

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



TESIS

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER ORAL EN LOS ESTUDIANTES DEL SÉPTIMO A NOVENO SEMESTRE DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES ABANCAY-2015.”

Presentado por:

Bach. MARI LUZ PORRAS DURAND

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

ASESOR EXTERNO: CD. ARTURO CAMACHO SALCEDO

ABANCAY- APURIMAC

2016

*A las personas importantes en mi vida, que siempre
estuvieron listas para brindarme toda su ayuda.
Con todo cariño esta tesis se las dedico a ustedes.*

*A mis padres y hermanos que, en este andar por la vida,
influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme
una persona de bien y preparada para los retos de la vida.*

AGRADECIMIENTO

Gracias a dios por ser mi guía, inspiración, modelo y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo.

Quiero agradecer a mis padres y hermanos porque ellos estuvieron en los días más difíciles de mi vida como estudiante y por darme el ejemplo de vida a seguir.

Quiero agradecer a todos mis maestros ya que ellos me enseñaron valorar los estudios y a superarme cada día profesionalmente.

RESUMEN

OBJETIVO: determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

METODO: la muestra fue constituida por 102 estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología Abancay 2016. Para determinar el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario de 22 preguntas cerradas. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer oral y los califico de bajo, regular y alto, según la escala establecida.

RESULTADOS: Se obtuvo en esta investigación que el 40,2% de los estudiantes tienen nivel de conocimientos bajo; el 43,1% tuvo nivel de conocimientos regular y el 16,7% tuvo nivel de conocimientos alto. Las secciones donde los estudiantes obtuvieron mayor puntaje fueron: diagnóstico y prevención, en cambio las secciones sobre epidemiología, etiología y tratamiento del cáncer oral fueron donde se obtuvieron los menores puntajes.

CONCLUSIONES: Este estudio identificó un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral entre los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la escuela profesional de estomatología y subraya la necesidad de mejorar la educación sobre el cáncer oral para beneficio de la población que podrá ser atendida por los futuros profesionales.

PALABRAS CLAVE: cáncer oral, estudiantes, odontología y conocimiento.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge about oral cancer in students in seventh to ninth semester of the professional school of stomatology.

METHOD: The sample consisted of 102 students in seventh to ninth semester professional school of stomatology Abancay 2016. To determine the level of knowledge a questionnaire of 22 closed questions was used. The instrument assessed the level of knowledge in five sections: epidemiology, etiology, diagnosis, treatment and prevention of oral cancer and qualify good, fair and under, according to the established scale.

RESULTS: It was obtained in this investigation that 40.2% of students have low level of knowledge; 43.1% had regular knowledge level and 16.7% had high level of knowledge. The sections where students scored highest scores were: diagnosis and prevention, instead the sections on epidemiology, etiology and treatment of oral cancer were where the lowest scores were obtained.

CONCLUSIONS: This study identified a gap in knowledge about oral cancer among students in seventh to ninth semester of the professional school of stomatology and stresses the need to improve education about oral cancer for the benefit of the population that could be served by future professionals.

KEY WORDS: oral cancer, students, dental and knowledge

INDICE

TITULO	
I.	INTRODUCCIÓN.....1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....2
	2.1 Planteamiento del problema.....3
	2.2 Justificación.....3
	2.3 Objetivos.....4
III.	MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....5
	3.1 Antecedentes.....5
	3.2 Marco teórico general.....10
	3.3 Marco conceptual.....38
IV.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....39
	4.1 Diseño de estudio.....39
	4.2 Población y muestra.....39
	4.3 Operacionalización de variables.....40
	4.4 Procedimientos y técnicas de recolección de datos.....45
	4.5 Procesamiento y análisis de datos.....47
	4.6 Consideraciones éticas48
V.	RESULTADOS.....49
VI.	DISCUSIÓN.....71
VII.	CONCLUSIONES.....77
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....79
IX.	ANEXOS.....82

