Howard y Castillo realizan un estudio, en el cual se mide el nivel de conocimiento de los alumnos de último año de la carrera de medicina en cinco universidades diferentes de Costa Rica: La

Universidad¹² Autónoma de Centroamérica (UACA), la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), la Universidad de Costa Rica, la Universidad Hispanoamericana, y la Universidad San Judas Tadeo.

El cuestionario aplicado fue dividido en dos: La primera sección constó de 10 preguntas, cuyas respuestas fueron abiertas, sobre conocimiento de cáncer bucal, que incluían: tipo histológico de cáncer más común en boca, signos y síntomas del cáncer bucal, los factores que aumentan el riesgo de desarrollarlo, localizaciones anatómicas más frecuentes, tratamiento del cáncer bucal y secuelas del mismo. Para poder evaluar esta parte se diseñó un índice, el cual asignaba puntos a las respuestas dependiendo si estas eran correctas o no, posteriormente se sacó un porcentaje con respecto al conocimiento, al sexo y universidad.

El segundo se enfocó en las características de los participantes, todos ellos pertenecientes al último año de la carrera de medicina.

Participaron en total 114 sujetos, de los cuales el 51% eran género masculino. La edad promedio fue de 24 años y el 95% tenía una edad entre 21 y 29 años, solo 5% tenían más de 30 años.

El 52% de los estudiantes mencionaron haber recibido información sobre patología bucal en el transcurso de la carrera.

Como resultado del instrumento construido se obtuvo que tan solo 19% de la muestra especificó de manera correcta el tipo de cáncer oral más frecuente.

Los signos clínicos principalmente mencionados fueron sangrado, ulceración, tumoración y cambios de color en la mucosa, tales como eritroplasia y leucoplasia.

Los síntomas que más se mencionaron fueron dolor, sangrado, disfagia y halitosis, datos que se mantienen de forma similar entre las universidades encuestadas. Se tomaron en cuenta otros síntomas de manera más aislada, tales como: Dificultad para comer, pérdida del sentido ¹²

del gusto, dificultad para respirar, epistaxis, ardor, anorexia, pérdida de sensibilidad o parestesia y limitación de la función.

Se mencionaron como principales factores de riesgo: el tabaquismo, los antecedentes familiares, el alcohol y los malos hábitos de higiene.

Con respecto a los factores sexo y edad, el 73% consideró que el cáncer oral afecta a hombres con mayor frecuencia, el 15% respondió que a ambos sexos y el 10% omitió su respuesta.

En cuanto a la edad, el 73% de la muestra mencionó que la enfermedad afecta a personas mayores de 40 años en adelante, el 10% no dio respuesta.

En la localización anatómica, se dieron respuestas poco específicas, sin embargo, se indicó la lengua, los labios, encías, paladar blando y carrillos. De igual manera, de forma más aislada se presentaron respuestas como: bordes laterales de la lengua, glándulas salivales, paladar duro, base de la lengua, labio superior y mucosa alveolar.

Como parte del tratamiento, los alumnos encuestados indicaron cirugía y radioterapia. Y en cuanto a las secuelas de los mismos, se indicaron deformidad, disfagia, disfonía y limitación de la función en la zona afectada. Con toda la información antes mencionada se evaluaron las encuestas con un indicador especialmente diseñado para las mismas, donde se construyó un índice de conocimientos sobre el cáncer bucal, sumando los puntos de las preguntas C1 a C10, se le asignó un punto a cada respuesta correcta, 0.5 a respuestas parcialmente correctas y 0 en aquellos caso en los que se respondía de manera incorrecta o no conocían la respuesta.

El puntaje del índice variaba de 0, cuando no sabían nada, a 20 cuando respondían correctamente todo. Las preguntas del cuestionario no tenían

12

el mismo valor, sino que dependían del número de ítemes que las componían (uno, dos o tres).

El indicador resultó con un coeficiente de confiabilidad de 0.727. El valor promedio del mismo fue de 39.8%, con un mínimo de 5% y un máximo de 77.5%, no encontrando diferencias significativas en el conocimiento entre sexos, aunque los hombres presentaron un 41.7%, porcentaje mayor que el de las mujeres (36.8%).

Los porcentajes entre universidades tampoco presentaron diferencias significativas, sin embargo, existió diferencia entre los alumnos que manifestaron haber recibido información sobre cáncer bucal con un 43.8% frente a los que no recibieron información con un 34.5%.

La mayoría de los alumnos se encuentran interesados en reforzar conocimientos para poder aplicarlos en la práctica general, ya que el encargado de diagnosticar el cáncer oral como tal es el Odontólogo pero la mayoría de los pacientes antes de acudir con uno, tienden a solicitar consulta con el médico general, que en la inspección puede llegar a omitir ciertas características presentes en el paciente y siendo que el cáncer en sus etapas iniciales es asintomático, se puede llegar a retrasar el diagnóstico, complicando el tratamiento y restando calidad y promedio de vida al paciente.¹²

En Reino Unido se desarrolló un estudio que permitió evaluar el conocimiento por parte de los estudiantes de medicina y odontología con respecto al cáncer oral. Dicha investigación la llevó a cabo Carter en 2007, en la Universidad de Dundee.

El cuestionario fue entregado a alumnos de segundo, tercero, cuarto y quinto año de medicina y a los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de odontología. Los criterios de inclusión contemplaron a¹³

alumnos que hubieran recibido enseñanza previa sobre enfermedades orales, incluyendo el cáncer oral. Fue un cuestionario de 12 preguntas, las cuales incluían conocimientos sobre lesiones de la mucosa oral, la forma y frecuencia con la que el estudiante realiza el examen intraoral a los pacientes, los factores de riesgo y oportunidad de revisar a pacientes con lesiones orales.

El 99% de los estudiantes de odontología examinaban la mucosa oral de sus pacientes, mientras que solo 28% de estudiantes de medicina lo hacía.

Al preguntarles sobre qué factores de riesgo consideraban determinantes para el desarrollo de cáncer oral, hubo respuestas muy variadas. Los estudiantes de odontología identificaron mejor los factores de riesgo en comparación con los estudiantes de medicina.

El 100% de la muestra de estudiantes de odontología y el 93% de estudiantes de medicina identificaron el tabaquismo como factor de riesgo.

El alcohol el 94% de los estudiantes de odontología y 33% de los estudiantes de medicina.

El 93% de los estudiantes de odontología y el 67% de los de medicina informaron que asesoraban a sus pacientes respecto a los factores de riesgo.

Los estudiantes de los últimos años fueron los que reportaron haber tenido la oportunidad de examinar a pacientes con lesiones orales, los estudiantes de odontología con 88% y los de medicina con 61%. La mayoría de los estudiantes de odontología reportaron sentirse muy bien o bien informados acerca de la apariencia clínica del cáncer oral.

Se les cuestionó sobre los cambios en boca que se pueden asociar con el cáncer oral, hubo de igual manera una variedad de respuestas.¹³

La mayoría de los estudiantes de odontología con respecto a los de medicina identificaron la eritroplasia y la leucoplasia como principales cambios asociados a cáncer.

El 34% de los estudiantes de odontología y el 93% de los estudiantes de medicina de los últimos años consideraron que no tenían los conocimientos suficientes acerca de la prevención y la detección precoz del cáncer oral.

El 90% de la muestra total solicitó más información sobre cáncer oral dentro de los planes de estudio que llevaban.

Con mayor frecuencia los estudiantes de odontología examinan los tejidos blandos de la boca del paciente como parte de la revisión rutinaria, mientras que los alumnos de medicina lo hacen solo si es necesario, es decir que el paciente refiera alguna molestia. A pesar de esto y que el encargado de la salud bucal es el odontólogo, los médicos generales tienen más probabilidades de recibir pacientes que tienen un mayor riesgo de cáncer oral y que incluso ya presentan lesiones predisponentes a dicha enfermedad.¹³

De la misma forma, Ogden realizó un estudio sobre la conciencia entre estudiantes de la facultad de odontología en la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán, Irán en el 2010.

En Irán los programas de estudio de odontología duran seis años y comienzan la práctica clínica hasta el tercer año, por lo que la encuesta se les dio a partir de ese nivel. Para poder participar en el estudio se requirió que los alumnos ya hubieran tenido información sobre cáncer oral, esto durante sus clases de patología oral, medicina bucal y cirugía oral, así como también se les requirió tener alguna experiencia clínica.¹⁴

Fueron 12 preguntas las que integraron el instrumento, se les cuestionó acerca de prevención, de las lesiones en la mucosa oral, y de la forma en como realizaban la revisión intraoral a pacientes.

Fueron 165 participantes, 97 mujeres y 68 hombres con una edad promedio de 23 años.

Cuando se preguntó sobre si ellos examinaban rutinariamente los tejidos blandos intraorales de los pacientes, el 65.5% (108 alumnos) respondió afirmativamente, con diferencias estadísticamente significativas entre los años académicos. De los 57 alumnos que respondieron no a la pregunta anterior, el 50.9% (29 alumnos) solo revisaban a los pacientes que con respecto a la historia clínica presentaban un riesgo potencial a padecer cáncer oral. De los 29 alumnos, 27 reconocieron el tabaquismo como factor de riesgo importante para cáncer oral, 17 mencionaron la combinación de alcohol y tabaco como potencial factor de riesgo.

Al cuestionarles cuales eran los principales factores de riesgo a considerar para cáncer oral, los dos principales fueron tabaquismo con 87.9% y el consumo de alcohol con el 47.3%.

El 77.6%, es decir 128 estudiantes, dijeron que instruían a sus pacientes con respecto a los factores de riesgo para cáncer oral. El porcentaje más alto fue de 80.9% en el cuarto año y el más bajo fue el 70% en el último año de los participantes.

Sin embargo no se mostró diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes grados.

Cuando se les cuestionó si habían tenido la oportunidad de examinar a pacientes con lesiones orales, 55.2% de los estudiantes respondió de manera afirmativa. Esto varió entre 8.3% en estudiantes de 3er año a 78.6% en 5 años.¹⁴

Al cuestionarles acerca sobre cómo se sentían respecto a poder reconocer clínicamente cáncer oral, solo 1.8%, es decir 3 alumnos se sentían muy bien informados. El 20.6%, es decir 34 consideraban que estaban bien informados, mientras que el 50.3%, 83 alumnos y el 27.3%, 45 estudiantes se consideraban debidamente informados y mal informados, respectivamente.

Cuestionando que cambios dentro de la boca se pueden asociar con el cáncer oral, la ulceración fue la más frecuente con 62.4%, seguido de parche blanco con 39.4%, pastilla roja con 37.6% y eritroplasias y leucoplasias propiamente con el 21.8%.

El 61.2%, de la muestra, un equivalente a 101 alumnos prefirió referir a pacientes con lesiones orales a especialistas en medicina oral, seguido por los cirujanos orales y maxilofaciales.

El 63.0% del total de alumnos, que representan 104 de 165 sienten que no tienen suficiente conocimiento sobre el cáncer oral y 86.7%, es decir 143 estudiantes expresaron su deseo de disponer de más información sobre el cáncer oral.¹⁴

Con el objetivo de evaluar los conocimientos sobre la prevención, reconocimiento y detección de cáncer oral Božana Lončar Brzak y colaboradores en el año 2012 realizaron una encuesta a estudiantes de odontología de pregrado de 4to y 5to año de la Universidad Zagreb, Croacia, en la escuela de Medicina Dental, departamento de medicina oral.

La participación de los sujetos fue voluntaria y anónima, teniendo un total de 207 estudiantes, 122 de 4to año (94.6% del total de los alumnos de 4to año) y 85 de 5to (95.5% del total de los estudiantes de 5to año) de edades entre los 21 y 28 años de edad.¹⁵

Se hicieron varias preguntas, incluyendo: Si ellos revisaban cotidianamente los tejidos blandos intraorales de sus pacientes, el 72.46% respondió que sí. Posteriormente se les preguntó sobre los factores de riesgo, a lo que el 94.2% respondió que el consumo de tabaco y alcohol son los principales, en este apartado hubo una diferencia significativa entre los estudiantes de 4to año (17.21%) y los de 5to año (78.82%).

Cuando se les preguntó si ellos concientizaban a sus pacientes sobre los factores de riesgo para padecer cáncer, el 60.87% respondió que lo hacían comentándoles cuales eran los mismos y de esta manera fomentar en la modificación de hábitos predisponentes a cáncer oral. Se cuestionó si habían tenido la oportunidad de examinar a pacientes con lesiones premalignas en boca, a lo que el 18.82% de los estudiantes de 5to y el 1.64% de 4to respondieron que sí, lo cual indica que los estudiantes de 5to año están más informados con respecto a este tema.

Al pedirles que definieran que cambios se observaban en boca cuando se asocia alguna lesión a presencia de cáncer, el 69.41% de 5to y el 18.85% de 4to respondieron que se presentaba eritroplasia. El 88.23% de estudiantes de 5to año y el 47.54% de 4to respondieron leucoplasia.

Coincidieron todos en que, una vez que se ha detectado una lesión en boca asociada a cáncer oral, es necesario referir al paciente, en este caso, al departamento de medicina oral. De igual manera coincidieron en que es necesario referir al especialista, ya que son lesiones que el Cirujano Dentista de práctica general no puede tratar.

