

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DEL ESTE DE LA HABANA.
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“ALEIDA FERNÁNDEZ CHARDIET”.

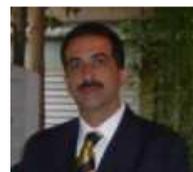
CÁNCER BUCAL.

Autores:

MScs.Dr.Orlando Lázaro Rodríguez Calzadilla.
Especialista de Primero y Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial.
Profesor Auxiliar e Investigador Agregado.
Hospital General Docente “Aleida Fernández Chardiet”.
E-mail: orlandot@infomed.sld.cu



MSc.Dr.Oviedo Pérez Pérez.
Especialista de Primero y Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial.
Profesor Auxiliar e Investigador Auxiliar.
Facultad de Estomatología de La Habana.
E-mail: oviedoperez@infomed.sld.cu



MSc.Dra. Aileneg Rodríguez Aparicio.
Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.
Clínica Estomatológica “Enrique Nuñez”.
E-mail: araparicio@infomed.sld.cu



MSc.Dr.Bienvenido Mesa Reinaldo.
Especialista de Primero y Segundo Grado en Cirugía Maxilofacial.
Profesor Auxiliar.
Hospital Docente “Gustavo Aldereguía Lima”.
E-mail: bienvenido.mesa@gal.sld.cu



INTRODUCCIÓN.

El diagnóstico de las lesiones de los tejidos blandos y duros bucales consiste básicamente en estudios de anatomía patológica y en la observación clínica para identificar cambios en su constitución normal. Estos cambios se deben por lo general, a agentes patogenéticos o productores de enfermedad. El estomatólogo o el médico deben reconocer y describir estos cambios y ha de disponer de una referencia con la pueda comparar la presunta zona enferma.

Para el estomatólogo que pretende realizar un diagnóstico clínico del complejo bucal, este estado de referencia, es el estado de salud bucal. Por tanto, para la detección de enfermedades bucales es vital disponer de un conocimiento exhaustivo y básico de la cavidad bucal normal y sus regiones circundantes. Además, es bastante difícil apreciar las características de un tejido sin reconocer la microestructura tisular, ya que la microanatomía del tejido establece las características clínicas sobre las cuales basa el especialista su juicio.

La mayoría de las lesiones bucales se detectan en una exploración clínica rutinaria del estomatólogo, aunque el paciente en ocasiones está consciente de su lesión y consulta por ella, pero principalmente cuando los síntomas incluyen dolor y molestia.

En la detección de las lesiones premalignas y malignas bucales, el estomatólogo juega un papel fundamental, lo que lo obliga a profundizar más en las características de lo normal con lo patológico, para el bien del paciente y tranquilidad del mismo.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE LA CAVIDAD BUCAL.

Los síntomas del cáncer bucal pueden parecerse a los de otros desórdenes o problemas médicos, por lo que es importante al paciente insistirle que ante cualquier eventualidad debe acudir por consulta externa del estomatólogo o médico, además de orientarle el autoexamen bucal.

La detección clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada.

Las informaciones más recientes demuestran que de acuerdo con el nivel de conocimiento actual la medida más eficaz para aumentar la curabilidad del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico de lesiones incipientes que se lleva a cabo mediante un examen sistemático y

acucioso. Esto se ha comprobado en los ensayos de programas desarrollados en nuestros servicios, donde se ha demostrado, además, la posibilidad de ejecutar dicho examen sin entorpecer las atenciones estomatológicas planificadas.

En la actualidad el estomatólogo y el médico de la familia poseen los elementos cognoscitivos suficientes, y la destreza necesaria, para identificar cualquier alteración premonitoria de una neoplasia o la presencia de ésta en sus distintas etapas clínicas por incipiente que sea, sólo nos falta crear las condiciones requeridas para que todas las personas pertenecientes a los grupos de más alto riesgo sean sistemáticamente pesquisados.

AUTOEXAMNE BUCAL.

Cuando el paciente acude a nuestra consulta es imprescindible la comunicación para generar un mensaje que motive a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos que puedan evitar el cáncer bucal o curarse a tiempo. Se deberán aclarar todas las inquietudes y comenzar el desarrollo de prácticas actuales por el propio paciente. Es importante la integralidad del odontólogo en todos los servicios, así como las actividades de promoción y educación para la salud.

A continuación mostramos un método fácil que el paciente puede realizar en su hogar, el autoexamen bucal. Solo necesita un espejo y buena iluminación.

El autoexamen tiene tres momentos:

1. EXAMEN DE LA CARA.
2. EXAMEN DE LA BOCA.
3. EXAMEN DEL CUELLO.

METODOLOGÍA DEL EXAMEN.

EXAMEN DE LA CARA.

Situado de frente a un espejo con una buena iluminación y observando su cara, con las manos se palpa todas las regiones de la misma, aprende a distinguir la consistencia de cada una, mira a cada lado para detectar diferencias, alteraciones de tamaño o forma, bultos, durezas, manchas, asperezas.

EXAMEN DE LA BOCA.

- Labios
- Carrillos
- Paladar
- Lengua
- Piso de la boca
- Los dientes y las encías se irán examinando junto a la región vecina que corresponda.

Lavar sus manos y situada de nuevo frente al espejo, se examinará la boca, debiendo mirar y tocar cuidadosamente cada región siguiendo siempre el mismo orden.

Examen del labio: los labios se examinan desde la piel hasta la parte húmeda, pasando por el área que se pinta, de una comisura labial a la otra, en ellos encontrarás los frenillos labiales y mediante la palpación, pequeños bultitos que son las glándulas salivales accesorias.

Examen del carrillo: se comienza por el lado derecho desde la comisura hasta la zona más posterior y del surco superior al inferior, allí normalmente se encuentra la salida del conducto de la glándula parótida.

Paladar: en su parte anterior encontramos las rugosidades palatinas, en la línea media de algunas personas hay unas formaciones duras, llamadas torus palatinos, mas atrás hay un área mas acolchonada, rica en glándulas salivales accesorias.

Lengua: realizar movimientos en todos los sentidos, examinar cuidadosamente todas sus partes: dorso, en esta región encontramos las papilas, bordes, cara

ventral, vértice o punta, también en este examen se debe observar la garganta, poniendo atención en las amígdalas y la úvula.

Examen del piso o suelo de boca: se levanta la lengua, se observarán las elevaciones que producen las glándulas salivales y en la línea media los conductos de salida de la saliva que provienen de glándulas salivales mayores. Se palpa de atrás hacia adelante. En esta región con frecuencia aparecen várices.

EXAMEN DEL CUELLO.

Comprueba su aspecto, realiza movimientos de flexión y extensión, luego palpa la parte superior, las laterales y la línea media, tratando de descubrir algún abultamiento.

