



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO

TEMA:

**DIAGNÓSTICO Y MANEJO ODONTOLÓGICO EN
PACIENTES CON CÁNCER ORAL EN EL HOSPITAL
DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL DE LA CIUDAD DE SAN PEDRO DE
RIOBAMBA EN EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE
DEL 2014.**

AUTORAS:

JESSICA NATALY CHÁVEZ CHÁVEZ
ANA CRISTINA DÍAZ MORÁN

TUTOR

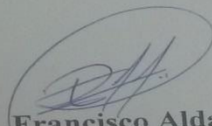
DR. DUNIER ARIAS

RIOBAMBA - ECUADOR

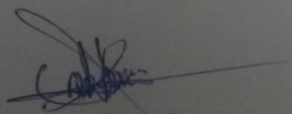
2015

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

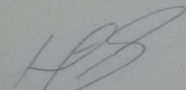
Certifico que la Señorita: JESSICA NATALY CHÁVEZ CHÁVEZ, para optar al título de Odontólogo titulado "DIAGNÓSTICO Y MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE SAN PEDRO DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2014", se encuentra apta para la defensa Pública.



Dr. Francisco Aldaz
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



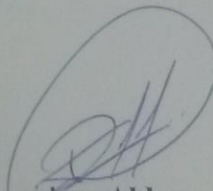
Dr. Galo Sánchez



Dr. Dunier Arias

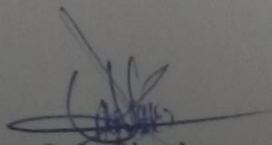
CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Certifico que la Señorita: ANA CRISTINA DÍAZ MORÀN, para optar al título de Odontólogo titulado “DIAGNÓSTICO Y MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE SAN PEDRO DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2014”, se encuentra apta para la defensa Pública.

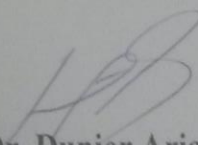


Dr. Francisco Aldaz

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Dr. Galo Sánchez




Dr. Dunier Arias

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el presente del Proyecto Científico presentado por las Alumnas: HERRICA NATALY CRÁVEZ CRÁVEZ Y ANA CRISTINA DÍAZ MORÁN con respecto al tema de: Diagnóstico diferencial "GRANDEZCO" Y MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA CIUDAD DE SAN PEDRO DE EXTRIAMPA EN EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2014", y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.


Extrampa, 12 Noviembre del 2014.



Dr. Daniel Artañ Suárez

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras, Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina, somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, y los derechos de autoría nos pertenecen.



060424437-6



0604126672

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios y a mis padres, porque me han sabido guiar por el camino del bien, dándome sabiduría, inteligencia para culminar con éxito una etapa más de mi vida, y poder servir a la sociedad con mis conocimientos, para el progreso del país, y el de mi familia; al Dr. Dunier, sustento de esta tesina, al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba, y a las personas que desinteresadamente me apoyaron durante el desarrollo de esta tesis.

JESSICA

A mis padres, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad; al Dr. Dunier, sustento de esta tesina, al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba, y a las personas que desinteresadamente me apoyaron durante el desarrollo de esta tesis.

ANITA

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo
A Dios que me ha dado la vida y fortaleza
para terminar este proyecto de investigación,
A mis familiares, amigos, profesores, compañeros, y
aquellos que han intervenido de alguna forma en la
culminación de la tesis.

JESSICA

A Dios: por mostrarme día a día que con paciencia,
humildad y sabiduría todo es posible; a mi familia y
amigos que han sido el pilar fundamental para cumplir
esta meta.

ANITA

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud define al cáncer como un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, otros términos utilizados son neoplasias o tumores malignos, una de las características que define al cáncer es la reproducción rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos que da lugar a la mala formación llamada metástasis. El cáncer oral aparece como un crecimiento o una llaga en la boca que no desaparece, este tipo de cáncer incluye los cánceres de los labios, la lengua, las mejillas, suelo de la boca, el paladar duro y blando, los senos nasales y la faringe (garganta), puede ser potencialmente mortal si no se diagnóstica y trata a tiempo.

La investigación que se presenta, enfoca el protocolo de tratamiento odontológico en pacientes diagnosticados con cáncer oral, a través de la inducción que se promueve tras el estudio de caso particularmente en el Hospital del IEISS, y sobre esta base promover la generalización factible para otros medios.

El problema estructural de esta investigación radica, en que, al ser pocos los casos que se presentan, no se ha preocupado en promover un protocolo específico de tratamiento en el aspecto odontológico, tomando en cuenta que cada paciente diagnosticado con cáncer es un caso importante y en su mayoría, por la gravedad del diagnóstico, no prestan importancia al tratamiento dental.

Es importante; resaltar que a pesar de la importancia que representa para esta población, complementar su tratamiento médico con el tratamiento dental, no existe un protocolo posible de aplicar cuando el caso lo amerite, y los casos en los que se referencian a esta especialidad, son solo aquellos que revisten características de emergencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

The World Health Organization defines cancer as a generic term for a group more than 100 diseases that can affect any part of the body, other terms used are malignant growths or tumors, one of the defining characteristics of cancer is the rapid reproduction of abnormal cells that grow beyond their normal limits and may invade adjacent areas of the body or spread to other organs that gives rise to poor formation called metastasis. The oral cancer appears as a growth or sore in the mouth that does not go away, this type of cancer includes cancers of the lips, tongue, cheeks, mouth floor, the hard and soft palate, the sinuses and pharynx (throat), can be life threatening if not diagnosed and treated on time.

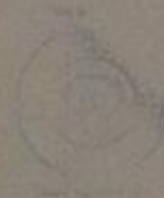
The research presented is focuses on the protocol of dental treatment in a patient diagnosed with oral cancer through induction that promotes this particularly case study at the HESS Hospital, and base on this promote the feasible generalization by other ways.

The structural problem of this research lies in the fact that being a few cases that are presented they has not been concerned to promote a specific treatment protocol in the dental issue, taking into account that each patient diagnosed with cancer is an important case and mostly, by the severity of the diagnosis, do not pay attention to the dental treatment.

It is important to emphasize that despite the importance that represents for this population complement its medical treatment with dental treatment, there is no protocol as possible to apply when the need arises, and cases in which are referenced to this specialty, are only those which are features of emergency.

Translation Reviewed by

Elizabeth Diaz



ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| DERECHO DE AUTORÍA..... | |
| RESUMEN..... | III |
| AGRADECIMIENTO | |
| DEDICATORIA..... | |
| ÍNDICE GENERAL | VII |
| ÍNDICE DE CUADROS | X |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | XI |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 3 |
| 1.- PROBLEMATIZACIÓN | 3 |
| 1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 5 |
| 2.3.- OBJETIVOS | 5 |
| 2.3.1.- GENERAL..... | 5 |
| 2.3.2.- ESPECÍFICOS..... | 5 |
| 2.4.- JUSTIFICACIÓN..... | 6 |
| CAPÍTULO II..... | 7 |
| 2.- MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1.- POSICIONAMIENTO PERSONAL | 7 |
| 2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA..... | 8 |
| 2.2.1. <i>DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ORAL</i> | 8 |
| 2.2.2. <i>HISTORIA CLÍNICA</i> | 8 |
| 2.2.3. <i>METODOLOGÍA DE LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA</i> | 9 |
| 2.2.4. <i>BIOPSIA</i> | 22 |
| 2.2.5. MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER | 22 |
| 2.2.5.1. ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO..... | 23 |
| 2.2.5.2. DURANTE EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO | 24 |
| 2.2.5.3. DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO | 25 |
| 2.2.6. <i>EL CÁNCER ORAL</i> | 26 |

| | |
|---|----|
| 2.2.7.- INVASIÓN Y METÁSTASIS..... | 29 |
| 2.2.8.- SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER ORAL | 32 |
| 2.2.9.- CLASIFICACIÓN..... | 33 |
| 2.2.10.- ETAPAS..... | 35 |
| 2.2.11.- CATEGORÍAS T PARA CÁNCER DE LABIO, DE LA CAVIDAD ORAL Y DE LA OROFARINGE. | 36 |
| 2.2.12.- TUMORES Y LESIONES PRECANCERÍGENAS..... | 37 |
| 2.2.13.- LESIONES MALIGNAS..... | 39 |
| 2.3.- DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS | 45 |
| 2.4.- HIPÓTESIS Y VARIABLES..... | 47 |
| 2.4.1.- HIPÓTESIS | 47 |
| 2.4.2.- VARIABLES | 48 |
| 2.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 49 |
| CAPÍTULO III..... | 50 |
| 3.- MARCO METODOLÓGICO | 50 |
| 3.1.- MÉTODOS..... | 50 |
| 3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 52 |
| 3.2.1.- POBLACIÓN..... | 52 |
| 3.2.2.- MUESTRA..... | 53 |
| 3.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 53 |
| 3.4.- TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 53 |
| CAPÍTULO VI..... | 54 |
| 4.1.- EXPOSICIÓN DE RESULTADOS..... | 54 |
| 4.1.1.- RESULTADOS DE LA ENCUESTA A PROFESIONALES ODONTÓLOGOS DEL HOSPITAL DEL IESS DE RIOBAMBA..... | 54 |
| CAPÍTULO IV..... | 66 |
| 4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 66 |
| 4.1.- CONCLUSIONES | 66 |
| 4.2.- RECOMENDACIONES..... | 68 |
| BIBLIOGRAFÍA | 69 |
| ANEXOS | 70 |
| ANEXO 1: ENCUESTA A ODONTÓLOGOS | 70 |
| ANEXO 2: FOTOGRAFÍAS | 74 |

| | |
|---|----|
| | 77 |
| | 77 |
| ANEXO 3: MANUAL ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES CON CÁNCER ORAL | 78 |
| ANEXO 4: DOCUMENTACIÓN | 89 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Pacientes con cáncer remitidos | 54 |
| Tabla 2: Necesidad de tratamiento a pacientes con cáncer | 55 |
| Tabla 3: Momentos en que se necesita el tratamiento odontológico | 56 |
| Tabla 4: Procedimientos antes del tratamiento oncológico | 57 |
| Tabla 5: Procedimientos durante el tratamiento oncológico | 58 |
| Tabla 6: Procedimientos luego del tratamiento oncológico..... | 59 |
| Tabla 7: Indicación de protocolo de tratamiento del cáncer oral en el Hospital del IESS | 61 |
| Tabla 8: Principales patologías presentes en pacientes con cáncer oral | 62 |
| Tabla 9: Complicaciones odontológicas en pacientes sometidos a radioterapia o quimioterapia | 63 |
| Tabla 10: Complicaciones crónicas en pacientes con cáncer | 64 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Examen del labio | 13 |
| Gráfico 2: Exploración de las mejillas..... | 14 |
| Gráfico 3: Exploración de la lengua | 15 |
| Gráfico 4: Exploración del suelo de la boca | 16 |
| Gráfico 5: Exploración de la base de la lengua y bucofaríngea..... | 16 |
| Gráfico 6: Exploración de encías y dientes | 17 |
| Gráfico 7: Cadena de linfonódulos submandibular | 18 |
| Gráfico 8: Linfonódulos yugular interna | 18 |
| Gráfico 9: Cadena de linfonódulos espinal..... | 19 |
| Gráfico 10: Cadena de linfonódulos cervical..... | 19 |
| Gráfico 11: Grupo submentoniano | 20 |
| Gráfico 12: Grupo nasogeniano | 20 |
| Gráfico 13: Grupo preauricular..... | 21 |
| Gráfico 14: Grupo ganglionar mastoideo y occipital..... | 21 |
| Gráfico 15: Pacientes diagnosticados con cáncer por género..... | 26 |
| Gráfico 16: Pacientes fallecidos por cáncer según género..... | 27 |
| Gráfico 17: Pacientes con cáncer oral por lugar de residencia | 27 |
| Gráfico 18: Leucoplasia de piso de boca | 38 |
| Gráfico 19: Leucoplasia de lengua | 39 |
| Gráfico 20: Carcinoma de lengua | 40 |
| Gráfico 21: Carcinoma de labio inferior..... | 41 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 22: Carcinoma Epidiforme grado II..... | 41 |
| Gráfico 23: Carcinoma epidiforme grado II suelo de la boca..... | 42 |
| Gráfico 24: Úlcera en los procesos alveolares | 43 |
| Gráfico 25: Carcinoma epidiforme grado I de encía | 43 |
| Gráfico 26: Carcinoma epidiforme grado I de carrillo | 44 |
| Gráfico 27: Carcinoma epidiforme grado I de paladar | 45 |
| Gráfico 28: Pacientes con cáncer remitidos..... | 54 |
| Gráfico 29: Necesidad de tratamiento a pacientes con cáncer..... | 55 |
| Gráfico 30: Momentos en que se necesita el tratamiento odontológico | 56 |
| Gráfico 31: Procedimientos antes del tratamiento oncológico | 57 |
| Gráfico 32: Procedimiento durante el tratamiento oncológico | 58 |
| Gráfico 33: Procedimientos luego del tratamiento oncológico..... | 59 |
| Gráfico 34: Indicación de protocolo de tratamiento del cáncer oral en el Hospital del IESS | 61 |
| Gráfico 35: Principales patologías presentes en pacientes con cáncer oral | 62 |
| Gráfico 36: Complicaciones odontológicas en pacientes sometidos a radioterapia o quimioterapia | 63 |
| Gráfico 37: Complicaciones crónicas en pacientes con cáncer | 64 |

INTRODUCCIÓN

Considerada como una de las enfermedades más peligrosas en el mundo, los estudios del cáncer en el campo médico son abundantes y siempre tendrán un punto de vista novedoso que dará un giro de originalidad a la investigación, esto se produce debido a que el diagnóstico de cáncer es eminentemente médico.

Así vistas las cosas, una investigación odontológica sobre el cáncer bucal puede aparentemente no tiene un sentido lógico, y de hecho no existen trabajos relacionados con esta enfermedad, sin embargo es necesario considerar que el cuidado bucal en este tipo de pacientes se considera como una terapia complementaria que prepare, prevenga, trate y ayude al paciente en los posibles problemas que el tratamiento médico lo ocasione.

Este es el enfoque que se dio a la investigación, el buscar plasmar un protocolo de tratamiento buco dental para pacientes con cáncer, pues de la información que se ha obtenido en el medio investigado no existe y se tiende solo a la atención emergente de problemas odontológicos ya presentados.

Lo anterior se convierte en un problema por dos razones: el primero es que cuando aparece el caso dentro de los consultorios odontológicos no se sabe qué hacer, y el segundo, casi ninguno de los pacientes diagnosticados con cáncer es orientado al tratamiento buco dental preventivo, concomitante y posterior al tratamiento médico del cáncer.

Por tanto, la investigación se realizó en el Departamento Odontológico del IESS, tomando en cuenta que al momento se cuenta con ocho profesionales a quienes se les investigó sobre la existencia de un protocolo de atención a pacientes con cáncer oral, buscando identificar los principales aspectos que se deben tener en cuenta en pacientes de este tipo.

Si bien es cierto que la cantidad de pacientes diagnosticados con cáncer oral no es muy grande, es necesario considerar que la investigación se centra en los casos

existentes debido a que dentro del campo médico y odontológico no interesa el número de pacientes detectados con cáncer, sino que se busca la atención a cada uno de los casos, aún más cuando no todos los pacientes que tienen cáncer oral son tratados odontológicamente, y por otro lado, este protocolo puede ser multiplicado en diagnósticos de cáncer de otros tipos.

El punto de partida que se toma para la investigación es que, según la Organización Mundial de la Salud, del 2 al 4% de los cánceres detectados es oral, y aunque la tasa de mortalidad por esta enfermedad ha disminuido, existe un repunte de la misma a nivel de Latinoamérica y África, probablemente asociado con riesgos conductuales de los pacientes.

Ante esta situación, es necesario iniciar investigaciones que ayuden colateralmente a mejorar la calidad de vida de los pacientes ya diagnosticados, y una de ellas es el tratamiento odontológico que debe tener antes, durante y después del tratamiento al que va a ser sometido, y no solamente a la atención de cuestiones emergentes.

La investigación que se presenta a continuación, busca definir la importancia del tratamiento odontológico en pacientes con cáncer oral y sintetizar el protocolo de atención buco dental necesario en estos casos.

CAPÍTULO I

1.- PROBLEMATIZACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer representa un problema de salud pública, vinculado con una enorme pérdida de vidas humanas y recursos económicos, que son un reto para el sistema de salud, muchas condiciones precancerosas de la cavidad oral se puede detectar en etapas tempranas, durante exámenes de control de rutina que realiza un odontólogo o con la autoevaluación.

Para el año 2014 los cálculos de la Sociedad Americana contra el cáncer en los Estados Unidos son alrededor de 37,000 persona con cáncer de oro faringe y de la cavidad oral y alrededor de 7,300 personas morirán de esté cáncer siendo unos de los países más desarrollados. En nuestro país desde el año 2000 al 2013 se han detectado 674 casos de cáncer oral, siendo el tumor maligno de paladar el de mayor porcentaje. En nuestra ciudad tanto en el Hospital del IESS (Instituto de Seguridad Social), SOLCA (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer en el Ecuador), no existe registro estadístico, ni seguimiento odontológico en pacientes con cáncer oral.

Algunos casos iniciales de cáncer, tienen síntomas que hacen que los pacientes busquen atención médica u odontológica. Lamentablemente, algunos tipos de cáncer pueden no presentar síntomas hasta que han alcanzado una etapa avanzada o pueden producir síntomas similares a los causados por otra enfermedad que no sea cáncer.

Si bien es cierto que el diagnóstico del cáncer es netamente clínico, es decir asociado a la medicina, el odontólogo tiene oportunidad, en algunos casos, de tener la primera sospecha del mismo en pacientes, pero sobre todo, si ya fue detectado, se considera necesario iniciar un protocolo de tratamiento odontológico obligatorio, importante para mantener una buena calidad de vida y prevenir problemas posteriores.

El problema es que ante el diagnóstico de cáncer oral y de otros tipos, la atención del paciente se centra únicamente en lo clínico y se descuida el aspecto odontológico, por lo que el paciente únicamente recurre al dentista cuando ya tiene problemas urgentes que resolver, y que en su mayoría ya no tienen una posible mitigación y obligan a tomar tratamientos mucho más radicales y severos.

Dentro de los hospitales en general, por lo que se ha podido observar, en el Hospital del IESS en particular, no existe un protocolo odontológico que se despliegue al momento del diagnóstico de cáncer, y esto conlleva problemas colaterales que afectan la salud general del paciente.

Una de las principales causas de este problema radica en que al ser pocos los casos, no se pone interés en el tema, sin embargo, al decir la Organización Panamericana de la Salud, cada caso de cáncer es importante, no hay que medir la trascendencia de la enfermedad por la cantidad de pacientes diagnosticados, sino por la gravedad de la dolencia misma, en otras palabras, no es más importante una enfermedad por su incidencia poblacional, sino más bien atendiendo a la gravedad de la misma.

El problema que indicamos antes dentro de los Hospitales, ha generado un corte entre las distintas disciplinas médica y odontológica, cuando deberían ir a la par, especialmente en pacientes con cáncer, y mucho más en casos de cáncer oral, el momento en que se dé un diagnóstico de este tipo, debería desencadenarse automáticamente un protocolo de tratamiento odontológico obligatorio que garantice una mejor atención del paciente.

Es necesario estar conscientes de que el tratamiento médico del cáncer somete al paciente a un impacto fuerte que afecta a todo su organismo, incluidas la boca y los dientes. El tratamiento del cáncer oral a menudo produce disfunciones y distorsiones en el habla, masticación, salivación, dolor de las piezas dentales y de la mucosa, de ahí que la rehabilitación oral es la mejor consideración que se le puede brindar al paciente. El control óptimo del cáncer oral necesita de una cantidad de medidas entre

muchos profesionales de la salud, y en especial la coordinación entre el médico y el odontólogo.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué medida la creación de un protocolo de tratamiento odontológico para pacientes con cáncer oral permite una acción interdisciplinaria en la atención de pacientes con cáncer oral en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba durante el período junio a noviembre de 2014?

2.3.- OBJETIVOS

2.3.1.- GENERAL

Determinar el procedimiento adecuado que debe seguirse en el caso de pacientes con cáncer oral diagnosticados en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba durante el período junio a noviembre de 2014 a través de un protocolo de carácter interdisciplinario.

2.3.2.- ESPECÍFICOS

- Fundamentar teóricamente el manejo odontológico de pacientes diagnosticados con cáncer oral.
- Diagnosticar el modelo de tratamiento actual en los pacientes con cáncer oral del Hospital del IESS de Riobamba.
- Diseñar un manual de protocolo para la atención y tratamiento de pacientes con cáncer oral.

2.4.- JUSTIFICACIÓN

El punto de partida de esta investigación, asociada con su gravedad, no es la cantidad de pacientes diagnosticados con la enfermedad, pues si bien hay un repunte de la misma a nivel mundial, los casos de cáncer oral son pocos, sin embargo cada caso es importante pues el tratamiento de la misma diferencia la sobrevivencia del individuo, por tanto, cada caso de cáncer es de vital importancia y de personal tratamiento, por esto, es necesario abordarlo desde un punto de vista interdisciplinario, y junto con el tratamiento clínico, y en el mismo nivel, debe considerarse el tratamiento odontológico; por lo tanto esta investigación es fundamental debido a que busca resaltar la importancia que ambas disciplinas tienen (Médico y Odontólogo) en el tratamiento y la calidad de vida del paciente.

Al momento de realizar este estudio, no se encontró un protocolo de atención odontológico para pacientes con cáncer en general y menos aún para pacientes con cáncer oral, esta inexistencia hace que no se de el tratamiento integral e interdisciplinario que este tipo de pacientes debería tener, el tratamiento odontológico no conoce los casos de cáncer detectados en el Hospital, provocando una disociación entre las especialidades médica y odontológica, generando un problema para el paciente.

Es necesario establecer un protocolo de atención para los pacientes con cáncer, pues será una guía para el profesional odontólogo, porque por medio de la misma se podría detectar el cáncer en etapas tempranas, pero sobre todo, brindar un tratamiento preventivo y paliativo antes, durante y luego del tratamiento médico del paciente.

Los beneficiarios de esta investigación son los pacientes con cáncer oral del Hospital del IESS en Riobamba, pudiendo ser replicada en otros tipos de diagnósticos de cáncer y en otros centros de salud de la provincia y el país.