En cuanto a conocimientos, el 72.95% de los estudiantes de 4to y el 30.58% de los de 5to año no sienten que sea suficiente la información que poseen para poder fomentar la prevención y la detección precoz del cáncer oral. Solo el 9.41%(5to año) y el 0.81% (4to año) de los estudiantes consideran tener los conocimientos suficientes.¹⁵

El 69.67% de los estudiantes de 4to año y el 42.35% de los de 5to piensan que la información que se les brindó en el transcurso de su carrera universitaria no fue suficiente. Más del 90% del alumnado encuestado manifestó estar interesado en obtener más información mediante la educación continua.

Con respecto a los cuestionamientos que requerían una mayor descripción, los estudiantes no dieron respuestas concretas.

En conclusión, la respuesta de ambos grupos fue alta, no obstante los estudiantes del 5to año tuvieron respuestas más claras y concretas con respecto a los de 4to año, esto debido a que en 5to año tienen 2 horas más de práctica clínica y más horas teóricas de medicina oral, por lo que les fue más sencillo identificar los factores de riesgo y los tipos de lesiones premalignas que se presentan en boca.¹⁵

Dentro de este marco Izaguirre en 2012, realizó un estudio sobre el nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes del último año de la carrera de odontología en 3 universidades diferentes en Perú, Lima.

Se seleccionaron a 150 estudiantes de tres universidades diferentes, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 42 (28%), de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 36 (24%) y de la Universidad Nacional Federico Villareal 72 (48%).

Se realizó un cuestionario que constó de veinticuatro preguntas, para evaluar se otorgó un punto por cada respuesta correcta, agrupando los resultados bajo los rangos: Bajo Menos o igual a 12 puntos (<50%), regular de 12 a 15 puntos (>50%-65%) y alto >16 puntos (>65%).

Las preguntas también fueron divididas en secciones: Epidemiología, etiopatogenia, diagnostico, tratamiento y complicaciones y prevención.

De la muestra el 56.7% fueron del género masculino y el 43.3% femenino.

16

El reporte de los resultados arrojó que en cuanto a los conocimientos de epidemiología del cáncer oral, el 36.7% tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 44% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 18.7% un nivel de conocimiento alto.

El nivel de conocimiento por universidad fue: en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 31% de los estudiantes obtuvo nivel bajo, el 38% regular y el 31% alto. El 39% de los estudiantes de Universidad Nacional Federico Villareal tuvieron nivel bajo, el 36% regular y el 25% bajo. El 39% de los alumnos de Universidad Peruana Cayetano Heredia tuvieron nivel bajo, el 53% regular y el 8% alto.

En cuanto a la etiología del cáncer oral, es decir factores de riesgo, el 20% de los encuestados obtuvo un nivel de conocimiento bajo, el 65.3% tuvo un nivel regular y el 14.7% tuvo un nivel de conocimiento alto. Según la universidad, el 17% de los estudiantes de Universidad Nacional Mayor de San Marcos tuvieron un nivel bajo, el 67% nivel regular y el 17% nivel alto. El 22% de los estudiantes de Universidad Nacional Federico Villareal tuvieron nivel bajo, el 67% regular y el 11% alto. Y por último, el 21% de los estudiantes de Universidad Peruana Cayetano Heredia tuvieron nivel bajo, 64% regular y 15% alto.

Con respecto al diagnóstico, signos y síntomas del cáncer oral, el 43% tuvo un nivel de conocimiento alto, el 46.7% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 12% tuvo un nivel de conocimiento bajo.

Según la universidad, el 2% de los estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tuvieron un nivel bajo, el 31% regular y el 67% alto. El 85 de los alumnos de Universidad Nacional Federico Villareal tuvieron nivel bajo, el 53% regular y el 39% nivel alto. El 19% de los pertenecientes a Universidad Peruana Cayetano Heredia tuvieron un nivel bajo, 53% regular y 28% alto.¹⁶

Para el tratamiento y complicaciones del cáncer oral, el 49.3% de los estudiantes tuvo nivel de conocimiento bajo, el 41.3% nivel regular y el 9.3% tuvo nivel de conocimiento alto. Según la universidad, el 52.3% de los estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tuvieron nivel de conocimiento bajo, el 33.3% regular y el 14.3% alto. El 47% de los estudiantes de la Universidad Nacional Federico Villareal obtuvieron nivel bajo, el 39% regular y el 14% bajo. El 49% de los estudiantes de Universidad Peruana Cayetano Heredia tuvieron nivel bajo en conocimientos, el 47% regular y el 4% alto. ¹⁶

De igual manera Puentes, realizó un estudio en 2014, en Mérida, Venezuela. El objetivo de dicha investigación era la valoración del⁹nivel de conocimiento sobre las patologías labiales por parte del odontólogo del sector privado.

La muestra constó de 81 odontólogos que trabajan en el sector privado de Mérida, Venezuela, que son el 10% de la base de datos actualizada que tiene dicho estado.

El instrumento para hacer la medición del conocimiento fue un cuestionario que constó de 20 preguntas.

Para asignar el nivel de conocimiento a los resultados de los cuestionarios, se categorizaron de la siguiente manera: de 0% a 19.9% muy bajo, de 20% a 39.9% bajo, 40% a 59.9% medio, 60% a 79.9% alto y 80% a 100% muy alto.

Se encontró que del total de encuestados el 38.27%, el porcentaje mayor, llevaban ejerciendo entre 5 y 10 años, el 32.10% llevaban menos de 5 años y por último el 29.63% llevaban más de 10 años. El 50.62% afirmaba poseer estudios de posgrado en alguna especialidad. ¹⁷

El 76.54% de los encuestados consideraron que las patologías labiales eran frecuentes y un 90.12% afirmaron que habían llegado pacientes con dichas patologías a consulta odontológica. Sin embargo, la mayoría de estos, el 69.14%, indicaron que no las trataban, las referían (86.42%) al especialista, siendo el patólogo bucal el mayor solicitado (63.75%).

En las preguntas se incluyeron diferentes patologías labiales, en cuanto a los factores de riesgo que pueden generar lesiones en labios, el 91.36% contestó de manera acertada.

En cuanto a las características clínicas del hemangioma, el 87.65% de la población encuestada contestó correctamente.

Con respecto a la identificación de la lesión labial con características clínicas de: crecimiento exofítico, base pediculada, aspecto de coliflor, superficie blanquecina, el 79.01% de los encuestados contestó de manera correcta, y resultados similares del 76.54% se obtuvieron al indagar acerca de la identificación clínica del labio hendido.

La mayoría de los odontólogos encuestados acertó acerca del tratamiento en alteraciones como el lipoma (85.19%) y los gránulos de Fordyce (82.72%), no fue así para el tratamiento de elección del mucocele (62,96%).

El 72.84% de la población encuestada conoce las características clínicas del herpes labial recidivante.

Una alta cantidad de odontólogos, el 80.24%, no supo clasificar las patologías labiales de acuerdo a su agente causal.

El 77.76% respondió de manera incorrecta en relación a la identificación clínica del carcinoma de labio.¹⁷

Un 56.79% de los encuestados contestó de manera incorrecta a la pregunta que describía las características clínicas de la Queilitis.

Con respecto a las preguntas que tenían que ver con el diagnóstico de patologías, el 53.09% respondió de manera incorrecta.

Se observó que las patologías que suelen presentarse con mayor frecuencia son las más sencillas de identificar para los odontólogos, aquellas que poseen signos particulares y patognomónicos. Mientras que las que no son tan particulares y frecuentes son de difícil identificación y diagnóstico, entre ellas los carcinomas de labio, lo cual impacta de manera negativa en la forma en que se va a tratar a esos pacientes, ya que el retraso en el diagnóstico solo disminuirá las probabilidades de supervivencia del enfermo.¹⁷

Mientras tanto Dumitrescu y col. realizaron una investigación sobre conocimiento de cáncer oral en estudiantes de pregrado en el año 2014, en la facultad de medicina de la Universidad “LucianBlaga”, Sibiu, Rumania.

Se menciona en el artículo la incidencia que hay de cáncer oral en Rumania del 2.1%, sin embargo la tasa de mortalidad es alta, afectando con mayor frecuencia a los hombres.

Participaron 192 alumnos. La muestra constó de 139 mujeres y 53 hombres.

El 0.6% de los alumnos refirió antecedentes de cáncer oral en su familia, mientras que el 1.1% de los mismos manifestó que en algún momento habían padecido ellos algún tipo de cáncer, mientras que el 26.1% en su familia tuvo algún enfermo de otros tipos de cáncer.

Se incluyeron preguntas sobre factores de riesgo, signos, síntomas, diagnóstico.¹⁸

Se le asignó puntuación de 1 a cada respuesta correcta, fueron un total de 26 variables.

En cuanto al conocimiento de los factores de riesgo, la mayoría reconoce el tabaco (96.8%), una lesión previa en boca (85.1%), el consumo de alcohol (77.7%) y la edad (64.2%). Al menos el 54% identificó también al VPH como factor de riesgo, y el 21.2% el bajo consumo de frutas y verduras en la dieta.

El 56% era consciente de que el cáncer oral se diagnostica más a menudo en una etapa avanzada, pero el conocimiento es poco con respecto a las características específicas: sólo el 27.1% de los alumnos sabían que los pacientes son asintomáticos en las fases tempranas de la enfermedad, el 22.9% sabía que el carcinoma de células escamosas es la forma más común de cáncer oral, el 15.3% de la muestra sabía que los sitios donde aparece con mayor frecuencia el cáncer oral es en la zona ventral de la lengua y en los bordes laterales de la lengua, y el 37.5% sabía que los ganglios linfáticos invadidos con cáncer a la palpación son de consistencia dura, indolora, ya sea móvil o fijos.

Sin embargo, el 46.3% de los alumnos sabían que la apariencia clínica de una lesión maligna, es pequeña, indolora, ya sea roja o blanca.

El 87.7 y 54.3% identificaron la lengua y el piso de boca como los sitios más comunes de cáncer oral.

De la muestra, el 58.9% conoce todos los componentes de la lengua y sabía como explorarla.

El 49.5% conoce la eritroplasia y la leucoplasia como las lesiones precursoras asociadas a cáncer en boca. El 61.8% de los participantes sabían que el discontinuar el uso del tabaco puede ayudar a que lesiones en boca se resuelvan antes de que se malignicen. ¹⁸

Por su parte en 2014, Ramaswamy realizó, un estudio para medir el grado de conocimientos y las acciones tomadas por alumnos de posgrado de escuelas de odontología en Andhra Pradesh, India.

En esta parte del mundo el artículo menciona que la incidencia de tumores en cabeza y cuello es más alta que en los países occidentales, el cáncer oral representa un 30 a 40 % de los tumores presentados en India con respecto al 2 a 4% presentado en otras partes del mundo.

Como es sabido, es uno de los cánceres más agresivos y que tiene peor pronóstico para los pacientes, puesto que la expectativa de vida posterior al tratamiento es de 5 años si es que es posible darles tratamiento, ya que la mayoría de las veces es detectada en fases muy avanzadas.

Fue un cuestionario de 10 preguntas, que incluían factores de riesgo, signos, tratamiento y complicaciones del mismo, y fue aplicado en 12 escuelas de odontología en Andhra Pradesh, India.

Fue un total de 450 alumnos, 296 hombres y 154 mujeres en las diferentes especialidades que hay en las escuelas.

El 90% de los estudiantes respondieron que si exploraban la mucosa oral de sus pacientes.

Se cuestionó acerca de que parte usualmente no inspeccionan al momento de la exploración: El 60% de los estudiantes contestó piso de boca, el 18% paladar y el 13% vestíbulo, siendo que los lugares más comunes donde se presenta el cáncer oral son la lengua, la orofaringe, seguidas del piso de boca.

La mayoría de los estudiantes eran conscientes de hábitos que son los principales factores de riesgo, el 94%. (Tabaco y alcohol).¹⁹

Un significativo número de alumnos, el 50%, identificó lesiones ulcerativas o proliferativas de color rojo o blanco como los principales cambios que se asocian a cáncer oral, el 32% consideró que las ulceraciones ya son suficiente para asociar cáncer en el paciente.

El 67% de los estudiantes opinaron que el tratamiento del cáncer oral dependerá del sitio y la extensión de la lesión detectada.

Al preguntarles cuál era la complicación más común que encontraban en los pacientes sometidos a radioterapia, el 70% respondió mucositis.

Con respecto al conocimiento sobre pacientes que requieren extracciones y que serán sometidos a radioterapia, el 58% de los estudiantes afirmaron que se deben realizar por lo menos 2 semanas antes de que el paciente sea sometido a tratamiento mientras que el 27% manifestaron que se contraindica el tratamiento.

Se les cuestionó sobre como normalmente se encargan de las complicaciones o secuelas que deja en boca la radiación y el 58% de los estudiantes respondió que referiría a los pacientes con dentistas generales mientras que el 27% al oncólogo.