Dentro de las informaciones que podemos indicarles a nuestros pacientes sugerimos las siguientes:

- 1.- Mantener una higiene bucal adecuada acudiendo con una periodicidad de seis meses a su estomatólogo.
- 2.- No ingerir comidas excesivamente calientes que puedan lesionar los tejidos de la boca.
- 3.- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- 4.- Elimine el hábito de fumar.
- 5.- Seguir las recomendaciones de su seguridad en el trabajo, siempre que por su actividad este expuesto a sustancias cancerígenas.
- 6.- Consulte con el estomatólogo cualquier lesión que aparezca en su boca.
- 7.- Consulte con el médico u estomatólogo cualquier trastorno como pérdida de peso injustificada, molestias gástricas, tos, ronquera o dificultad para tragar.
- 8.- Explique como realizar el autoexamen bucal en su propio hogar.

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal mediante la promoción y educación para la salud, prevención primaria y el diagnóstico precoz.

Objetivos específicos.

- 1- Desarrollar actividades de promoción, educación para la salud y prevención primaria para mantener a la población sana.
- 2- Identificar, diagnosticar y eliminar todo estado o lesión preneoplásica o maligna del complejo bucal en etapa temprana.
- 3- Ofrecer tratamiento, rehabilitación y seguimiento evolutivo a los casos detectados en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.
- 4- Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el Programa y promover la actividad investigativa.
- 5- Controlar y evaluar periódicamente la marcha del programa con el auxilio de un Sistema de Información Estadística.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Se realizará el examen del complejo bucal a toda la población de 15 años y más que acuda espontáneamente a los servicios de Estomatología y en el pesquisaje activo anual de las lesiones del complejo bucal a todo sujeto de 35 años y más, que deberán ser llevadas a cabo durante las actividades de terreno o consulta externa de médicos generales y estomatólogos y en las siguientes instituciones de atención médica:

- Consultorios del Médico de Familia.
- Consultorios en centros de trabajo.
- Policlínicas.
- Clínicas Estomatológicas.
- Servicios Estomatológicos en centros de trabajo y hospitales.
- Instituciones de Asistencia Social.

ACTIVIDADES.

1.- Desarrollar actividades de Promoción, Educación para la Salud y prevención primaria de las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal.

- (a) Detectar y disminuir o eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal como fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros.

- (b) Enseñar a la población el método del autoexamen de la boca como medida, para detectar tempranamente las lesiones preneoplásicas y malignas bucales.
 - (c) Detectar y eliminar todo elemento que cause alteración en la mucosa bucal, como prótesis mal ajustadas, dientes en mal estado y otros.
 - (d) Divulgar las medidas de prevención para disminuir la morbilidad por lesiones preneoplásicas y malignas de la boca.
 - (e) Difundir mediante los medios masivos de comunicación la importancia de la realización del examen de la boca como método de prevención y curación oportuna de las lesiones o estados premalignos y malignos del complejo bucal.
 - (f) Coordinar con las organizaciones de masa la divulgación del Programa con el objetivo de motivar a la población para realizarse su autoexamen bucal y acudir a que le realicen el examen del complejo bucal.
- 2.- Identificar y diagnosticar toda lesión o estado premaligno y maligno del complejo bucal en etapa temprana.
- a) Realizar el diagnóstico precoz del cáncer bucal en la población de 15 años y más.
 - b) Realizar el examen del complejo bucal cumpliendo la metodología establecida como método de diagnóstico de las lesiones preneoplásicas y malignas de la boca.
 - c) Confirmar mediante investigación anatomopatológica las lesiones presuntivamente malignas.
 - d) Ofrecer tratamiento y seguimiento evolutivo a los casos detectados y en las diferentes.
 - e) etapas clínicas del cáncer bucal.
 - f) Ofrecer atención estomatológica priorizada a todo paciente que va a recibir tratamiento quirúrgico, quimioterapia antineoplásica o radioionizante.
 - g) Brindar atención estomatológica dispensarizada a los pacientes que han recibido tratamiento oncoespecífico.
 - h) Ofrecer tratamiento de rehabilitación a todos los pacientes que han recibido tratamiento oncoespecíficos.

- i) Mantener un control evolutivo de los casos tratados en cualquiera de sus etapas clínicas.
 - j) Establecer y mantener coordinación entre los distintos niveles de atención (primario, secundario, terciario).
- 3- Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el Programa y promover la actividad investigativa.
- a) Lograr una formación de pregrado que permita a médicos y estomatólogos desempeñar su responsabilidad en este programa.
 - b) Lograr que los médicos, estomatólogos y personal técnico conozcan las características y procedimientos para la aplicación del Programa.
 - c) Elevar y mantener el nivel científico- técnico del personal que intervendrá en la ejecución del Programa. a través de los cursos y entrenamientos de postgrado.
 - d) Realizar estudios epidemiológicos para identificar la prevalencia del cáncer bucal y de las lesiones preneoplásicas.
 - e) Realizar intervenciones educativas para modificar hábitos y estilos de vida no saludable en la población expuesta para disminuir la incidencia y mortalidad para lo cual es necesaria la participación social y comunitaria.
 - f) Participar en eventos científicos alegóricos al programa.
- 4- Fortalecer el Sistema de Información Estadística.
- a) Cumplimentar los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadística para la recolección y evaluación de las actividades del Programa.
 - b) Adiestrar y actualizar al personal que trabaja en los distintos niveles con el Sistema de Información Estadística del Programa.
 - c) Ejecutar los controles del Sistema de Información para evaluar la aplicación del Sistema de Información Estadística del Programa así como su correspondencia con la información del Registro Nacional de Cáncer.

MODELO DE REMISIÓN 47-22-1.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL MODELO 47-22-1 (Remisión de pacientes del PDCB).

Anverso del modelo.

Datos Generales: En este rectángulo debe anotarse, con una letra clara y legible, en los espacios designados al efecto los datos siguientes: Unidad a la que se remite, unidad que remite: provincia, código de la provincia, nombre y apellidos, sexo, edad, dirección y número de carné de identidad.

El resto de los datos se responde marcando una cruz o encerrando en un círculo los códigos, según corresponda a los hallazgos.

Consulta por: Sintomático corresponde al paciente que refiere algún síntoma y el Asintomático si el paciente es detectado sin referir síntoma alguno.

Diagnosticado por: Marcar el número 1 si el estomatólogo realizó el diagnóstico en consulta y un 2 si fue durante una visita de pesquiasaje.

Diagnóstico presuntivo: Las siglas consignadas permitirán identificar el tipo de lesión que presuntamente tiene el paciente, entendiéndose como:

-N. M: cualquier neoplasia maligna.

-L. E. U: Leucoplasia en cualquiera de sus formas u otras queratosis.

-N. B: neoplasia benigna (Lipoma, Papiloma, Adenoma, Ameloblastomas, Fibroma, etc.)

Otras L. P. M: otra lesión o estado preneoplásico (Eritroplasia, Liquen Plano

Erosivo, Nevus, Mucosa Atrófica, etc.)

-Otra lesión: cualquier lesión que no pueda ubicarse en los diagnósticos anteriores (Granulosas, Epulis, Abscesos, etc.)

Localización de la lesión: Encierre en un círculo o marque con una cruz la localización de la lesión. Se recomienda que cuando un paciente tenga más de una lesión se marque solamente la más importante.

El anverso del modelo termina con el nombre del estomatólogo que diagnosticó al paciente y la fecha de realizado el examen.