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- POSICIONAMIENTO PERSONAL

De acuerdo con Fabiana Caribé, (CARIBÉ, 2002) el cáncer oral todavía no tiene datos concretos sobre su detección temprana, y en general, el papel del odontólogo es únicamente paliativo respecto a las dolencias buco dentales que aparecen cuando el paciente ya se somete al tratamiento agresivo correspondiente.

Es necesario considerar que, de acuerdo con Julio Santana, (SANTANA, 2004) el papel del odontólogo frente a esta enfermedad, debe asumir cuatro momentos posibles:

- a) Identificación precoz de cáncer bucal, en algunas oportunidades, le toca al odontólogo tener la primera sospecha y luego la confirmación, del diagnóstico de un carcinoma de la cavidad bucal, ya sea en la mucosa, en el órgano lingual o en los anexos, sin embargo, no todos los odontólogos tendrán la oportunidad o la elección de formar parte de un equipo de atención al paciente oncológico.
- b) Tratamiento odontológico, antes del tratamiento oncológico, tomando en cuenta de que todo paciente diagnosticado con cáncer debería asistir previamente al odontólogo con el fin de preparar y prevenir problemas bucodentales.
- c) Tratamiento odontológico durante el tratamiento oncológico: con el fin de paliar y solucionar problemas que surgen colaterales al tratamiento del cáncer.
- d) Tratamiento odontológico posterior al tratamiento oncológico: que busca mantener un control de posibles consecuencias que aparecen luego del tratamiento del cáncer.

Por tanto, el trabajo de investigación que se realizó, busca resaltar el papel del odontólogo dentro del equipo interdisciplinario que debe tratar al paciente detectado con cáncer oral, con el fin de preservar su salud en forma integral y holística mejorando su calidad de vida frente a una enfermedad considerada como catastrófica.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ORAL

El diagnóstico debería establecerse en etapa temprana debido a la accesibilidad de estos sitios, pero no sucede. Cualquier lesión que persista más de dos semanas se debe conducir a la inspección y palpación de la cavidad oral.

Las actividades de diagnóstico precoz de cáncer consisten en someter a personas de riesgo asintomáticas a pruebas, para clasificarlas como probables o improbables enfermos. Su objetivo es disminuir la morbi-mortalidad por la enfermedad.

Todos los pacientes deben someterse a exploración oral minuciosa para el diagnóstico de cáncer oral que consiste en la evaluación inicial.

2.2.2.- HISTORIA CLÍNICA

La entrevista de la historia clínica es un diálogo, que posee un propósito médico, se aplica muchas de las habilidades interpersonales en su trabajo diario, no obstante la plática con los pacientes tiene características únicas e importantes, por lo que el objetivo principal del interrogatorio es mejorar el bienestar del individuo, en un sentido más básico, la finalidad de la conversación con el paciente es triple: Establecer una relación de confianza y apoyo, reunir datos y ofrecer información. (BICKLEY, 2010, pág. 21)

El interrogatorio es de suma importancia porque es un relato del paciente y el formato de registro escrito, pero el orden que muestra aquí no debe ser secuencia de

la entrevista. Por lo general la entrevista es más fluida, sigue la iniciativa y sigue los datos del sujeto. El conocimiento del contenido del interrogatorio de salud completo le permite seleccionar la clase de información más útil para cumplir con los objetivos tanto del clínico como del paciente.

La comunicación y la relación terapéutica con los enfermos son las habilidades más valiosas de la atención clínica. Como médico que comienza su interrogatorio, usted enfocará sus energías en reunir información. Al mismo tiempo mediante las técnicas que promueve la confianza y la comunicación, es posible que el relato de la persona se despliegue en su forma más completa y detallada, que incluye datos de identificación y fuente interrogatorio, molestias principales, padecimiento actual, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares, antecedentes familiares no patológicos y examen de boca.

Según Rits citado por Luis Corona: "Nunca se aprecia mejor la experiencia clínica, la ciencia, la penetración psicológica y la autoridad moral de un médico, que cuando se escucha mientras se interroga a un enfermo". (CORONA, 2014, pág. 92)

2.2.3.- METODOLOGÍA DE LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

A) INTERROGATORIO O ANAMNÉSIS

Es el proceso de exploración que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales, y personales relevantes.

Es la conversación que el dentista tiene con el paciente en la primera visita. Esta comunicación establece un primer contacto entre paciente y profesional, aportando datos de gran importancia como son:

- El motivo de la visita
- La última visita al dentista

- La experiencia con sus anteriores tratamientos dentales
- Sus expectativas frente a posibles tratamientos de estética dental
- Si toma algún medicamento actualmente
- Antecedentes familiares
- Si padece de alguna alergia
- Si padece de alguna enfermedad (diabetes, hipertensión, etc)

B. LA EXPLORACIÓN CLÍNICA

- La exploración clínica es la recolección de información directamente del paciente mediante nuestros sentidos y/o ayudados de instrumentos manuales. Nos vamos a apoyar en:
 - a) La vista (inspección)
 - b) El tacto (palpación)
 - c) El oído (auscultación)

La exploración clínica se hará:

1. Extraoral
2. Intraoral

1. EXPLORACIÓN CLÍNICA EXTRAORAL:

La exploración deberá ser:

- Sistemática.
- Planeada
- Ordenada.

Al observar y palpar la cara, el operador podrá apreciar si el paciente presenta asimetría facial producto de patologías infecciosas, de ganglios edematosos, hiper o hipotonía muscular, traumatismo. Es importante observar la presencia de lesiones pigmentadas (máculas, pápulas o placas), la presencia de úlceras, eritemas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices.

La presencia de ganglios edematosos, es señal evidente en procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales. En algunos casos pueden presentarse de forma dolorosa o asintomática a la palpación, siendo móviles o fijos a los tejidos adyacentes. Para su exploración se recomienda la palpación bimanual. Es importante practicar la inspección completa sin obviar ningún paso.

Se inspeccionará

- Asimetría facial
- Ganglios
- Articulación Temporo- Mandibular (ATM)
- Hiper o hipotonía muscular

Se hará con la cabeza de frente y de perfil. De perfil, se hará igual que antes. A la palpación. : Cadena ganglionar del cuello, la articulación temporomandibular, palpación y los ruidos.

Muchas veces el primer signo de un trastorno de la articulación temporomandibular es un ruido que el paciente escucha dentro del oído o por delante de él. Esos ruidos aparecen al mover la mandíbula, generalmente al abrirla, pero también al llevarla hacia los lados y al cerrarla.

La presencia de este ruido acusa que algo dentro de la articulación va mal, o a lo que hay que poner atención. Una de las razones puede ser el disco, que no esté ubicado

correctamente, generando un pequeño salto o irregularidad al mover la mandíbula, entorpeciendo los movimientos continuos y armónicos.

2.EXPLORACIÓN CLÍNICA INTRAORAL

(Tejidos blandos, periodontales y dientes)

- Labios y comisura labial.
- Mejillas.
- Encías y maxilares
- Dientes
- Paladar duro y blando
- Lengua
- Suelo de la boca

La exploración puede ser realizada en el mismo local de trabajo del médico o estomatólogo, como una actividad permanente del trabajo diario e incluso durante la visita al hogar o centro de trabajo, y el examen puede ser más o menos complejo dependiendo del lugar y habilidad del examinador.

El instrumental que se debe utilizar es el habitual del estomatólogo o en su defecto un depresor de lengua o baja lengua. Lo más importante es una buena iluminación (natural o artificial). El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables. El examen del complejo bucal se ha simplificado en siete

pasos aprovechando al máximo la habilidad del examinador. En estos pasos se dirige el examen a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica.

- LABIO: Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y la altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina. La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía y el labio.

Gráfico 1: Examen del labio



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- MUCOSA DE LA MEJILLA: Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial. Deben recordarse las

estructuras normales como la terminación del conducto de la parótida, la línea alba, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.

Gráfico 2: Exploración de las mejillas



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- **PALADAR:** En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila incisiva, el rafe medio, las rugosidades palatinas, ocasionalmente, el torus palatino.

Gráfico3: Exploración de paladar



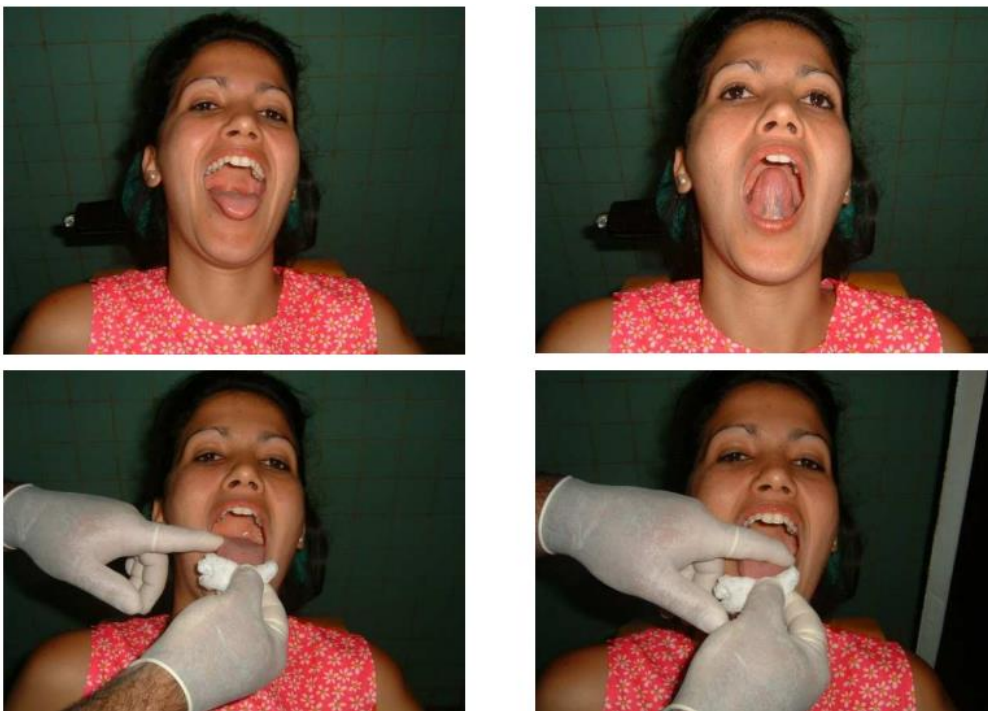
Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- LENGUA MÓVIL: Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones. Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello puede tomar el vértice lingual con una gasa.

En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.

Gráfico 3: Exploración de la lengua



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- SUELO DE LA BOCA: Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro. Para la palpación digital del piso de la boca el

dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado. Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular.

Gráfico 4: Exploración del suelo de la boca



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- **RAÍZ O BASE DE LA LENGUA:** Inspecciónese la raíz o base de la lengua auxiliándose del espejo bucal, mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua

Gráfico 5: Exploración de la base de la lengua y bucofaringea



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- ENCÍA Y DIENTES. Con la ayuda del espejo y el explorador realizamos el examen de la encía para detectar alteraciones patológicas y la presencia de factores locales dentales irritativos.

Gráfico 6: Exploración de encías y dientes



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- EXAMEN DEL CUELLO: La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación comenzando por el lado izquierdo incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la palpación, repita la maniobra en el lado derecho invirtiendo sus manos y finalmente bimanual, palpando ambos lados comparativamente. Palpe atentamente las zonas de las cadenas de linfonódulos submandibular, yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria y los grupos de linfonódulos submentonianos, parotídeos, preauricular, retroauricular y occipital, también incluya en el examen las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación témporomandibular.
- Cadenas de linfonódulos submandibular: paparalela al borde inferior de la mandíbula; recibe el drenaje linfático de labio inferior mejilla, encía, suelo de boca, glándula submandibular y glándula sublingual.

Gráfico 7: Cadena de linfonódulos submandibular



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- Cadenas de linfonódulos yugular interna: sigue el trayecto de la vena yugular interna; recibe el drenaje linfático de fosa nasal, faringe, oído y amígdala, lengua, glándulas salivales y glándula tiroides.

Gráfico 8: Linfonódulos yugular interna



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- Cadenas de linfonodos espinal accesoria: se localiza en el trayecto del nervio espinal; recibe el drenaje linfático de nasofaringe y otros grupos y cadenas secundariamente.

Gráfico 9: Cadena de linfonodos espinal

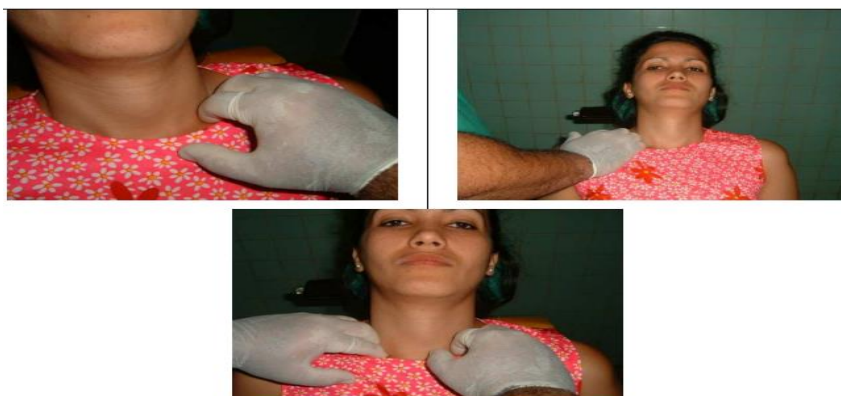


Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- Cadenas de linfonodos cervical transversa: acompaña a los vasos cervicales transversos; no recibe el drenaje linfático directamente de la boca pero puede recibirlo secundariamente de cadenas y grupos ganglionares.

Gráfico 10: Cadena de linfonodos cervical



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- Grupo submentoniano: situado por debajo el músculo milohioideo, por detrás de la sínfisis mandibular; recibe el drenaje linfático del labio inferior, mentón, mejilla, encía, suelo de boca y punta de lengua.

Gráfico 11: Grupo submentoniano



- Grupo nasogeniano: Es un grupo ganglionar superficial que sigue el surco de los vasos faciales, su trayectoria puede ubicarse a través del surco nasogeniano; recibe drenaje linfático de los ganglios submandibulares.

Gráfico 12: Grupo nasogeniano

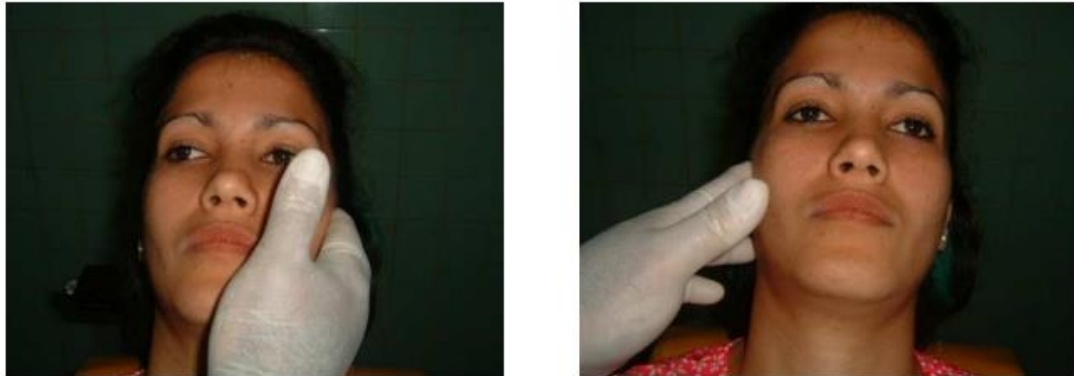


Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- Grupo preauricular o parotídeo: acompaña a la glándula parótida y recibe drenaje linfático de la glándula, piel de la cara, labio superior, carrillo y región nasal.

Gráfico 13: Grupo preauricular



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

- Grupo ganglionar mastoideo y occipital: se localiza a nivel de la mastoide y hueso occipital; tiene poca importancia en el drenaje inicial de las lesiones de la boca.

Gráfico 14: Grupo ganglionar mastoideo y occipital



Fuente: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal

Autor: RODRÍGUEZ, Orlando

2.2.4.- BIOPSIA

Se debe obtener biopsia incluso de las lesiones de leucoplaquia y eritoplaquia pero si estas son muy extensas se recurre a tinciones supravitales para dirigir la biopsia. Los estudios deben evaluar el estado nutricional y las afecciones concurrentes. Se incluye la radiografía del tórax, pruebas de función hepática y determinaciones de calcio y fósforo, importantes en enfermedades avanzadas o recurrentes, ya que estos tumores, con frecuencia cursan con síndromes paraneoplásicos.

Exámenes complementarios: La tomografía por computarizada del macizo facial y del cuello con medio de contraste está indicado en los casos con probable invasión ósea por ejemplo en la mandíbula. La imagen de resonancia magnética (IRM) es muy útil en tumores de difícil acceso, como los ubicados en la base de la lengua, piso y boca posterior, así como tumores avanzados incluyendo los mandibulares debido al mejor contraste del tumor con los tejidos blandos circundantes y a la presencia de menos artefactos por materiales dentales.

La invasión incipiente de la mandíbula se evalúa con más exactitud con la TC o TCD, en especial si el tumor primario se ubica en el piso de la boca o encía, y cuando existe invasión de conducto medular.

2.2.5. MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER

La higiene oral sistemática rutinaria es importante para reducir la incidencia y la gravedad de las secuelas orales del tratamiento del cáncer. Se debe explicar al paciente el motivo por el cual debe seguir el programa de higiene oral e informarle sobre los posibles efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia del cáncer. La higiene oral eficaz es importante durante todo el tratamiento del cáncer, con énfasis en comenzar la higiene oral antes del inicio del tratamiento.

El tratamiento de los pacientes que reciben quimioterapia de dosis altas o radiación al manto superior comparten ciertos principios comunes basados en el cuidado oral básico.

2.2.5.1. ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

En esta fase, es fundamental la eliminación de todos los focos sépticos tanto dentales como periodontales. Las exodoncias simples deben realizarse como mínimo unos 15 días antes de la quimiorradioterapia. Si las exodoncias son quirúrgicas se deberían practicar de 4 a 6 semanas antes. Asimismo, deben obturarse las caries y ajustarse las prótesis removibles para eliminar los posibles factores traumáticos. También será imprescindible instruir y motivar al paciente para que realice una cuidadosa higiene de su cavidad bucal que puede complementarse con enjuagues fluorados o antisépticos sin alcohol.

- Historia clínica minuciosa
- Exploración oral
- Radiografías (panorámicas, periapicales, aleta de mordida)
- Sialometría cuantitativa
- Instrucción personal en higiene oral
- Flúor tópico
- Profilaxis
- Explorar y tratar las lesiones inflamatorias crónicas de los maxilares
- Eliminar prótesis traumáticas
- Extracción de dientes irreparables (caries, enfermedad periodontal)
- Las exodoncias deben ser realizadas al menos con dos semanas de antelación. Se recomienda para las cirugías mayores una antelación de cuatro a seis semanas

- Sellado de las fisuras en premolares y molares recién erupcionados de los niños

2.2.5.2. DURANTE EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

En este período, el paciente suele presentar ya algunas manifestaciones orales, principalmente en forma de mucositis. En función de la gravedad de las mismas, existen diversos protocolos que incluyen diferentes fármacos y soluciones antisépticas y anestésicas. Estas soluciones son utilizadas como agentes preventivos y/o terapéuticos en la mayoría de hospitales oncológicos.

La higiene oral debe llevarse a cabo mediante cepillado dental o enjuagues 3 veces al día tras las comidas principales. Siempre que sea posible, el cepillado será prioritario.

Prevención y control del estado bucodentario

- Evitar cualquier maniobra invasiva en la cavidad oral
- Mantener buena higiene bucal
- Eliminar dieta cariogénica
- Colutorios antisépticos
- Fluorizaciones
- Alivio de la mucositis y xerostomía
- Protección de las glándulas salivales
- Evitar extracciones dentarias

2.2.5.3. DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Tras la finalización del tratamiento oncológico, no debe olvidarse el cuidado y mantenimiento de la cavidad bucal ya que determinados efectos secundarios, se manifiestan más tardíamente. En los pacientes irradiados por neoplasias de cabeza y cuello, la intensa sequedad bucal remanente y muchas veces definitiva, aumenta el riesgo de caries sobre todo cervicales y radiculares, dificulta el ajuste de las prótesis y puede ser una de las causas de necrosis en tejidos blandos. Asimismo la xerostomía convierte a la mucosa oral en más susceptible a irritaciones traumáticas e infecciones.

No se recomienda realizar ninguna intervención odontológica agresiva (exodoncias fundamentalmente) hasta pasados 6 meses de finalizar la quimioterapia o 1 año de la radioterapia para evitar el riesgo de osteorradionecrosis.

- Higiene oral y fluorizaciones continuadas
- Evitar exodoncias (al menos 1 año) y, si es imprescindible.
- Cobertura antibiótica (48 h antes / 7-15 días después)
- Evitar prótesis completa o removible en 1 año
- Mecanoterapia
- Tratamiento de las inflamaciones, mucositis y xerostomía
- Revisiones cada mes en el primer semestre, cada tres meses el primer año y cada seis meses hasta cumplir los tres años.

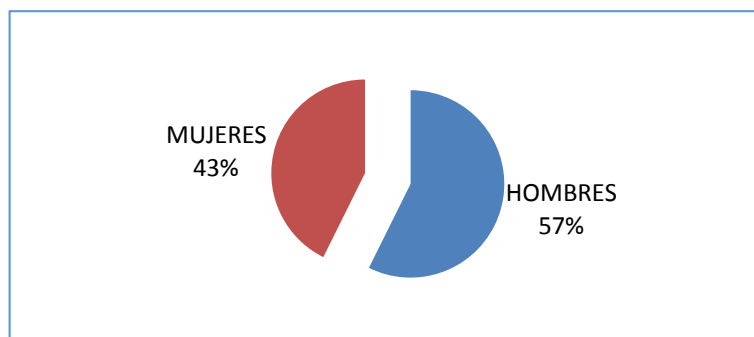
2.2.6.- EL CÁNCER ORAL

La oncología está dedicada al estudio y tratamiento de las neoplasias, en especial las malignas, y por extensión, también al cuidado del paciente que las padece. Es una especialidad multidisciplinaria, que incluye entre otras, la cirugía, la radiooncología, y la oncología médica.

En el tratamiento curativo del cáncer, la cirugía ofrece la mayor probabilidad de control local, que es una condición necesaria, aunque insuficiente, para la curación de neoplasias sólidas. Sin embargo, el papel de la cirugía en el tratamiento de cáncer no se limita solo al control local del tumor, también participa en la prevención, diagnóstico, evaluación de la extensión, rehabilitación de las secuelas y en la atención de ciertas complicaciones debidas a la evolución de la enfermedad o a los tratamientos previos.