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRAFICO N° 1	
Población de estudiantes del séptimo a noveno semestre, según semestre y género.	56
TABLA Y GRAFICO N° 2	
Nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre, según semestre y género.....	58
TABLA Y GRAFICO N° 3	
Nivel de conocimiento sobre la etiología del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre, según semestre y género.....	60
TABLA Y GRAFICO N° 4	
Nivel de conocimiento sobre diagnóstico del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre, según semestre y género.....	62
TABLA Y GRAFICO N° 5	
Nivel de conocimiento sobre tratamiento del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre, según semestre y género.....	64
TABLA Y GRAFICO N° 6	
Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre, según semestre y género.....	66
TABLA Y GRAFICO N° 7	
Puntaje global obtenido del cuestionario sobre el conocimiento del cáncer oral, aplicado en estudiantes del séptimo a noveno semestre.....	68
TABLA Y GRAFICO N° 8	
Nivel de conocimiento sobre cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre.....	70

I. INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) en el año 2010 reportó sobre cáncer oral en hombres y mujeres una tasa de incidencia de 2.2 y 1.3 y una mortalidad de 1 y 0.6, respectivamente, ambas tasas calculadas por 100 000 habitantes.¹

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), indica que el Cáncer de cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuentes en nuestro país y se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral en los últimos 10 años.

Cuando se encuentran en fases tempranas de desarrollo, los cánceres orales tienen una tasa de supervivencia del 80 al 90%. La mayoría de estos cánceres son difíciles de descubrir es debido a la falta de conciencia pública junto con la falta de un programa nacional de detección precoz de cáncer oral, llevado a cabo por profesionales médicos y odontólogos.

La falta de conocimiento sobre cáncer oral, en la población común, ha sido reportada en estudios anteriores como un factor significativo que retrasa la referencia y tratamiento del cáncer oral. Así mismo una deficiencia en el conocimiento de esta enfermedad en los médicos y odontólogos también contribuiría en el retraso del tratamiento de los pacientes que la padecen. De esta manera, se resalta la necesidad del conocimiento de su diagnóstico dentro de los conocimientos básicos del odontólogo general.

Esta investigación nace de esta necesidad, para conocer cuál es el nivel de conocimientos sobre cáncer oral con que el odontólogo termina su formación académica, los conocimientos con los que iniciará su práctica profesional.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Cáncer de cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuentes en nuestro país y se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral en los últimos 10 años.

La salud bucal es parte integral y esencial de la salud general de las personas. Se han desarrollado, en el siglo XXI, diversas políticas y estrategias para mejorar la salud bucal pero aún como parte de los derechos humanos, personas de todo el mundo, especialmente de países en desarrollo, sufren de enfermedades bucales.²

En el campo de la salud oral, los odontólogos son los profesionales que deberían ser los más capacitados para diagnosticar y efectuar tratamientos a las patologías más prevalentes en el sistema estomatognático. En estas últimas décadas la detección precoz del cáncer oral toma importancia dado el aumento de los casos nuevos en la población.³

La detección temprana del cáncer oral requiere de profesionales de la salud bien entrenados. Por lo tanto la capacitación en relación a este tema debe empezar tempranamente en la formación de pregrado de la carrera de estomatología. Por lo cual surge la interrogante de si están realmente capacitados los egresados de esta profesión de salud, para intervenir activamente en la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación del cáncer oral. Nos encontramos en el área del conocimiento teórico-práctico con el que cuentan los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la escuela profesional de estomatología que se encuentran próximos a egresar y comenzar su desarrollo profesional, esperando que estos conocimientos adquiridos sean suficientes dada la responsabilidad de la

profesión frente a la detección de esta enfermedad.

De esta problemática sobre la deficiencia en el conocimiento de esta enfermedad en médicos y odontólogos surge la importancia de esta investigación y planteo de la siguiente manera:

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología?

2.2 JUSTIFICACIÓN

En la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Tecnológica de los Andes no se han realizado estudios dirigidos sobre nivel de conocimiento con respecto al cáncer oral. Los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología cuentan con formación académica en el área de patología y medicina bucal. El Cáncer Oral, es uno de los temas estudiados en la formación de pregrado del profesional odontólogo. En la actualidad el Cáncer Oral es uno de los diez más prevalentes en nuestra población, y se observa una tendencia al incremento en el número de casos, por lo que se resalta la necesidad del conocimiento de su diagnóstico dentro de los conocimientos básicos del odontólogo general. Si existieran limitaciones en la formación de los estudiantes con respecto al cáncer oral, estas se presentarían cuando se encuentran por primera vez frente a un paciente con esta patología. Esta investigación pretende ser un aporte de carácter teórico desde un punto

conceptual, por medio de la revisión sistemática de los principios, definiciones y conocimientos básicos sobre el cáncer oral con el que cuentan los estudiantes del séptimo a noveno semestre de estomatología próximos a su egreso, para el ejercicio de la profesión.