De la misma manera que en otros estudios alrededor del mundo, los autores hacen la sugerencia de que es necesario implementar programas de educación continua que permitan al estudiante de licenciatura y posgrado en odontología actualizar sus conocimientos sobre cáncer oral para así poder brindar una mejor atención a los pacientes y sobre todo poder realizar diagnósticos en etapas iniciales.¹⁹

Por su parte, Porras realizó un estudio del nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes de séptimo a noveno semestre de la²⁰

escuela profesional de estomatología de la Universidad Tecnológica de los Andes, esto en el año 2015.

El estudio constó de una muestra de 102 participantes, 40 de séptimo semestre, 36 de octavo semestre y 26 de noveno semestre. Del mismo modo que en varios estudios ya antes mencionados la encuesta se dividió en segmentos, los cuales abarcaban: Epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención.

El 94.10% de la muestra no había tenido ningún contacto con pacientes enfermos de cáncer, mientras que el 5.90% ya había tenido que enfrentarse a algún paciente con cáncer oral.

En cuanto a la epidemiología el 46.1% de la muestra tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 40.2% tuvo un nivel regular y el 13.7% un nivel de conocimiento alto.

En la etiología los participantes que obtuvieron nivel de conocimiento bajo fue un 38.20%, regular 31.40% y por último los de nivel alto representaron el 30.4%.

El nivel de conocimientos sobre diagnóstico, signos y síntomas del cáncer oral fue de 29.40% obtuvo un nivel alto, 54.90% tuvo un nivel regular y el 15.70% tuvo un nivel de conocimiento bajo.

Al indicar el tratamiento del cáncer oral, el 46.1% de los estudiantes obtuvo conocimiento bajo, el 44.1% regular y el 9.85 alto.

Posteriormente al evaluar la prevención se obtuvo un 12.70% de estudiantes con conocimiento bajo, el 56.90% de estudiantes con conocimiento regular y el 30.40% tuvo un nivel de conocimiento alto en esta sección del cuestionario. ²⁰

El puntaje mínimo obtenido en la encuesta fue de 6 puntos y el máximo de 19 puntos.

La valoración final de los resultados determinó el porcentaje general con respecto a los conocimientos de los estudiantes encuestados, de 102 participantes el 43.1% tuvo un nivel regular en conocimientos sobre cáncer oral, el 40.2% obtuvo un nivel de conocimiento y el 16.7% tuvo un nivel de conocimiento alto.

Al desglosar los resultados de acuerdo a los semestres, el conocimiento sobre cáncer oral en el séptimo grado fue, alto en el 20%, regular en el 35% y bajo en el 47.5% de ellos. Los estudiantes de octavo grado obtuvieron: 11.1% nivel alto, 38.9% nivel regular y 50% nivel bajo. Los estudiantes de noveno grado tuvieron un 19.2% nivel alto, el 65.4% nivel regular y 15.4% nivel bajo.

De esa manera se concluyó que el semestre que cursan los estudiantes es determinante para establecer mayor grado de conocimiento a pesar de que el porcentaje que predominó fue el de nivel de conocimientos regulares entre la mayoría de los participantes.²⁰

Con la misma finalidad que los autores ya mencionados, Jayasinghe en el 2016, realizó un estudio para medir la conciencia de los alumnos de pregrado de medicina y odontología con respecto al cáncer oral y las lesiones o estados que se pueden considerar como potencialmente malignos, esto en Sri Lanka, Asia debido a que en este país el cáncer oral es común encontrarlo y representa el 18.2% de los cánceres que presenta la población y el 9.3% de los que tienen una alta tasa de mortalidad.

El estudio se llevó acabo en la Universidad de Peradeniya, Sri Lanka. Fueron incluidos todos los estudiantes de pregrado de la facultad de medicina y odontología. La muestra estuvo compuesta en total²¹

por 1006 estudiantes, 748 (74.3%) eran estudiantes de medicina. La mayoría mujeres, el 60.5%.

Como en otros estudios, se realizó una división en secciones para poder aplicar el cuestionario. En esta ocasión la primera parte contenía datos del encuestado y la segunda contenía preguntas con respecto al cáncer oral.

El 90% de los estudiantes de odontología y el 34.5% de los de medicina reconocieron el carcinoma de células escamosas como el más frecuentemente presentado.

El 95.2% reconoció como factor de riesgo inicial el mascar betel con tabaco y arecanut (plantas características de ese país), posteriormente el 93.8% de ellos identificó el fumar como factor determinante. Tan solo el 29% de los estudiantes de medicina eran conscientes de que la fibrosis submucosa oral es un estado maligno. Tan solo el 36% identificó a la leucoplasia como estado predisponente a cáncer oral.

Aproximadamente la tercera parte de la muestra creen que la detección precoz del cáncer oral es complicada. Con respecto al tratamiento los participantes tuvieron ideas distintas e incorrectas. Tan solo el 11% conocía la tasa de supervivencia a 5 años del cáncer oral.

Solo el 10.7% de los encuestados tenían un conocimiento sólido con respecto a los desordenes orales potencialmente malignos y el cáncer oral, mientras que el 12.5% de ellos tuvo conocimientos muy pobres.

Entre los participantes el consumo de alcohol y las lesiones como la eritroplasia no fueron identificados como principales factores de riesgo, cuestión que hace ver la importancia de reforzar estos temas dentro de los planes de estudio.

El conocimiento con respecto al cáncer oral fue bajo en general. ²¹

En el año 2016, en Sao Pablo, Brasil, Ribeiro da Silva realiza un estudio comparativo sobre los conocimientos en cáncer oral de un grupo de alumnos de pregrado del primer y séptimo semestre de la carrera de odontología. El estudio evaluó que tanto era el grado de conocimientos con respecto a etiología, la epidemiología, factores de riesgo, síntomas, características clínicas, tratamiento, pronóstico y prevención, el cuestionario fue de 15 preguntas.

Se dividió la muestra en 2 grupos de acuerdo al semestre que cursaban los alumnos, 25 de primero (Grupo A) y 25 de séptimo (Grupo B).

En las preguntas sobre epidemiología los estudiantes de séptimo semestre tuvieron una amplia ventaja sobre los de primer semestre, sin embargo el 84% del grupo A y el 36% del grupo B respondieron que la enfermedad se presentaba con la misma frecuencia en ambos sexos. Aproximadamente el 60% del grupo A y el 12% del grupo B respondió que las lesiones afectan por igual a caucásicos y negros. Además, el 56% de los estudiantes en el grupo A y el 16% del grupo B pensaban que la enfermedad tuvo lugar principalmente en las personas de edades comprendidas entre los 20 y los 40 años.

Con respecto a los factores de riesgo, el 91.6% de los estudiantes del séptimo semestre y el 64.0% de primer semestre indicaron de manera correcta que el tabaquismo es el principal factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Aproximadamente el 24% del grupo A indicó que la herencia genética era el principal factor de riesgo y el 12% de ese mismo grupo declaró que no existían factores de riesgo para esta enfermedad como tal.

Igualmente el porcentaje de respuestas correctas mostraron diferencias significativas entre una muestra y otra, obteniendo el mayor el grupo B.²²

El 56% del grupo A afirmó que solo el dentista debe hacer el examen en cavidad oral de manera rutinaria. Y aproximadamente el 61% de los estudiantes de primer semestre y el 29% de los de séptimo indicaron que el odontólogo es el profesional responsable del tratamiento de la enfermedad.

Comparando, en los participantes de primer semestre hubo menos respuestas correctas con respecto al género, etnia, edad, factores de riesgo, síntomas, el auto examen, tratamiento y profesional responsable para el tratamiento, lo que en los estudiantes de séptimo semestre no ocurrió, ya que solamente hubo puntajes bajos en el género, los síntomas y el profesional responsable para el tratamiento.

Los resultados anteriores permitieron establecer la conclusión de que los estudiantes de séptimo semestre, tuvieron resultados mucho más altos en comparación con los alumnos de primer semestre, sin embargo tenían deficiencia en conocimientos sobre el género más frecuentemente afectado, los síntomas y el profesional responsable, haciendo de esta manera propenso el diagnóstico tardío.²²

Dentro del mismo contexto de investigación, en el 2017, Corona López, realizó un estudio en la Facultad de Odontología y la DEPEI de la Universidad Nacional Autónoma de México, para medir el conocimiento de los estudiantes de un grupo de cuarto año de la licenciatura y de primer año de la especialidad en cuanto a cáncer oral.

La población de estudio estuvo constituida por diez y seis estudiantes de pregrado y 20 de posgrado de la Facultad de Odontología, UNAM.

Las variables a considerar en el estudio se dividieron en 3 grupos: Etiopatogenia, que hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce el cáncer oral, manifestaciones en boca, que son los signos evidentes de la enfermedad y tratamiento, que serán el conjunto

de²³medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio del cáncer oral.

Posteriormente se hizo otra división en secciones, que incluían: Epidemiología, etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento y complicaciones y factores de riesgo.

El cuestionario aplicado se obtuvo de un trabajo ya publicado en Perú, durante el año 2012.

Como resultados se mencionan que hubo un total de 19 alumnos de pregrado y 21 de posgrado encuestados, de los cuales, el 73% fueron sexo femenino y el 27% masculino.

En la primera sección sobre epidemiología, que incluyó 3 preguntas, el 15% respondió de manera incorrecta todo, otro 15% respondió de manera correcta las 3 preguntas.

En el segundo apartado, no hubo respuestas nulas, 7% respondió 2 de 5 preguntas, 3% respondió 3, 48% respondió 4 y solo el 30% respondió todo.

En la tercera parte del cuestionario se observó que la mayoría de los alumnos contestó 8 de las 9 preguntas que la componían.

En la cuarta sección el 27% de los estudiantes no pudo contestar las preguntas que incluía esta sección, mientras que solo el 8% pudo contestar todas de manera correcta, el 40% solo respondió una pregunta.

En la quinta parte, tan solo el 40% respondió de manera correcta, es decir, 9 alumnos de posgrado y 7 de licenciatura.²³

Se encontró que no hay una diferencia significativa entre los conocimientos de alumnos de pregrado y posgrado ya que no huboun solo cuestionario que tuviera todas las respuestas contestadas de manera correcta, por lo que el autor sugiere reforzar el tema de cáncer oral dentro de los programas de estudio de la licenciatura, con la finalidad de brindar mayor preparación a los futuros cirujanos dentistas para poder diagnosticar de manera adecuada y a tiempo las lesiones cancerizables, ya que de esto dependerá la calidad y esperanza de vida de los pacientes.²³

Gutiérrez Apaza en 2017 realiza un estudio en la ciudad de Puno, Perú con respecto a los conocimientos que debe tener el cirujano dentista para el diagnóstico y tratamiento de cáncer.

La muestra fue de 143 cirujanos dentistas capacitados para ejercer la profesión, se hicieron preguntas referentes a la epidemiología, la etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento y prevención. Fue un total de 25 preguntas.

De la muestra el 53.8% (77) era de género masculino y el 46.2% femenino (66). En el primer apartado sobre epidemiología, de los 143 encuestados el 42% fue calificado con conocimiento deficiente, el 55.2% regular y tan solo el 2.8% eficiente.

En la etiopatogenia el 30.1% tuvo un conocimiento deficiente, el 54.5% regular y el 15.4% eficiente.

En cuanto al diagnóstico, el 51.7% de la muestra obtuvo conocimiento deficiente, 46.2% fue regular y solo el 2.1% fue eficiente.

En el tratamiento el 33.6% mostró conocimientos deficiente, el 65.1% regular y el 1.4% eficiente.²⁴

El 21% fue deficiente, el 68.5% regular y el 10.5% eficiente en cuanto a los conocimientos sobre la prevención de cáncer oral.

En un reporte general, el conocimiento de cáncer oral por parte del cirujano dentista es en un 36.4% deficiente, el 45.5% es regular y solo el 18.2% es eficiente.

Al analizar las encuestas se encontró que el puntaje mínimo obtenido fue de 5 puntos y el máximo de 23 puntos. Se obtuvo una media de 12.57 y una desviación estándar de 3.7.

Se concluyó que el nivel de conocimiento coincidía con los resultados de otros estudios realizados en Perú y también con los realizados en otras partes del mundo, con sus diferencias en las diferentes secciones pero al final no hubo diferencias estadísticas significativas.²⁴

Por su parte, en Egipto, el Cairo, Hatem evaluó la conciencia sobre el cáncer oral en una comunidad dental bastante amplia. Se realizó un cuestionario en la Universidad del Cairo, el instrumento constó de 20 preguntas las cuales abarcaban temas sobre diagnóstico precoz, factores de riesgo, las manifestaciones clínicas más comunes y la identificación de lesiones comunes en boca que pudieran considerarse precursoras de cáncer oral.

Este estudio es el primero en su clase en Egipto por lo que establecer la manera en que se iba a realizar el cuestionario fue complicada, además de la muestra que ya se ha mencionado las preguntas se enviaron por correo a 5052 dentistas cuya participación fue del 16%, miembros de la comunidad universitaria, entre ellos alumnos de pregrado (38%), posgrado (25%) y miembros del personal (20%).²⁵

En cuanto a los resultados reportados solo se indica el grado de conciencia general que se recolectó en los cuestionarios.