El acápite "No." será llenado por la Dirección Nacional de Estadística y corresponderá a un número consecutivo para los pacientes remitidos de una provincia durante un año. Al tiempo que completará el código de la provincia.

Modelo 47-22-1		REMISIÓN DEL PACIENTE		No .	LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN		
Ministerio de Salud Pública Estomatología		Del P.D.C.B A LA UNIDAD			Labio superior____		1
Unidad remitente:		Provincia:	Código:		Labio inferior____	2	
					Lengua base____	3	
					Lengua parte móvil____	4	
Nombre y apellidos:		Sexo:	Edad:		Encía superior____	5	
		M__ 1	____ años		Encía inferior____	6	
		F__ 2			Paladar duro____	7	
Dirección		Carne de identidad			Paladar blando____	8	
					Suelo de Boca____	9	
Consulta por:		Fuma	Toma bebidas alcohólicas		Mucosa del Carrillo____	10	
Síntomático__ 1		Si__	Si__ 1 No__ 2		Buco - Faringe____	11	
Asintomático__ 2		_ 1			Glándula Parótida____	12	
		No__			Otra Glándula		
		_ 2			Salival____	13	
Diagnóstico por:		Diagnóstico presuntivo			Nódulo del cuello____	14	
Estomatólogo en		1	N.M_____	1			
consulta							
pesquisaje_____		2		2	Otra localización____	15	
			LEU_____	3	Nódulo del cuello____		
			N.B_____	4	Otra localización____		
			Otros L.P.M_____	5			
			Otra Lesión_____				
NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE REMITE:					Día	Mes	
						Añ	

Informe al RNC: En caso de neoplasia maligna deberá consignarse si se informó con el correspondiente llenado del modelo al Registro Nacional de cáncer o no.

Al final deberá consignarse el nombre y apellidos del Cirujano Maxilofacial que completa el modelo y la fecha de llenado del mismo.

METODOLOGÍA DEL EXAMEN DEL COMPLEJO BUCAL.

Interrogatorio.

Puede ser de un paciente asintomático que acude a realizarse un tratamiento de atención general o especializada, o bien tratarse de un paciente con conocimiento de presentar una lesión o síntomas subjetivos. En el primer caso, el interrogatorio va dirigido a buscar datos que se relacionan con el grupo de alto riesgo de padecer cáncer; en el segundo caso, al paciente que consulta por una molestia o lesión específica, se le interroga para relacionar los hallazgos clínicos con la evolución y los síntomas requeridos.

En todos los casos se debe valorar la edad del paciente, hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, ocupación, padecimientos, enfermedades crónicas y antecedente familiares.

Examen físico.

Estomatólogos y médicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes.

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.

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos.

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

Colóquese al paciente sentado frente al examinador y pídale que retire cualquier prótesis antes de comenzar el examen.



En el primer paso, después de realizar una inspección general de la cara del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, se procede a examinar el labio.

1- LABIO.

Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y el 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.



2-MUCOSA DEL CARRILLO.

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 glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.



3-PALADAR.

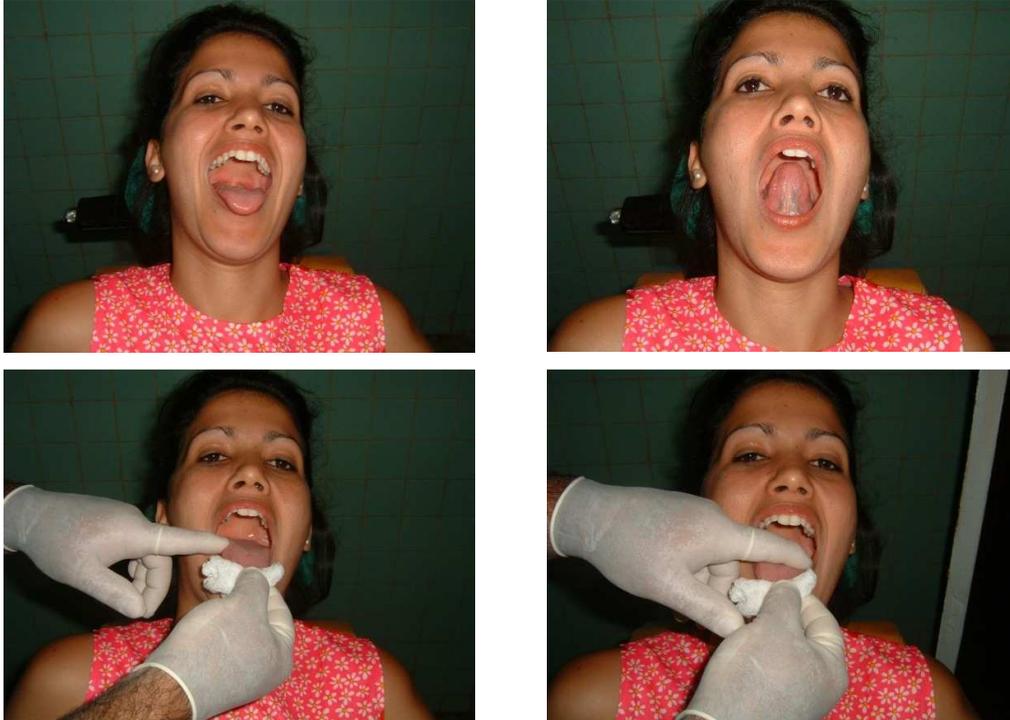
En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y, ocasionalmente, el torus palatino.



4-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.



5-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, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la

cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.



6-RAÍZ O BASE DE LA LENGUA Y BUCOFARINGE.

Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucofaringe auxiliándose del espejo bucal o laringeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal, mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de la base de la lengua y las valéculas.



1- 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 submentonianos, parotídeos, preauricular, retroauricular y occipital, también incluya en el examen las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación témporomandibular.

Para completar la exploración del cuello, sitúese por detrás del paciente y utilizando ambas manos realice la palpación de todo el cuello detectando las posibles diferencias entre las estructuras contralaterales.

METODOLOGÍA PARA EL EXAMEN DE LAS CADENAS Y GRUPOS DE NÓDUOS LINFÁTICOS O LINFONÓDULOS.

CADENAS DE NÓDUOS LINFÁTICOS O LINFONÓDULOS.

-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.



-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.





-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.



GRUPOS DE NÓDUOS LINFÁTICOS O LINFONÓDULOS.

-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.



-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.



-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.



-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.



FUNCIONES DEL ESTOMATÓLOGO.

1. Realizar el examen del complejo bucal a todo paciente de 15 años y más que solicite los Servicios Estomatológicos.
2. Hacer constar en la historia clínica ambulatoria del paciente la visita estomatológica y el examen del PDCB.
3. Velar porque todo paciente de 35 años y más, que habite en su área de atención, le sea realizado el examen del complejo bucal, al menos una vez al año.
4. Examinar anualmente a la población de riesgo de su área: población que habita en lugares cerrados con o sin sillón estomatológico, (fábricas, hogares de ancianos, etc.).
5. Remitir a la consulta de Cirugía Maxilofacial a todo paciente sospechoso de lesiones preneoplásicas o malignas del complejo bucal y llenarle el modelo de remisión de caso e informarlo al médico de familia.