Los beneficiados con este estudio será la misma universidad ya que es una forma de evaluar la formación académica y las capacidades brindadas para el conocimiento sobre cáncer oral, si ha sido efectiva o es necesario mejorar aspectos de ésta. También se considera que ésta investigación va a ser una ayuda en el proceso auto evaluativo de la facultad y de los mismos estudiantes ya que los motivará a ampliar o reforzar sus conocimientos sobre el cáncer oral.

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento acerca de la epidemiología sobre cáncer oral en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología según género, semestre.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca la etiología del cáncer oral en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología según género y semestre.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca el diagnóstico de cáncer oral en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de

Estomatología según género y semestre.

- Determinar el nivel de conocimiento acerca del tratamiento sobre cáncer oral en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología según género y semestre.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca la prevención sobre cáncer oral en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología según género y semestre.

III. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES

IZAGUIRRE PÉREZ, PATRICIA MARGARITA, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. (2012)⁴.-Realizo un estudio con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer en los estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología. La muestra fue estratificada, constituida por 150 estudiantes de tres universidades (UNMSM, UNFV, UIGV) de Lima que se encontraban finalizando su internado hospitalario correspondiente al año 2012. Para determinar el nivel de conocimiento se realizó una revisión bibliográfica y se elaboró un cuestionario que fue validado mediante juicio de expertos y Alfa de Crombach de 7,62. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer oral y los califico de bueno, regular y bajo, según la escala establecida El 44,7% de los estudiantes participantes de la investigación tenían un nivel regular de conocimientos sobre cáncer oral, en el nivel de conocimientos, bajo, se distribuyó el 39,3% de la población y en el nivel

de conocimientos, bueno, se encontró el 16% de la población.

LONCAR y cols. (2012)⁵. Realizaron un estudio donde evaluaron los conocimientos de los estudiantes de pregrado de odontología en la prevención y detección precoz del cáncer oral en la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Zagreb, Croacia. Se aplicó un cuestionario a los estudiantes de pregrado de odontología de 4º y 5º, que evaluó la concientización sobre cáncer oral. Un total de 207 estudiantes participaron en este estudio, 122 estudiantes del cuarto año y 85 estudiantes de quinto año. La respuesta de ambos fue muy alta (95%). Los estudiantes del 5º año mostraron un mayor conocimiento sobre el cáncer oral debido a que tienen el doble de horas de prácticas y la enseñanza de medicina oral más orientado al paciente. En comparación con el 4º año, los estudiantes del 5º año están más informados sobre el reconocimiento de los signos clínicos de cáncer oral y del tipo de lesiones orales asociadas con el cáncer oral, la identificación del alcohol como factor de riesgo y al que el paciente debe ser referido para tratamiento. El estudio concluye que en el conocimiento del estudiante sobre el cáncer oral se deben resaltar las áreas que necesitan ser fortalecidas en el currículo de pregrado de odontología. Además indica que a mayores horas de trabajo clínico del estudiante enfocado en este tema contribuye a una mejor comprensión y conciencia del cáncer oral.

BARRAMUÑOZ (2011)⁶, realizó la medición del conocimiento de cáncer oral en cirujano dentistas de la ciudad de Talca (Chile) y alumnos de sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Talca. Recolectó los datos con un cuestionario construido según una revisión bibliográfica. Los resultados se tabularon e hizo un análisis descriptivo.

De un total de 84 sujetos, 44 representaban a alumnos de sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Talca y 40 a cirujanos dentistas que se desempeñan en la ciudad de Talca en el año 2011, representando el 47,62% y 52,38% respectivamente. El 55% correspondía a hombres y 45% a mujeres. El mayor porcentaje de la muestra calificó con un rango de puntaje “Suficiente”, según la escala del instrumento. Se observó un mayor número de alumnos que obtuvo calificaciones mayores a los profesionales, aunque, sin diferencias significativas.