En nuestro país desde el año 2000 al 2013 se han detectado 674 casos de cáncer oral, hallando mayor incidencia de cáncer oral en Guayas con 199 personas, Manabí con 100 personas, Pichincha 82 personas, existiendo en nuestra provincia 10 pacientes con cáncer oral y siendo el tumor maligno de paladar el de mayor porcentaje, este cáncer ocurre con más frecuencia en mujeres. La edad promedio de la mayoría de las personas que son diagnosticadas con este tipo de cáncer es de 55 a 65 años, no obstante, se puede presentar en personas jóvenes con menor frecuencia.

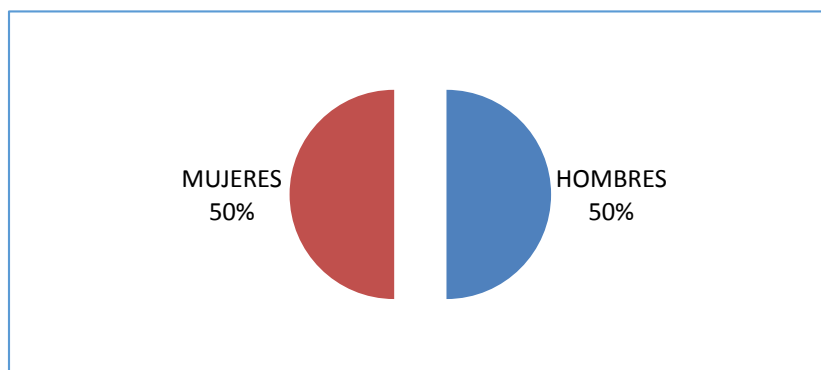
Gráfico 15: Pacientes diagnosticados con cáncer por género



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

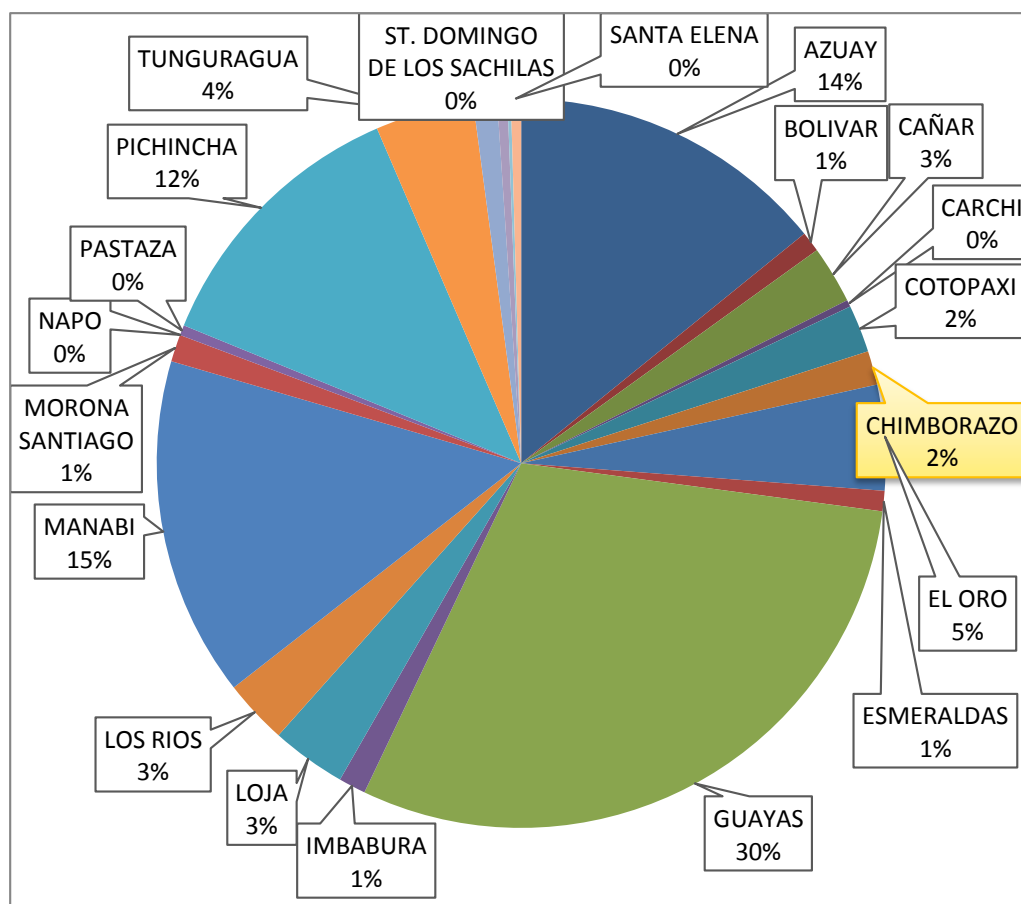
Gráfico 16: Pacientes fallecidos por cáncer según género



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 17: Pacientes con cáncer oral por lugar de residencia



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Las bacterias, espiroquetas, virus, hongos y parásitos hallados en la cavidad oral normal en general son inocuos. Si la mucosa sufre una lesión, o si se encuentran alterados los mecanismos de defensa normales por ejemplo por inmunodepresión, estos microorganismos pueden provocar enfermedad, como en la gingivitis por fusoespiroquetas. Las personas sanas también pueden ser portadoras de microorganismos patógenos, como *Coryobacterium diphtheriae* o los meningococos.

El cáncer bucal es relativamente raro, pero representa un problema clínico importante debido a que 65% de los casos se diagnostica en etapas avanzadas, asociándose a un pronóstico grave e importantes secuelas estéticas y funcionales. Los tumores benignos permanecen localizados en el área donde se origina. Por definición los tumores benignos no penetran y tampoco se diseminan a sitios distantes (metástasis). Como regla general los tumores benignos son más diferenciados que los malignos; es decir que se parecen más al tejido de origen. Los tumores malignos o cánceres, en cambio, tienen la propiedad adicional de invadir tejidos contiguos y de producir metástasis a distancia, donde la subpoblaciones de células malignas colonizan, proliferan otra vez y vuelven a invadir, como regla general los tumores malignos destruyen y los benignos no, pero estos últimos pueden ser mortales cuando se encuentran en sitios críticos (intracraneal, meníngeo).

La Radiooncología es la especialidad médica que se sirve de radiaciones ionizantes, para lograr un efecto biológico y tratar principalmente tumores malignos, además cabe señalar que una aplicación fundamental es la paliación que se logra en casos de enfermedad metastásico, actualmente la radioterapia es un elemento indispensable del tratamiento, multidisciplinario del cáncer.

La etiología del cáncer oral en un 90% de los casos en varones son atribuibles a los efectos del tabaco y el alcohol, pero solo el 22% de las mujeres fuman o beben, por lo que deben considerarse otros factores al virus del papiloma humano (VPH)

TIPO 6 y 16, que se da en pacientes con estomatitis recurrentes. Ciertas deficiencias alimenticias como hierro y vitamina A, C, y E han sido asociadas al cáncer de cavidad oral. Factores dentales por higiene dental es frecuentemente asociado, aunque está relacionada con la ingesta de alcohol y tabaco, algunos factores dentales en la carcinogénesis oral; la conversión enzimática del etanol por la microflora

2.2.7.- INVASIÓN Y METÁSTASIS

Los carcinomas se caracterizan por su agresividad locoregional. Crecen, invaden y destruyen estructuras locales y adyacentes, como la mandíbula, e incluso la base del cráneo, al tiempo que se diseminan por vía linfática. Los grupos ganglionares más afectados por los tumores de cavidad bucal son los submentonianos, submaxilares, yugulodigástricos y yugulares medios, (Nivel I; II; II). Son raras las metástasis a distancia y se asocian con más frecuencia a tumores avanzados y recurrentes. Los órganos más afectados son el pulmón, hígado y hueso, por lo general los pacientes mueren con una enfermedad locoregional no controlada, que conduce a una hemorragia.

Las dos propiedades exclusivas de la célula del cáncer, su capacidad de invadir localmente y para producir metástasis a distancia, estas propiedades son responsables de la mayoría de las muertes debido a esta enfermedad ya que el tumor primario puede presentarse para la extirpación quirúrgica.

FORMAS DE DISEMINACIÓN:

- EXTENSIÓN DIRECTA:

Es característico que los tumores malignos proliferen dentro del tejido de origen, donde crecen y donde infiltran las estructuras normales, también puede propagarse directamente más allá de los confines del órgano para ocupar tejidos adyacentes. En algunos casos el crecimiento del cáncer es tan intenso que el remplazo del tejido normal causa insuficiencia del órgano. Esta situación no es infrecuente en el cáncer

de hígado. La extensión directa de los tumores malignos dentro de un órgano también puede costar la vida debido a su localización.

Muchas veces la proliferación invasiva de los tumores malignos hace que estos se extiendan directamente fuera del tejido de origen, puede comprometerse secundariamente la función de un órgano adyacente.

- **DISEMINACIÓN METASTÁSICA:**

Las propiedades invasivas de los tumores malignos ponen a estos en contacto con los vasos sanguíneos y linfáticos. De la misma manera que puede invadir tejido parenquimatoso, las células neoplásicas también penetran en los vasos sanguíneos y linfáticos. Para que exista metástasis, después de invadir los tejidos linfáticos o sanguíneos las células neoplásicas deben desprenderse del tumor primario, ser arrastrados por la circulación, alojarse en la microcirculación del órgano, atravesar el vaso para salir al tejido vecino y proliferar en una forma autónoma en esta nueva localización.

• **METÁSTASIS HEMATÓGENAS**

Las células neoplásicas suelen invadir los capilares y las vénulas en tanto que las arteriolas de las paredes más gruesas y las arterias son relativamente resistentes. La presencia de las células malignas en la sangre no es sinónimo de metástasis, porque la mayoría de estas células es destruida en la circulación. Sin embargo es probable que exista una relación directa entre las metástasis viables y la cantidad de células malignas liberadas hacia la circulación. Para que puedan formar metástasis viables, las células neoplásicas circulantes deben alojarse en el hecho vascular del sitio metastásico, es probable que aquí se adhieran a las paredes de los vasos sanguíneos sea a las células endoteliales, o la membrana basal desnuda.

- **METÁSTASIS LINFÁTICA**

Un dogma histórico acerca de la propagación metastásico sometida a los tumores epiteliales (carcinomas) prefieren dar metástasis por vía linfática, en tanto que las neoplasias mesenquimáticas (sarcomas) se distribuyen por vía hematogena. Solo los grandes vasos linfáticos tienen membrana basal mientras que en los capilares linfáticos no se observa por lo tanto, hay motivo para creer que las células neoplásicas invasivas penetran con mayor facilidad en los vasos linfáticos que en los sanguíneos, una vez que pasan los primeros, las células son arrastradas a los ganglios linfáticos regionales, donde en principio se radican en el seno marginal y después se extienden por todo el ganglio.

Los ganglios linfáticos metastásico pueden agrandarse (adenomegalia) hasta muchas veces su tamaño normal, a menudo excediendo el diámetro de la lesión primaria. La superficie del corte del ganglio suele asemejar la del tumor primario en cuanto a color y consistencia y también puede exhibir la necrosis y hemorragia que son comunes en los cánceres primarios.

El cáncer se puede diseminar a través del tejido, el sistema linfático y la sangre:

- Tejido: El cáncer se disemina desde donde comenzó y se extiende hacia las áreas cercanas.
- Sistema linfático: El cáncer se disemina desde donde comenzó hasta entrar en el sistema linfático. El cáncer se desplaza a través de los vasos linfáticos a otras partes del cuerpo.
- Sangre: El cáncer se disemina desde donde comenzó y entra en la sangre. El cáncer se desplaza a través de los vasos sanguíneos a otras partes del cuerpo.

El cáncer se puede diseminar desde donde comenzó a otras partes del cuerpo. Cuando el cáncer se disemina a otra parte del cuerpo, se llama metástasis. Las células

cancerosas se desprenden de donde se originaron (tumor primario) y se desplazan a través del sistema linfático o la sangre.

- Sistema linfático: El cáncer penetra el sistema linfático, se desplaza a través de los vasos linfáticos, y forma un tumor (tumor metastásico) en otra parte del cuerpo.
- Sangre: El cáncer penetra la sangre, se desplaza a través de los vasos sanguíneos, y forma un tumor (tumor metastásico) en otra parte del cuerpo.

El tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer de labio se disemina al pulmón, las células cancerosas en el pulmón son en realidad, células de cáncer de labio. La enfermedad es cáncer de labio metastásico, no cáncer de pulmón.

2.2.8.- SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER ORAL

EL 65% de los tumores de cavidad bucal miden más de 4cm y solo el 6% es menor de 2cm, el 65% de los pacientes padecen etapas III y V, en etapas tempranas los síntomas son vagos y los signos sutiles, en lesiones invasivas, la manifestación más común es una lesión inicialmente superficial y pequeña, que evoluciona a una lesión exfoliativa, o plana, o endofítica, que puede estar ulcerada o no. El dolor no es frecuente, pero cuando está presente indica un mal pronóstico porque se asocia a diseminación plerineural.

Algunos de los síntomas del cáncer oral pueden ser:

- Una mancha o un bulto blanco o enrojecido en cualquier lugar de la boca durante más de un mes y que no se desprende.
- Heridas que no cicatrizan en una semana.
- Movilidad dentaria sin causa aparente.

- Expulsión espontánea de una pieza dentaria
- Anestesia y parestesia en cualquier sector de la boca.
- Desadaptación de prótesis
- Cualquier crecimiento localizado en tejidos.
- Una llaga en la boca que sangra con facilidad o no se cura.
- Problemas al masticar, tragar, o mover la lengua y la mandíbula (estos síntomas se presentan más tarde).

2.2.9.- CLASIFICACIÓN

Para estadificar el cáncer de labio y de cavidad oral, se utilizan los siguientes estadios:

- **ESTADIO 0 (CARCINOMA IN SITU)**

En el estadio 0, se encuentran células anormales en el revestimiento de los labios y la cavidad oral. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal. El estadio 0 también se llama carcinoma in situ.

- **ESTADIO I**

En el estadio I, el cáncer se formó y el tumor mide dos centímetros o menos. El cáncer no se diseminó hasta los ganglios linfáticos.

- **ESTADIO II**

En el estadio II, el tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cuatro centímetros, y el cáncer no se diseminó hasta los ganglios linfáticos.

- **ESTADIO III**

En el estadio III, el tumor puede ser de cualquier tamaño y se diseminó hasta un ganglio linfático que mide tres centímetros o menos, y está del mismo lado del cuello que el tumor o mide más de cuatro centímetros.

- **ESTADIO IV**

El estadio IV se divide en los estadios IVA, IVB y IVC.

EN EL ESTADIO IVA, EL TUMOR: Se diseminó a través del tejido del labio y la cavidad oral al tejido cercano o el hueso (mandíbula, lengua, piso de la boca, seno maxilar o la piel del mentón o la nariz; el cáncer se puede haber diseminado hasta un ganglio linfático que mide tres centímetros o menos, del mismo lado del cuello que el tumor

Hasta un ganglio linfático del mismo lado del cuello que el tumor y el ganglio linfático mide más de tres centímetros, pero menos de seis centímetros.

- Hasta más de un ganglio linfático del mismo lado del cuello que el tumor y los ganglios linfáticos no miden más de seis centímetros.
- Hasta ganglios linfáticos del lado opuesto del cuello que el tumor o de ambos lados del cuello, y los ganglios linfáticos no miden más de seis centímetros.

EN EL ESTADIO IVB:

El tumor puede ser de cualquier tamaño y se diseminó hasta uno o más ganglios linfáticos que miden más de seis centímetros o se diseminó aún más a los músculos o huesos de la cavidad oral, o la base del cráneo o la arteria carótida. El cáncer se puede haber diseminado hasta uno o más ganglios linfáticos de cualquier lugar del cuello.

EN EL ESTADIO IVC:

El tumor se diseminó más allá del labio o la cavidad oral hasta partes distantes del cuerpo como los pulmones. El tumor puede ser de cualquier tamaño y se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos.

2.2.10.- ETAPAS

La clasificación por etapas (estadificación) es el proceso de determinar hasta dónde se ha propagado el cáncer.

El pronóstico (prognosis) para las personas con cáncer depende, en gran medida, de la etapa (estadio) o fase del cáncer. La etapa en la que se encuentran los tumores cancerosos orales y orofaríngeos es uno de los factores más importantes en la elección del tratamiento.

El sistema más común usado para describir la extensión de los tipos de cáncer orofaríngeo y de cavidad oral es el Sistema TNM (Tumor, Ganglio, Metástasis) del Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer. El sistema de estadificación TNM describe tres puntos clave de información:

La T indica el tamaño del tumor principal (primario) y hacia cuáles tejidos, si es el caso, de la cavidad oral o de la orofaringe se ha propagado.

La letra N describe la extensión de la propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos regionales. Los ganglios linfáticos son grupos pequeños en forma de un fríjol con células del sistema inmunológico a donde los cánceres a menudo se propagan primero.

La M indica si el cáncer se ha propagado (ha producido metástasis) a otros órganos del cuerpo. (El sitio de diseminación más común son los pulmones. Las otras áreas de diseminación más comunes son el hígado y los huesos).

A continuación de las letras T, N, M aparecen números y letras para proporcionar información sobre cada uno de estos factores:

- Los números del 0 al 4 indican la gravedad en orden ascendente.
- La letra X significa “no puede ser evaluado” porque la información no está disponible

2.2.11.- CATEGORÍAS T PARA CÁNCER DE LABIO, DE LA CAVIDAD ORAL Y DE LA OROFARINGE

TUMOR PRIMARIO

TX: Tumor primario no puede ser evaluado.

T0: No existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ. Esto significa que el cáncer aún se encuentra dentro del epitelio (la capa superficial de las células que recubren la cavidad oral y la orofaringe) y todavía no se ha expandido a las capas más profundas.

T1: El tumor primario mide menos de 2 cm en su máxima dimensión (aproximadamente $\frac{3}{4}$ de pulgada) o más pequeño.

T2: El tumor primario mide más de 2 cm de diámetro, pero menor de 4 cm (aproximadamente $1\frac{1}{2}$ pulgada).

T3: El tumor mide más de 4 cm en su máxima dimensión.

T4a: El tumor invade estructuras adyacentes.

T4b: El tumor invade estructuras más profundas.

EXTENSIÓN GANGLIONAR

Nx: Los ganglios regionales no pueden ser evaluados.

N0: No existe metástasis ganglionares regionales.

N1: Existe metástasis a un ganglio ipso lateral (el cáncer se ha propagado a un ganglio linfático del mismo lado de la cabeza o del cuello donde está el tumor primario) de 3cm o menos en su mayor dimensión.

N2: Metástasis a un ganglio ipso lateral, de más de 3 cm pero no mayor de 6cm en su mayor dimensión, o existe múltiples ganglios ipso laterales, ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión, en los ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión

- N2a: Metástasis a un ganglio ipso lateral, mayor de 3 cm, pero no más de 6 cm.
- N2b: Metástasis en múltiple ganglios ipso laterales, ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión.
- N2c: Metástasis en ganglios bilaterales o contra laterales, ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión.
- N3: Metástasis a un ganglio, de más de 6 cm en su máxima dimensión.

METÁSTASIS

M0: No hay evidencia de metástasis a distancia.

M1: Existe metástasis a distancia.

(Granados Martin, Maldonado Federico, Gonzales Imelda, Aguilar José, Barrera José, pág. 202)

2.2.12.- TUMORES Y LESIONES PRECANCERÍGENAS

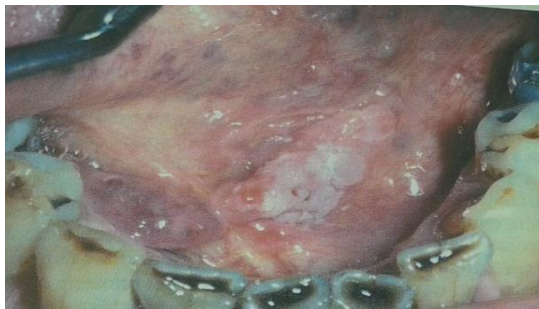
Las lesiones precancerígenas de boca son las precursoras del cáncer, se trata de un tejido morfológicamente alterado.

- **LEUCOPLASIA**

Es definido por la Organización Mundial de la Salud como una lesión pre maligna que surge de irritación crónica de la mucosa oral, que se presenta como mácula o placa blanca que no se quita al frotar, y que no puede caracterizar clínicamente, ni anatómicamente como correspondiente a cualquier otra enfermedad.

Ubicación: Suelo de la boca, superficie ventral de la lengua, paladar y encía.

Gráfico 18: Leucoplasia de piso de boca



FUENTE: Patología Medica Panamericana

AUTOR: Rubin y Faber

- **ERITROPLASIA**

La Eritroplasia se relaciona con la leucoplasia pero con mucho menos frecuencia y más ominosa, se presenta como un área roja aterciopelada posiblemente erosionada, dentro de la cavidad oral, que suele permanecer a nivel de la mucosa adyacente o ligeramente deprimida en relación a ella. Se asocia con mayor riesgo de transformación maligna que la leucoplasia y tiene siete veces mayor riesgo de transformación maligna, se pueden encontrar en adultos de cualquier edad pero suele hallar entre los 40 y 70 años con predominio masculino de 2 a 1. Aunque estas lesiones tienen orígenes multifactoriales el consumo de tabaco, cigarrillo, pipas, puros y tabacos de mascar es el antecedente más común. (KUMAR, 2010, pág. 792)

Gráfico 19: Leucoplasia de lengua



Fuente: Atlas de patología del complejo bucal

Autor: Julio C. Santana Garay

2.2.13.- LESIONES MALIGNAS

Se presentan las principales neoplasias malignas epiteliales y mesodérmicas que afectan al complejo bucal, independientemente de que se desarrollen en tejidos blandos o estructuras óseas del componente maxilofacial.

- CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

El carcinoma espinocelular, escamoso o epidermoide (CE) es la neoplasia maligna epitelial agresiva y constituye el sexto cáncer más común hoy en día en todo el mundo de mayor incidencia en la boca (más del 95 %), puede nacer en cualquier lugar de la cavidad oral aunque las localizaciones preferibles son las superficies ventral de la lengua el suelo de la boca, el labio inferior, el paladar blando y las encías. La variedad más frecuente es el carcinoma epidermoide de células escamosas y comprende el 90% de los casos, tiene una tendencia a infiltración profunda y de alto grado histológico.