Las puntuaciones más elevadas las obtuvieron los miembros del personal de la facultad, es decir profesores con un 77%, seguido por graduados y estudiantes de posgrado teniendo un promedio de 72% y 73% respectivamente. Por último, los estudiantes de pregrado fueron los que obtuvieron el más bajo porcentaje, con 66%.

Dentro de los estudiantes, el grupo de 5to año obtuvo el 76%, mientras que las puntuaciones más bajas fueron para alumnos de primer año con un 47%.

La puntuación media general fue de 71%. Hubo un aumento significativo en la conciencia de los profesionales cuando mencionaban haber actualizado los conocimientos sobre el cáncer oral en los 6 meses anteriores a la aplicación de la encuesta.

Hubo puntajes bajos al preguntar sobre ganglios afectados y sus principales síntomas y factores de riesgo para cáncer de labio.

Se identificaron de manera correcta pero en diferentes proporciones los factores de riesgo como tabaquismo, poco consumo de frutas y verduras, la genética.²⁵

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los conocimientos en cáncer oral por parte del estudiante de odontología han sido fomentados desde el inicio de su formación como cirujano dentista, sin embargo, se ha demostrado en estudios como el de Izaguirre, Corona y Porras, que en su mayoría los alumnos no tienen claros los conocimientos necesarios para prevenir y diagnosticar de manera oportuna las lesiones asociadas a dicha condición por lo que el progreso de la enfermedad es inevitable trayendo consigo consecuencias fatales para el paciente, disminuyendo su calidad y esperanza de vida.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), el cáncer de cabeza y cuello representan un 17.6% de la totalidad de las neoplasias malignas. El 12% de estas son carcinomas de células escamosas de la vías aerodigestivas superiores, que en 65% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas.¹

Con base en lo anterior es necesario estandarizar los conocimientos en el cáncer oral para así favorecer la formación de los cirujanos dentistas ya que son parte fundamental en la prevención y detección de lesiones asociadas al desarrollo de cáncer, puesto que son el principal contacto con el paciente en la exploración bucal que se hace en la consulta.

Por ello es necesario que el profesional sepa identificar los factores de riesgo que pudieran comprometer la salud del paciente, las condiciones que lo pudieran predisponer a padecer alguna lesión cancerizable, así como también deben ser capaces de explorar los tejidos extra e intrabucales y de esa forma poder instruir a la población con respecto a la autoexploración puesto que el paciente tiende a acudir a consulta solo cuando tiene molestias y complicaciones.

Con lo mencionado anteriormente surge la interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los alumnos del 61° seminario de titulación con respecto a factores de riesgo, condiciones predisponentes, lesiones asociadas a cáncer oral y exploración extraoral?

5. JUSTIFICACIÓN:

Los profesionistas de la salud bucal tienen la responsabilidad de fomentar la prevención, detectar a tiempo y remitir al especialista a los pacientes que presenten lesiones cancerizables, esto lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015.

Con base en ella, y para asegurar una práctica profesional libre de omisiones de casos de cáncer oral es necesario conocer la enfermedad a fondo, su epidemiología pero sobretodo los factores de riesgo que la generan y las lesiones que se presentan previas a esta condición, de ser así se podría evitar la incidencia de casos de cáncer oral, prevenir el avance de los que ya estén presentes mejorando las alternativas de tratamiento brindándole a los pacientes una mejor calidad y esperanza de vida.

La cavidad bucal y tejidos extraorales son de fácil acceso para poder revisarlos por lo que la detección de anormalidades no debería ser complicada si se realiza minuciosamente.

6. OBJETIVOS:

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Se determinó el conocimiento de los alumnos del seminario de titulación respecto a factores de riesgo, condiciones predisponentes, lesiones asociadas a cáncer oral y exploración extraoral a partir de la aplicación de un cuestionario estructurado y un esquema de cabeza y cuello.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

6.2.1. Se determinó el conocimiento que tienen con relación a los factores de riesgo para cáncer oral a partir de una encuesta estructurada.

6.2.2. Se identificó el conocimiento de las condiciones predisponentes para cáncer oral a partir de una encuesta estructurada.

6.2.3. Se identificó el conocimiento de lesiones asociadas a cáncer oral a partir de una encuesta estructurada.

6.2.4. Se identificó el conocimiento sobre exploración extraoral a partir de un esquema de localización de linfonodos.

7. METODOLOGÍA:

7.1. MATERIAL Y MÉTODO:

El instrumento para el levantamiento epidemiológico de la información consta de una encuesta estructurada dicotómica, en la cual solo hay opción de dos posibles opciones de respuesta, en el caso de este trabajo fue sí y no.

La finalidad es que las preguntas sean breves, entendibles y sencillas de responder.

7.2. TIPO DE ESTUDIO: Transversal.

7.3. POBLACIÓN: Estuvo constituida por estudiantes pertenecientes al sexagésimo primer (61º) seminario de titulación.

7.3.1. MUESTRA: Se conformó por los estudiantes de la asignatura de metodología de la investigación del turno matutino y vespertino que estuvieron presentes el día de la aplicación de la encuesta.

7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estudiantes que asistan al seminario de titulación.
- Sin distinción de edad y sexo.
- Que acepten participar en el estudio.

7.4.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LOS ESTUDIANTES Y LA ENCUESTA:

- Estudiantes que no deseen participar en la encuesta
- Preguntas que tengan doble respuesta.
- Encuestas que tengan 10 o más preguntas sin responder.

7.5. VARIABLE:

<i>Conocimiento de cáncer oral.</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Operacionalización.</i>
	<p>Se refiere a los conocimientos sobre cáncer oral que tienen los estudiantes con respecto a conceptos generales, epidemiología, manifestaciones orales, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Se define como cáncer a un grupo de enfermedades cuya proliferación y crecimiento celular es anormal y descontrolado, invaden tejidos próximos y distantes y de no ser tratado a tiempo ocasionan la muerte del individuo afectado.</p>	<p>Se determinó a partir de un cuestionario diseñado para el propósito del estudio, medido a partir de la escala dicotómica.</p> <p>Posterior la escala se evaluó tomando en cuenta las afirmaciones que eran correctas y las que no lo eran, teniendo una categoría para el sí y otra para no mismas que fueron expresadas en porcentaje.</p>

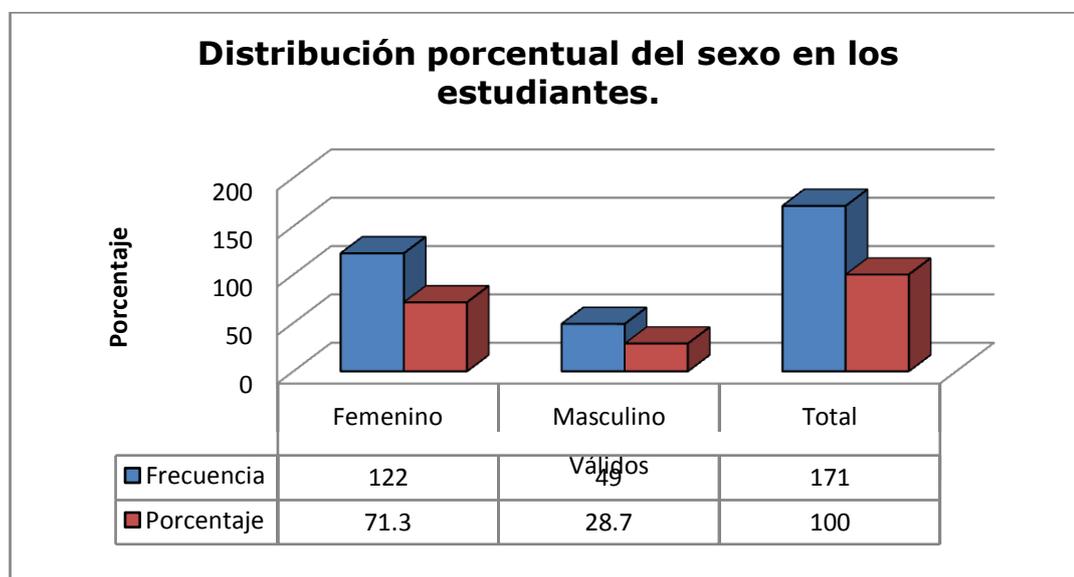
Variable independiente: Cáncer oral.

Variable dependiente: Conocimiento.

8. RESULTADOS:

Se realizó la encuesta contando con una participación total de 171 estudiantes, de los cuales 122 fueron del sexo femenino y 49 del sexo masculino (Gráfico 1). El intervalo de edad fue de 22 a 34 años, obteniendo un promedio de edad de 24.85 y una desviación estándar \pm de 1.9.

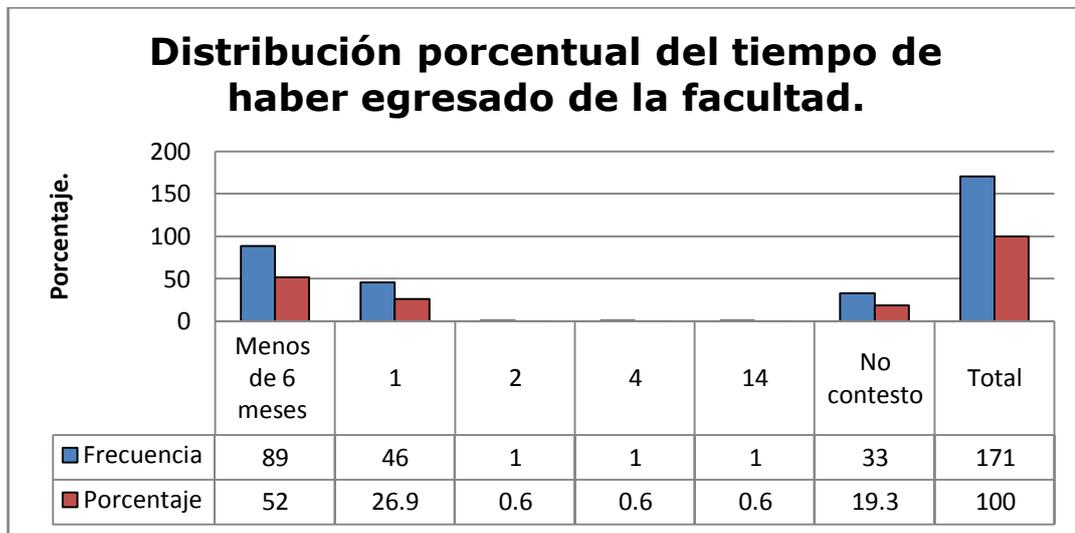
Gráfico 1.



Fuente directa.

En cuanto al tiempo que tenían de haber egresado se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 2.



Fuente directa.

Se observa en la gráfica 2 que la mayoría de los estudiantes participantes del estudio tienen menos de 5 meses de haber concluido la carrera de cirujano dentista, mientras que solo un alumno concluyó los estudios hace 14 años, 33 de los alumnos no proporcionaron su egreso.

Con respecto al seminario de titulación del que formaban parte los participantes se obtuvieron los siguientes resultados:

Dentro de los mismos se registro con mayor número de alumnos el seminario de titulación de prótesis dental parcial fija y removible con 24 alumnos, y el que registro menos participantes fue el de emergencias medico dentales, con tan solo un participante.

Del total de alumnos, 25 no proporcionaron a que seminario pertenecían (Tabla 1).

Tabla 1.

Seminario de titulación:	Frecuencia
Ortodoncia	15
Odontología comunitaria	2
Prótesis dental parcial fija y removible	24
Periodoncia	9
Odontopediatría	20
Educación para la salud	10
Medicina Bucal	10
Epidemiología y salud pública	5
Endodoncia	10
Cirugía bucal	9
Histología, embriología y genética.	5
Materiales dentales	2
Patología general e inmunología	8
Imagenología	3
Microbiología	2
Emergencias medico dental	1
Patología bucal	6
Diplomados	5
No contesto	25
Total	171

Fuente directa.

Aplicación de la encuesta en auditorio de clínica periférica Padierna a los estudiantes del sexagésimo primer seminario de titulación.



Fuente directa.



Fuente directa.



Fuente directa



Fuente directa.



Fuente directa.