CASTILLO y HOWARD (2010)⁷, realizaron una encuesta al estudiantado de Licenciatura en Medicina de cinco universidades, en Costa Rica para determinar en el nivel de conocimiento que tenían sobre el cáncer oral. La población la constituyó en su totalidad estudiantes del último año de la carrera de medicina. La evaluación fue aplicada a 114 personas donde el 51 % eran hombres y la edad promedio fue de 24 años. Descubrieron que los participantes tenían poco conocimiento sobre el cáncer oral. El valor promedio fue de 39,8%, con un valor mínimo del 5% y el máximo del 77,5%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas universidades que evaluaron.

CHICHÓN (2010)⁸, revisó, mediante un estudio retrospectivo, 1841 biopsias realizadas entre los años 2005 -2009, en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima. Obtuvo un total de 43 diagnósticos histopatológicos de Carcinoma Epidermoide lo que representó una prevalencia del 2.3% El predominio de ocurrencia fue en varones con 65.1% y el rango de edad donde se encontraron la mayor cantidad de casos de carcinoma epidermoide fue entre 61-70 años. La localización del tumor en cavidad oral se

manifestó en su mayoría en lengua (30.2%). Con respecto a la etapa clínica, la mayoría fueron detectados en estadios avanzados III y IV (27.9% y 55.8% respectivamente), Dentro de sus recomendaciones finales, Chichón Aguilar sugiere promover la capacitación sobre el conocimiento de tumores para el profesional médico y sobre todo para el odontólogo para así poder evaluar la incidencia de casos oncológicos y abordarlos en fases.

GARCÍA (2010)⁹, estudia en su tesis la prevalencia del carcinoma epidermoide oral en pacientes de dos hospitales de Lima en el período 2006-2009. En su estudio de tipo observacional retrospectivo, recolectó los datos de los pacientes atendidos en el servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Dos de Mayo y el Hospital Arzobispo Loayza, tomando en cuenta edad, género, localización anatómica, variedad histológica, hábitos, estadio clínico y tratamiento. Encontró 54 casos donde el 94.4% fueron mayores de 40 años con predominio de la sexta década, la distribución del cáncer de acuerdo al género fue similar y el lugar con mayor predominancia de afectación fue la lengua seguida por el reborde alveolar y el triángulo retro molar.

Así mismo señala que sobresalieron los casos que no siguieron tratamiento (22%). Dentro de sus recomendaciones sugiere reforzar el conocimiento sobre los factores de riesgo y destreza del odontólogo, con el fin de detectar dentro de nuestro examen clínico a los pacientes de riesgo así como orientar la anamnesis y el examen estomatológico a la detección de lesiones y presencia de factores predisponente de cáncer.

ROCHA (2009)¹⁰, publica un artículo titulado “El papel del odontólogo en la detección temprana y control del cáncer oral”. En este documento se enfatiza la

importancia de la detección temprana del cáncer oral como herramienta de prevención y control. La evidencia científica registra que el Cáncer oral no es estadísticamente significativo comparado con otros cánceres. Sin embargo el cáncer oral es más agresivo y letal que otros tumores, posee múltiples factores etiológicos y otras características como su alto potencial metastático que le da la relevancia debida. En su artículo, Rocha ratifica que el cáncer oral debe ser prevenido y controlado mediante la instrucción sobre factores de riesgo, detección temprana y la suficiente actualización epidemiológica y clínica por parte de los odontólogos. Luego se reflexiona acerca de la importancia de la detección precoz del cáncer oral sobre todo cuando es persistente la falta de educación y de prevención en la enseñanza de los odontólogos, quienes suelen detectarlo clínicamente en etapas tardías.