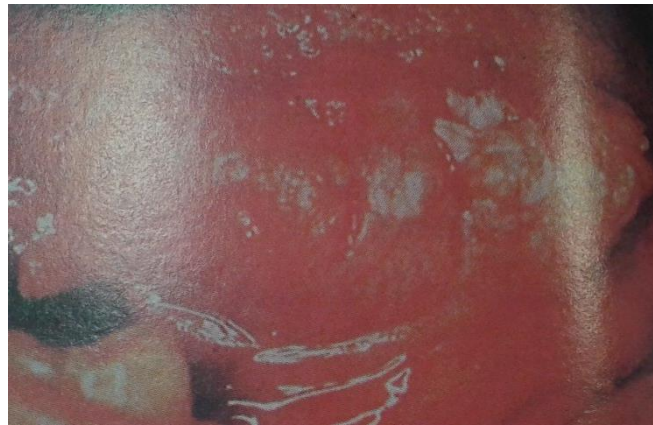
Características clínicas

Es importante destacar, en primer término, la carencia de síntomas definitorios del CE bucal en sus etapas iniciales.

- **CARCINOMA DE LA LENGUA**

El CE de la lengua es el de más alta incidencia, es más frecuente en la parte anterior de la lengua. El pronóstico del carcinoma espinocelular lingual es reservado y depende directamente de un diagnóstico temprano, la supervivencia a 5 años.

Gráfico 20: Carcinoma de lengua



Fuente: Patología Estructural y funcional

Autor: Robbins

• **CARCINOMA DE LA MUCOSA DEL LABIO**

El CE del labio sigue en frecuencia al de la lengua, afecta más al inferior, se desarrolla selectivamente en los sujetos de piel blanca. La aparición de un CE del labio está generalmente precedida por queilitis descamativa o erosiva, o lesiones queratósicas. Son afectados con preferencia los sujetos que por su ocupación están expuestos a los rayos del sol.

El CE del labio inferior aparece en el bermellón de la submucosa, en el sitio de contacto con la mucosa del superior, a la mitad entre la línea media y la comisura. Sólo el 15 % de las lesiones nacen en la línea media. No hay preferencia por uno u otro lado del labio. Su forma de presentación anatomoclínica no difiere de las de otros sitios de la mucosa bucal, aunque existe predominio del crecimiento exofítico. Hay un predominio por el CE bien o moderadamente diferenciado (grados I y II). La diseminación metastásico es tardía y escasa. Prácticamente no se presentan linfonódulos metastásico

en los momentos del primer examen. Por el contrario, en sujetos con lesiones avanzadas se comprueban metástasis en órganos a distancia el CE del labio tiene el mejor pronóstico de las lesiones en la boca; la supervivencia hasta 5 años.

El CE del labio tiene el mejor pronóstico de las lesiones en la boca; la supervivencia hasta 5 años, de lesiones limitadas, es del 91 %.

Gráfico 21: Carcinoma de labio inferior



Fuente: : Atlas de patología del complejo bucal

Autor: Julio C. Santana Garay

Gráfico 22: Carcinoma Epidiforme grado II



Fuente: Atlas de patología del complejo bucal

Autor: Julio C. Santana Garay

- **CARCINOMA DEL SUELO DE LA BOCA**

El CE del suelo de la boca es considerado por muchos autores como la primera ubicación en la boca después del de la lengua, los CE tienen preferencia por la parte anterior del suelo de la boca, donde crece el 95 % de estas lesiones. En este sitio, el

74 % se distribuye a ambos lados y, el resto, en la línea media alrededor del frenillo lingual. Un grupo de estas lesiones de la línea media se desarrolla en el ángulo entre el suelo de la boca y la cara ventral de la lengua. Estructuras que se infiltran con rapidez.

La diseminación metastásico es relativamente temprana y frecuente. El 42 % de los sujetos presenta linfonódulos metastásicos en el momento del primer examen. En etapas avanzadas o terminales, en el 28 % de los sujetos se encuentran diseminaciones a órganos distantes. El pronóstico del CE del suelo de la boca es, relativamente reservado con una supervivencia a 5 años.

Gráfico 23: Carcinoma epidiforme grado II suelo de la boca



Fuente: Atlas de patología del complejo bucal

Autor: Julio C. Santana Garay

- **CARCINOMA DE LA ENCÍA**

El CE de la encía ocupa el cuarto lugar de frecuencia respecto a los demás carcinomas de la boca. El CE de la encía es una de las lesiones de la boca más relacionada con traumatismos de origen dental, en la encía inferior tiene una mayor frecuencia (75 %) en relación con el de la superior y es más común en la zona alveolar de los molares (58 %). En el espacio retromolar se presenta el 28 % de las lesiones y solo el 14 % en la encía anterior.

En las formas anatomoclínica de presentación del CE de la encía inferior predominan los crecimientos ulcerados, blanquecinos y exofíticos. Estas lesiones causan erosión temprana del hueso y, en su evolución, francas imágenes radiográficas osteolíticas.

El pronóstico del CE de la encía inferior es relativamente bueno, con una supervivencia a 5 años. Las características del CE de la encía superior son semejantes a las del inferior en lo referente a la forma de crecimiento y presentación anatomoclínica. Se presenta en forma de invasión ósea, se origina con mayor frecuencia a ambos lados de la línea media, en la zona de los molares posteriores, tanto por la cara vestibular como por el lado palatino; solo el 6 % de las lesiones surgen en la parte anterior. La diseminación metastásica es baja, tanto los CE de la encía inferior como en la superior presentan diseminación de órganos a distancia en el 30 % de los pacientes en etapa terminal, los CE de la encía son lesiones que se hallan por lo general bien diferenciadas.

Gráfico 24: Úlcera en los procesos alveolares



Fuente: Atlas de patología del complejo bucal

Autor: Julio C. Santana Garay

Gráfico 25: Carcinoma epidiforme grado I de encía



Fuente: Atlas de patología del complejo bucal

Autor: Julio C. Santana Garay

- **CARCINOMA DE LA MUCOSA DEL CARRILLO**

El CE *de la mucosa del carrillo* ocupa el quinto lugar entre las neoplasias de la boca, anatomoclínicamente, las lesiones más comunes son las que nacen sobre una antigua leucoplasia, ya en forma exofítica o plana y ulcerada. El lugar más común es al nivel del plano de oclusión de los dientes, puede crecer desde la comisura hasta el límite con el espacio retromolar. En los estudios realizados se distribuyen por igual a ambos lados de la mucosa.

Histopatológicamente, es un carcinoma bien, o moderadamente diferenciado (grado I y II). El pronóstico es relativamente discreto con el 42 % de supervivencia a 5 años.

Gráfico 26: Carcinoma epidiforme grado I de carrillo



Fuente: Atlas de patología del complejo bucal

Autor: Julio C. Santana Garay

- **CARCINOMA DEL PALADAR**

El CE del paladar comprende el de paladar blando con la úvula y el paladar duro, son, por lo general, de crecimiento plano, poco productivos, con aspecto de una placa erosiva, eritematosa o blanquecina. Puede predominar, tempranamente, la úlcera plana. Las lesiones son raras en la línea media, y crecen por igual hacia ambos lados. En el paladar blando, el 80 % de los CE está fuera de la línea media; el resto, de un 20 %, corresponde a la úvula. En el paladar duro, sólo el 10 % de los CE crece en la parte media anterior. El CE de paladar duro invade y destruye, en etapas más tardías el hueso subyacente.

En el paladar blando se presentan linfonódulos metastásicos en el 26 % de los pacientes durante el primer examen y estos se corresponden al tercio superior de la cadena ganglionar yugular. Los CE del paladar duro son menos metastatizantes y se presentan linfonódulos metastásicos en el 13 % de los sujetos durante el primer examen, por lo general, en la cadena submandibular.

Gráfico 27: Carcinoma epidiforme grado I de paladar



Fuente: Atlas de patología del complejo bucal

Autor: Julio C. Santana Garay

- **CARCINOMA VERRUGOSO**

Se refiere a un tumor mucoso exfoliativo escamoso con una variante de células escamosas, representada menos del 5% de todas las neoplasias de la cavidad oral.

2.3.- DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adenomegalia: Se denomina adenomegalia al aumento del tamaño ganglionar

Biopsia: Es la extracción o extirpación de una pequeña porción de tejido para examinarla luego en el laboratorio.

Conducto medular: La cavidad normal ubicada en el centro de la comisura gris.

Diseminar: Extender o esparcir sin orden y en diferentes direcciones

Endofítico: Pertenece o relativo al crecimiento que tiende hacia el interior, como ocurre en los tumores endofíticos que crecen en el interior de un determinado órgano o estructura.

Focos sépticos: Es susceptible de provocar a distancia lesiones localizadas o generalizadas. Siendo los streptococcus el principal germen responsable.

Ganglios linfáticos: Son órganos del sistema inmunitario con forma de pequeñas bolas circulares, ampliamente distribuidos por todo el cuerpo y unidos mediante los vasos linfáticos.

Precoz: Temprano, prematuro, que sucede antes de lo previsto o lo usual.

Mucosítis: Inflamación de tejidos en la boca.

Metástasis: Es el movimiento o diseminación de las células cancerosas de un órgano o tejido a otro. Las células cancerosas por lo general se propagan a través de la sangre o del sistema linfático.

Neoplasias: Una neoplasia, llamada también tumor o blastoma es una masa anormal de tejido, producida por multiplicación de algún tipo de células; esta multiplicación es descoordinada con los mecanismos que controlan la multiplicación celular en el organismo, y los supera.

Queilitis: Es una afección propia de los labios que se pone de manifiesto por coloración blanquecina.

Quimiorradioterapia: Tratamiento que combina la quimioterapia con la radioterapia. También se llama quimiorradiación.

Quimioterapia: El término quimioterapia se utiliza para referirse a los medicamentos para combatir el cáncer. La quimioterapia se puede utilizar para: curar

el cáncer, disminuir el cáncer, evitar que el cáncer se disemine, aliviar los síntomas que el cáncer pueda estar ocasionando.

Radioterapia: Es un tratamiento para el cáncer, u objetivo es matar las células cancerosas y disminuir el tamaño de los tumores, a diferencia de las células cancerosas, la mayoría de las células normales se recupera de la radioterapia.

Radiooncología: Es la especialidad que se encargar de tratar procesos malignos por medio de terapia radiológica. Se trata de calcular la dosis exacta en Grays para destruir el tumor y dejar el tejido sano.

Síndromes paraneoplásicos: Representan una constelación de signos y síntomas que resultan de efectos distantes al tumor.

Sarcomas: Los sarcomas son tumores malignos que aparecen en los huesos o en tejidos blandos del organismo, es decir, los tejidos que componen el sistema musculo esquelético.

Signo: Los signos clínicos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.

Síntoma: es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.

2.4.- HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1.- HIPÓTESIS

La creación de un protocolo de tratamiento odontológico para pacientes con cáncer oral permite una acción interdisciplinaria en la atención de pacientes con esta enfermedad en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba durante el período junio a noviembre de 2014.

2.4.2.- VARIABLES

Variable Independiente: Protocolo de tratamiento odontológico en cáncer oral

Variable Dependiente: Acción odontológica interdisciplinaria

2.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICIONES CONCPETUALES | CATEGORÍAS | INDICADORES | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS |
|---|--|--|--|--|
| Protocolo de tratamiento odontológico en cáncer oral | Documento usado en el área de salud en ciencias médicas que contiene la información y guía del tratamiento de situaciones específicas o enfermedades relevantes. | Documento Área de salud Ciencias médicas Información Guía Tratamiento Situaciones específicas Enfermedades relevantes | Existencia del documento Difusión del documento Diagnóstico del cáncer Manejo odontológico del cáncer | Encuesta a odontólogos Cuestionario de encuesta |
| Atención odontológica interdisciplinaria | Atención holística e integral de pacientes con cáncer oral que involucra al odontólogo dentro del equipo de tratamiento del paciente con cáncer sobre la base del conocimiento de la enfermedad. | Acción Holística Cáncer oral Equipo de tratamiento Conocimiento del cáncer | Conocimiento sobre el cáncer oral Tipos de cáncer Clases de cáncer | Encuesta a odontólogos Cuestionario de encuesta |

CAPÍTULO III

3.- MARCO METODOLÓGICO

3.1.- MÉTODOS

- Tipo de la investigación

La investigación que se desarrolla se ha diseñado como exploratoria debido a que se buscó dar una visión aproximada de la realidad respecto al tratamiento odontológico de los pacientes de cáncer oral desde el punto de vista del protocolo preparatorio para el caso, asumiendo siempre que el profesional debe estar listo para el tratamiento de enfermedades consideradas como catastróficas.

Este tipo de investigación sirve para incrementar el grado de familiaridad con la probable existencia de casos de cáncer oral y sus posibles implicaciones dentro del campo odontológico, así como la inserción del odontólogo dentro del equipo multidisciplinario que debe tratar los casos de esta naturaleza.

La investigación es explicativa pues resalta un conjunto de precisiones teóricas sobre el cáncer oral y el tipo de tratamiento interdisciplinario que el paciente necesita en este diagnóstico.

La investigación es descriptiva pues busca referir casos particulares en el caso de cánceres orales, los mismos que no son abundantes pero son importantes por ser casos humanos.

El presente estudio se caracteriza como de caso, pues busca comprender en profundidad un fenómeno particular cuya población es limitada, de acuerdo con Irene del Castillo (DEL CASTILLO, 2010, pág. 2) La particularidad más característica de ese método es el estudio intensivo y profundo de un/os caso/s o una situación con cierta intensidad, entiendo éste como un “sistema acotado” por los

límites que precisa el objeto de estudio, pero enmarcado en el contexto global donde se produce.

De acuerdo con la teoría de estudios de casos, las características que se van a asumir son las siguientes:

Es particularista: Se caracteriza por un enfoque claramente idiográfico, orientado a comprender la realidad singular. El cometido real del estudio de casos es la particularización no la generalización. Esta característica le hace especialmente útil para descubrir y analizar situaciones únicas. En el ámbito médico y odontológico nos encontramos con la necesidad de analizar y profundizar en situaciones peculiares, pues cada caso es un ser humano distinto.

Es descriptivo: Como producto final de un estudio de casos se obtiene una rica descripción de tipo cualitativo. La descripción final implica siempre la consideración del contexto y las variables que definen la situación, estas características dotan al estudio de casos de la capacidad que ofrece para aplicar los resultados.

Es Inductivo: se basa en el razonamiento inductivo para generar hipótesis y descubrir relaciones y conceptos a partir del sistema minucioso donde tiene lugar el caso. Las observaciones detalladas permiten estudiar múltiples y variados aspectos, examinarlos en relación con los otros y al tiempo verlos dentro de sus ambientes.

Una de las principales críticas del estudio de casos se encuentra en que este no permite hacer generalizaciones a partir de una singularidad, lo que significa que los hallazgos de la investigación sobre el cáncer oral no pueden ser aplicables a otros tipos de cáncer, y de hecho el papel del odontólogo en este caso es específico y distinto a otros casos, sin embargo, puede replicarse con adaptaciones a otros casos de cáncer aunque con distinta participación.

- **Diseño de la investigación**

La investigación realizada fue inicialmente documental debido a la alta magnitud de sustento científico que el cáncer oral requiere, y a la abundancia de material publicado al respecto, se requirió del acopio de muchas fuentes documentales tanto bibliográficas como de internet que permitieran el conocimiento cabal y preciso sobre la enfermedad.

Se necesitó además de investigación de campo con el fin de determinar la existencia de un protocolo necesario para atención de pacientes con cáncer oral, tipo de patología en la que es sumamente necesaria la presencia del profesional odontólogo como parte de un equipo interdisciplinario de tratamiento.

Finalmente se debe indicar que es un estudio no experimental, más bien de aplicación práctica y humanista en la atención de pacientes.

3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1.- POBLACIÓN

Al ser un estudio de casos, la población con la que se va a trabajar es pequeña, y está constituida por el conjunto de odontólogos que atienden en el departamento odontológico del Hospital del IESS de Riobamba, los mismos que para efectos de investigación se dividen en profesionales graduados y futuros profesionales.

Los profesionales odontólogos son aquellos que han obtenido su título y están posibilitados de ejercer su labor profesional en forma legal, y al momento en el Hospital son 3. Los futuros profesionales son estudiantes de últimos niveles que si bien no ejercen aún su labor profesional están preparándose para hacerlo en un futuro temprano, y al momento son 5.

Para efectos de investigación se ha tomado este último grupo debido a que al ser futuros profesionales deberían tener el conocimiento odontológico concreto y

completo sobre los protocolos de atención a pacientes que tienen diagnóstico de cáncer odontológico en el que el profesional dentista debe tener una participación principal e interdisciplinaria.

3.2.2.- MUESTRA

Al ser una población determinada para estudio de caso, y por las características de la inducción que se va a realizar, no se va a tomar muestra de la misma y se trabajará con todo el universo.

3.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el estudio de caso que se desarrolla, y con el fin de recolectar información de campo sobre la existencia y utilización de un protocolo de atención para pacientes con cáncer oral, se empeló una encuesta a los odontólogos del Hospital del IESS de Riobamba en la que se recabó información sobre el conocimiento del profesional en este tipo de diagnóstico.

Este cuestionario aplicado a los profesionales odontólogos y futuros profesionales odontólogos indagó el nivel de conocimientos sobre el diagnóstico presuntivo del cáncer oral por parte del odontólogo, y sobre todo el tratamiento en cada una de las etapas de la enfermedad.

De esta manera se pudo determinar la conciencia sobre la participación del odontólogo en el equipo interdisciplinario que debe atender el cáncer oral, específicamente.

3.4.- TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez tomada la información de campo, se procedió a la elaboración de tablas y gráficos que reflejaban la realidad particular del caso tratado y haga objetiva la realidad haciéndola más directa y analizable para el lector.

CAPÍTULO VI

4.1.- EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

4.1.1.- RESULTADOS DE LA ENCUESTA A PROFESIONALES ODONTÓLOGOS DEL HOSPITAL DEL IESS DE RIOBAMBA

1.- ¿Ha tenido pacientes con diagnóstico de cáncer oral?

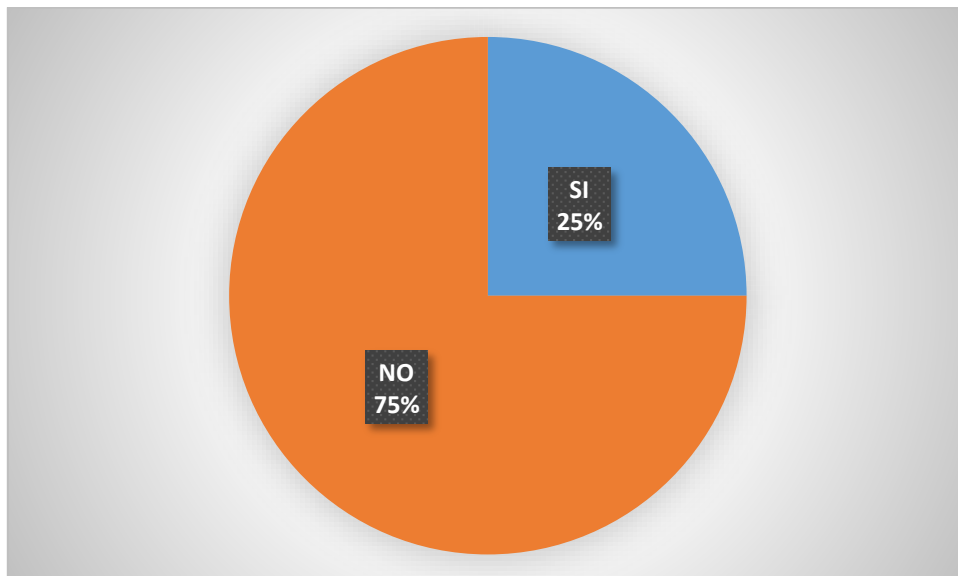
Tabla 1: Pacientes con cáncer remitidos

| | f | % |
|--------------|----------|----------------|
| SI | 2 | 25,00% |
| NO | 6 | 75,00% |
| TOTAL | 8 | 100,00% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 28: Pacientes con cáncer remitidos



INTERPRETACIÓN:

El 25% de los profesionales encuestados ha tenido contacto con pacientes que han sido diagnosticados con cáncer oral.

2.- ¿Considera necesario el tratamiento odontológico para pacientes con cáncer oral?

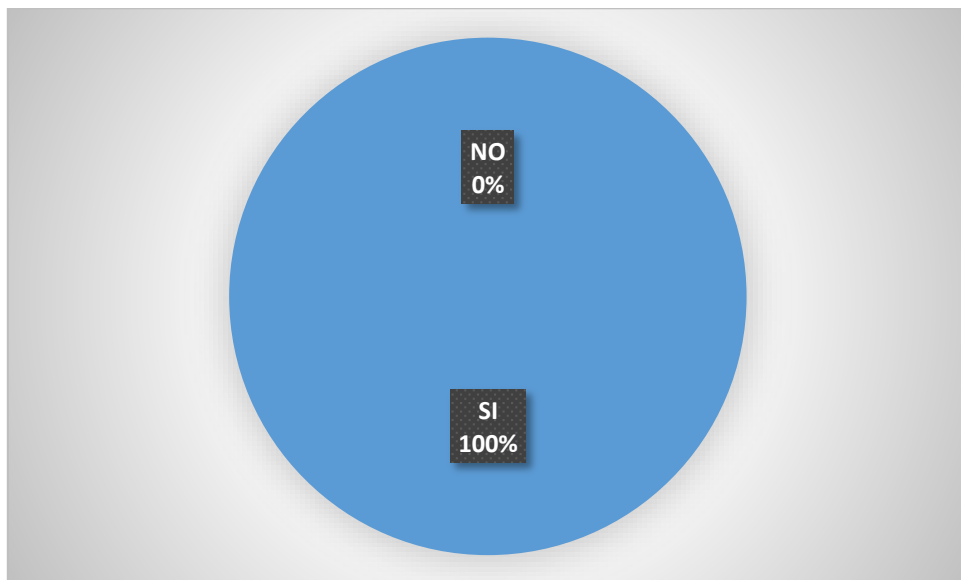
Tabla 2: Necesidad de tratamiento a pacientes con cáncer

| | f | % |
|--------------|----------|----------------|
| SI | 8 | 100,00% |
| NO | 0 | 0,00% |
| TOTAL | 8 | 100,00% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 29: Necesidad de tratamiento a pacientes con cáncer



INTERPRETACIÓN:

La totalidad de odontólogos encuestados considera que es necesario el tratamiento odontológico para pacientes con cáncer oral, todos coinciden en que este tipo de tratamiento debe ser interdisciplinario, y parte de este equipo es el odontólogo.