Fuente directa

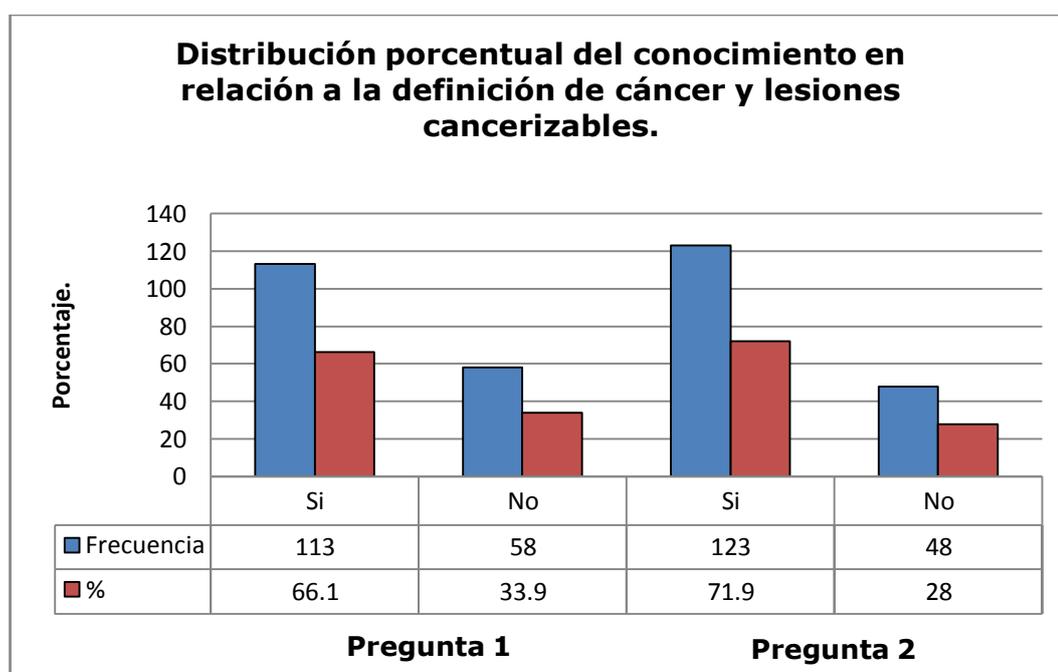
El cuestionario constó de 40 preguntas con respecto a conocimientos generales sobre cáncer oral, las cuales se dividieron en 9 aspectos importantes a considerar: Conceptos generales, epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones orales, auxiliares de diagnóstico, examen intra y extraoral, tratamiento, complicaciones, pronóstico y localización de ganglios.

Se dieron 2 respuestas posibles a elegir: Sí sabe para la respuesta que ellos consideraban correcta, no sabe para las respuestas que desconocían.

En el primer apartado, la primera afirmación del instrumento define al cáncer como es un conjunto de alteraciones fisiológicas provocadas por cambios en el ambiente o genética del individuo. El 66.1% de la muestra respondió si, respondiendo de manera correcta, el 33.9% que no.

En cuanto a cómo se definen las lesiones cancerizables, que fue la segunda pregunta, el 71.3% de los encuestados respondió que si, siendo esta la respuesta correcta. El 28% de la muestra que no (Gráfico 3).

Gráfico 3.



Fuente directa.

Para el segundo apartado se incluyeron afirmaciones sobre epidemiología, tales como el rango de supervivencia, carcinoma que se presenta con mayor frecuencia en cavidad oral e incidencia.

En cuanto a que el rango de supervivencia aproximado en pacientes diagnosticados con cáncer oral es de 5 años en el 50% de los casos, el 15.2% de los encuestados respondió si, siendo esta la afirmación correcta. El 84.8% lo desconoce.

El 92% de los egresados respondió que si identifican al Carcinoma de Células Escamosas (CCE) como el cáncer que se encuentra con mayor frecuencia en cavidad oral, contestando de manera acertada, el 17% respondió que no es así. El .6% no respondió.

En cuanto a la incidencia del cáncer oral, el 73.1% asumió que si se presenta en mujeres mayores de 40 años. El 26.9% contestó que no, siendo esta la respuesta correcta, ya que el cáncer oral tiene mayor incidencia en el género masculino y tiende a presentarse con mayor frecuencia entre los 50 y 60 años (Tabla 2).

Tabla 2.

Distribución porcentual de los conocimientos epidemiológicos.

			Frecuencia	%
Epidemiología	3.- El rango de supervivencia en pacientes enfermos de cáncer es de 5 años en el 50% de los casos.	Si	26	15.2
		No	145	84.8
	4.- El carcinoma de células escamosas o carcinoma epidermoide es el que se encuentra con mayor frecuencia en boca:	Si	141	82.5
		No	29	17

	5.- La mayor incidencia de cáncer oral se presenta en mujeres después de los 40 años:	Si	125	73.1
		No	46	26.9

Fuente directa.

En el tercer apartado se mencionan en las afirmaciones algunos factores de riesgo que predisponen al paciente a desarrollar cáncer oral.

El 94.2% de los encuestados afirman que el consumo de alcohol y tabaco son los principales factores de riesgo para la aparición de lesiones cancerizables en cavidad oral, siendo esta la respuesta correcta, el 5.8% no los identifica como tal.

Los antecedentes heredofamiliares y la predisposición genética no son tomados en cuenta como factor de riesgo en la aparición de cáncer oral, el 22.3% de la muestra respondió que si a esta afirmación, el 77.2% que no, siendo esta la respuesta correcta, ya que si son parte de los factores predisponentes para que un paciente pueda presentar cáncer oral.

El VPH no se encuentra asociado a la aparición de cáncer oral, el 35.7% de los encuestados está de acuerdo con esta afirmación al responder que si. El 64.3% contestó que no, siendo esta la respuesta correcta ya que si existe dicha asociación entre algunas formas de VPH y la aparición de lesiones cancerígenas en cavidad oral. El .6% no respondió.

La exposición al sol de manera frecuente es considerado un factor de riesgo para que un paciente pueda desarrollar cáncer oral, tan solo el 24.6% de los encuestados respondió si, siendo esta la afirmación correcta. El 75.6%contestó que no.

La higiene oral y la dieta inadecuada son factor de riesgo en la formación de lesiones cancerígenas es una afirmación correcta. El 35.7% de los egresados estuvo de acuerdo con esto al contestar si, el 63.1% que no. El 1.2% no respondió (Tabla 3).

Tabla 3.

Distribución porcentual en relación al conocimiento de factores de riesgo y condiciones predisponentes.

			Frecuencia	%
Factores de riesgo	6.- El tabaquismo y consumo de alcohol son factores de riesgo determinantes para la aparición de lesiones cancerizables	Si	161	94.2
		No	10	5.8
	7.- Los antecedentes heredofamiliares y predisposición genética no son tomados en cuenta como factores de riesgo en la aparición de cáncer oral.	Si	38	22.3
		No	132	77.2
	8.- El virus de Papiloma humano no está asociado a la aparición de cáncer oral.	Si	61	35.7
		No	110	64.3
	9.- La exposición al sol frecuente es considerado factor de riesgo para cáncer oral.	Si	42	24.6
		No	129	75.6
	19.- La higiene oral y la dieta inadecuada influyen en la carcinogénesis:	Si	61	35.7
		No	108	63.1

Fuente directa

En el cuarto bloque de afirmaciones se colocaron características que se presentan en las lesiones cancerizables.

Las lesiones cancerizables son reversibles, el 16.4% de la muestra está de acuerdo con la afirmación pues respondieron si, siendo esta la respuesta correcta. El 81.8% contestó que no. El 1.8% no respondió.

En cuanto a los tipos de lesiones cancerizables, se mencionan 2, las leucoplasias, que se presentan con mayor frecuencia, y las eritroplasias. El 62.6% de los egresados encuestados contestaron que si, siendo esta la respuesta correcta. El 37.4% estuvo en desacuerdo con la afirmación pues respondieron no. El 1.8% no respondió.

Las lesiones por cáncer oral siempre son dolorosas es una afirmación incorrecta, puesto que la mayoría de las lesiones presentadas en pacientes con cáncer oral son asintomáticas en sus primeras etapas de desarrollo. El 12.9% de la muestra respondió que sí, las lesiones siempre presentan dolor, el 86% que no, siendo esta la respuesta correcta.

Una lesión cancerosa no es proliferativa, es una afirmación incorrecta, debido a que el crecimiento de las lesiones cancerígenas es rápido y progresivo. El 19.3% respondió si a dicha afirmación, el 80.7% que no, siendo esta la respuesta correcta. El 1.2% no respondió.

Las lesiones cancerosas no son infiltrativas, es de igual manera, una afirmación incorrecta, puesto que la naturaleza del cáncer es infiltrar los tejidos adyacentes a la lesión inicial, haciendo más complicado su remoción en estadios avanzados. El 42.2% de los egresados respondió de manera afirmativa y el 57.3% respondió que no, siendo esta la respuesta correcta.

Las lesiones cancerosas siempre se presentan como úlceras, es una afirmación de igual forma incorrecta. Pueden presentarse de múltiples formas, tales como erosiones, pápulas, manchas, lesiones nodulosas,

tumoraciones. Es por ello importante el diagnóstico oportuno por medio de la revisión periódica y exhaustiva de la cavidad oral. El 31.6% de la muestra estuvo de acuerdo con la afirmación antes planteada al responder sí y el 68.4% estuvo en desacuerdo al contestar no, siendo esta la respuesta correcta. El 0.6% no respondió.

Las principales zonas donde se presentan las lesiones por cáncer oral son la base y los bordes laterales de la lengua, es una afirmación correcta. El 84.8% de los encuestados manifestó que sí identificaban dichas zonas. El 15.2% que no (Tabla 4)

Tabla 4.

Distribución porcentual del conocimiento con respecto a manifestaciones orales.

			Frecuencia	%
Manifestaciones orales.	10.- Las lesiones cancerizables son reversibles..	Si	28	16.4
		No	140	81.80%
	11.- Las lesiones cancerizables son leucoplasias y eritroplasias. La primera se presenta con mayor frecuencia.	Si	107	62.6
		No	64	37.4
	12.- Un paciente con lesión cancerosa siempre presentara dolor.	Si	16	12.9
		No	147	86
	13.- Las lesiones cancerosas no son proliferativas:	Si	33	19.3
		No	138	80.7

	14.- Las lesiones cancerosas no son infiltrativas:	Si	72	42.1
		No	98	57.3
	15.- Las lesiones cancerosas siempre son ulcerosas.	Si	54	31.6
		No	117	68.4
	17.-Las zonas más afectadas por el cáncer oral son la base y los bordes laterales de la lengua.	Si	145	84.8
		No	26	15.2

Fuente directa.

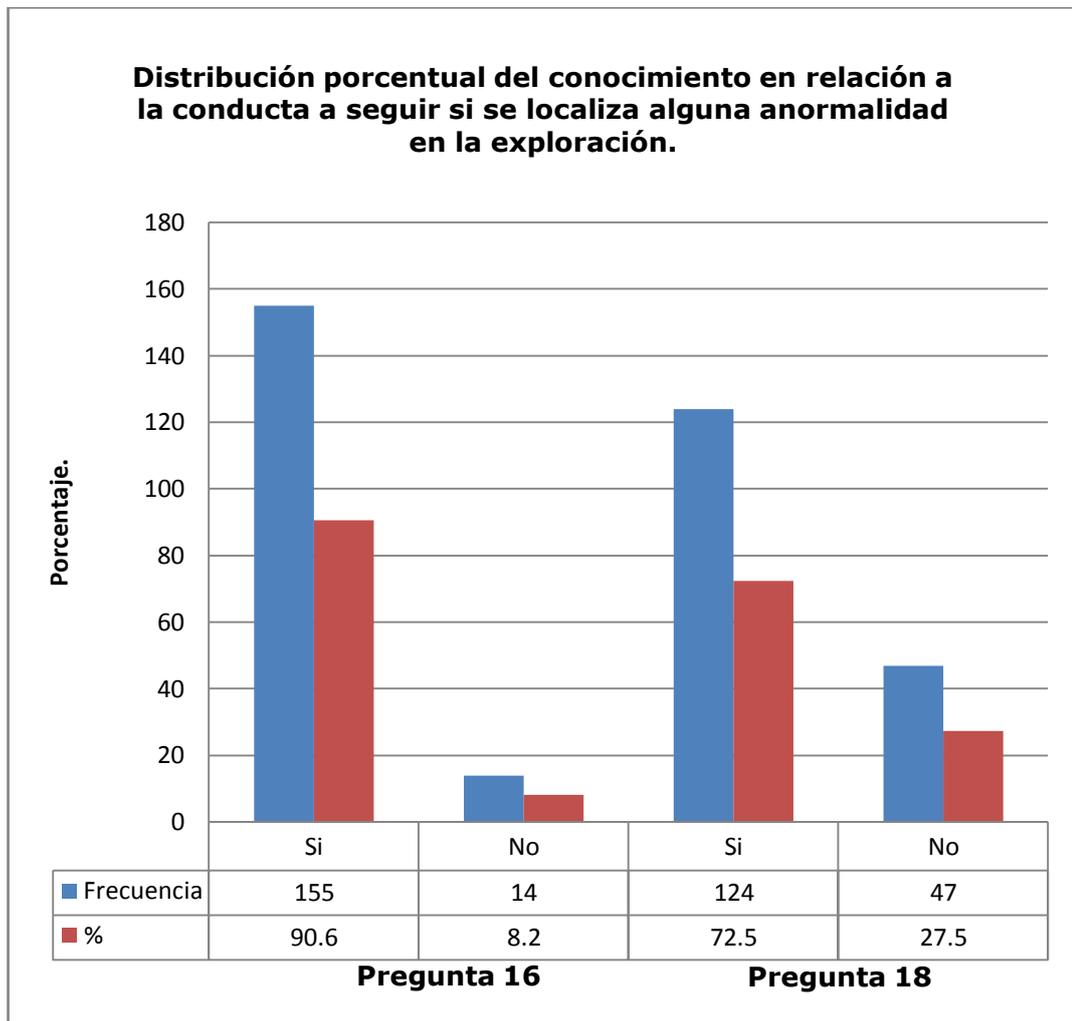
Con respecto a las conductas a seguir en caso de localizar alguna anomalía en cavidad oral, se colocaron las siguientes afirmaciones:

Cuando hay presencia de lesiones en cavidad oral y estas no han tenido una solución en 15 días a pesar de ser retirados los estímulos que las generan será necesario realizar biopsia y realizar su estudio histopatológico con el fin de descartar cualquier anomalía.