6. Dispensarizar y llevar un tarjetero o listado de control de todo sujeto de 15 años y más remitido a consulta de Cirugía Maxilofacial.
7. Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Maxilofacial.
8. Participar en las evaluaciones periódicas sobre la marcha del Programa.
9. Participar activamente en las actividades científicas tendientes a mejorar la calidad del Programa.
10. Participar activamente, en coordinación con las organizaciones de masa, en las tareas educativas del Programa y asesorar al Médico de Familia en el examen y patologías del complejo bucal.
11. Cumplir los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadística del Programa.
12. Realizar tratamiento Estomatológico priorizado a pacientes remitido PDCB o que haya recibido tratamiento oncoespecífico.

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO AL PACIENTE REMITIDO.

Efectos de las radiaciones ionizantes sobre la mucosa bucal.

Mucositis:

- Inflamación, erosión y ulceración de la mucosa bucal que produce dolor y dificultad para ingerir alimentos.

Sobre las glándulas salivales:

- Xerostomía: Disminución o supresión de la secreción salival por disminución del número de gránulos de secreción. Las alteraciones se limitan a los acinos. Se afecta la autolimpieza y aumenta la formación de la placa dentobacteriana con el consiguiente aumento de la caries y la enfermedad periodontal.

Sobre los dientes:

- Caries por radiación: la caries comienza en los cuellos y progresa rápidamente produciendo amputación de la corona, los dientes se vuelven frágiles y el esmalte es quebradizo.
- Hipersensibilidad dentinaria

Sobre el hueso:

- Disminución de la vitalidad del hueso: el balance entre la formación ósea y reabsorción está alterado. Hay osteoporosis localizada, disminución de la capacidad para reaccionar a estímulos nocivos por alteraciones vasculares que en la mayor parte de los casos es permanente.
- Osteorradionecrosis: infección crónica dolorosa acompañada de necrosis y formación de secuestros óseos.

La mandíbula es la más afectada.

Efectos de la quimioterapia (citostáticos).

Sobre la médula ósea: anemia, leucopenia y trombocitopenia.

Sobre la mucosa:

Mucositis: inflamación, erosión y ulceración de las mucosas que produce dolor y dificultad para ingerir alimentos.

Efectos de la cirugía oncológica

- Mutilaciones que pueden disminuir la apertura bucal y dificultar la correcta higiene y los tratamientos estomatológicos.

RECOMENDACIONES.

1.- Si el paciente es remitido por el PDCB al segundo nivel de atención se le deben realizar todos los tratamientos estomatológicos de la atención primaria excepto la exodoncia cuando el diente a extraer se encuentra en el lecho tumoral.

2.- Si el paciente ha recibido o está recibiendo tratamiento con radiaciones ionizantes es necesario:

- Realizar con frecuencia control de placa dentobacteriana y orientar el cepillado correcto.
- Chequearlo periódicamente y realizarse tratamiento conservador.
- Realizar aplicación de soluciones fluoradas.
- Si hay odontalgia valorar la posibilidad de TPR, dejando la exodoncia como último recurso.
- Las exodoncias deben realizarse con anterioridad al tratamiento radiante, si fueran inevitables porque hay dolor entonces: poner antibióticoterapia pre y postextracción, realizar la exodoncia extremando las medidas de asepsia y antisepsia y suturar.

3.- Si el paciente está en tratamiento con citostáticos:

- Los tratamientos conservadores no están contraindicados.
- Si necesita una exodoncia: esperar que termine el ciclo con citostáticos y chequear su fórmula hemática, si ésta es normal se puede realizar la exodoncia con extremas precauciones en la asepsia, la antisepsia y suturar.

CONCLUSIONES.

El estomatólogo es el responsable de la salud bucal de la población, atendiendo integralmente a los pacientes remitidos por el programa de detección de cáncer bucal ayudará a que la respuesta a los tratamientos sea mejor y evitará futuras complicaciones.

LA BIOPSIA. (BIOS-VIDA OPSIS-VISIÓN).

Concepto.

Estudio del tejido removido de un ser vivo con fines de diagnóstico mediante el examen microscópico.

Tipos de biopsia.

- Incisional: Se corta o extirpa quirúrgicamente sólo un fragmento de tejido, masa o tumor. Se utiliza más a menudo en los tumores de tejidos blandos como
- Excisional o exéretica: también se llama exéresis. Es la extirpación completa de un órgano o un tumor, generalmente sin márgenes, que se realiza normalmente en quirófano bajo anestesia general o local.
- Transoperatoria, por congelación o extemporánea: se realiza un diagnóstico "in situ" con el paciente aún en quirófano, para decidir una conducta oncológica, el cual puede ser: benigno, maligno o diferido.
- Por ponche o sacabocado: también se llama punch. Biopsia de piel, que se realiza con una cuchilla cilíndrica hueca que obtiene un cilindro de 2 a 4 milímetros, bajo anestesia local y un punto de sutura.
- Por punción o aspiración: Se introduce una aguja rígida con una jeringuilla y se aspira. Las células son absorbidas al interior de la jeringa.

Otras:

- Estereotáxica.
- Colposcópica.
- Endoscópica.
- Punción con aguja gruesa, core biopsia o tru-cut

Objetivos:

- Formular un diagnóstico en presencia de lesiones de difícil diagnóstico.
- Corroborar un diagnóstico.
- Orientar un tratamiento.
- Conocer la evolución de un proceso sometido a determinado tratamiento, mediante las biopsias repetidas.

Indicaciones:

- En lesiones que plantean mas de un diagnóstico.
- Lesiones ulceradas que no muestran tendencia a sanar en dos semanas.
- Lesiones persistentes pese al tratamiento.
- Crecimiento de tejido sin causa aparente.
- Para corroborar el diagnóstico clínico.

Limitaciones:

- Existencia de enfermedades locales o sistémicas que favorecen el desarrollo de infecciones (diabetes mellitus no controlada).
- Presencia de lesiones o enfermedades con alto riesgo de hemorragia (hemofilia).
- Proximidad de la lesión a estructuras vasculares, ductales o neurales o áreas de difícil acceso quirúrgico

Contraindicaciones:

- Ante signos evidentes de gran Malignidad de la lesión a considerar, debido a su tendencia a reaccionar peligrosamente al estímulo de la biopsia.
- Cluter y Bunschke: Linfosarcoma, carcinoma anaplásico y embrionario y el melanoma.

ESTADIAJE Y CLASIFICACIÓN TNM DEL CÁNCER BUCAL.

La existencia de un sistema de clasificación para el cáncer oral universalmente aceptada es indispensable para la investigación clínica y la determinación del pronóstico vital. El objetivo de esta clasificación es obtener grupos de pacientes homogéneos y estadísticamente equivalentes de modo que sea posible evaluar y comparar los distintos abordajes terapéuticos para cada grupo de pacientes independientemente del centro en que traten. La comparación con los resultados finales entre los distintos centros permitir establecer una estrategia universalmente aceptada de tratamiento para cada estadio temporal. Por estas razones es indispensable disponer de un sistema de clasificación, pero hasta la fecha no existe un sistema ideal.