3.- ¿En qué etapas?

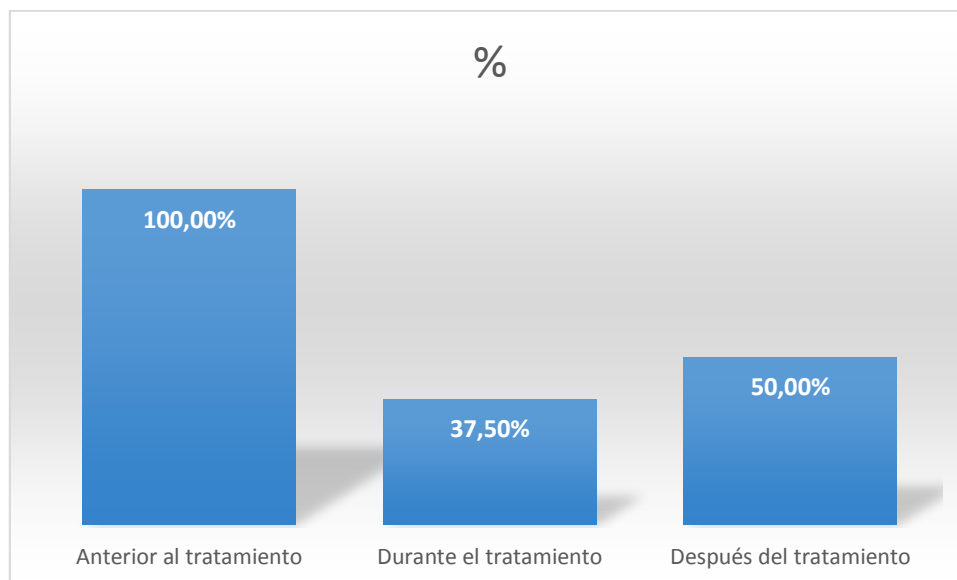
Tabla 3: Momentos en que se necesita el tratamiento odontológico

| | f | % |
|-------------------------|---|---------|
| Anterior al tratamiento | 8 | 100,00% |
| Durante el tratamiento | 3 | 37,50% |
| Después del tratamiento | 4 | 50,00% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 30: Momentos en que se necesita el tratamiento odontológico



INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos, se desprende que el profesional odontólogo considera que el momento más propicio para el tratamiento odontológico es antes del tratamiento oncológico, sin embargo, solo el 37,5 % cree necesaria la intervención durante el tratamiento y el 50% luego del tratamiento. Esto significa que no existe la conciencia total de los profesionales de que el equipo de tratamiento bucodental a pacientes con cáncer oral debe ser de acompañamiento permanente.

4.- En el caso de tener pacientes con el diagnóstico de cáncer oral: ¿Qué procedimientos considera necesarios realizar?

Tabla 4: Procedimientos antes del tratamiento oncológico

| ANTES DEL TRTAMIENTO | | |
|--|---|--------|
| | f | % |
| Historia clínica | 2 | 25,00% |
| Exploración oral | 1 | 12,50% |
| Estudio radiográfico | 2 | 25,00% |
| Sialometría | 1 | 12,50% |
| Instrucción personal sobre higiene específica | 1 | 12,50% |
| Flúor tópico | 1 | 12,50% |
| Profilaxis general | 6 | 75,00% |
| Exploración y tratamiento de lesiones crónicas maxilares | 2 | 25,00% |
| Extracción de prótesis traumáticas | 1 | 12,50% |
| Extracción de piezas irreparables | 2 | 25,00% |
| Sellado de fisuras | 1 | 12,50% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 31: Procedimientos antes del tratamiento oncológico

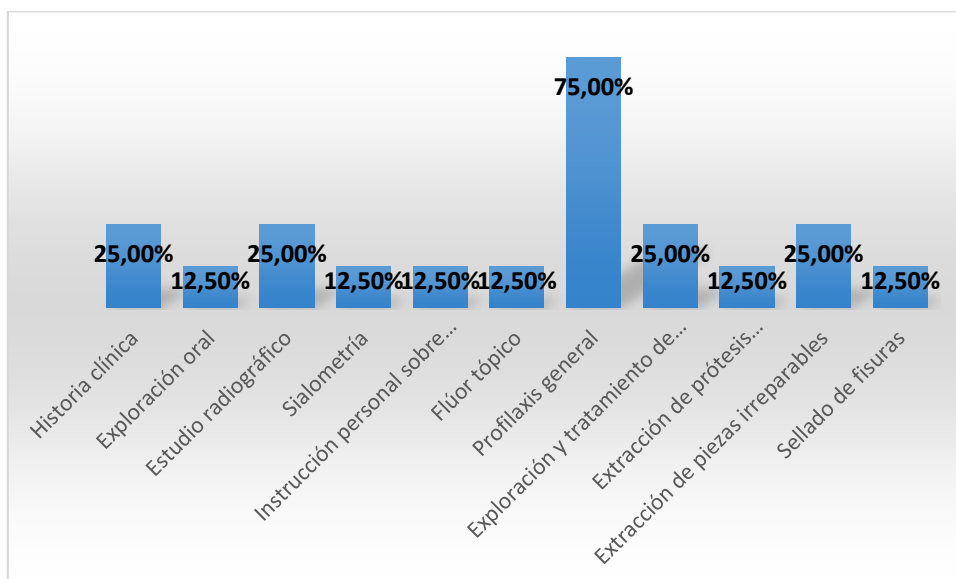


Tabla 5: Procedimientos durante el tratamiento oncológico

| DURANTE EL TRATAMIENTO | | |
|--|---|--------|
| | f | % |
| Prevención y control del estado bucodentario | 4 | 50,00% |
| Higiene oral | 3 | 37,50% |
| Control de dieta cariogénica | 0 | 0,00% |
| Colutorios antisépticos | 1 | 12,50% |
| Fluorización | 1 | 12,50% |
| Tratamiento de mucositis y xerostomía | 1 | 12,50% |
| Protección de glándulas salivales | 0 | 0,00% |
| Evitar extracciones | 0 | 0,00% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 32: Procedimiento durante el tratamiento oncológico

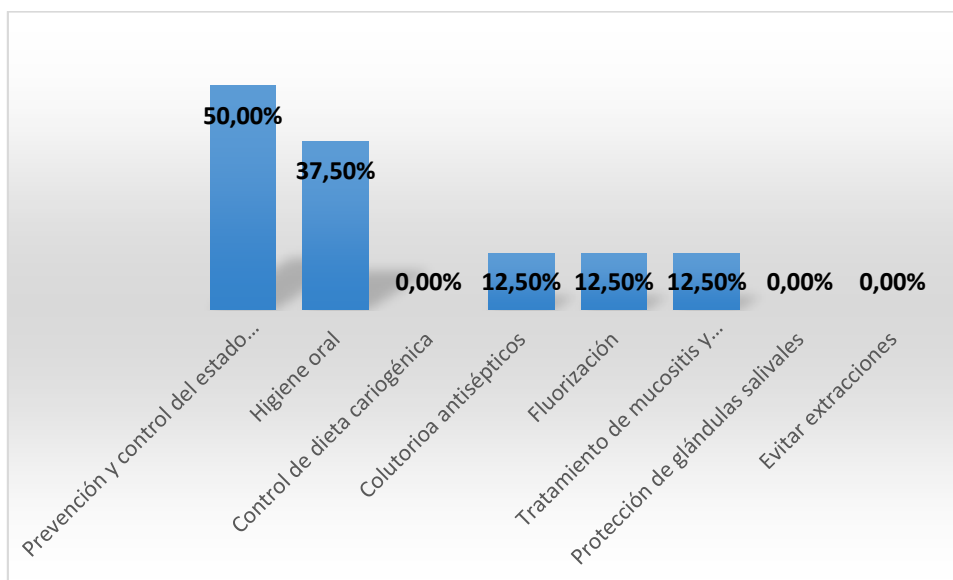


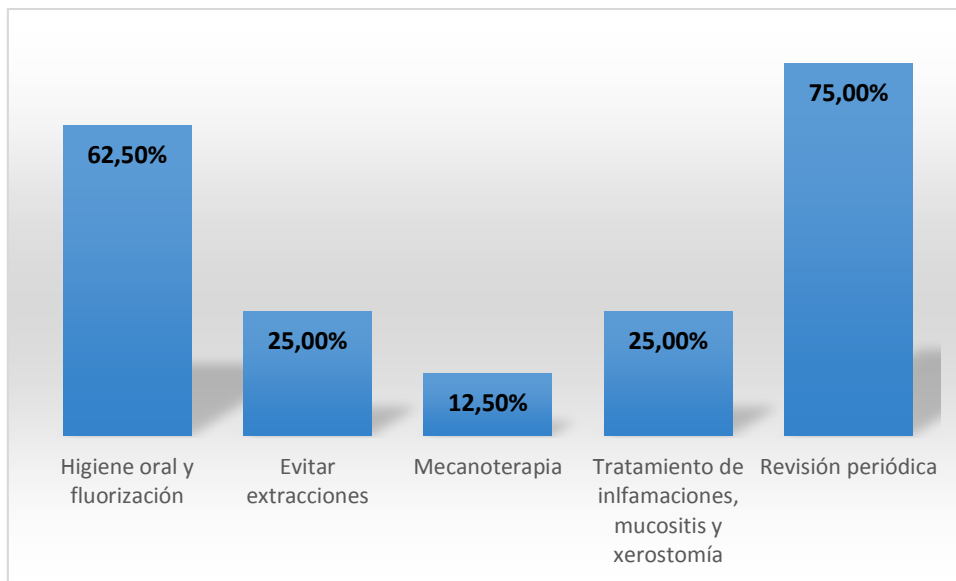
Tabla 6: Procedimientos luego del tratamiento oncológico

| LUEGO DEL TRATAMIENTO | | |
|--|----------|----------|
| | f | % |
| Higiene oral y fluorización | 5 | 62,50% |
| Evitar extracciones | 2 | 25,00% |
| Mecanoterapia | 1 | 12,50% |
| Tratamiento de inflamaciones, mucositis y xerostomía | 2 | 25,00% |
| Revisión periódica | 6 | 75,00% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 33: Procedimientos luego del tratamiento oncológico



INTERPRETACIÓN:

Con respecto a las distintas intervenciones que el profesional odontólogo debe realizar durante los distintos momentos del tratamiento se debe indicar que:

- Los odontólogos en su totalidad conocen los problemas anteriores a los que deben poner atención en pacientes que van a someterse a tratamiento oncológico, sin embargo, la mayoría se concentra en la profilaxis general, desestimando el resto de aspectos y poniéndolos en una posibilidad mínima de participación. Hay que destacar como principal el hecho de que la elaboración de la historia clínica es prioridad de solo el 25%, cuando se trata de una de las principales acciones que debe realizar, lo mismo que sucede con la exploración oral con un 12.5% y el estudio radiológico con el 25%. Estos estudios son principales en la participación del odontólogo dentro de la atención interdisciplinaria al paciente.
- Los datos que se recogen durante el tratamiento priorizan en una gran parte a la prevención y el control bucodentario del paciente que ya está sometido al tratamiento oncológico, los aspectos como la higiene oral específica, la fluorización y el tratamiento de mucositis y xerostomía no toman valores de importancia en opinión de los odontólogos, y menos aún el control de dieta cariogénica, la protección de glándulas salivales y el evitar extracciones.
- Luego del tratamiento oncológico, los procesos que se deben asumir son conocidos por los odontólogos, aunque en distinto nivel, se prioriza la higiene oral y la fluorización como medida de protección dentaria y la revisión periódica, y menos importancia a la mecanoterapia con los pacientes.

5.- ¿Existe alguna indicación de protocolo para pacientes con cáncer oral en el IESS?

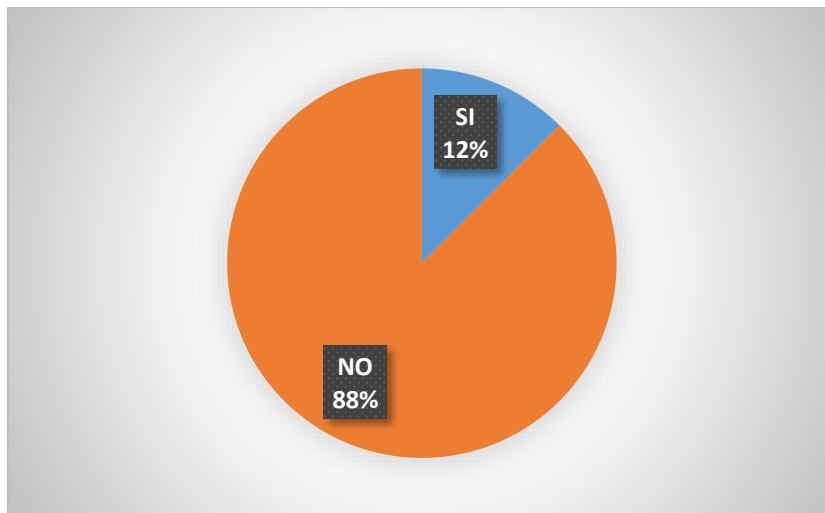
Tabla 7: Indicación de protocolo de tratamiento del cáncer oral en el Hospital del IESS

| | f | % |
|--------------|----------|----------------|
| SI | 1 | 12,50% |
| NO | 7 | 87,50% |
| TOTAL | 8 | 100,00% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 34: Indicación de protocolo de tratamiento del cáncer oral en el Hospital del IESS



INTERPRETACION:

Se preguntó sobre la existencia de un protocolo de atención odontológica a pacientes con diagnóstico de cáncer oral en el Hospital del IESS de Riobamba, y se determinó que el 88% de los profesionales no conoce la existencia de dicho documento, mientras que el 12% dice que si existe, sin embargo, al momento de comprobar este documento, no se pudo constatar el mismo.

6.- ¿Cuáles son las principales patologías odontológicas que se presentan en pacientes con cáncer oral?

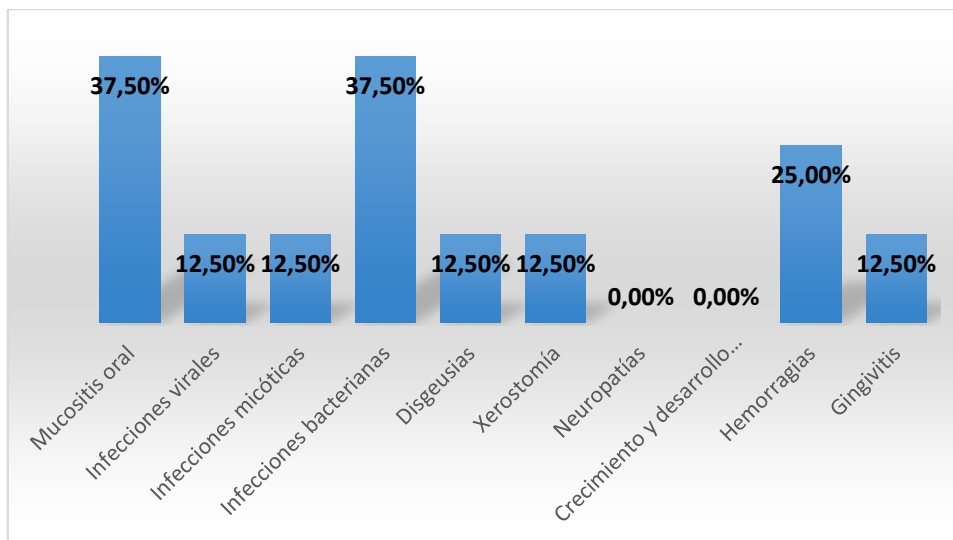
Tabla 8: Principales patologías presentes en pacientes con cáncer oral

| | f | % |
|---|---|--------|
| Mucositis oral | 3 | 37,50% |
| Infecciones virales | 1 | 12,50% |
| Infecciones micóticas | 1 | 12,50% |
| Infecciones bacterianas | 3 | 37,50% |
| Disgeusias | 1 | 12,50% |
| Xerostomía | 1 | 12,50% |
| Neuropatías | 0 | 0,00% |
| Crecimiento y desarrollo dental y esquelético (Pediátricos) | 0 | 0,00% |
| Hemorragias | 2 | 25,00% |
| Gingivitis | 1 | 12,50% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 35: Principales patologías presentes en pacientes con cáncer oral



INTERPRETACIÓN:

Los odontólogos investigados conocen las patologías en pacientes con cáncer, concentrándose principalmente en la mucositis oral y las infecciones bacterianas. No se logró un buen resultado en cuanto a neuropatías ni a problemas infantiles debido a que no existen casos al respecto.

7.- ¿Qué complicaciones odontológicas puede mencionar como producto del tratamiento con radioterapia o quimioterapia?

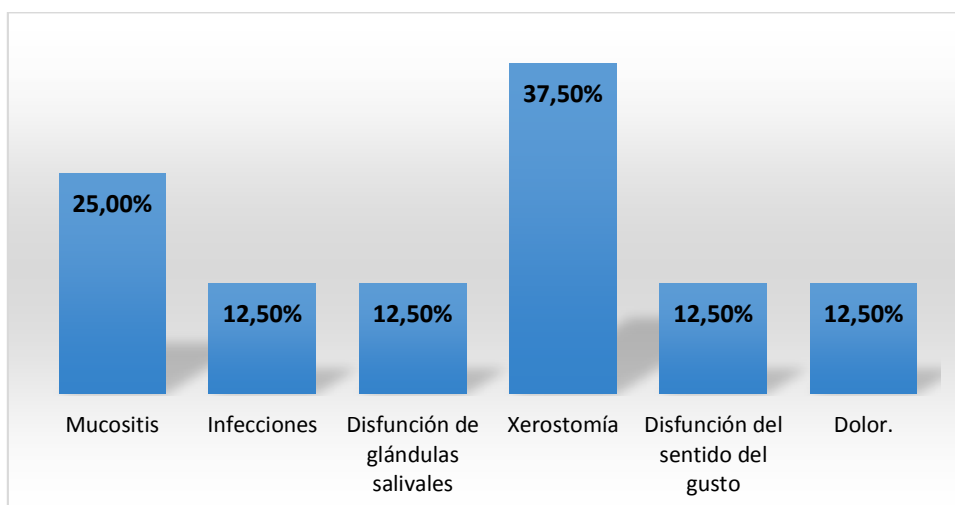
Tabla 9: Complicaciones odontológicas en pacientes sometidos a radioterapia o quimioterapia

| | f | % |
|-----------------------------------|---|--------|
| Mucositis | 2 | 25,00% |
| Infecciones | 1 | 12,50% |
| Disfunción de glándulas salivales | 1 | 12,50% |
| Xerostomía | 3 | 37,50% |
| Disfunción del sentido del gusto | 1 | 12,50% |
| Dolor | 1 | 12,50% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 36: Complicaciones odontológicas en pacientes sometidos a radioterapia o quimioterapia



INTERPRETACIÓN:

De la misma manera que en el caso anterior, los odontólogos encuestados conocen los principales problemas por los que atraviesan los pacientes de cáncer sometidos a quimioterapia y radioterapia, pero la mayor parte hace referencia a la xerostomía y a la mucositis. Aunque mencionan algunos los demás problemas, es importante destacar que no los saben todos.

8.- ¿Qué complicaciones crónicas pueden presentar los pacientes con cáncer oral?

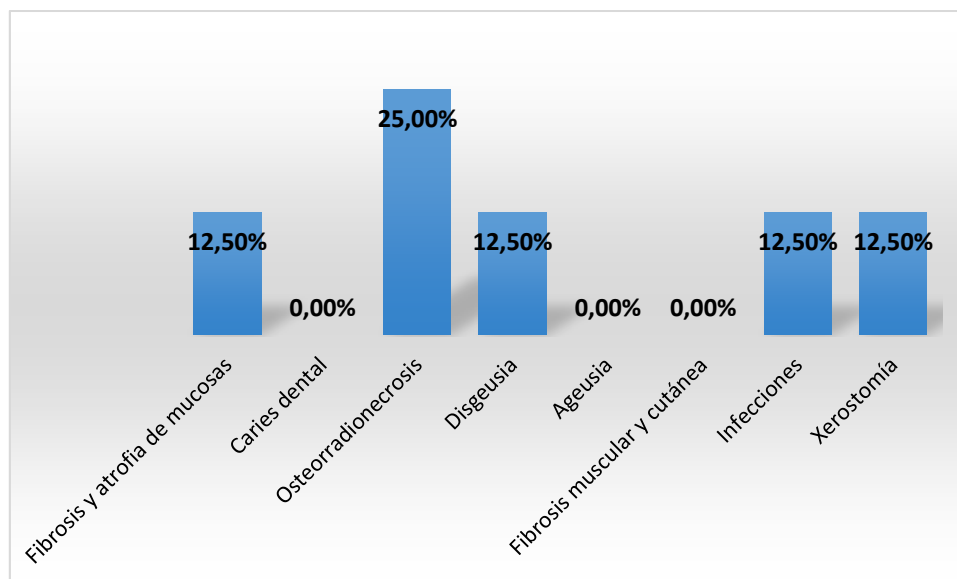
Tabla 10: Complicaciones crónicas en pacientes con cáncer

| | f | % |
|-------------------------------|---|--------|
| Fibrosis y atrofia de mucosas | 1 | 12,50% |
| Caries dental | 0 | 0,00% |
| Osteorradionecrosis | 2 | 25,00% |
| Disgeusia | 1 | 12,50% |
| Ageusia | 0 | 0,00% |
| Fibrosis muscular y cutánea | 0 | 0,00% |
| Infecciones | 1 | 12,50% |
| Xerostomía | 1 | 12,50% |

Fuente: Encuesta a odontólogos del Hospital del IESS

Autoras: Chávez Chávez Jessica Nataly, Díaz Morán Ana Cristina

Gráfico 37: Complicaciones crónicas en pacientes con cáncer



INTERPRETACIÓN:

Respecto a las posibles complicaciones crónicas en pacientes con cáncer oral, la mayoría identifica las osteorradionecrosis, seguido de otras repercusiones como xerostomía, fibrosis de mucosas, disgeusia e infecciones, pero no mencionan la ageusia ni las caries dentales.