El 90.6% de los encuestados estuvo de acuerdo con ello al responder si, el 8.2% respondió que no. El 1.2% no respondió.

Se remitirá al paciente que presente anomalías con una semana de evolución, es una afirmación incorrecta, puesto que normalmente después de que son retirados los estímulos que posiblemente generaron la lesión, se deben esperar 2 semanas para poder remitir al paciente si es que las lesiones no tuvieron solución aún después del tratamiento. El 72.5% de los encuestados contestó que si deben remitirse en una semana, el 27.5% que no, siendo esta la respuesta correcta, tomando en cuenta los criterios anteriormente mencionados (Gráfica 4).

Gráfica 4.



Fuente directa.

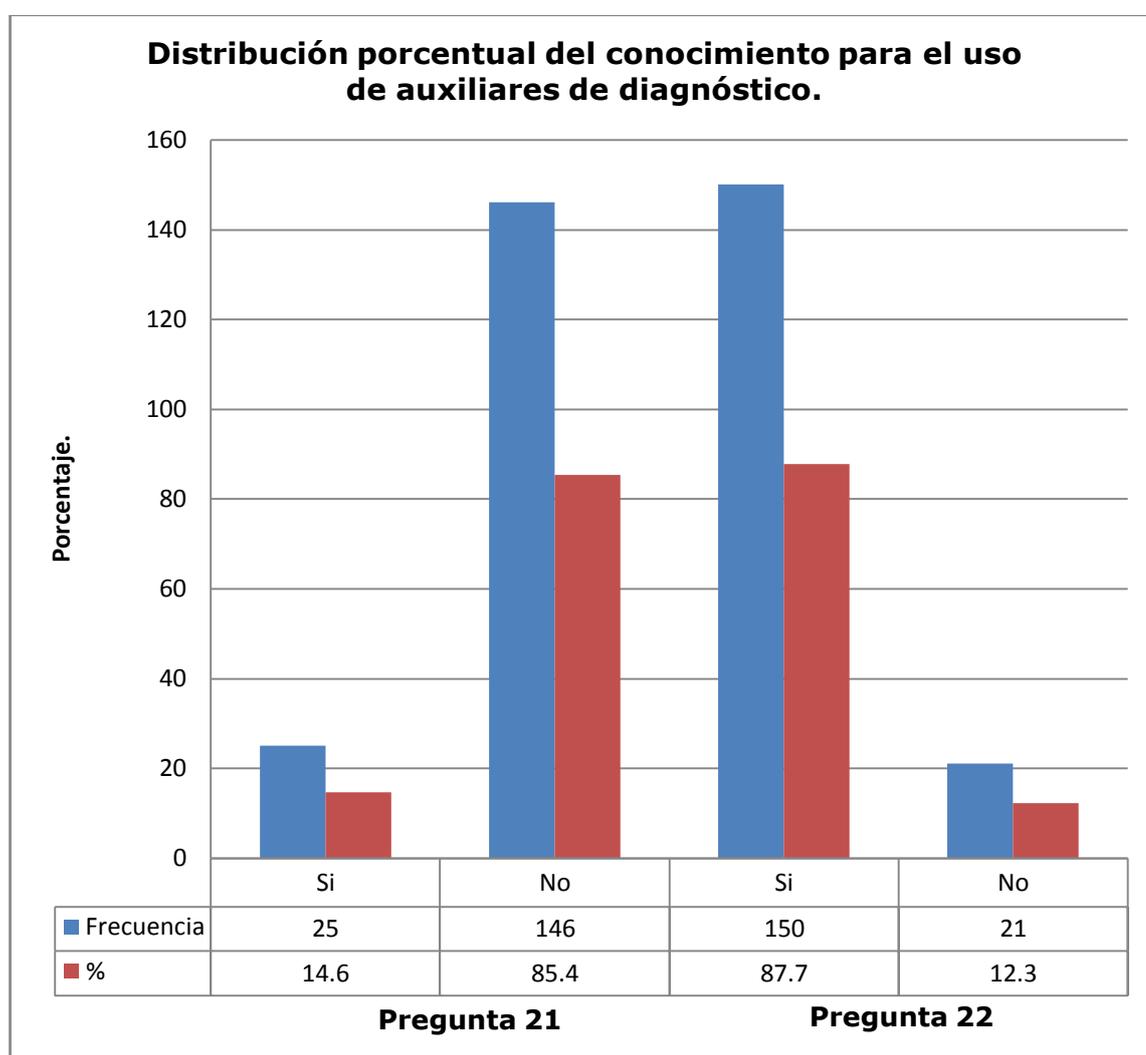
El sexto bloque de afirmaciones habla sobre auxiliares de diagnóstico.

Para poder hacer un diagnóstico es necesario utilizar varios métodos en conjunto, por lo que solo utilizar uno no es viable, lo que vuelve la afirmación del instrumento incorrecta. El 14.6% está de acuerdo en el uso de solo un método, el 85.4% está en desacuerdo, siendo esta la respuesta correcta.

El azul de toluidina es un método que ayuda a identificar cambios celulares importantes en mucosa. La citología permite hacerlo de manera más específica tan solo de zonas superficiales, por lo que si son auxiliares de diagnóstico al momento de detectar anomalías en cavidad oral.

El 87.7% de la muestra está de acuerdo en que si son métodos válidos, siendo esta la respuesta correcta. El 12.3% está en desacuerdo (Gráfica 5).

Gráfica 5.



Fuente directa.

El siguiente bloque de afirmaciones hace referencia a la forma en que es posible realizar exploración extraoral, y a algunas cuestiones a considerar dentro del mismo.

La realización de un minucioso examen extraoral puede ayudar a la detección precoz de lesiones cancerizables, es la primer afirmación del bloque. El 97.1% respondió si, y es esta la respuesta correcta. El 2.3% que no y el 0.6% no respondió.

Para realizar un correcto examen de cabeza y cuello es necesario hacer inspección, palpación y tener una adecuada iluminación que favorezca la visibilidad. El 98.2% de los encuestados estuvo de acuerdo con dicha afirmación respondiendo si, siendo la respuesta correcta. El 1.8% contestó no.

Las cadenas ganglionares que deben palpase en cabeza y cuello son la submandibular, la yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria, por lo que la afirmación es correcta. El 75.4% de los egresados contestó sí. El 24.5% que no.

Cuando se realiza la exploración es importante considerar anormal cambios en el color de la mucosa, cambios de textura y de volumen. El 96.5% estuvo de acuerdo con la afirmación respondiendo si, siendo la respuesta correcta. El 1.2% contestó que no y el 2.3% no respondió (Tabla 5).

Tabla 5.

Distribución porcentual del conocimiento para la realización del examen extraoral.

			Frecuencia	%
Examen intra y extraoral.	23.- Realizando un examen minucioso de los tejidos extra e intrabucales podemos detectar de manera precoz lesiones cancerizables.	Si	166	97.1
		No	5	2.9
	24.- Para realizar un correcto examen de cabeza y cuello es necesaria la inspección, palpación y una adecuada iluminación.	Si	168	98.2
		No	3	1.8
	25.- Las cadenas ganglionares a explorar principalmente en zona de cabeza y cuello son la submandibular, la yugular interna, la cervical transversa, la espinal accesoria.	Si	129	75.4
		No	42	24.5
	28.- Cambios de color, de textura, de volumen, son aspectos a considerar al explorar a mucosa bucal.	Si	165	96.5
		No	6	3.5

Fuente directa.

En cuanto al tratamiento, principales complicaciones y pronóstico se plantearon las siguientes afirmaciones.

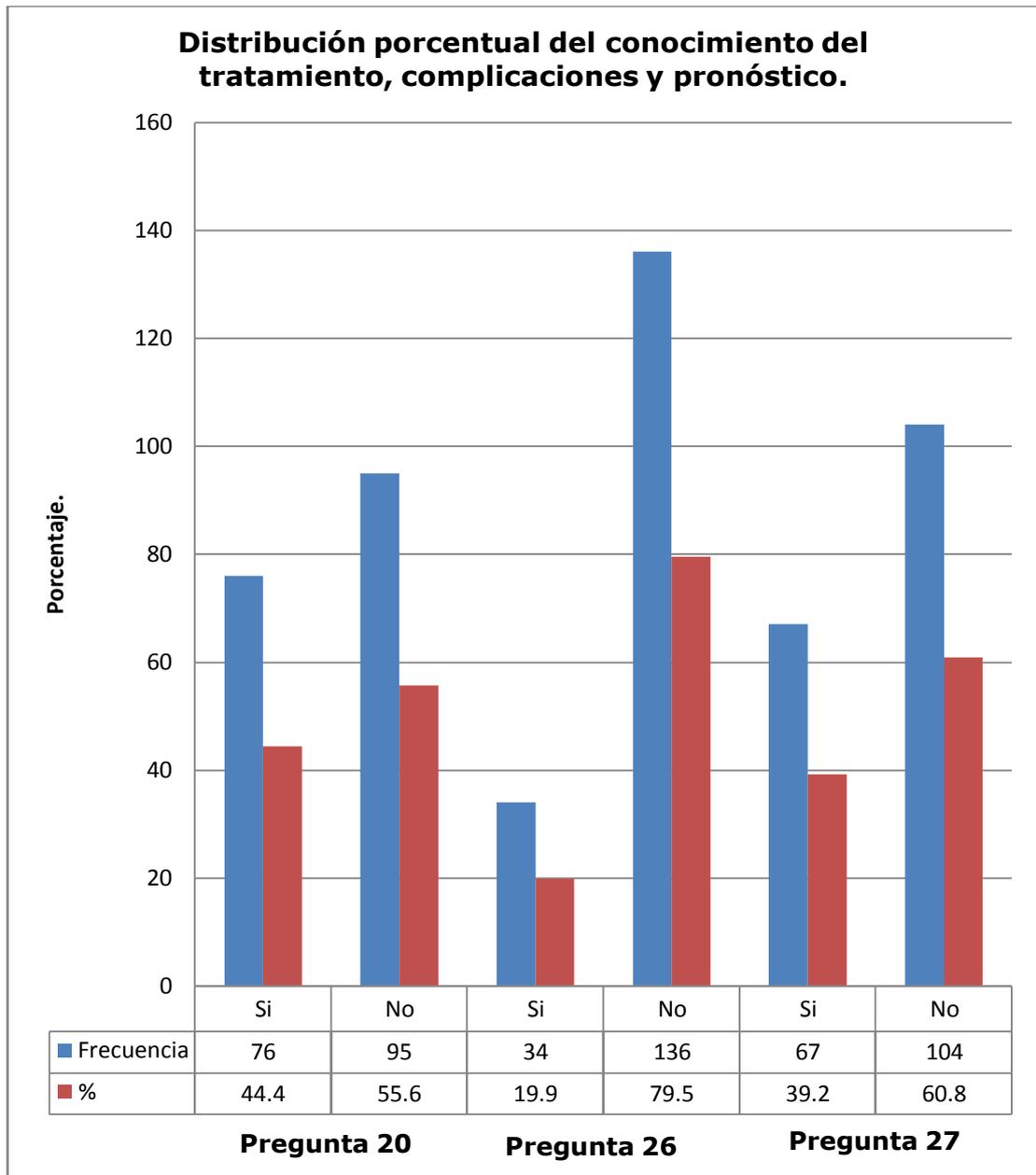
El tamaño y el tiempo de evolución del tumor no definen el pronóstico de un paciente, por lo que la afirmación es incorrecta. El 44.4% está de acuerdo en que esos criterios no definen el pronóstico del paciente, el 55.6% está en desacuerdo, siendo esta la respuesta correcta.

El tratamiento que se le da a un paciente diagnosticado con cáncer oral dependerá del estadio en el que se encuentre la enfermedad, sin embargo en la mayoría de los casos se requiere someter a los pacientes a sesiones de radioterapia y realizar cirugía para retirar el tumor, por lo que la afirmación planteada es incorrecta. El 19.9% de la muestra está de acuerdo en que la cirugía es el único tratamiento. El 79.5% está en desacuerdo, siendo esta la respuesta correcta. El 0.6% no respondió.

Las principales complicaciones durante el tratamiento de pacientes con cáncer oral son la mucositis y las hemorragias bucales por la alteración en el sistema inmunológico debido a las radioterapias, la afirmación es correcta.

El 39.2% está de acuerdo. El 60.8 está en desacuerdo (Gráfica 6).

Gráfica 6.



Fuente directa.

El último bloque de afirmaciones consistió en ubicar algunos ganglios de cabeza y cuello.

Los ganglios intermedios fueron los primeros en localizarse en el esquema, estaban indicados con la letra A.

El 43.9% de los encuestados respondió que si estaban bien localizados en el esquema, siendo correcta la afirmación, el 52.7% no logró localizarlos. El 3.5% no respondió.