La última edición de la UICC-TNM describe dos clasificaciones.

Clasificación clínica previa al tratamiento (CTNM), basada en el examen clínico, y las técnicas de imagen.

Clasificación histopatológica postquirúrgica (PTNM), que añade a los datos anteriores los obtenidos mediante el examen anatomofisiológico de la pieza resecada lo que presupone que en todos los casos el tratamiento ser quirúrgico, lo que por supuesto no siempre es así.

El valor de esta última versión de la clasificación UICC-TNM es en dudas, debido a que es complicada y que la capacidad de la exploración clínica del cuello para detectar metástasis ganglionares no llega al 70 % en el caso de la cadena yugular, reduciéndose al 44.5 en los triángulos submental y submaxilar:

Tampoco contempla si los ganglios están adheridos o no, a lo que se añade la dificultad de distinguir ganglios metastásicos de aquellos que sufren hiperplasia reactiva o infección secundaria.

La clasificación TNM tampoco contempla la localización del tumor primario, factor que junto al tamaño de la lesión y el grado de afectación ganglionar tiene

una influencia decisiva en el pronóstico son determinados para enfocar el tratamiento.

ESTADIAJE.

El fin fundamental del estadiaje es una vez conocido el pronóstico, elegir el tratamiento que mayor influye sobre el curso natural de la enfermedad.

La UICC agrupa a los tumores en los siguientes estadios.

ESTADIAJE				
Estadio O.	Estadio. I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV.
Tis	T1	T2	T3	T4
No	No	No	T1,T2,T3	Cualquier T
Mo	Mo	Mo	Mo N1 Mo	No N1, N2,N3 Mo M1

MODALIDADES MÁS FRECUENTES DE TERMOCIRUGÍA.		
Modalidad.	Indicaciones	Problemas.
Criocirugía coagulación por frío.	Método sencillo de escisión sobre lesiones premalignas si usada de forma incompleta.	Posible efecto promotor de tumores T1 y T2.
Láser CO ₂ Vaporización o corte (> 100°)	Escisión de lesiones premalignas. Escisión de tumores exofítico T1 y T2 pequeños	Hemiglosectomía.
Láser con riesgo Tipo IV (puede dañar la retina.)	Hemostasia inadecuada en áreas muy vascularizadas (lengua posterior.)	+.- Potencial de reparación microneural y microvascular.
Láser Nd-Yag. Vaporización central y corte con coagulación de (> 60°)	Coagulación de lesiones muy vascularizadas o en la vecindad de vasos mayores.	Escisión de áreas muy vascularizadas (lengua posterior)
Láser con riesgo Tipo IV (retina)	Diseminación inadvertida.	Edema importante (mayor que con criocirugía o láser de CO ₂)
Láser Holmio- Yag. Láser KTP. Láser con riesgo de tipo IV (retina).	<ul style="list-style-type: none"> - Corte o coagulación moderada. - Exeresis de fragmentos pequeños de hueso. 	Escisión en áreas muy vascularizadas.

CLASIFICACIÓN TNM.

Los requisitos mínimos para la evaluación de las categorías tumor, nódulo, metástasis (TNM) son los que siguen. Si estos no pueden ser obtenidos deben utilizarse los símbolos TX, NX o MX. Las categorías TNM pueden obtenerse mediante los siguientes procedimientos:

Categorías **T**: Tumor primitivo (Examen clínico).

Categorías **N**: Ganglios metastásicos cervicales (Examen clínico).

Categorías **M**: Metástasis a distancia (Examen clínico y radiográfico).

Clasificación TNM y Estadio para Registro Nacional de Cáncer (RNC).

Tumores Malignos el complejo Bucal.

- **TUMOR PRIMARIO (T).**

TX: No puede evaluarse el tumor primitivo.

T0: No hay prueba de tumor primitivo.

Tis: Carcinoma *in situ*.

T1: Tumor no mayor de 2 cm en diámetro mayor

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

T3: Tumor más de 4 cm en dimensión mayor.

T4: Tumor invade a través del hueso cortical, nervio alveolar inferior, piso de la boca, o piel facial, por ejemplo, mentón o nariz.

T4a: (cavidad oral) Tumor invade las estructuras adyacentes (por ejemplo, a través del hueso cortical, a los músculos profundos [extrínsecos] de la lengua, [geniogloso, hiogloso, palatogloso y estilogloso] seno maxilar y piel facial).

T4b: El tumor invade el espacio masticatorio, placas pterigoideas o la base del cráneo o encierra la arteria carótida interna.

(Nota: la erosión superficial por si sola de la cuenca del hueso/diente por gingival primaria no es suficiente para clasificar un tumor como T4).

- **GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N).**

NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales.

N0: No hay metástasis a ganglios linfáticos regionales.

N1: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral, 3 cm o menos en dimensión mayor.

N2: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral, más de 3 cm pero no mayor de 6 cm en dimensión mayor; o en múltiples ganglios linfáticos ipsolaterales, ninguno mayor de 6 cm en dimensión mayor; o en los ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm en dimensión mayor.

N2a: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral mayor de 3 cm pero no más de 6 cm en dimensión.

N2b: Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsolaterales, no mayor de 6 cm en su dimensión mayor.

N2c: Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, no mayor de 6 cm en su dimensión mayor.

N3: Metástasis en un ganglio linfático mayor de 6 cm en su dimensión mayor.

En la evaluación clínica, se deberá medir el tamaño real de la masa ganglionar y se deberá dar tolerancia para los tejidos blandos que intervienen. La mayoría de las masas que tienen >3 cm en diámetro no son ganglios solos sino ganglios aglomerados o tumor en los tejidos blandos del cuello. Hay tres estadios de ganglios clínicamente positivos: N1, N2 y N3. No se requiere el uso de subgrupos a, b y c pero se recomienda. Los nódulos de línea media se consideran nódulos homolaterales.

- **METÁSTASIS A DISTANCIA (M).**

MX: No puede evaluarse la metástasis a distancia

M0: No hay metástasis a distancia

M1: Metástasis a distancia.

Estadios de tumores malignos del complejo bucal TNM.

Estadio 0

- Tis, N0, M0

Estadio I

- T1, N0, M0

Estadio II

- T2, N0, M0

Estadio III

- T3, N0, M0
- T1, N1, M0
- T2, N1, M0
- T3, N1, M0

Estadio IV A

- T4a, N0, M0

- T4a, N1, M0

- T1, N2, M0

- T2, N2, M0

- T3, N2, M0

- T4a, N2, M0

Estadio IV B

- Cualquier T, N3, M0

- T4b, any N, M0

Estadio IV C

- Cualquier T, cualquier N, M1

Tumores Malignos Piel No incluye el Melanoma.

- **TUMOR PRIMARIO (T).**

TX: no se puede asegurar el tumor primario

T0: No evidencia del tumor primario

Tis: carcinoma in situ

T1: tumor < 2cm con menos de 2 factores de alto riesgo

T2: tumor ≥ 2cm con 2 o más factores de alto riesgo

T3: tumor que invade hueso maxilar, mandíbula, órbita o temporal.