CAPÍTULO IV

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1.- CONCLUSIONES

- Existe un 2% de casos de cáncer oral en Chimborazo, lo que significa que los 2 pacientes asistentes a odontología al momento en el Hospital del IESS no son todos los posibles casos que existan, lo que significa que existen casos diagnosticados pero no se realiza la interconsulta a odontología para realizar un tratamiento integral del paciente.
- No existe unidad de criterio respecto a los momentos en los que debe tener tratamiento el paciente diagnosticado con cáncer oral, si bien la totalidad coincide en que antes es necesario el mismo, en los momentos críticos durante el tratamiento oncológico y posteriores al mismo, la opinión no es total.
- Los procedimientos específicos en pacientes con cáncer oral en su mayoría están identificados en mayor o menor grado, sin embargo, la elaboración de la historia clínica debería ser una práctica total que no en todos los casos se está realizando, así como la exploración oral y el estudio radiológico. Los tres aspectos deberían ser práctica indispensable del profesional odontólogo pues es el modo en el que se insertaría y colaboraría con el médico en la confirmación diagnóstica y el control subsecuente del cáncer oral.
- Se ha logrado detectar que no existe un protocolo documentado de tratamiento odontológico para pacientes con cáncer oral en el Hospital del IESS, esto no solo se constató mediante la averiguación a los odontólogos encuestados, sino que se indagó a nivel administrativo, sin obtener resultados positivos.
- Tampoco existe una conciencia total sobre los problemas odontológicos en pacientes con cáncer oral, si bien se los manifiesta en alguna manera, esto debería ser un conocimiento total por parte de los profesionales odontólogos

en práctica, tomando en cuenta que si bien al momento no tienen casos concretos, no se sabe el momento en el que puedan requerir de estos procesos.

4.2.- RECOMENDACIONES

- Es importante que el Hospital realice un proceso de organización de interconsulta a los pacientes que detecte con cáncer oral con el fin de que todos se traten en forma integral, es decir en lo clínico, en lo odontológico y en los demás aspectos que una enfermedad tan complicada y grave requiere.
- Es necesario concienciar al profesional odontólogo sobre la importancia de participar como actor principal en todos los momentos del tratamiento del paciente con cáncer oral, el tratamiento interdisciplinario y colaborativo entre el médico y el odontólogo debe darse antes, durante y luego del tratamiento al que se someta.
- Además de las posibles intervenciones que los odontólogos deben realizar con los pacientes diagnosticados con cáncer oral, es importante que se tome conciencia de la importancia de la elaboración de la historia clínica odontológica, la exploración bucal y periférica, y el estudio radiológico, estas son prácticas que no se deben pasar por alto en ningún caso y menos aún en los casos de cáncer oral.
- Es necesario que el Hospital del IESS genere un documento sobre el protocolo de atención a pacientes con cáncer oral y se lo socialice con el fin de tener un manual de procesos que ayude al profesional a realizar su intervención en forma adecuada con este tipo de pacientes.
- Junto con el manual de procesos o protocolo de atención a pacientes con cáncer oral es y su socialización, es necesaria una capacitación o actualización de conocimientos para tener un personal preparado que sepa reaccionar efectivamente frente al paciente con cáncer oral.

BIBLIOGRAFÍA

- BERMEJO, Ambrosio y LÓPEZ, P. (1994). *Manual de prácticas de medicina bucal*. Murcia: Universidad de Murcia.
- BICKLEY, L. (2010). *Guía de exploración física e historia clínica*. Nueva York: The Point.
- CARIBÉ, F. y. (12 de Octubre de 2002). *Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral*. Obtenido de Medicina oral.com: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i3/medoralv8i3p178.pdf>
- CORONA, L. y. (1 de Marzo de 2014). *La modelación de la actividad de interrogatorio y una aproximación a sus invariantes funcionales*. Obtenido de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2527/1402>
- DEL CASTILLO, I. y. (2010). *El estudio de casos*. Madrid - España: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.
- KUMAR, V. y. (2010). *Patología estructural y funcional*. Barcelona - España: ELSEVIER.
- MEDINA, E. y. (2009). *Fundamentos de oncología*. México: UNAM.
- REICHARD, P. y. (2011). *Atlas de patología oral*. Lima - Perú: Masson.
- RODRÍGUEZ, O. (2011). *Cáncer Oral*. La Habana - Cuba: AFC.
- RUIZ, R. (2002). *Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria*. 3a Ed. Madrid - España: Ediciones Díaz Santos.
- SANTANA, J. (2004). *Prevención y diagnóstico del cáncer bucal*. Buenos Aires - Argentina: Educmed.
- SNAPP, P. y. (2005). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona - España: Elsevier - Mosby.

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta a odontólogos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES ODONTÓLOGOS DEL IESS

Objetivo: Determinar la existencia y aplicabilidad de protocolos de asistencia odontológica a pacientes con diagnóstico de cáncer oral.

DATOS INFORMATIVOS:

1.- Nombre del profesional: _____

2.- Fecha de encuesta: _____

3.- Tiempo de servicio en el IESS: _____

4.- Tiempo total de servicio: _____

5.- Especialidad: NO _____ si _____ ¿En qué área? _____

CUESTIONARIO:

1.- ¿Ha tenido pacientes con diagnóstico de cáncer oral?

SI _____ NO _____

2.- ¿Considera necesario el tratamiento odontológico para pacientes con cáncer oral?

SI _____ NO _____

3.- ¿En qué etapas?

ANTERIOR AL TRATAMIENTO _____

DURANTE EL TRATAMIENTO _____

LUEGO DEL TRATAMIENTO _____

4.- En el caso de tener pacientes con el diagnóstico de cáncer oral: ¿Qué procedimientos considera necesarios realizar?

4.1.- ANTES DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:

- Historia clínica ii
- Exploración oral i
- Estudio radiográfico ii
- Sialometría i
- Instrucción personal sobre higiene específica i
- Flúor tópico i
- Profilaxis general iiiiii
- Exploración y tratamiento de lesiones crónicas maxilares ii
- Extracción de prótesis traumáticas i
- Extracción de piezas irreparables ii
- Sellado de fosas y fisuras i

4.2.- DURANTE EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

- Prevención y control del estado bucodentario iiiii
- Higiene oral iii
- Control de dieta cariogénica
- Colutorios antisépticos i
- Fluorización i
- Tratamiento de mucositis y xerostomía i
- Protección de glándulas salivales
- Evitar extracciones

4.3.- DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

- Higiene oral y fluorización iiiiii

- Evitar extracciones ii
- Mecanoterapia i
- Tratamiento de inflamaciones, mucositis y xerostomía ii
- Revisión periódica iiiiii

5.- ¿Existe alguna indicación de protocolo para pacientes con cáncer oral en el IESS?

SI _____ NO _____

6.- ¿Cuáles son las principales patologías odontológicas que se presentan en pacientes con cáncer oral?

- Mucositis oral iii
- Infecciones virales i
- Infecciones micóticas i
- Infecciones bacterianas iii
- Disgeusias i
- Xerostomía i
- Neuropatías
- Crecimiento y desarrollo dental y esquelético (Pediátricos)
- Hemorragias ii
- Gingivitis i

Otras: _____

7.- ¿Qué complicaciones odontológicas puede mencionar como producto del tratamiento con radioterapia o quimioterapia?

- Mucositis ii
- Infecciones i
- Disfunción de glándulas salivales i
- Xerostomía iii
- Disfunción del sentido del gusto i
- Dolor. i

Otras: _____

8.- ¿Qué complicaciones crónicas pueden presentar los pacientes con cáncer oral?

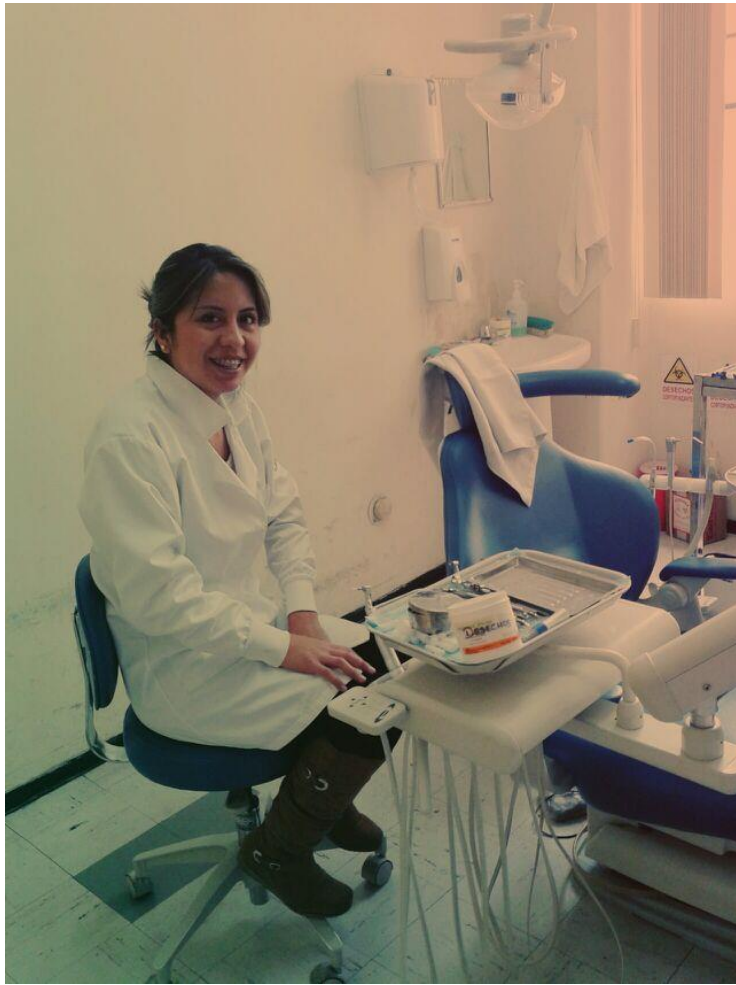
- Fibrosis y atrofia de mucosas i
- Osteorradionecrosis ii
- Disgeusia i
- Ageusia
- Fibrosis muscular y cutánea
- Infecciones i
- Xerostomía i

Otras: _____

Gracias por su colaboración

Anexo 2: Fotografías









Anexo 3: Manual odontológico para pacientes con cáncer oral



CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ORAL..... | 3 |
| HISTORIA CLÍNICA..... | 4 |
| METODOLOGÍA DE LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA..... | 5 |
| SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER ORAL..... | 15 |
| FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA (CÁNCER)..... | 17 |
| MANEJO ODONTOLÓGICO PREVIO AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO..... | 22 |
| MANEJO ODONTOLÓGICO DURANTE EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO..... | 23 |
| MANEJO ODONTOLÓGICO LUEGO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO..... | 24 |
| GUÍA METODOLÓGICA PARA EL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA (CÁNCER)..... | 25 |
| DESCRIPCIÓN DEL LLENADO..... | 25 |
| BIOPSIA..... | 27 |
| OBJETIVOS..... | 27 |
| INDICACIONES..... | 27 |
| INSTRUMENTAL NECESARIO PARA UNA BIOPSIA DE MUCOSA ORAL..... | 28 |
| TIPOS DE BIOPSIA..... | 28 |
| BIOPSIA INCISIONAL..... | 28 |
| BIOPSIA ESCISIONAL O EXTIRPACIÓN..... | 30 |
| MANIPULACIÓN, FIJACIÓN Y PREPARACIÓN DE LA MUESTRA..... | 31 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 32 |
| SITIOS WEB..... | 34 |

REVISADO POR:

GALO SÁNCHEZ
DOCTOR

DUNNIER AREAS
DOCTOR

FRANCISCO ALDÁZ
DOCTOR

INTRODUCCIÓN

Considerada como una de las enfermedades más peligrosas en el mundo, los estudios del cáncer en el campo médico son abundantes y siempre tendrán un punto de vista novedoso que dará un giro de originalidad a la investigación, esto se produce debido a que el diagnóstico de cáncer es eminentemente médico.

Así vistas las cosas, una investigación odontológica sobre el cáncer bucal puede aparentemente no tiene un sentido lógico, y de hecho no existen trabajos relacionados con esta enfermedad, sin embargo es necesario considerar que el cuidado bucal en este tipo de pacientes se considera como una terapia complementaria que prepare, prevenga, trate y ayude al paciente en los posibles problemas que el tratamiento médico lo ocasione.

Este es el enfoque que se dio a la investigación, el buscar plasmar un protocolo de tratamiento buco dental para pacientes con cáncer, pues de la información que se ha obtenido en el medio investigado no existe y se tiende solo a la atención emergente de problemas odontológicos ya presentados.

Lo anterior se convierte en un problema por dos razones: el primero es que cuando aparece el caso dentro de los consultorios odontológicos no se sabe qué hacer, y el segundo, casi ninguno de los pacientes diagnosticados con cáncer es orientado al

tratamiento buco dental preventivo, concomitante y posterior al tratamiento médico del cáncer.

Por tanto, la investigación se realizó en el Departamento Odontológico del IESS, tomando en cuenta que al momento se cuenta con ocho profesionales a quienes se les investigó sobre la existencia de un protocolo de atención a pacientes con cáncer oral, buscando identificar los principales aspectos que se deben tener en cuenta en pacientes de este tipo.

Si bien es cierto que la cantidad de pacientes diagnosticados con cáncer oral no es muy grande, es necesario considerar que la investigación se centra en los casos existentes debido a que dentro del campo médico y odontológico no interesa el número de pacientes detectados con cáncer, sino que se busca la atención a cada uno de los casos, aún más cuando no todos los pacientes que tienen cáncer oral son tratados odontológicamente, y por otro lado, este protocolo puede ser multiplicado en diagnósticos de cáncer de otros tipos.

El punto de partida que se toma para la investigación es que, según la Organización Mundial de la Salud, del 2 al 4% de los cánceres detectados es oral, y aunque la tasa de mortalidad por esta enfermedad ha disminuido, existe un repunte de la misma a nivel de Latinoamérica y África, probablemente asociado con riesgos conductuales de los pacientes.

Ante esta situación, es necesario iniciar investigaciones que ayuden colateralmente a mejorar la calidad de vida de los pacientes ya diagnosticados, y una de ellas es el tratamiento odontológico que debe tener antes, durante y después del tratamiento al que va a ser sometido, y no solamente a la atención de cuestiones emergentes.

La investigación que se presenta a continuación, busca definir la importancia del tratamiento odontológico en pacientes con cáncer oral y sintetizar el protocolo de atención buco dental necesario en estos casos.

HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ORAL

El diagnóstico debería establecerse en etapa temprana debido a la accesibilidad de estos sitios, pero no sucede. Cualquier lesión que persista más de dos semanas se debe conducir a la inspección y palpación de la cavidad oral.

Las actividades de diagnóstico precoz de cáncer consisten en someter a personas de riesgo asintomáticas a pruebas, para clasificarlas como probables o improbables enfermos. Su objetivo es disminuir la morbi-mortalidad por la enfermedad.



Todos los pacientes deben someterse a exploración oral minuciosa para el diagnóstico de cáncer oral que consiste en la evaluación inicial.

HISTORIA CLÍNICA

La entrevista de la historia clínica es un diálogo, que posee un propósito médico, se aplica muchas de las habilidades interpersonales en su trabajo diario, no obstante la plática con los pacientes tiene características únicas e importantes, por lo que el objetivo principal del interrogatorio es mejorar el bienestar del individuo, en un sentido más básico, la finalidad de la conversación con el paciente es triple: Establecer una relación de confianza y apoyo, reunir datos y ofrecer información. (BICKLEY, 2010, pág. 21)

El interrogatorio es de suma importancia porque es un relato del paciente y el formato de registro escrito, pero el orden que muestra aquí no debe ser secuencia de la entrevista. Por lo general la entrevista es más fluida, sigue la iniciativa y sigue los datos del sujeto. El conocimiento del contenido del interrogatorio de salud completo le permite seleccionar la clase de información más útil para cumplir con los objetivos tanto del clínico como del paciente.

La comunicación y la relación terapéutica con los enfermos son las habilidades más valiosas de la atención clínica. Como médico



que comienza su interrogatorio, usted enfocará sus energías en reunir información. Al mismo tiempo mediante las técnicas que promueve la confianza y la comunicación, es posible que el relato de la persona se despliegue en su forma más completa y detallada, que incluye datos de identificación y fuente interrogatorio, molestias principales, padecimiento actual, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares, antecedentes familiares no patológicos y examen de boca.

Según Rits citado por Luis Corona: "Nunca se aprecia mejor la experiencia clínica, la ciencia, la penetración psicológica y la autoridad moral de un médico, que cuando se escucha mientras se interroga a un enfermo". (CORONA, 2014, pág. 92)

METODOLOGÍA DE LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

A INTERROGATORIO O ANAMNÉSIS

Es el proceso de exploración que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales, y personales relevantes.

Es la conversación que el dentista tiene con el paciente en la primera visita. Esta comunicación establece un primer contacto entre paciente y profesional, aportando datos de gran importancia como son:



- El motivo de la visita
- La última visita al dentista
- La experiencia con sus anteriores tratamientos dentales
- Sus expectativas frente a posibles tratamientos de estética dental
- Si toma algún medicamento actualmente
- Antecedentes familiares
- Si padece de alguna alergia
- Si padece de alguna enfermedad (diabetes, hipertensión, etc)

B. LA EXPLORACIÓN CLÍNICA

- La exploración clínica es la recolección de información directamente del paciente mediante nuestros sentidos y/o ayudados de instrumentos manuales. Nos vamos a apoyar en:

- a) La vista (inspección)
- b) El tacto (palpación)
- c) El oído (auscultación)

La exploración clínica se hará:

1. Extraoral
2. Intraoral



1. EXPLORACIÓN CLÍNICA EXTRAORAL

La exploración deberá ser:

- Sistemática.
- Planeada
- Ordenada.

Al observar y palpar la cara, el operador podrá apreciar si el paciente presenta asimetría facial producto de patologías infecciosas, de ganglios edematosos, hiper o hipotonía muscular, traumatismo. Es importante observar la presencia de lesiones pigmentadas (máculas, pápulas o placas), la presencia de úlceras, eritemas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices.

La presencia de ganglios edematosos, es señal evidente en procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales. En algunos casos pueden presentarse de forma dolorosa o asintomática a la palpación, siendo móviles o fijos a los tejidos adyacentes. Para su exploración se recomienda la palpación bimanual. Es importante practicar la inspección completa sin obviar ningún paso.

Se inspeccionará

- Asimetría facial
- Ganglios

- Articulación Temporo-Mandibular (ATM)
- Hiper o hipotonía muscular

Se hará con la cabeza de frente y de perfil. De perfil, se hará igual que antes. A la palpación: Cadena ganglionar del cuello, la articulación temporomandibular, palpación y los ruidos.

Muchas veces el primer signo de un trastorno de la articulación temporomandibular es un ruido que el paciente escucha dentro del oído o por delante de él. Estos ruidos aparecen al mover la mandíbula, generalmente al abrir, pero también al llevarla hacia los lados y al cerrar.

La presencia de este ruido acusa que algo dentro de la articulación va mal, o a lo que hay que poner atención. Una de las razones puede ser el disco, que no está ubicado correctamente, generando un pequeño salto o irregularidad al mover la mandíbula, entorpeciendo los movimientos continuos y armónicos.

2. EXPLORACIÓN CLÍNICA INTRAORAL

(Tejidos blandos, periodontales y dientes)

- Labios y comisura labial.
- Mejillas.

- Encías y maxilares
- Dientes
- Paladar duro y blando
- Lengua
- Suelo de la boca

La exploración puede ser realizada en el mismo local de trabajo del médico o estomatólogo, como una actividad permanente del trabajo diario e incluso durante la visita al hogar o centro de trabajo, y el examen puede ser más o menos complejo dependiendo del lugar y habilidad del examinador.

El instrumental que se debe utilizar es el habitual del estomatólogo o en su defecto un depresor de lengua o baja lengua. Lo más importante es una buena iluminación (natural o artificial). El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables. El examen del complejo bucal se ha simplificado

en siete pasos aprovechando al máximo la habilidad del examinador. En estos pasos se dirige el examen a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica.

- LABIO: Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y la altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina. La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía y el labio.



- MUCOSA DE LA MEJILLA: Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial. Deben recordarse las estructuras normales como la terminación del conducto de la parótida, la línea alba, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.



- **PALADAR:** En este caso inclinamos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los planos anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila incisiva, el rafe medio, las rugosidades palatinas.



- **LENGUA MÓVIL:** Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones. Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, valvadas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.



- **SUELO DE LA BOCA:** Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro. Para la palpación bidigital del piso de la boca el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, tonus mandibular.

- **RAÍZ O BASE DE LA LENGUA Y BUCOFARINGE:** Inspecciónese la raíz o base de la lengua, mientras tra con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua.

13

14

- **ENCÍA Y DIENTES.** Con la ayuda del espejo y el explorador realizamos el examen de la encía para detectar alteraciones patológicas y la presencia de factores locales dentales irritativos.



- **EXAMEN DEL CUELLO:** La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación comenzando por el lado izquierdo incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la palpación, repita la maniobra en el lado derecho invirtiendo sus manos y finalmente bimanual, palpando ambos lados comparativamente. Palpe atentamente las zonas de las cadenas de linfonódulos submandibular, yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria y los grupos de linfonódulos submentoniano, parotídeos, preauricular, retroauricular y occipital, también incluya en el examen las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación temporomandibular.

- Cadenas de linfonódulos submandibular: paralela al borde inferior de la mandíbula; recibe el drenaje linfático de labio inferior mejilla, encía, suelo de boca, glándula submandibular y glándula sublingual.
- Cadenas de linfonódulos yugular interna: sigue el trayecto de la vena yugular interna; recibe el drenaje linfático de fosa nasal, faringe, oído y amígdala, lengua, glándulas salivales y glándula tiroidea.
- Cadenas de linfonódulos espinal accesoria: se localiza en el trayecto del nervio espinal; recibe el drenaje linfático de nasofaringe y otros grupos y cadenas secundariamente.
- Cadenas de linfonódulos cervical transversa: acompaña a los vasos cervicales transversos; no recibe el drenaje linfático directamente de la boca pero puede recibirlo secundariamente de cadenas y grupos ganglionares.
- Grupo submentoniano: situado por debajo el músculo milohioideo, por detrás de la sínfisis mandibular; recibe el drenaje linfático del labio inferior, mentón, mejilla, encía, suelo de boca y punta de lengua.