El ganglio infraorbitario se indicó en el esquema con la letra B. El 85.4% respondió si, siendo la respuesta correcta. El 14.6% indicó que no.

La letra C muestra la ubicación del ganglio nasogeniano. El 80.1% respondió que sí, siendo correcta la respuesta. El 19.9% que no.

Para hacer la exploración de los ganglios submentonianos es necesario inclinar la cabeza del paciente hacia abajo. El 39.2% contestó que si es necesaria la inclinación del paciente, siendo esta la respuesta correcta. El 60.8% indicó que no.

La ubicación de los ganglios submentonianos la indica la letra D es una afirmación incorrecta. El 83.6% indicó que si, el 14.6% está que no era la ubicación correcta, siendo esta la respuesta correcta. El 1.8% de los encuestados no respondió.

La palpación de los ganglios submandibulares no conlleva colocar al paciente en posición forzada lateral, basta con tocar parte del cuerpo mandibular, la afirmación planteada en la encuesta es incorrecta. El 79.5% estuvo de acuerdo en que no es necesario forzar la posición lateral pues la respuesta fue si, el 18.7% indicó que no, siendo esta la respuesta correcta.

La letra E indica la localización de los ganglios submaxilares o submandibulares. El 35.1% respondió si, el 64.9% contestó que no, siendo la respuesta correcta.

El ganglio malar no es fácil de localizar por las estructuras que lo cubren, la afirmación planteada en la encuesta es incorrecta. El 52% reportó como respuesta si, y con ello estar de acuerdo con la fácil localización del ganglio, el 47.4% respondió que no, siendo esta la respuesta correcta.

La ubicación de los ganglios parotídeos está indicada en letra F es una afirmación correcta. El 78.4% estuvo de acuerdo con la afirmación al responder si, siendo esta la respuesta correcta. El 21.1% contestó no. El .6% no respondió.

La localización de los ganglios occipitales está marcada con la letra G es una afirmación correcta y el 90.1% respondió que sí. El 9.4% que no. El .6% no respondió.

La letra H indica la ubicación de los ganglios mastoideos, es una afirmación correcta, el 71.9% de los egresados respondió sí. El 26.9% que no y el 1.2% no respondió.

Las cadenas ganglionares cervical y yugulo carotídea están indicadas con la letra I es una afirmación correcta. El 93.6% contestó que sí, siendo la respuesta correcta. El 6.4% que no (Tabla 6).

\

Tabla 6.

Distribución porcentual del conocimiento de la localización de los ganglios.

			Frecuencia	%
Localización de ganglios	29.- Los ganglios genianos intermedios se localizan mediante un procedimiento bimanual y son los que están señalados en el inciso a del esquema.	Si	75	43.9
		No	90	52.7
	30.- El inciso b indica la ubicación del ganglio infraorbitario.	Si	146	85.4
		No	25	14.6
	31.- El inciso c muestra la ubicación del ganglio nasogeniano:	Si	137	80.1
		No	34	19.9
	32.- La manera correcta de explorar los ganglios submentonianos es inclinando la cabeza del paciente hacia abajo llevando los tejidos hacia la sínfisis o pellizcando esa zona:	Si	67	39.2
		No	104	60.8
	33.- El inciso d indica la ubicación de los ganglios submentonianos:	Si	143	83.6
		No	25	14.6
	34.- Para palpar los ganglios submandibulares no es necesario llevar al paciente a posición forzada lateral, basta con tocar parte del cuerpo mandibular:	Si	136	79.5
		No	32	18.7

35.- El inciso e indica la ubicación de los ganglios submaxilares:	Si	60	35.1
	No	111	64.9
36.- El ganglio malar es fácil de localizar.	Si	89	52
	No	81	47.4
37.- El inciso f indica la ubicación de los ganglios parotídeos.	Si	134	78.4
	No	36	21.1
38.- El inciso g indica la ubicación de los ganglios occipitales.	Si	154	90.1
	No	16	9.4
39.- El inciso h indica la localización de los ganglios mastoideos.	Si	123	71.9
	No	46	26.9
40.- El inciso i indica la localización de las cadenas ganglionares cervical y yugulo carotídea.	Si	160	93.6
	No	11	6.4

Fuente directa.

9. DISCUSIÓN:

El cáncer oral es un padecimiento cuya detección temprana es vital para poder ofrecer al paciente un pronóstico favorable, por lo que la valoración del conocimiento en alumnos del sexagésimo primer seminario de titulación abre un panorama en relación al modo de abordar al paciente en la práctica diaria desde la prevención hasta la remisión del mismo si así fuera necesario.

Con respecto a la pregunta de investigación planteada en este trabajo, fue posible estimar el conocimiento general de los alumnos en cáncer oral mediante la encuesta estructurada, los resultados en cada uno de los apartados a evaluar, que fueron 9, resultan alentadores en comparación con otros estudios realizados previamente por otros autores tales como Izaguirre¹⁶, Porras²⁰, Corona²³ y Gutierrez²⁴ que se mencionan a continuación, sin embargo cabe destacar que la escala de medición utilizada en esta investigación solo permite identificar si tienen conocimiento o no con respecto a cáncer oral, no así cuanto saben, es decir no se asignaron puntajes a las preguntas del cuestionario.

Los cuestionarios utilizados en otras investigaciones estaban divididos en categoría al igual que en este trabajo de tesis.

Se evaluó como primer punto los conocimientos en epidemiología en todas.

El resultado obtenido en este trabajo en el área de epidemiología por los estudiantes de seminario de titulación refleja un conocimiento bajo, pues se tomaron en cuenta 3 afirmaciones para la evaluación: el rango aproximado de supervivencia de los pacientes diagnosticados con cáncer, cuyo dato el 84.8% de los encuestados desconoce. Se cuestionó si identificaban el tipo de cáncer más frecuente en cavidad oral y la incidencia del mismo. Los resultados en cuanto a la identificación del tipo de cáncer son buenos, pues el 82.5% de los alumnos identificaron el carcinoma de células escamosas como el más frecuente, sin embargo

para reconocer la incidencia de la enfermedad el 73.1% de los encuestados no es consciente en que género y edades se presenta con mayor frecuencia.

Dichas afirmaciones son similares a las que fueron tomadas en cuenta en los trabajos de Izaguirre¹⁶, Porras²⁰, Corona²³ y Gutiérrez²⁴.

Es posible entonces establecer que el conocimiento por parte de los estudiantes participantes en este trabajo es bajo en relación a la epidemiología de la enfermedad, y es el mismo resultado obtenido en el trabajo de Porras²⁰ cuyos participantes eran estudiantes de séptimo, octavo y noveno semestre, es decir que aún estaban cursando asignaturas de la carrera de cirujano dentista, mientras que los estudiantes participantes en este trabajo de tesis son ya egresados por lo que resulta importante hacer hincapié en el refuerzo de conocimientos mediante la educación y en la necesidad de conocer las características de los pacientes que pueden llegar a presentar cáncer oral.

Para la evaluación del conocimiento de la etiopatogenia del cáncer oral en esta investigación de tesis se tomaron en cuenta factores de riesgo para cáncer oral, el consumo de tabaco y alcohol como primer punto, mismo que fue identificado por el 94.2% de los encuestados como principal factor predisponente.

Del mismo modo el 77.2% los encuestados identificaron los antecedentes heredofamiliares y la predisposición genética dentro de los factores. La asociación de VPH a lesiones cancerígenas fue identificada por el 64.3% de la muestra.

Las condiciones que pueden hacer más susceptible al paciente desconocidas por la mayoría de los alumnos fueron la exposición prolongada al sol con un 75.6%, la dieta inadecuada y la higiene deficiente con 63.1%, dejando claro que el conocimiento de los alumnos de seminario de titulación es regular, pues identifican las principales

condiciones que pudieran generar lesiones importantes en cavidad oral, sin embargo es necesario enfatizar que hábitos tan simples como la higiene o la dieta no son identificados como condiciones predisponentes, siendo que desde el inicio de la formación académica en la carrera de Cirujano Dentista son valorados como tal.

Los resultados obtenidos en el apartado de etiopatogenia son comparables con los que se obtuvieron en el trabajo de Izaguirre¹⁶, Porras²⁰ y Gutiérrez²⁴ donde los estudiantes sin importar el grado en el que se encontraran reflejaron niveles de conocimiento regular. Sin embargo, en el estudio realizado por Corona²³, en la Facultad de Odontología, UNAM, en alumnos de cuarto grado y en el DEPeI en alumnos de primer grado, se obtuvieron niveles de conocimiento alto con relación a la etiopatogenia de la enfermedad.

Siendo el estudio de Corona¹⁵ y este estudio realizados en el mismo plantel existe una diferencia considerable en el nivel de conocimiento por parte de los estudiantes del seminario de titulación con respecto a los estudiantes de cuarto grado de licenciatura y primer grado de especialidad ya que en este último más del 50% de la muestra respondió de manera correcta la totalidad de las afirmaciones planteadas en la encuesta en ese apartado, mientras que, los alumnos de seminario desconocen la mitad de las condiciones predisponentes para que en un paciente pueda desarrollarse cáncer oral.

Se evaluó el apartado de signos, síntomas y diagnóstico de cáncer oral y como se ha mencionado con anterioridad, reconocer las principales manifestaciones orales de las lesiones cancerizables o como tal ya cancerígenas es fundamental para lograr su identificación y diagnóstico oportuno. Los resultados en esta parte de la encuesta fueron muy alentadores pues más del 50% de los estudiantes de seminario lograron identificar las respuestas correctas al afirmar que las lesiones

cancerizables son principalmente leucoplasia y eritroplasia el 62.6%, que no siempre son dolorosas el 86%, que son proliferativas e infiltrativas el 80.7% y 57.3% respectivamente y que no siempre se presentan en forma de úlceras el 68.4%, además de que aparecen con mayor frecuencia en bordes laterales de la lengua y la base o dorso de la misma el 84.8%.

Los pacientes que tengan lesiones que no tengan una solución adecuada después de retirar los estímulos que pudieron generarla serán remitidos para realizar una biopsia y así poder obtener diagnóstico más preciso, el 90.6% de los estudiantes saben que es la conducta a seguir en caso de estar en presencia de un caso con esas características.

Los resultados de este trabajo de tesis en este apartado son comparables con los obtenidos en la investigación de Corona¹⁵, que como se mencionó con anterioridad fue realizada en la UNAM en la Facultad de Odontología y en el DEPeI. En ambas investigaciones los estudiantes participantes reflejaron un nivel de conocimiento alto con respecto a las principales manifestaciones orales de las lesiones cancerizables, mientras que en estudios como los de Izaguirre¹⁶ y Porras²⁰ se obtuvieron niveles de conocimiento regular, lo que permite establecer en que el plan de estudios manejado en la UNAM dentro de la carrera de cirujano dentista tiene la particularidad de enfocar el criterio del estudiante en la identificación y discernimiento de las lesiones en cavidad oral, desde las elementales hasta las más complejas.

Con respecto al conocimiento en relación al tratamiento y las complicaciones principales del mismo, los resultados arrojaron un nivel de conocimiento regular en los estudiantes de seminario de titulación, el 55.6% de los encuestados identificó que el tamaño y el tiempo de evolución del tumor es lo que puede definir un pronóstico favorable o no para el paciente, el 79.5% afirmó de manera correcta que no solo se utiliza cirugía en el tratamiento de la enfermedad, dejando así claro que tienen en mente alternativas tales como la quimioterapia y radioterapia, sin

embargo no reconocen las principales complicaciones de las mismas en el paciente, pues tan solo el 39.2% logró identificarlas.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Porras²⁰, Corona²³ y Gutiérrez²⁴, pues de 3 afirmaciones que conformaron este bloque, 2 fueron contestadas de manera correcta por más del 50% de los estudiantes, no así fue el caso de la muestra en el estudio realizado por Izaguirre¹⁶ donde el nivel obtenido por su muestra fue bajo con un 49.3%.

Es necesario mencionar que el cuestionario aplicado en esta investigación contó con 9 categorías, como ya se ha mencionado, de las cuales algunas no se encuentran sujetas a discusión debido a que no hay estudios previos donde se esté tomando en cuenta los criterios de las mismas, tales como el apartado donde se evaluó el conocimiento en relación a la definición de cáncer y lesión cancerizable, donde el conocimiento es alto, pues el 66.1% y el 71.9% respectivamente coinciden con las definiciones proporcionadas en la encuesta, términos que son fundamentales conocer pues son el principio de la enfermedad como tal y si se desconocen, difícilmente será posible tener un criterio adecuado en cuanto al diagnóstico de la enfermedad en el cirujano dentista.

Los métodos de diagnóstico tomados en cuenta en este trabajo fueron los que normalmente tendría al alcance el cirujano dentista en la práctica diaria, y si bien no es posible establecer con los mismos un diagnóstico definitivo de la enfermedad, si permiten identificar zonas donde hay alteración celular, cuestión que debe alertar al profesional de la salud para remitir al paciente y la mayoría de la muestra es consciente de ello y de las herramientas que pudieran llegar a implementar en caso de ser necesario y los alumnos de seminario de titulación están conscientes de ello, pues se reportaron porcentajes altos en este apartado de la encuesta con más del 80% de la muestra.