CANNICK y cols. (2005)¹¹. Los autores encuestaron a 163 estudiantes de odontología en Carolina del Sur, Estados Unidos, por medio de un cuestionario (el índice de respuesta fue del 79.1%). El cuestionario incluyó preguntas sobre factores de riesgo de cáncer oral, así como los signos y síntomas y procedimientos para el examen de la cavidad oral. El 93% de los estudiantes respondieron que el tabaco, el alcohol y las lesiones previas de cáncer eran factores de riesgo. Ciento seis estudiantes (65%) sabían que la localización más común de cáncer oral es el borde ventro lateral de la lengua. El promedio de conocimiento de los estudiantes difirió en las áreas de factores de riesgo, factores que no representan riesgo y procedimientos de diagnóstico. Se concluye que a pesar que el nivel de conocimiento de los estudiantes aumenta con cada año académico, los educadores y generadores de protocolos necesitan dar mayor

énfasis a la educación sobre cáncer oral y el entrenamiento en las facultades de odontología.

3.2 MARCO TEORICO GENERAL

CÁNCER.- Cáncer es un término que se usa para definir un estado en el que células anormales se dividen sin control y tienen capacidad de infiltrar otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático.

ANATOMÍA REGIONAL DE LA CAVIDAD ORAL

La cavidad oral es una cavidad virtual que tiene forma cuboidea cuya conformación es:¹²

- Pared anterior; conformada por los labios
- Paredes laterales; las mejillas.
- Pared superior; bóveda palatina.
- Pared inferior, piso de boca. La pared inferior está formada por la lengua y la región sublingual
- Pared posterior, velo del paladar, amígdalas.

Los pilares del velo, junto con la base de la lengua, forman el istmo de las fauces. Los rebordes alveolares del maxilar superior y de la mandíbula, junto con los dientes, dividen la cavidad oral en dos porciones: el vestibulum oris (entre labios y mejilla, de una parte, y dientes con rebordes alveolares, de otra) y la cavidad oral propiamente dicha, que se extiende desde los rebordes alveolares y los dientes hacia dentro.

El revestimiento mucoso de la cavidad oral está formado por epitelio y tejido conectivo (corion o lamina propia) .El epitelio es plano poli estratificado, que en determinadas zonas puede ser queratinizado, no queratinizado o para queratinizado. En algunos puntos el epitelio se engruesa considerablemente y se fusiona con el periostio subyacente, formando un mucoperiostio. (p. Ej. a nivel de los alveolos, paladar duro) Dispuestas con diferencias locales o regionales, en el tejido subepitelial se encuentran por doquier pequeñas glándulas salivales.

CÁNCER ORAL

La palabra “cáncer” se emplea para referirse a un grupo de más de 100 enfermedades distintas con más de 1,000 variedades histopatológicas que comparten como característica común una proliferación anormal y descontrolada de células que invaden tejidos, órganos próximos y distantes y que, si no son tratadas a tiempo, ocasionan la muerte de los individuos en cuyo organismo se desarrollan. Se habla de neoplasia cuando se produce una proliferación incontrolada de células somáticas producto de un cambio irreversible en las mismas Las neoplasias pueden ser benignas, si son localizadas y no invaden los tejidos adyacentes ni se diseminan por el resto del cuerpo, o malignas, si invaden y destruyen tejidos y son capaces de diseminarse.¹³

CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS ORALES

En función del tejido del que derivan encontramos:

a) Tumores malignos derivados del epitelio:

- Carcinoma oral de células escamosas o epidermoide (90%).
- Carcinoma verrucoso.
- Carcinoma de células fusiformes.
- Melanoma.
- Adenocarcinoma, carcinoma mucoepidermoide.
- Carcinoma basocelular.

b) Tumores malignos derivados del tejido conectivo. En función de las células conectivas de las que derivan se dividen en:

- Fibrosarcoma: derivado de fibroblastos.
- Fibrohistocitoma maligno: derivado de los fibroblastos e histiocitos malignos.
- Liposarcoma: derivado de los adipocitos.
- Angiosarcoma: derivado de las células endoteliales de los vasos sanguíneos y linfáticos.
- Neurosarcoma: derivado de la cubierta de los nervios periféricos.
- Rbdomiosarcomas: derivado de células del músculo estriado.
- Leiomiosarcomas: derivado de células del músculo liso, son poco frecuentes en la cavidad oral.