13

14

■ Profundidad de bolsa y sangrado

| Bolsa Periodontal(mm) | Ubicación | Pieza dental |
|-----------------------|-----------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES IRRITATIVOS

Existencia de prótesis dentales
 Si No

| Comprobación del ajuste | correcto | defectuoso |
|-------------------------------|----------|------------|
| Presencia de úlceras por roce | Si | No |
| Higiene de prótesis | Correcta | deficiente |

| EXPLORACIÓN DE LAS MUCOSAS | |
|----------------------------|--|
| LABIOS | |
| ENCÍAS | |

| | |
|----------------|--|
| CARRILLOS | |
| LENGUA | |
| PISO DE BOCA | |
| PALADAR DURO | |
| PALADAR BLANDO | |

| T. PLAN DE TRATAMIENTO | |
|------------------------|--|
| PROFILAXIS | |
| TOPICACIONES DE FLÚOR | |

20

20

| | |
|----------------|--|
| SELLANTES | |
| RESTAURACIONES | |
| EXODONCIAS | |
| OTROS | |

| 8. INTERCONSULTA |
|------------------|
| |
| |
| |

21

MANEJO ODONTOLÓGICO PREVIO AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

En esta fase, es fundamental la eliminación de todos los focos sépticos tanto dentales como periodontales. Las exodoncias simples deben realizarse como mínimo unos 15 días antes de la quimiorradioterapia. Si las exodoncias son quirúrgicas se deberían practicar de 4 a 6 semanas antes. Asimismo, deben obturarse las caries y ajustarse las prótesis removibles para eliminar los posibles factores traumáticos. También será imprescindible instruir y motivar al paciente para que realice una cuidadosa higiene de su cavidad bucal que puede complementarse con enjuagues fluorados o antisépticos sin alcohol.

- Historia clínica minuciosa
- Exploración oral
- Radiografías (panorámicas, periapicales, aleta de mordida)
- Sialometría cuantitativa
- Instrucción personal en higiene oral
- Flúor tópico
- Profilaxis Explorar y tratar las lesiones inflamatorias crónicas de los maxilares
- Eliminar prótesis traumáticas
- Extracción de dientes irreparables (caries, enfermedad periodontal)

22

- Las exodoncias deben ser realizadas al menos con dos semanas de antelación. Se recomienda para las cirugías mayores una antelación de cuatro a seis semanas
- Sellado de las fisuras en premolares y molares recién erupcionados de los niños

MANEJO ODONTOLÓGICO DURANTE EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

En este período, el paciente suele presentar ya algunas manifestaciones orales, principalmente en forma de mucositis. En función de la gravedad de las mismas, existen diversos protocolos que incluyen diferentes fármacos y soluciones antisépticas y anestésicas. Estas soluciones son utilizadas como agentes preventivos y/o terapéuticos en la mayoría de hospitales oncológicos. La higiene oral debe llevarse a cabo mediante cepillado dental o enjuagues 3 veces al día tras las comidas principales. Siempre que sea posible, el cepillado será prioritario.

Revisión y control del estado bucodentario

- Evitar cualquier maniobra invasiva en la cavidad oral
- Mantener buena higiene bucal
- Eliminar dieta cariogénica
- Colutorios antisépticos
- Fluorizaciones

- Alivio de la mucositis y xerostomía
- Protección de las glándulas salivales
- Evitar extracciones dentarias

MANEJO ODONTOLÓGICO LUEGO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Tras la finalización del tratamiento oncológico, no debe olvidarse el cuidado y mantenimiento de la cavidad bucal ya que determinados efectos secundarios, se manifiestan más tardíamente. En los pacientes irradiados por neoplasias de cabeza y cuello, la intensa sequedad bucal remanente y muchas veces definitiva, aumenta el riesgo de caries sobre todo cervicales y radiculares, dificulta el ajuste de las prótesis y puede ser una de las causas de necrosis en tejidos blandos. Asimismo la xerostomía convierte a la mucosa oral en más susceptible a irritaciones traumáticas e infecciones.

No se recomienda realizar ninguna intervención odontológica agresiva (exodoncias fundamentalmente) hasta pasados 6 meses de finalizar la quimioterapia o 1 año de la radioterapia para evitar el riesgo de osteorradionecrosis.

- Higiene oral y fluorizaciones continuadas
- Evitar exodoncias (al menos 1 año) y, si es imprescindible
- Cobertura antibiótica (48 h antes / 7-15 días después)

- Evitar prótesis completa o removible en 1 año
- Mecanoterapia
- Tratamiento de las inflamaciones, mucositis y xerostomía
- Revisiones cada mes en el primer semestre, cada tres meses el primer año y cada seis meses hasta cumplir los tres años.

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA (CÁNCER)

DESCRIPCIÓN DEL LLENADO

DATOS DE AFILIACIÓN

En la primera tabla en las celdas de color blanco se escribirá los apellidos, nombre, edad, género, número de historia clínica, profesión, ocupación, dirección, teléfono, emergencia; datos que se registrarán exclusivamente por el profesional, incluyendo la fecha de inicio del tratamiento odontológico.

- 1.- En la **barra N° 1: TIPO DE CÁNCER** se anotará el tipo de cáncer según el examen histopatológico
- 2.- En la **barra N° 2: EXPLORACIÓN DENTAL**, se utilizará para el registro el color rojo para los tratamientos previamente a

realizarse, una vez identificada el foco infeccioso, se empleará la simbología autorizada que se describe a continuación.

3.- En la **barra N° 3: HABITOS**, se anotará los hábitos o adicciones que posee el paciente, desde cuando lo realiza, con qué frecuencia (número de cigarrillos al día).

4.- En la **barra N° 4: EXPLORACIÓN PERIODONTAL**, se marcará con una x en las celdas blancas de acuerdo al diagnóstico de la exploración periodontal. A continuación se escribirá la ubicación y el número de pieza dental que presente bolsa periodontal.

5.- En la **barra N° 5: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES IRRITATIVOS**, se marcará con una X en las celdas en blanco de acuerdo a la existencia, y se verificará las condiciones de la prótesis.

6. En la **barra N° 6: .EXPLORACIÓN DE LAS MUCOSAS**, se describirá (forma, tamaño, color, textura) en las barras en blanco las alteraciones que se encuentren.

7. En la **barra N° 7: PLAN DE TRATAMIENTO**, se escribirá en las celdas en blanco los tratamientos clínicos, preventivos, curativos, que necesita realizarse el paciente, especificando el número de pieza o cuadrante según la urgencia que lo amerite.

7. En la barra N° 7: **INTERCONSULTA**, se anota la interconsulta de acuerdo a la necesidad.

BIOPSIA

"La Biopsia Oral" es analizada ampliamente y se ofrece una guía exhaustiva para el dentista, centrándose en el campo de cáncer y pre-cáncer.

Muy a menudo es el dentista el primero que observa cambios en los tejidos, adquiriendo con ello una enorme responsabilidad. Un diagnóstico precoz es la clave para prevenir consecuencias graves y mejorar considerablemente las posibilidades de cura.

Objetivos

- Establecer un diagnóstico definitivo de la lesión en base a su aspecto histológico
- Determinar si es lesión maligna
- En algunos casos, facilitar la prescripción de tratamientos específicos;
- Contribuir en la evaluación de la eficacia de los tratamientos

Indicaciones

- Leucoplasias
- Eritroleucoplasias

27

- Lesiones pigmentadas
- Úlceras más de 15 días de evolución
- Enfermedades versículo - ampollas
- Masas de tejido blando

Instrumental necesario para una biopsia de mucosa oral

- Jeringa y aguja convencional para anestesia
- Hoja y mango de bisturí
- gasas
- Pinza
- Separador
- Cánula aspiración
- Contenedor para muestra con formal- formolaldehído al 10 %
- Impreso de datos para laboratorio
- Portaagujas, tijeras y sutura
- Cemento quirúrgico

TIPOS DE BIOPSIA

BIOPSIA INCISIONAL

Consiste en la eliminación de una porción representativa de la lesión

28

Está indicada en lesiones extensas (más de 2 cm) o múltiples. Consiste en la toma de

una porción del tejido sospechoso, mediante bisturí frío o convencional. La incisión deberá incluir tejido sano junto al alterado, que permita al histopatólogo comparar de forma adecuada las características de uno y otro

Si la lesión es muy extensa o presenta distintos aspectos en su superficie, deben tomarse varias muestras, cada una de ellas claramente diferenciada de las demás.

La técnica de la biopsia incisional requiere anestesia por infiltración local o regional.

La infiltración local deberá realizarse a más de 0,5 cm del tejido a analizar, para no provocar distorsiones tisulares. La incisión más recomendable consiste en dos cortes convergentes en forma de V en ambos extremos, en forma de huso o elipse, colocando el bisturí a 45° sobre la superficie epitelial. El diseño del huso debe incluir desde unos 2 a 3 mm de tejido aparentemente normal, hasta abarcar una porción suficiente de tejido afectado, tanto en superficie, como en profundidad. En lesiones blancas con componente rojo (leucoeritropiasias) debe tomarse parte representativa de la zona roja, ya que es la que con mayor frecuencia presenta signos de displasia.

Finalmente, se suturará la herida mediante puntos sueltos.

29

BIOPSIA ESCISIONAL O EXTIRPACIÓN

Consiste en la remoción quirúrgica de la lesión, es el método de elección cuando la lesión es pequeña.

Está indicada en lesiones pequeñas generalmente de menos de 2 cm de diámetro mayor. Se suele realizar también mediante bisturí frío o convencional (más recomendable que el eléctrico o el láser quirúrgico). Debe tomarse un margen de seguridad de unos milímetros, incluyendo tejido de apariencia normal, teniendo en cuenta que la lesión es tridimensional. En lesiones superficiales difusas o en las que su aspecto sugiere malignidad con invasión o diseminación extensa, se aconseja la biopsia incisional, en lugar de la extirpación completa.

Para la realización técnica de la misma, debe inyectarse el anestésico a suficiente distancia de la lesión. En lesiones elevadas como las hiperplasias fibrosas (fibromas irritativos) o papilomas, la incisión debe hacerse sobre la mucosa sana que rodea su base de inserción. La profundidad de la incisión se limitará a la mucosa (2-3 mm), con una angulación aproximada de 45° hacia el centro de la lesión. Un diseño en forma de huso permite la sutura de la herida sin complicaciones.

30



FUENTE: Manual de Prácticas de Medicina Bucal

MANIPULACIÓN, FIJACIÓN Y PREPARACIÓN DE LA MUESTRA

Una vez obtenida la muestra cuidadosamente, la introduciremos en un contenedor con líquido fijador para proceder a su estudio. Generalmente, las muestras suelen remitirse al anatomopatólogo, en formaldehído al 10%. Es importante que el período de fijación sea adecuado los especímenes de 4 mm de espesor requiere un mínimo de 8 horas de fijación y los de 6 mm requiere aproximadamente 12 horas.

31

MANUAL ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES CON CÁNCER ORAL

BIBLIOGRAFIA

- BERMEJO, Ambrosio y LÓPEZ, P. (1994). *Manual de prácticas de medicina bucal*. Murcia: Universidad de Murcia.
- BICKLEY, L. (2010). *Guía de exploración física e historia clínica*. Nueva York: The Point.
- CARIBÉ, F. y. (12 de Octubre de 2002). *Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral*. Obtenido de Medicina oral.com: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i3/medoralv8i3p178.pdf>
- CORONA, L. y. (1 de Marzo de 2014). *La modelación de la actividad de interrogatorio y una aproximación a sus invariantes funcionales*. Obtenido de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2527/1402>
- DEL CASTILLO, I. y. (2010). *El estudio de casos*. Madrid - España: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.
- KUMAR, V. y. (2010). *Patología estructural y funcional*. Barcelona - España: ELSEVIER.
- MEDINA, E. y. (2009). *Fundamentos de oncología*. México: UNAM.
- REICHARD, P. y. (2011). *Atlas de patología oral*. Lima - Perú: Masson.

32

MANUAL ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES CON CÁNCER ORAL

- RODRÍGUEZ, O. (2011). *Cáncer Oral*. La Habana - Cuba: AFC.
- RUIZ, R. (2002). *Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria*. 3a Ed. Madrid - España: Ediciones Díaz Santos.
- SANTANA, J. (2004). *Prevención y diagnóstico del cáncer bucal*. Buenos Aires - Argentina: Educmed.
- SNAPP, P. y. (2005). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona - España: Elsevier - Mosby.

33

MANUAL ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES CON CÁNCER ORAL

SITIOS WEB

- Begoña García Chías, José Luis Cebrián Carretero, Miguel Carasol Campillo, R. Cerero Lapedra, Javier Román García, Científica dental, 2014 - Vol. 11, Nº. 2, 2014 , págs. 29-40
- G Ruiz-Esquide, B Nerví, A Vargas, A Maiz - Revista médica de Chile, 2011 - SciELO Chile, Tratamiento y prevención de la mucositis oral asociada al tratamiento del cáncer
- WA González-Arriagada, AR Santos-Silva, SciELO Chile, López-López, J.; Finestres-Zubeldía, F. & Guix-Melcior, B. La participación del cirujano-dentista en el equipo multidisciplinario responsable del tratamiento del paciente.
- Toljanic, JA; Heshmati, RH Bedard, manejo odontológico, García-García, Bascones Martínez a, vol 25 n.5 Madrid set.-oct, 2009, Cáncer Oral; Puesta al día.
- Ana Iris Verdecia Jiménez- Elisa Álvarez Infantes, Julita Parra Lahens, Mortalidad por cáncer bucal en pacientes, CCM vol.18 no.1 Holguín ene.-mar. 2014
- H Mehanna, V Paleri, C M L West, C Nutting 2010; Epidemiología, presentación y prevención, Cáncer de cabeza y cuello

34

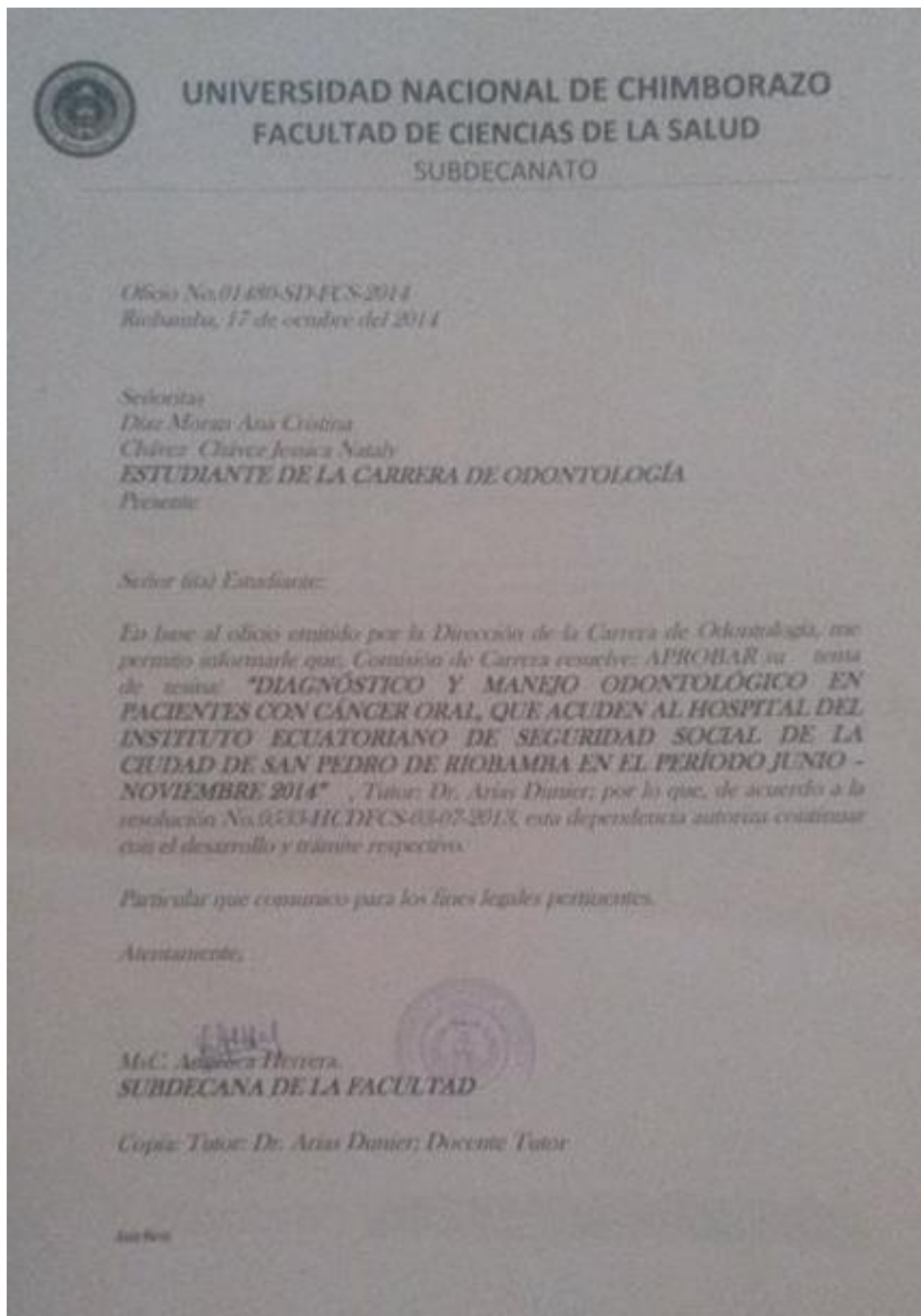
MANUAL ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES CON CÁNCER ORAL

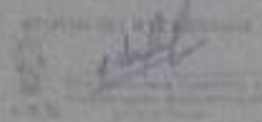
Damián Guillermo Lanza Echeveste, Odontostomatología
vol.13no.17.Montevideo mayo 2011, tratamiento odontológico
integran del paciente oncológico. Parte I

Inocente-Díaz ME1, Pachas-Barrionuevo F2. Educación para la
Salud en Odontología. Rev Estomatol Herediana. 2012 Oct-
Dic;22(4):232-41. Educación para la Salud en Odontología

Tejada domínguez, fj. ~~*(borrar)~~ Ruiz domínguez, Febrero 2010,
Decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a
radioterapia y quimioterapia conforme a la evidencia

Anexo 4: Documentación





Moabamba 14 de Julio 2014

Dra. Yvonnea Guerrero
COORDINADORA DE ODONTOLOGIA IESS

Estimada coordinadora de Odontología del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social (IESS), reciba un cordial saludo de parte de los estudiantes de Odontología De la Universidad Nacional De Chimborazo.

Solicitamos de la manera más comedida se nos autorice realizar la recopilación de datos y seguimiento de los pacientes que han acudido a la consulta odontológica, con el fin de realizar la siguiente tesis: "DIAGNOSTICO Y MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IESS DE MOABAMBA DURANTE EL PERÍODO ABRIL - SEPTIEMBRE DEL 2014"

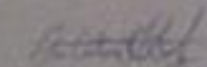
Por la acogida a la presente, le anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Acordemente,



Chaves Chaves Jessica Nataly

ESTUDIANTE UNACH



Diaz Morán Ana Cristina

ESTUDIANTE UNACH



OE-099-2014

Riobamba, 25 de Julio de 2014

Srta:

Jessica Chávez Ch.

Ana Cristina Díaz M.

ASUNTO: APROVACION DE SOLICITUD

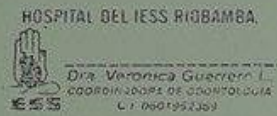
Por medio del presente informo a Uds. Que con oficio IESS-HRIODMED-2014-0192M, el Dr. Edgar Bravo P. ha aprobado su solicitud para la realización de la investigación para la Tesis de grado " DIAGNÓSTICO Y MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER ORAL QUE ACUDEN AL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE RIOBAMBA DURANTE EL PERÍODO ABRIL- SEPTIEMBRE DEL 2014". Trabajo que deberá ser supervisado por y coordinado por mí persona.

Particular que comunico para los fines consiguientes.

Atentamente:

Dra. Verónica Guerrero L.

COORDINADORA DE ODONTOLOGIA



cc. Dr. Edgar Bravo P.

DIRECTOR MEDICO HOSPITAL IESS RIOBAMBA

Renovar para actuar,
actuar para servir

www.iessec.gob.ec



@IESSec



IESSecu

IESSec

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL
REGISTRO MÉDICO

IHC070

Pág: 12

Pág RM: 1

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA

Historia Clínica: 888080

Afiliado:

Edad: 78 Sexo: MASCULINO

Tipo Doc: C

Número Doc: 1700177759

Fecha Nacimiento: 1937/04/29

Médico: 6013705 MERINO SALTOS FRANCISCO JAVIER

Especialidad: Odontología

Dependencia: 134 ODONTOLOGIA (CE)

HORA: 10:46

Motivo de Visita:

2000: EXAMEN MEDICO GENERAL

PIEZA N.- 46 CARIES OCLUSAL-MESIAL.