La cavidad oral es una de las zonas en las que hay fácil exposición de los tejidos y a pesar de que las lesiones cancerizables en su mayoría son

asintomáticas en las primeras etapas de su desarrollo, y una mayor probabilidad de detectar anomalías al realizar una exploración minuciosa, y los profesionistas de la salud oral lo deben tener presente. En relación a esto, más del 50% de los encuestados identificaron las condiciones óptimas para poder llevar a cabo una correcta exploración oral.

Y en cuanto a la localización de los ganglios hubo confusión en la ubicación de los submentonianos (14.6%), submandibulares (35.1%) y malar (47.4%), también en la forma de explorarlos, pues se obtuvieron porcentajes bajos con respecto a la respuesta correcta en esas afirmaciones.

En términos generales los alumnos del sexagésimo primer seminario de titulación tienen un buen nivel en conocimiento generales de cáncer oral, sin embargo es necesario reforzar conocimientos en epidemiología y anatomía de cabeza y cuello para lograr un mejor enfoque del cirujano dentista con respecto al cáncer oral y la prevención del mismo, además de sensibilizar al trabajador de la salud bucal en relación a las principales complicaciones del tratamiento de la enfermedad pues estas pueden ser confundidas con otras entidades llevándolas a tener un mal manejo para el paciente.

Como último punto de la discusión se retomarán algunos puntos del trabajo de Díaz Nuñez²⁷, que fue realizado en los alumnos de las Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología, UNAM.

Este trabajo coincide en algunas afirmaciones con la investigación que se está presentando en este trabajo de tesis.

Tales preguntas incluyen el sitio más común donde se presentan lesiones asociadas a cáncer, que es la lengua en las zonas laterales y en el piso. El 84.5% de los estudiantes de clínica periférica y el 84.8% de los alumnos

de seminario de titulación respondieron de manera correcta esa información, no habiendo diferencia más que de 0.3%.

El cáncer con mayor frecuencia identificado en cavidad oral es el de células escamosas.

El 77.7% del total de la muestra de clínicas periféricas y el 82.5% de los estudiantes de seminario estuvieron de acuerdo con la información.

Ambos resultados permiten establecer que el nivel de conocimiento en relación al tipo más frecuente de cáncer y su principal localización es alto en los últimos años de la carrera de Cirujano Dentista.

Con respecto a la edad de incidencia, en las clínicas periféricas tienen más clara esta información pues el 53% de la muestra tiene claro que la incidencia del cáncer oral no es en personas de entre 30 y 49 años, mientras que el 73.1% de los estudiantes de seminario desconocen esta información.

En cuanto a factores de riesgo, en ambas muestras, más del 90% identifican el consumo de alcohol y tabaco como principales factores predisponentes.

Por último, la conducta a seguir si es localizada en cavidad oral alguna lesión y esta después de 15 días de ser tratada no presenta una solución, será necesario remitirla para que sea biopsiada. El 82.2% de clínicas periféricas y el 90.6% de seminario de titulación participantes en ambos estudios están de acuerdo con ello.

En términos generales, el nivel de conocimiento en los estudiantes del sexagésimo primer seminario de titulación tiene un buen nivel, sin embargo será necesaria la educación continua para reforzar los conocimientos ya obtenidos y tener un mejor desempeño en cuanto al manejo del paciente con predisposición o diagnosticado con cáncer oral.

10. Conclusión:

Es de vital importancia que los estudiantes próximos a egresar conozcan los factores de riesgo que predisponen la enfermedad para poder así instruir a la población sobre ellos y fomentar así la cultura de prevención en una enfermedad que implica un compromiso de salud importante para los pacientes.

Para ello sería importante introducir en el plan de estudios vigente de la carrera de Cirujano Dentista, mayor información con respecto a la identificación de condiciones predisponentes y también con relación a la epidemiología de la enfermedad.

Es necesario que el profesional de la salud haga hincapié al paciente en cuanto a la corrección de hábitos, tales como alimentación e higiene bucal, que pudieran generar alteraciones importantes en cavidad oral.

Si las lesiones ya están presentes al momento de la exploración, los estudiantes participantes en este estudio tienen las bases para poder identificarlas y remitir a dichos pacientes para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

La anatomía de cabeza y cuello es fundamental tenerla presente para realizar exploraciones adecuadas, ya que hay que conocer las condiciones normales en el paciente para así poder reconocer las entidades patológicas que llegaras a expresarse en el mismo.

No hay que olvidar que el manejo de pacientes implica verlos como un conjunto, y resulta vital tomarlo en cuenta al momento de realizar exploraciones en la práctica general, ya que estas son la base para el diagnóstico oportuno del cáncer oral, donde es indispensable también involucrar al paciente y hacerlos responsable y consciente de su cuidado y estado bucodental.

11. Referencias:

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- 2.- Instituto Nacional de Cáncer. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- 3.- Carrillo Rivera. Simón Nacif. Gil Romero. Cáncer oral en México. Revisión bibliográfica y presentación de caso clínico. [En línea]. 2011 [Consultado el 14 de junio de 2018]; 7 (3): [104-108].
- 4.- Medicina Interna en odontología. Rose, KAye, Gonzalez Laguna. México. Editorial Salvat. 1992.
- 5.- George Laskarris. Atlas de enfermedades orales. Editorial Masson. 2006.
- 6.- García García, González Moles, Bascones Martínez. Bases moleculares del cáncer oral. Revisión bibliográfica. Av Odontostomatol 2005; 21(6): 287-295.
- 7.- Howley, Ganem, Lieff. Etiology of cancers: Viruses. DNA viruses. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer Principales and Practice in Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. Pp. 158-171.
- 8.- Sanchez, Martínez, Nieto, Castellsague, Quintana, Bosch, Herrero. Oral and oropharyngeal cancer in Spain: Influence of dietary patterns. Eur J Cancer Prev. 2003; 12(1): 49-58.

9.-Tirado Granados. Epidemiología y Etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello. Cancerología. 2007; 2: 9-17.

10.- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015. Para la prevención y control de enfermedades bucales.

11.- García Carmona. Importancia de la exploración extra e intra bucal en pacientes para detectar lesiones cancerizables. Tesis de grado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología. 2017.

12. - Howard Mora, Castillo Rivas. El nivel de conocimiento que tiene el estudiantado de Medicina sobre el cáncer bucal en Costa Rica. Odontos International Journal of Dental Sciences [Revista en línea] 2010 [Consultado el 18 de septiembre de 2017]; N° 12: [1-11]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/download/4776/4586>

13. -Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental Students. BMC Medical Education [En línea] 2007 [Consultado el 15 de noviembre del 2017] 7 (44): [1-8]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18005417>

14. -Ogden G, Mahboobi N. Oral Cancer Awareness Among Undergraduate Dental Students in Iran. Journal Cancer Education [En línea] 2011 [Consultado el 10 de noviembre de 2017]; 26 (2): [380-385]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-010-0170-2>

15.- Božana Lončar B, Ivana Canjuga, Marinka Baričević, Marinka Mravak-Stipetić. Dental Students' Awareness of Oral Cancer. Acta Estomatologica Croatica [En línea] 2012 [Consultado el 13 de septiembre de 2017]; 46 (1): [50-58]. Disponible en: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=116895

16.- Izaguirre. Nivel de conocimiento sobre cáncer profesional de odontología de último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de odontología. E.A.P de odontología. 2012.

17.- Puentes, Omaña, León, Rangel, Rodríguez. Valoración del nivel de conocimiento sobre las patologías labiales por parte del odontólogo que labora en el sector privado de salud de Mérida, Venezuela. Revista Venezolana de Investigación odontológica de la IADR [En línea] 2014 [Consultado el 17 de octubre de 2017]; 3 (1): [4-11]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/6597>

18.- Dumitrescu A.L, Ibric S, Ibric-Cioranu V. Assessing Oral Cancer Knowledge in Romanian Undergraduate Dental Students. Journal of Cancer Education [En línea] 2014 [Consultado el 16 de octubre de 2017]; 29 (3): [506-513]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-014-0659-1>

19.- Ramaswamy P, Ginjupally Uday, Sreenivasulu P, Praveen Kumar B, Khaitan T, Geethika V.R. Awareness about Oral Cancer among Dental Postgraduate Students in the State of Andhra Pradesh, India. Journal Cancer Education [En línea] 2014 [Consultado el 16 de octubre de 2017]; 29 (4): [665-668]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24504663>

20.- Porras Durand. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Tecnológica de los Andes Abancay-2015. Tesis de grado. Universidad Tecnológica de los Andes. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Estomatología. 2016.

21.-Jayasinghe R D, Sherminie L P G, Amarasinghe H, Sitheequa M A M. Level of awareness of oral cancer and oral potentially malignant disorders among medical and dental undergraduates. Ceylon Medical Journal [En línea] 2016 [Consultado el 18 de octubre de 2017]; 61 (3): [77-79] Disponible en: <https://cmj.sljol.info/articles/abstract/10.4038/cmj.v61i2.8289/>

22.- Ribeiro, Ferreira Novo N,Weinfeld I. Comparative study of knowledge about oral cancer among undergraduate dental students. Einstein Sao Paulo [En línea] 2016 [Consultado el 6 de noviembre de 2017]; 14 (3): [338-345] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234744/>

23.- Corona López. Estudio comparativo de conocimientos sobre cáncer oral entre alumnos de cuarto año de la carrera de cirujano dentista y alumnos del posgrado de la DEPyI. F.O. UNAM. Tesis de grado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología. 2017.

24.- Gutiérrez. Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del cirujano dentista de la ciudad de Puno, 2016.Tesis doctoral. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Odontología. 2016.

25.- Amer H,Wahed A, Badawi O, Emara A. Oral Cancer Awareness Level Within the Dental Community: Results from a Large Scale Survey in Cairo. Journal Cancer Education [En línea] 2017 [Consultado el 23 de octubre de 2017]: [1-6] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28643287>

26.- Ley general de salud en materia de investigación. Título segundo. Capítulo primero. Artículos 13, 14 y 17.

27.- Díaz Núñez. Validación de una herramienta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación al cáncer oral. Tesis de grado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología. 2018.

28.- Hernandez Sampieri Metodología de la investigación. McGraw-Hill, 2014, 6ta edición.

29.- Pérez Camargo D, Luigina Delfín D, Copca Mendoza E, Hernández Méndez M, Herrera Gómez A. Estado nutricional de los pacientes con cáncer de la cavidad oral. Nutr. Hosp. 28 [5]; Madrid. 2013.

12. Anexos.

Anexo 1:

Se establecerá comunicación directa con los profesores de Metodología de la Investigación del turno matutino y vespertino con la finalidad que permitan la aplicación de la encuesta el último día de clase en la Clínica Periférica Padierna.

Se anexa escrito.

Anexo 2:

Encuesta.

ANEXO 1:

Mtra Arcelia Meléndez Ocampo.
Esp. Jesús Manuel Díaz de León.

Me dirijo a usted con todo respeto para solicitarle se me permita unos minutos durante su asignatura de Metodología de la Investigación, impartida en la Clínica Periférica Padierna turno matutino y vespertino a los estudiantes del sexagésimo primer seminario de titulación para la aplicación de encuestas relacionadas con el trabajo de tesis “Conocimiento y práctica por parte de los egresados del sexagésimo primer seminario de titulación de la carrera de cirujano dentista con respecto al cáncer oral” que presenta la alumna Daniela Eugenia Cruz Uscanga. De ser posible, me presentaría con usted para dicha actividad el último día que usted imparta la materia.

Quedo en espera de su respuesta deseando sea un ciclo escolar exitoso.

Sin más por el momento y expresándole de antemano mi más sincero agradecimiento quedo a sus órdenes.

Daniela Eugenia Cruz Uscanga.

P

20.- El tamaño de un tumor y el tiempo de evolución no define el pronóstico de un paciente, lo define el tratamiento.

21.- Es viable utilizar solo un método de diagnóstico en lesiones encontradas en boca:

22.- El azul de toluidina y la citología son métodos auxiliares para el diagnóstico oportuno de cáncer oral.

23.- Realizando un examen minucioso de los tejidos extra e intrabucales podemos detectar de manera precoz lesiones cancerizables.

24.- Para realizar un correcto examen de cabeza y cuello es necesaria la inspección, palpación y una adecuada iluminación.

25.- Las cadenas ganglionares a explorar principalmente en zona de cabeza y cuello son la submandibular, la yugular interna, la cervical transversa, la espinal accesoria.

26.- El tratamiento por elección en pacientes con cáncer oral es la cirugía solamente sin ningún otro auxiliar.

27.- La mucositis y las hemorragias bucales son de las principales complicaciones en pacientes bajo tratamiento de cáncer oral.

28.- Cambios de color, de textura, de volumen, son aspectos a considerar al explorar a mucosa bucal.

Las siguientes preguntas se deben contestar con base en el esquema de la última hoja.

29.- Los ganglios genianos intermedios se localizan mediante un procedimiento bimanual y son los que están señalados en el inciso a del esquema.

1. Sí.	2. No.