T4: tumor con invasión del esqueleto (axial o pendicular) o invasión perineural de la base del cráneo

- **GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N).**

NX: no se puede asegurar met a ganglios linf.

N0: no metástasis en ganglios linfáticos regionales.

N1: metástasis ganglionar del mismo lado del tumor <3cm.

- N2:** met gang ≥ 3 <6cm o múltiples del mismo lado.
N2a: met de 1 sólo GL del mismo lado del tumor <3cm.
N2b: met múltiples del mismo lado del tumor <6cm.
N2c: met de múltiples GL bilateral o contralateral <6cm.
N3: met ganglionar > 6cm.

- **METÁSTASIS A DISTANCIA (M).**

M0: no metástasis a distancia

M1: metástasis a distancia

Cutaneous squamous cell/other cutaneous carcinoma staging form.

Anatomic stage · prognostic groups.

CLINICAL.				PATHOLOGIC			
GROUP	TNM			GROUP	TNM		
	Staging 0.				Staging 0.		
•	Tis	N0	M0	•	Tis	N0	M0
	Staging I.				Staging I.		
•	T1	N0	M0	•	T1	N0	M0
	Staging II.				Staging II.		
•	T2	N0	M0	•	T2	N0	M0
	Staging III				Staging III		
•	T3	N0	M0	•	T3	N0	M0
•	T1	N1	M0	•	T1	N1	M0
•	T2	N1	M0	•	T2	N1	M0
•	T3	N1	M0	•	T3	N1	M0
	Staging IV.				Staging IV.		
•	T1	N2	M0	•	T1	N2	M0
•	T2	N2	M0	•	T2	N2	M0
•	T3	N2	M0	•	T3	N2	M0
•	T Any	N3	M0	•	T Any	N3	M0
•	T4	N Any	M0	•	T4	N Any	M0
•	T Any	N Any	M1	•	T Any	N Any	M1

Tumores Malignos Glándulas Salivales Mayores.

PRIMARY TUMOR (T)

TX: Primary tumor cannot be assessed

T0: No evidence of primary tumor

T1: Tumor 2 cm or less in greatest dimensión without extraparenchymal extension*

T2: Tumor more than 2 cm but not more than 4 cm in greatest dimensión without extraparenchymal extension*

T3: Tumor more than 4 cm and/or tumor having extraparenchymal

T4a: extension*

T4b: Moderately advanced disease.

Tumor invades skin, mandible, ear canal, and/or facial nerve.

Very advanced disease.

Tumor invades skull base and/or pterygoid plates and/or encases carotid artery.

*Note: Extraparenchymal extension is clinical or macroscopic evidence of invasion of soft tissues. Microscopic evidence alone does not constitute extraparenchymal extension for classification purposes.

REGIONAL LYMPH NODES (N).

NX: Regional lymph nodes cannot be assessed.

N0: No regional lymph node metástasis.

N1: Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimensión.

N2: Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimensión, or in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimensión, or in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimensión.

N2a: Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimensión.

N2b: Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimensión.

N2c: Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimensión.

N3: Metastasis in a lymph node, more than 6 cm in greatest dimensión.

Metastasis a distancia (M).

M0: No distant metastasis (no pathologic M0; use clinical M to complete stage group).

M1: Distant metástasis.

Major salivary glands staging form A natomíc s tage · prognostic groups

		CLINICAL.		PATHOLOGIC		
GROUP	TNM			GROUP	T	N M
	Staging 0.					
• T1	N0	M0		• T1	N0	M0
	Staging I.					
• T2	N0	M0		• T2	N0	M0
	Staging III.					
• T3	N0	M0		• T3	N0	M0
• T1	N1	M0		• T1	N1	M0
• T2	N1	M0		• T2	N1	M0
• T3	N1	M0		• T3	N1	M0
	Staging IVA.					
• T4a	N0	M0		• T4a	N0	M0

- | | | | | | |
|--------------|-------|----|--------------|-------|----|
| • T4a | N1 | M0 | • T4a | N1 | M0 |
| • T1 | N2 | M0 | • T1 | N2 | M0 |
| • T2 | N2 | M0 | • T2 | N2 | M0 |
| • T3 | N2 | M0 | • T3 | N2 | M0 |
| • T4a | N2 | M0 | • T4a | N2 | M0 |
| Staging IVB. | | | Staging IVB. | | |
| • T4b Any N | | M0 | • T4b Any N | | M0 |
| • Any T | N3 | M0 | • Any T | N3 | M0 |
| Staging IVC. | | | Staging IVC. | | |
| • Any T | Any N | M1 | • Any T | Any N | M1 |

CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE LOS CARCINOMAS DE LA BOCA.

Clasificación por grados.

Grado 1. Numerosas perlas epiteliales, importante queratinización celular con puentes intercelulares, menos de 2 mitosis por campos observadas con gran aumento, raras mitosis atípicas y escasas células gigantes multinucleadas, pleomorfismo celular y nuclear muy reducido.

Grado 2. Perlas epiteliales escasas e incluso ausentes, queratinización celular y puentes intercelulares aparentes, de 2 a 4 mitosis por campos observadas con gran aumento, algunas mitosis atípicas, moderado pleomorfismo de la célula y los núcleos y escasas células gigantes multinucleadas.

Grado 3. Raras perlas epiteliales, queratinización celular prácticamente inexistente y ausencia de puentes intercelulares, más de 4 mitosis por campo observadas con gran aumento, frecuentes mitosis atípicas, pleomorfismo celular y nuclear muy pronunciado, y frecuentes células gigantes multinucleadas.

La clasificación histopatológica postquirúrgica presenta las mismas categorías para pT, pN, pM, añadiéndose el Grado de Diferenciación histopatológico:

G: Grado de diferenciación.

Gx: No se puede establecer el grado de diferenciación.

G1: Bien diferenciado.

G2: Moderadamente diferenciado.

G3: Pobremente diferenciado.

G4: Indiferenciado.

CALIDAD DE VIDA.

Es evidente que la calidad de vida del paciente oncológico se afecta desde el momento de su diagnóstico.

El cáncer bucal es el más visible y el que más mutila desde el punto de vista estético y funcional al paciente, ya que después de las intervenciones quirúrgicas el paciente pierde parte de su cara y del cuello, con dificultades para deglutir, tragar, ver, oler y oír, a esto se suman la quimioterapia y radioterapia que tienen sus reacciones secundarias. Todo esto influye en la salud mental del paciente que también se afecta.

Para poder estudiar la calidad de vida del paciente con cáncer bucal se hacen necesarias las investigaciones particulares sobre este problema.

LITERATURA DOCENTE.

Textos básicos.

1. Patología quirúrgica. Colectivo de autores. Facultad de Estomatología. ISCM-H.
2. Programa Nacional del P.D.C.B. MINSAP. Facultad de estomatología. ISCM-H.
3. Patología Bucal II. Colectivo de autores. Facultad de Estomatología. ISCM-H.
4. Sanatana Garay, J.C. Atlas de patología del complejo bucal. 2da edición. Editorial ciencias médicas; 2010

Textos complementarios.