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:

I K02 CARIES DENTAL

==> Servicio: Procedimientos

Número de Orden: 812734

EXAMEN: COMPUESTA RESINA - RESTAURACIONES

CD

(No se ha asignado un turno para este ITEM)

AUTORAS:

ANAYANZA KATALY CHÁVEZ CHÁVEZ

ANA CRISTINA DIAZ MORAN

COPIA CERTIFICADA

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA Historia Clínica: 888880
Afiliado: Edad: 78 Sexo: MASCULINO
Tipo Doc: C Número Doc: 1700177759 Fecha Nacimiento: 1937/04/29

Médico: 6013705 MERINO SALTOS FRANCISCO JAVIER
Especialidad: Odontología
Dependencia: 134 ODONTOLOGIA (CE)
Fecha de Atención

Motivo de Visita:
2000: EXAMEN MEDICO GENERAL
PIEZA N.- 48 MÓVIL CON DOLOR,CURETAJE.
DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:
1 K056 GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES: ENFERMEDAD DEL PERIODONTO, NO ESPECIFICADA

==> Servicio: Farmacia Número de Orden: 822248
Estado: DESPACHADA

INDICACIONES GENERALES :

| ITEM ORDENADO | CÓDIGO | CANT. | DOSIS | VIA ADMINIST. | PRESENTACIÓN | FRECUENCIA | DURACIÓN | INICIA DESDE | HORA |
|----------------------|--------|-------|---------|---------------|------------------|------------|----------|--------------|------|
| | | | | | | | | FECHA | |
| NAPROXENO TAB 550 MG | | | | | tableta de 550mg | | | | |
| F 1201513 | 4 | 1,000 | GRAGEAS | ORA | C12H | 02 | D | | |

==> Servicio: Procedimientos Número de Orden: 822271
EXAMEN: PIEZA ERUPCIONADA - EXODONCIA
CD
(No se ha asignado un turno para este ITEM)

Médico: 6013705 *****
Especialidad: Odontología
Dependencia: 999999999 ODONTOLOGIA (CE)
Fecha de Atención HORA:

==> Servicio: Cuidado y Tratamiento Número de Orden: 1224297
EXAMEN: INYECCION INTRAMUSCULAR - CURACIONES
CD
Muestra No. 01 Asignada a VALOR REFERENCIAL

Comentarios:
GENTAMICINA 180

Médico: 6013705 *****
Especialidad: Odontología
Dependencia: 999999999 ODONTOLOGIA (CE)
Fecha de Atención

==> Servicio: Cuidado y Tratamiento Número de Orden: 1228184
EXAMEN: INYECCION INTRAMUSCULAR - CURACIONES

Comentarios:
GENTAMICINA

COPIA CERTIFICADA

0

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL
REGISTRO MÉDICO

IHC070

Pág: 13

Pág RM: 1

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 1700177759

Historia Clínica: 888880
Edad: 78 Sexo: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 1937/04/29

Médico: 60300910 SALAZAR MARTINEZ XAVIER GUILLERMO.
Especialidad: Odontología
Dependencia: 99917 PERIODONCIA CE

Motivo de Visita:

Z000: EXAMEN MEDICO GENERAL

PACIENTE ACUDE A LA CONSULTA CON RX PANORAMICA PARA REVISION DE LESION DE CUADRO ANTE IV, CLINICAMENTE COMPATIBLE CON FIBROMA

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)

PACIENTE ACUDE PARA REVISION DE LESION DE REBORDE EDENTULO INFERIOR DERECHO, REFIERE QUE HACE APROX UN AÑO REALIZARON EXODONCIAS Y CURETAJE DE HUESO EN ZONA AFECTADA, SE OBSERVA TEJIDO DE GRANULACION FIRME EN GRAN CANTIDAD DESDE INCISIVO LATERAL HACIA ZONA MOLAR, SE TOMA BIOPSIA PARA CONFIRMAR POSIBLE DIAGNOSTICO DE FIBROMA .

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:

- 1 K068 OTROS TRASTORNOS DE LA ENCIA Y DE LA ZONA EDENTULA: OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA ENCIA Y DE LA ZONA EDENTULA

==> Servicio: Farmacia

Número de Orden: 1652550
Estado: DESPACHADA

INDICACIONES GENERALES :

| ITEM ORDENADO | PRESENTACIÓN | INICIA DESDE |
|---|-----------------------|---------------|
| CÓDIGO CANT. DOSIS VIA ADMINIST. | FRECUENCIA DURACIÓN | FECHA HORA |
| IBUPROFENO GRAG. 600MG | TABLETA 600 MG | |
| F 9999024 12 1,000 TABLETA | ORA C8H 04 D | |

==> Servicio: Laboratorio

Número de Orden: 1652544

EXAMEN: BIOPSIA ESPECIFICAR SITIO - PATOLOGIA

CD 01 D Inicia

Muestra No. 01 Asignada a

VALOR REFERENCIAL

BIOPSIA.....: R.2492-13

Comentarios:

SE RECIBE UN FRAGMENTO DE TEJIDO BLANDO QUE MIDE 1.5 X 1.2 X 0.6 CM, SUPERFICIE EXTERNA BLANCO GRISÁCEA, IRREGULAR, DE ASPECTO IRREGULAR, AL CORTE HETEROGÉNEO, CON ÁREAS BLANQUECINAS Y OTRAS DE COLOR MARRÓN. SPTM

DIAGNÓSTICO: BIOPSI DE ENCIA:

- CARCINOMA ESCAMOSO BIÉN DIFERENCIADO ULCERADO INFILTRANTE DE CÉLULAS GRANDES:

ATENTAMENTE
DRA GABRIELA ALOMÍA

COPIA CERTIFICADA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL
REGISTRO MÉDICO

IHC070

Pág: 18

Pág RM: 2

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 1700177759

Historia Clínica: 888880
Edad: 78 Sexo: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 1937/04/29

==> Servicio: Laboratorio
EXAMEN: BIOPSIA ESPECIFICAR SITIO - PATOLOGIA
CD
(No se ha asignado un turno para este ITEM)

Número de Orden: 1652548

==> Servicio: Procedimientos
EXAMEN: CIRUGIA PARA BIOPSIA - OTROS TRATAMIENTOS
CD
(No se ha asignado un turno para este ITEM)

Número de Orden: 1652519

COPIA CERTIFICADA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL
REGISTRO MÉDICO

IHC070

Pág: 202

Pág RM: 1

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 0600547723

Historia Clínica: 218
Edad: 74 Sexo: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 1941/09/25

Médico: 6019523 GUERRERO LEON VERONICA DE LOURDES
Especialidad: Odontología
Dependencia: 134 ODONTOLOGIA (CE)
Fecha de Atención: 2014/05/22 JUEVES HORA: 8:53

Motivo de Visita:
Z000: EXAMEN MEDICO GENERAL
EMERGENCIA

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)
DOLOR PRESENCIA DE ABULTAMIENTO ZONA 2 SE REMITE A ESPECIALIDAD
DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:
1 K103 OTRAS ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES: ALVEOLITIS DEL MAXILAR

==> Servicio: Procedimientos
EXAMEN: EMERGENCIA CONT.DOLOR Y HEMORR - OTROS TRATAMIENTOS
CD 01 D Inicia: 2014/05/22-08:54
(No se ha asignado un turno para este ITEM)

Número de Orden: 2202173

COPIA CERTIFICADA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL
REGISTRO MÉDICO

IHC070

Pág: 203

Pág RM: 1

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA

Historia Clínica: 218

Afiliado:

Edad: 74 Sexo: FEMENINO

Tipo Doc: C

Número Doc: 0600547723

Fecha Nacimiento: 1941/09/25

Especialidad: Odontología
Dependencia: 99917 PERIODONCIA CE

Motivo de Visita:

Z000: EXAMEN MEDICO GENERAL

PACIENTE ACUDE CON LESION BLANQUECINA EN ZONA 16

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)

LESION BLANCA ZONA 16 DE 1CM APROX SE PROGRAMA BIOPSIA EXCSIONAL

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:

1 K05 GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES

--> Servicio: Farmacia

Número de Orden: 2203104

Estado: DESPACHADA

| ITEM ORDENADO | CÓDIGO | CANT. | DOSIS | VIA ADMINIST. | PRESENTACIÓN | FRECUENCIA | DURACIÓN | INICIA DESDE | FECHA | HORA |
|------------------------|-----------|-------|-------|---------------|--------------|------------|----------|--------------|-------|------|
| PARACETAMOL TAB 500 MG | F 1201031 | 12 | 1,000 | TABLETA | TAB.500MG. | ORA | CSH | | | |

COPIA CERTIFICADA

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 0600547723

Historia Clínica: 218
Edad: 74 Sexo: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 1941/09/25

Médico: 60300910 SALAZAR MARTINEZ XAVIER GUILLERMO.
Especialidad: Odontología
Dependencia: 99917 PERIODONCIA CE

Motivo de Visita:

2000: EXAMEN MEDICO GENERAL
PACIENTE ACUDE PARA BIOPSIA DE LESION A NIVEL DE 16

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)
PACIENTE ACUDE PARA CIRUGIA DE LESION DE TEJIDO BLANDO EN ZONA DE PRIMER MOLAR SUPERIOR DERECHO DE OCHO MESES DE EVOLUCION, SUPERFICIE BLANQUECINA DE CONSISTENCIA BLANDA DE UN CENTIMETRO Y MEDIO DE LONGITUD
DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:

1 K05 GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES

==> Servicio: Farmacia

Número de Orden: 2216869
Estado: DESPACHADA

| ITEM ORDENADO | CÓDIGO | CANT. | DOSIS | VIA ADMINIST. | PRESENTACIÓN | FRECUENCIA | DURACIÓN | INICIA DESDE | HORA |
|------------------------|-----------|-------|-------|---------------|--------------|------------|----------|--------------|------|
| PARACETAMOL TAB 500 MG | F 1201031 | 15 | 1,000 | TABLETA | TAB.500MG. | | | | |

==> Servicio: Laboratorio

Número de Orden: 2216873

EXAMEN: BIOPSIA ESPECIFICAR SITIO - PATOLOGIA
CD

Muestra No. 01 Asignada

VALOR REFERENCIAL

BIOPSIA.....: R.1246-14

Comentarios:

SE RECIBEN 2 FORMACIONES DE TEJIDO BLANDO, EL MAYOR MIDE 1.6 X 1 X 1.7 CM, EL MENOR MIDE 1.3 X 0.6 X 0.5 CM, BLANCO GRISÁCEO HEMORRÁGICO, EN CORTES SUCESIVOS DE ASPECTO GRANULAR. SPTM(1C)

DIAGNÓSTICO: BIOPSIA DE ENCIA

- CARCINOMA ESCAMOSO BIÉN DIFERENCIADO INFILTRANTE
- ASOCIADO A INFLAMACIÓN CRÓNICA

ATENTAMENTE

DRA GABRIELA ALOMÍA
PATÓLOGA

==> Servicio: Procedimientos

Número de Orden: 2216867

EXAMEN: PERIODONCIA COLGAJO - PERIODONCIA
CD 01 D Inicia:

(No se ha asignado un turno para este ITEM)

COPIA CERTIFICADA

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 0600547723

Historia Clínica: 218
Edad: 74 Sexo: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 1941/09/25

Médico: 60300910 SALAZAR MARTINEZ XAVIER GUILLERMO.
Especialidad: Odontología
Dependencia: 99917 PERIODONCIA CE

Motivo de Visita:

2000: EXAMEN MEDICO GENERAL
PACIENTE ACUDE PARA BIOPSIA DE LESION A NIVEL DE 16

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)
PACIENTE ACUDE PARA CIRUGIA DE LESION DE TEJIDO BLANDO EN ZONA DE PRIMER MOLAR SUPERIOR DERECHO DE OCHO MESES DE EVOLUCION, SUPERFICIE BLANQUECINA DE CONSISTENCIA BLANDA DE UN CENTIMETRO Y MEDIO DE LONGITUD.
DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:

1 K05 GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES

==> Servicio: Farmacia

Número de Orden: 2216869
Estado: DESPACHADA

| ITEM ORDENADO | CÓDIGO | CANT. | DOSIS | VIA ADMINIST. | PRESENTACIÓN | FRECUENCIA | DURACIÓN | INICIA DESDE | FECHA | HORA |
|------------------------|--------|-------|---------|---------------|--------------|------------|----------|--------------|-------|------|
| PARACETAMOL TAB 500 MG | | | | | TAB.500MG. | | | | | |
| F 1201031 | 15 | 1,000 | TABLETA | ORA | C8H | | | | | |

==> Servicio: Laboratorio

Número de Orden: 2216873

EXAMEN: BIOPSIA ESPECIFICAR SITIO - PATOLOGIA CD
Muestra No. 01 Asignada
BIOPSIA.....: R.1246-14

VALOR REFERENCIAL

Comentarios:

SE RECIBEN 2 FORMACIONES DE TEJIDO BLANDO, EL MAYOR MIDE 1.6 X 1 X 1.7 CM, EL MENOR MIDE 1.3 X 0.6 X 0.5 CM, BLANCO GRISÁCEO HEMORRÁGICO, EN CORTES SUCESIVOS DE ASPECTO GRANULAR. SPTM(1C)
DIAGNÓSTICO: BIOPSIA DE ENCIA
- CARCINOMA ESCAMOSO BIÉN DIFERENCIADO INFILTRANTE
- ASOCIADO A INFLAMACIÓN CRÓNICA
ATENTAMENTE
DRA GABRIELA ALOMÍA
PATÓLOGA

==> Servicio: Procedimientos

Número de Orden: 2216867

EXAMEN: PERIODONCIA COLGAJO - PERIODONCIA CD
01 D Inicia:
(No se ha asignado un turno para este ITEM)

COPIA CERTIFICADA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL
REGISTRO MÉDICO

IHC070

Pág: 209

Pág RM: 1

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 0600547723

Historia Clínica: 218
Edad: 74 Sexo: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 1941/09/25

Médico: 60300910 SALAZAR MARTINEZ XAVIER GUILLERMO.
Especialidad: Odontología
Dependencia: 99917 PERIODONCIA CE

Motivo de Visita:

Z000: EXAMEN MEDICO GENERAL
PACIENTE ACUDE PARA CONTROL POSQUIRURGICO

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)
PACIENTE REFIERE MOLESTIA MODERADA, SE RETIRA SUTURA SE REMITE A ESPECIALIDAD P
ARA TTO
DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:
1 C030 TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA: TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA SUPERIOR

COPIA CERTIFICADA

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 0600547723

Historia Clínica: 218
Edad: 74 Sexo: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 1941/09/25

Médico: 17091684 AGUIRRE CARPIO ROBERTO ESTEFANO
Especialidad: Oncología - Mastología
Dependencia: 521 ONCOLOGIA (CE)
Fecha de Atención

Motivo de Visita:
Z000: EXAMEN MEDICO GENERAL
REFERENCIA DE ODONTOLOGIA

Signos Vitales:

| Descripción | Resultado |
|----------------------------|---------------|
| Tensión Arterial (TA)..... | 100 / 70 mmHg |
| Peso..... | 66 kg |
| Talla..... | 144 cm |

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)
PACIENTE DE 73 A QUE EN CONTROL DE ODONTOLOGIA SE IDENTIFICA UNA LESIÓN EN MUCOSA DE CARRILLO DENTAL SUPERIOR DERECHO CON APROX 6 MESES DE EVOLUCIÓN POR LO QUE ODONTOLOGO REALIZA EXERESIS DE LESIÓN CON UN DG HISTOPATOLÓGICO: SE RECIBEN 2 FORMACIONES DE TEJIDO BLANDO, EL MAYOR MIDE 1.6 X 1 X 1.7 CM, EL MENOR MIDE 1.3 X 0.6 X 0.5 CM, BLANCO GRISÁCEO HEMORRÁGICO, EN CORTES SUCESIVOS DE ASPECTO GRANULAR. SPTM(1C)
DIAGNÓSTICO: BIOPSIA DE ENCIA
- CARCINOMA ESCAMOSO BIÉN DIFERENCIADO INFILTRANTE
- ASOCIADO A INFLAMACIÓN CRÓNICA
EN EL QUE NO SE DEFINEN BORDES PERO EN EL QUE SE EVIDENCIA INFILTRACIÓN IMPORTANTE POR LO QUE ES REMITIDA PARA SU EVALUACIÓN.
TIENE AL ANTECEDENTE DE UN ACV HACE 1 A 6 MESES.

004 EXAMEN FISICO
BOCA PRESENCIA DE AREA DE CICATRIZACIÓN A NIVEL DE ENCIAS DE MAXILAR SUPERIOR EN EL QUE SE EVIDENCIA EDEMA DEL AREA CON PRESENCIA DE UN A ZONA NECROTICA CENTRAL, QUE EN VOLUMEN OCUPA 1 CM QUE SUPUESTAMENTE HA SIDO EXTIRPADO EN CIRUGIA PREVIA, ADEMAS SE EVIDENCIA PIEZAS DENTALES EN REGULARES CONDICIONES MOVILES, SE DEBERA COMPLETAR ESTUDIOS TOMOGRAFICOS PARA DEFINIR CONDUCTA DE QX VS RT EXCLUSIVAMENTE.

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:

1 C030 TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA: TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA SUPERIOR

==> Servicio: Laboratorio
EXAMEN: V.D.R.L. - INMUNOLOGIA
CD

Número de Orden: 2237646

Muestra No. 01 Asignada:

VALOR REFERENCIAL

V.D.R.L.....: No reactiv
EXAMEN: HIV 1+2 - INMUNOLOGIA

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA

Historia Clínica: 218

Afiliado:

Edad: 74 Sexo: MASCULINO

Tipo Doc: C

Número Doc: 0600547723

Fecha Nacimiento: 1941/09/25

Médico: 17091684 AGUIRRE CARPIO ROBERTO ESTEFANO
Especialidad: Oncología - Mastología
Dependencia: 521 ONCOLOGÍA (CE)
Fecha de Atención: 2014/07/22 MARTES HORA: 10:52

Motivo de Visita:
2000: EXAMEN MEDICO GENERAL
TRANSFERENCIA

Signos Vitales:

| Descripción | Resultado |
|----------------------------|--------------|
| Tensión Arterial (TA)..... | 90 / 60 mmHg |
| Peso..... | 65 kg |
| Talla..... | 145 cm |

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)
PACIENTE CON DG DE CA ESCAMOSO EN CARRILLO DENTAL DERECHO CON RESULTADO DE HIS
TOPATOLOGIA QUE CONFIRMA EL HALLAZGO CLINICO, HOY ACUDE CON RESULTADO DE TAC OU
E NO EXISTE AFECTACIÓN DE ESTRUCTURAS LOCALES, NI ENFERMEDAD METASTASICA POR
LO QUE DEBE SER SOMETIDA A CIRUGIA POR EL SERVICIO DE CIRUGIA MAXILOFACIAL Y
COMPLETARSE TTO CON RT LOCAL, POR LO QUE SE REMITE A LA PACIENTE AL HCAMBA
RA SU TTO POR ESPECIUALIDADES.
QL MOMENTO LA PACIENTE PRESENTA HERPES ZOSTER PEN PIERNA Y TOBILLO DERECHO POR
LO QUE SE INICIA TTO CLINICO.

004 EXAMEN FISICO
MUCODA ORAL DE CARRILLO DENTAL DERECHO CON AREA NECROTICA CENTRAL, DE 0,8 CM
D E DIAMETRO, PIUEZAS DENTALES MOLARES MOVILES, NO SE PALPAN ADENOPATIASA RE
GIONALES, PIERNA DERECHA A NIVEL DE CARA EXTERNA PRESENCIA DE LESIONES VES
ICULARES CON AREA DE ERITEMNA Y DOLOR LAS MISMAS QUE SE REPLICAN EN LA CARA
ANTERIOR DEL TOBILLO DERECHO.

PLAN TTO HERPES ZOSTER Y TRANSFERENCIA AL SERVICIO DE MAXILOFACIAL Y RADIOTER
APIA, SE DA TRANSFERENCIA EN FISICO PUES NO HAY TURNOS EN EL AS400.

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:

- 1 C03 TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA
- 2 B02 HERPES ZOSTER

==> Servicio: Farmacia

Número de Orden: 2311083

Estado: DESPACHADA

| ITEM ORDENADO | CÓDIGO | | CANT. | DOSIS | VIA ADMINIST. | PRESENTACIÓN | FRECUENCIA | DURACIÓN | INICIA DESDE | FECHA | HORA |
|---------------|--------|--|-------|-------|---------------|--------------|------------|----------|--------------|-------|------|
|---------------|--------|--|-------|-------|---------------|--------------|------------|----------|--------------|-------|------|

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|----|-------|---------|-----|----------------|-----|------|--|--|-------|
| ACICLOVIR | F 1112113 | 28 | 1,000 | TABLETA | ORA | Sol.Oral 800MG | C6H | 07 D | | | 11:00 |
|-----------|-----------|----|-------|---------|-----|----------------|-----|------|--|--|-------|

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 0600547723

Historia Clínica: 218
Edad: 74 Sexo: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 1941/09/25

Médico: 6019523 GUERRERO LEON VERONICA DE LOURDES
Especialidad: Odontología
Dependencia: 134 ODONTOLOGIA (CE)
Fecha de Atención: 2015/02/05 JUEVES HORA: 11:40

Motivo de Visita:
2000: EXAMEN MEDICO GENERAL
DOLOR

Revisión de Sistemas:

002 EVOL.Y PRESCRIP.MEDICA (CE)

PTE ACUDE POR DOLOR OCASIONADO POR ROCE DE PROTESIS SE DESGASTA EN ZONA CORRESPONDIENTE A ULCERA MAS ANTINFLAMATOTIO TOPICO Y CEPILLO PARA PROTESIS

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:

1 K074 ANOMALIAS DENTOFACIALES (INCLUSO LA MALOCCLUSION!); MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO

=> Servicio: Procedimientos

Número de Orden: 2658953

EXAMEN: AJUSTE OCLUSAL - PERIODONCIA

CD 01 D Inicia: 2015/02/05-11:41

(No se ha asignado un turno para este ITEM)

COPIA CERTIFICADA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL
REGISTRO MEDICO

IHC070

Pág: 12

Pág RM: 1

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA
Afiliado:
Tipo Doc: C Número Doc: 1700177759

Historia Clínica: 888880
Edad: 78 Sexo: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 1937/04/29

Médico: 6013705 MERINO SALTOS FRANCISCO JAVIER
Especialidad: Odontología
Dependencia: 134 ODONTOLOGIA (CE)
HORA: 10:46

Motivo de Visita:
2000: EXAMEN MEDICO GENERAL
PIEZA N.- 46 CARIES OCLUSAL-MESIAL.
DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:
1 K02 CARIES DENTAL

=> Servicio: Procedimientos
EXAMEN: COMPUESTA RESINA - RESTAURACIONES
CD
(No se ha asignado un turno para este ITEM)

Número de Orden: 812734

COPIA CERTIFICADA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN NACIONAL MÉDICO SOCIAL
REGISTRO MEDICO

IHC070

Pág: 12

Pág RM: 1

Unidad Médica: HOSPITAL DE RIOBAMBA

Historia Clínica: 888980

Afiliado:

Edad: 78 Sexo: MASCULINO

Tipo Doc: C

Número Doc: 1700177759

Fecha Nacimiento: 1937/04/29

Médico: 6013705 MERINO SALTOS FRANCISCO JAVIER

Especialidad: Odontología

Dependencia: 134 ODONTOLOGIA (CE)

HORA: 10:46

Motivo de Visita:

Z000: EXAMEN MEDICO GENERAL

PIEZA N.- 46 CARIES OCLUSAL-MESIAL.

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS:

1 K02 CARIES DENTAL

=> Servicio: Procedimientos

Número de Orden: 812734

EXAMEN: COMPUESTA RESINA - RESTAURACIONES

CD

(No se ha asignado un turno para este ITEM)

AUTORAS:

JESSICA NATALY CHÁVEZ CHÁVEZ

ANA CRISTINA DÍAZ MORÁN

COPIA CERTIFICADA