- c) Metástasis en las partes blandas de la cavidad oral: son poco frecuentes en la mucosa oral, ya que de todas las neoplasias del organismo sólo un 1% hacen metástasis en mucosa oral, el 90% en huesos maxilares y el 10% en partes blandas. Los tumores primarios suelen localizarse en pulmón, riñón e hígado.
- d) Neoplasias del sistema inmune con afectación oral:
 - Linfoma No Hodgkin: es una neoplasia de los linfocitos y sus precursores.
 - Plasmocitoma-mieloma múltiple: comprende una neoplasia maligna hematológica con proliferación de células plasmáticas y con afectación múltiple de la médula ósea.

CÁNCER DE LA MUCOSA ORAL

El término “carcinoma” hace referencia al cáncer derivado de las células epiteliales (90% de los casos de cánceres) .Así, en adelante nos referiremos por cáncer oral aquellas neoplasias malignas desarrolladas a partir de la mucosa oral. Los tejidos de la cavidad bucal incluyen el revestimiento interior de las mejillas y los labios, las dos terceras partes anteriores de la lengua, las encías, el piso de la boca, la parte ósea del paladar y el área retro molar.¹⁴

El carcinoma espinocelular (CEC) o también llamado epidermoide o escamoso o escamo celular, representa el 95% de los cánceres de la mucosa oral.

Existen otras variedades histológicas del carcinoma espinocelular que presentan características clínicas diferentes, estos son los siguientes:

- Carcinoma verrugoso de Ackerman: el aspecto y la evolución de este

tumor son característicos, presenta un bajo grado de malignidad, es muy exofítico y más erosiona que invade los tejidos subyacentes, incluso el óseo.

- Carcinoma fusocelular: a menudo se confunde con un sarcoma o carcinosarcoma, por la forma de huso de una parte o de la totalidad de sus células menos agresivo que el clásico.
- Linfoepitelioma .El empleo de este término es una denominación incorrecta, pues el tumor es una variedad de carcinoma espinocelular. Es un CEC pobremente diferenciado que se originó en áreas linfoideas, como el tercio posterior de la lengua.

EPIDEMIOLOGÍA

CÁNCER ORAL EN EL MUNDO

El cáncer de cabeza y cuello es el sexto cáncer humano más frecuente, el 3% de todos los cánceres se localizan en la cavidad oral. No obstante existe una variabilidad geográfica con una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste asiático y sobretodo en la India, en la cual el cáncer oral representa el 40% de todos los tumores malignos.

Cada año se diagnostican en el mundo más de 575.000 casos nuevos de cáncer oral. La incidencia en España es de 5,7-12,9 casos por 100.000 hombres/año y de 0,6-2,1 casos por 100.000 mujeres/año, aunque estas cifras se están igualando con la adopción por parte de la mujer de hábitos nocivos similares a los de los hombres Brasil tiene una de las incidencias más altas de América Latina en el cáncer oral, ocupa el tercer lugar de frecuencia en el hombre con 8,5 % con respecto a las otras localizaciones y en la mujer es de 2,3 %.

En cuanto a la edad, el 90% de los cánceres orales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano.

Las principales localizaciones son lengua y piso de boca en Europa y el norte de América y la mucosa lingual en la India. En referencia a la histología, el 90% de los carcinomas orales son del tipo carcinoma oral de células escamosas.

CÁNCER ORAL EN EL PERÚ

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Cáncer de cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuente y en hombres como el noveno más frecuente. Se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral en los últimos 10 años.

En el 2004 las muertes a nivel nacional causadas por Cáncer de cavidad oral, registradas por el MINSA fueron de 186 de éstas 112 fueron varones y 72 fueron mujeres, notándose la prevalencia del sexo masculino frente al femenino, que ha sido indicada por autores de investigaciones sobre cáncer oral como la razón de 2 a 1. En el total de la población atendida por cáncer a nivel de los establecimientos de salud del MINSA, la neoplasia de origen incierto es la más frecuente, lo que claramente evidencia deficiencias en el diagnóstico. En lo referente al cáncer de cavidad oral la localización facilita su diagnóstico y la mayoría de pacientes que acuden a consulta presentan un avanzado y definitorio estado de la enfermedad.¹⁵