1. Patología Bucal. William Shafer.
2. Robbins SL. Patología estructural y funcional. Edición Revolucionaria. 1985.
3. Sitio web de Cirugía Maxilofacial de Infomed en:
<http://www.sld.cu/sitios/cirugiamaxilo>

Textos Auxiliares.

1. Santana J G. Atlas de patología bucal.1ra edición. Habana: Editorial Científico técnica;1985.
2. Santana J G. El estomatólogo en la detección del Cáncer Bucal. Edición. Centro Nacional información de ciencias médicas. Habana, 1975.
3. Guías prácticas Clínicas. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de estomatología.2002. Paginaweb:www.sld/bus/aps/temáticas.
4. Santana JG. Prevencción y Diagnostico del Cáncer Bucal. 1 edición. Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.

Otros textos consultados.

1. Adewole RA. Alcohol, smoking and oral cancer. A 10-years retrospective study at Base Hospital, Yaba. West Afr J Med 2002 Apr-Jun;21(2):142-145.
2. Anon. Seleccionado el natalicio del Prof DCs Julio César Santana Garay, como Día Latinoamericano de Lucha Contra el Cáncer Bucal. Rev. cuba. estomatol;47(1), ene.-mar. 2010.
3. Barach; Keutcuff Dt. Eisemberg E.: Smoking, Gender and age as risk factors for site especific intraoral aquamons cell carcinoma. Cancer. 1994;.73:
4. Bermuda Añido, L; Torres Corpas J. ; Valiente Alvarez A. Estudio Retrospectivo del cancer oral en la provincia de Málaga. 1988-91. Rev.Esp Cirug Oral Y MAxilo. 1994. 137. 47.
5. Bermudo Añino L, Palma Gómez de la Casa A, Velasco Ortega E. Radioterapia y Quimioterapia, pp. 7-15 en: Bermudo Añino L, Palma Gómez de la Casa A, Tratamiento del paciente odontológico con hemopatías. GlaxoSmithkline Beecham, Madrid, 2001.
6. Boffeta P; Mashberg A.: Carcinogenic efect of tobacco smoking and alcohol drinking on anatomic sites of de oral cavity and oropharyny. Int J cancer. 1992.
7. Bwyer FJ. "Facial nerve sacrifice and tumor recurrence in rimary and recurrent benigna parotid tumors," Am J Surg, 153:442, 1986. 1995.

8. Camaño Carballo L, Pimienta Concepción I, Camaño Carballo L, Pérez Chávez Y, Martínez Torres A, Afre Socorro AL, Camaño Carballo L. Conocimiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en médicos de familia del Policlínico "Turcios Lima". 16 de abril;(217), 2004.
9. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal Lesions and risk habits among men in
10. Cancer de la Cavidad Oral y del Labio. Cancernet: Instituto Nacional del Cancer.USA.1998.
11. Chacón Vispali I, Suárez Zafra D, Leyva Labrador Y, Rodríguez Martín F, Navarro Espinosa M. Comportamiento del programa de prevención de cáncer bucal. Rev inf cient;61(1):1-10, 2009.
12. Cirugía Oral y Maxilofacial.1997
13. Cotran RS, Kumar V and Collins ST. Patología estructural y funcional, (Robbins) pp. 187, 6 ed. De. Macgraw-Hill, Madrid, 2001.
14. Domínguez FV. "Sialometaplasia necrosante," Revue dnt Estomatología, 11:375,1982.
15. Ephoros H, Lederma DA. Reducing morbidity and mortality from oral and
16. Fernández D, Pérez Alfonso R, Pérez A. Personajes célebres y cáncer bucal. Acta Méd centro;2(1), 2008.
17. Franceschi S. Oral cancer in southern India:the influence of smoking, drinking, paan-chewing and oral hygiene. Int J Cancer 2002 Mar 20;98(3):440-445.
18. Franceschi. S, Bidoli E; y Cola: Nutrion and Cáncer of the Oral Cavity and pharynx in the nort- east Italy. Int J Cancer. 1991; 47: 20-25.
19. Francheschi S, Dal Masol et al. Leannes as early marker of cancer of the oral avity and pharynx. Ann Oncol;12[3]:331-336,2001.
20. García Heredia G, Miranda Tarragó J. Necesidades de aprendizajes relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Rev. Cuba. estomatol;46(4),2009.
21. García Roco Pérez O. Cáncer bucal. ¿Informar al paciente?. Humanidades Médicas;3(2), 2003.
22. Garrote LF, Herrero R, Reyes RM, Vacarella S, Anta JL, Ferbeye L, Munoz N, Franceschi S. Risk factors for cancer of the oral cavity and oro-pharynx in Cuba. Br J Cancer 2001 jul 6;85(1):46-54.

23. González Molesma, Ruiz Avila I y cols. Presencia de papilomavirus humano 16 en los carcinomas orales de células escamosas. *Medicina Oral* 1996; 2: 15-20.
24. Grenbeeeg, R.S.; Haber M.J.; Clark, W.S.: The relation of socio economic status to oral and pharyngeal cancer epidemiology. 1991; 2: 194-220.
25. Grötz K A, Wüstenberg P, Kohnen R. Prophylaxis of radiogenic sialadenitis
26. Gudziol N. "Salivary glands diseases," *Ther Umsch*, 52: 774, 1995.
27. Hebert; J.R; London J. Miller DR. Consumption of meat and fruit in relation to oral and esophageal cancer a cross national study. *Nutr cancer* 1993; 169-72.
28. Hermida Rojas M, González Docando YE, Borroto D. Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Avila. Estudio de quince años (1991 a 2005). *Mediciego*;13(1), jun. 2007.
29. Hermida Rojas M, Santana Garay JC, González Docando YE, Borroto Alcorta D. Factores de riesgo del cáncer bucal. *Mediciego*;13(1), jun. 2007.
30. Hurrís AP, Levin M, Turek AL. Quimioterapia neodyuvante en el cancer de cabeza y cuello. *Medic Interam*;20[2]:1-3,1996.
31. Igarzugaza. M.I; Aldasulo, E.: Resultado del registro de cancer en Euskadi. *Osasunkaria* 1993: 2-8.
32. Infante Cossío P, Bullón Fernández P, Gutiérrez Pérez JL. Complicaciones
33. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Registro Nacional del Cáncer, Minas, La Habana, 2000.
34. Instituto Nacional de Oncología: Dpto. de Estadística del INOR, La Habana, 2000.
35. Johnson, NW; Warnakvlassuriya, U.: Epidemiology and etiology of oral cancer in United Kingdon. *Cummimity Dent Health*. 10(sppl 1) 1993. 13-29.
36. Johnson NW. Aetiology and risk factors for oral cancer, with special reference to tobacco and alcohol use. *Magy Onkol* 2001;45(2):115-122.
37. La Vecchia, E; Negri.E y Cols: Dietary Indicators of oral and pharyngeal cancer *Int. J. Epidemilo*. 1991: 39-44.

38. Landrían Díaz C, Espeso Nápoles N, Hidalgo CR, García Roco Pérez O. Capacitación del médico general integral en el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal. Arch. méd. Camaguey;11(1), ene.-feb. 2007.
39. Leecharachai P, Banks I, Monreaul, Matlashewski O. The E6 gene from human papillomavirus type 16 is an oncogene which enhances growth factor-mediated signal transduction to the nucleus oncogene: 1992; 7:19-25.
40. López Cedrón. JL.: Evaluación pronóstica del carcinoma avanzado de lengua y suelo de boca. Tesis doctoral. 1993. Fac Med. Odont. País Vasco.
41. López del Castillo A, Barrios Sánchez C, Rojas Casanova O, Bastian Manso PL, Santana Garay JC. Eficacia del azul de toluidina y lugol en el diagnóstico precoz del cáncer bucal. Arch. Méd. Camaguey;14(4), 2010.
42. Manrique Gómez Mol.; Santanamaría Zvazva J.; Montes García E. Estudio de factores etiológicos del carcinoma epidermoide de la mucosa intraoral. 1997; 7(3).
43. Manrique Gómez Mol.; Barranquero Arola M.: Estudio de los factores etiológicos del Carcinoma Epidermoide de la mucosa intraoral (Primera parte).
44. Manrique Gómez, Mol., Barranquero Arola, M. Estudio de los factores etiológicos del carcinoma epidermoide de la mucosa intraoral. Hospital de Basurto 1991-94. Rev. Vasca de Odontología Vol 7 1997: 189- 196.
45. Marshall Jr; Grahans; Haughey BP y cols.: Smoking alcohol dentition and diet in epidemiology of oral cancer. Oral oncol Europ J Cancer; 1992; 289: 9-15.
46. Matilla A. "Sialometaplasia affecting the minor salivary gland," Oral Surg, 47: 161, 1979.
47. Miller Cs; Zevs Ms, White DR. detection of Her2 in oral carcinoma using polymerase chain reaction together with in situ hybridization. Oral Surg- Oral Med Pathol: 1994. 480-6.
48. Miranda Tarragó JD, Fernández Ramírez L, García Heredia, Gilda L; Rodríguez Pérez, Irene; Trujillo Miranda, Eglis. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal: Facultad de Estomatología

- de La Habana: 1999-2006 / Patients referred by the Program for Detection of buccal cancer: Stomatology Faculty of La Habana, 1999-2006. Rev. cuba. estomatol;47(4), oct.-dic. 2010.
49. Morales Navarro D, Rodríguez L, García Jordán LM. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev. Habanera Cienc. Méd;8(4), oct.-nov. 2009.
50. Nagler RM, Klein I, Reznick AZ .The interaction between saliva and cigarette smoke and its devastating biological effects as to cancer oral. Harefuah;140[7]:614-18,2001.
51. Navarro Vila C, Borja Moranta, Cuet Gil M, y Cols: Aesthetic and functional reconstruction with the trapezius osseomyocutaneous flap and dental implants in oral cavity cancer patients JC Max Fac Surg 1997; 24: 322-9.
52. Navarro Vila c, Cuesta Gil M, López de Atalay Gutiérrez J. Carcinoma epidermoide de la cavidad oral en estado avanzado resultados terapéuticos de 375 casos tras 5 años de seguimiento. Medicina Oral. 1998; 3: 7-17.
53. Navarro Vila C. Curso Internacional Tratamiento del Cáncer avanzado de cabeza y cuello. 1998.
54. Normas de Oncológicas de tratamiento INOR Cuba 1996.
55. Otero Rodríguez I, Rodríguez Pérez I, Travieso Pérez M, González Freije S, Hidalgo Gato Castillo I. Estudio histopatológico del epitelio en la leucoplasia bucal. Rev Cienc Méd Pinar Río;7(2), ene. 2004.
56. Pindborg JJ. Atlas de enfermedades de la mucosa oral. 5a ed. Ed. Masson-Press Realease, New York City Department of Health. Office of Public Affairs, Thesday; November 15, 2001.
57. Prevenir el cancer oral. American Cancer Society, 2001.
58. Quirós Alujía Y, Miranda Naranjo M, Jiménez Uley L, Mejías Peralta M. Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta. Arch. Méd. Camaguey;10(6), nov.-dic. 2006.
59. Salvat Odontología, Barcelona, 1994.
60. Santana Garay JC. Capítulo 1: Prevencción y diagnostico del cáncer del complejo bucal. En: Santana Garay JC. Prevencción y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana, ECIMED, 2002.

61. Santana Garay JC. Capítulo 2: Clasificación y epidemiología del cáncer bucal. En: Santana Garay JC. Prevencción y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana, ECIMED, 2002.
62. Santana Garay JC. Capítulo 3: Prevencción del cáncer bucal. En: Santana Garay JC. Prevencción y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana, ECIMED, 2002.
63. Santana Garay JC. capítulo 4: Diagnóstico del cáncer del complejo bucal. En: Santana Garay JC. .Prevencción y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana, ECIMED, 2002.
64. Santana Garay JC. Capítulo 5: Diagnóstico de las neoplasias de las glándulas salivales. En: Santana Garay, Julio César. Prevencción y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana, ECIMED, 2002.
65. Santana JC, Fernández A, Miranda J. Patología Bucal II, Ed Ciencias Médicas, La Habana, 1970.
66. Santana, JC. y Meneses D. "Sialadenitis submandibular por sialolito," Rev Cubana Estomatol," 2: 112, 1965.
67. Sawyer, DR. Wood. KK.: Oral Cancer Etiology, Recognition and management. Dent Clin Nort Am. 1992; 36: 919-66.
68. Scully C.: Oncogenes, Tumor supressues and viruses in oral squamous carcinoma. J Oral Pathol Mer. 1993, 337-47.
69. Sieczka E, Datta R, Singh A, Loree T, Ringual N, Orner J, Hicks W Jr. Cancer of the Bucal mucosa: are marginal and T-stage acurate predictors of local control?. Aqm J Otolaryngol 2001 Nov-Dec; 22(6):395-399.
70. Silverman S Jr. Demographis and occurrence of oral and pharyngeal canceres, The outcomes, the trends, the challenge. J AM Dent Assoc 2001 Nov; 132 Suppl: 7S-11S.
71. Simpson RH. "Calcification of salivary gland tuours", Histopatol, 10: 737, 1995.
72. Sneige N. "Necrotizing sialometaplasia", Aun el Rhinol Larygol, 101: 282, 1992.
73. Suárez O. El problema de las metástasis linfáticas y alejadas del cáncer de
74. Swifert, G. ET. AL. "WHO International Histryological Clssification of Tumores," Pat Res Prac, 186: 537, 1990.

75. Touvinea, V; Vaananen M. Kulla; A. Oral Mucosal. Changes related to plasma ascorbic acid levels. Proc Finn Dent Soc. 1992: 117-22.
76. WERNING, J.T., J.P. WATERHOUSE, AND J.V. NOONEY: "Subacute necrotising sialadenitis," Oral surg, 70:756, 1990.
77. Woods KV, Shilliroe EJ, Spitzne.: Analysis of human papillomavirus DNA in Oral Squamous cell carcinomas. J Oral Pathol Med: 1993; 101-8.