ETIOLOGÍA

No ha sido posible probar de forma concluyente una asociación causal entre factores específicos y el cáncer oral. Esto se debe, en parte, a que la calidad de los datos estadísticos sobre los cánceres son muy variables y por otro lado, a que la etiología de la malignización es muy compleja y multifactorial. Los factores causales actúan durante un largo periodo, y el proceso de cambio hacia la malignidad es tan lento que transcurre un prolongado periodo de tiempo antes que se haga evidente.¹⁶

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier agente, condición, actividad que puede aumentar las posibilidades de una persona de desarrollar una enfermedad determinada. Aun cuando estos factores pueden aumentar los riesgos de una persona, éstos no necesariamente causan la enfermedad.

Los factores de riesgo significativos o probables para el carcinoma de células escamosas se resumen en el siguiente cuadro:

FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER ORAL.	
Carcinógenos	<ul style="list-style-type: none">▪ Tabaco▪ Alcohol
Infecciones	<ul style="list-style-type: none">▪ Sífilis▪ Candidiasis▪ Virus
Enfermedades mucosas	<ul style="list-style-type: none">▪ Liquen plano▪ Displasia epitelial oral▪ Fibrosis oral submucosa▪ Ulceras bucales▪ Leucoplasia, eritoplasia,
Enfermedades genéticas	<ul style="list-style-type: none">▪ Anemia de fanconi▪ Disqueratosis congénita
Luz solar (cáncer del labio)	
Dieta y nutrición deficiente	
Incidencia según género y edad	
Higiene oral	

a) Consumo de Tabaco

El tabaco es la principal causa de cánceres de pulmón, laringe, cavidad oral y faringe, esófago, páncreas, riñón y vejiga.¹⁷

Muchos estudios han relacionado el fumar, particularmente asociado con el alcohol, en estudios caso- control que miden la duración del consumo de tabaco, la localización específica y otros factores, como el consumo de alcohol y fumar cigarrillos a la vez, se han mostrado muy relacionados y suponen un riesgo relativo significativo.¹⁸

El último estudio epidemiológico a nivel nacional realizado por Cedro en el año 2005 demostró que el consumo de tabaco sigue ocupando el segundo lugar en el consumo de drogas en el Perú.

Más del 75% de la población está expuesta a ser envuelta en el consumo de tabaco y el 60.5% ha consumido esta sustancia alguna vez en su vida. En el 2005, la prevalencia según DEVIDA del consumo de tabaco fue mayor en Lima Metropolitana (70.7%), que en la sierra (63.5%) y la selva (50.9%). Si consideramos al resto de la costa, exceptuando Lima Metropolitana, la prevalencia alcanzó el 59.2%.

En general por cada mujer que consumió tabaco hubo dos varones que lo hicieron, aunque entre los 20 y 40 años esta razón se triplica. El uso inmoderado del tabaco produce cambios en la mucosa oral, que se caracterizan por engrosamiento, sequedad, coloración grisácea, y finalmente con el paso de los años, cambios de aspecto leucoplásico. Sin embargo, la suspensión del tabaco, en muchos casos, hace estos cambios reversibles, volviendo la mucosa a adquirir su aspecto normal.¹⁹

b) Alcohol

La identificación del consumo de alcohol como factor de riesgo sigue un patrón parejo al del tabaco, habiéndose confirmado un aumento de riesgo a medida que aumenta la cantidad de alcohol consumida, aunque no se ha podido concluir una asociación entre el contenido del alcohol en grados de la bebida consumida y el riesgo de cáncer oral, lo que podría indicar que el efecto carcinogénico de este tipo de bebidas podría no ser debido al alcohol en sí, sino condicionado por la presencia de otras sustancias en las mismas.²⁰

El conocimiento sobre los posibles efectos carcinógenos del alcohol ha llevado a proponer que se debería eliminar de los colutorios, ya que algunos de ellos contienen más del 25 % de alcohol en su composición. Aun así, no existe una relación concluyente entre el empleo de colutorios y el carcinoma oral.¹⁷

Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran:

- ✓ Desprendimiento del epitelio.
- ✓ Ulceraciones en la mucosa
- ✓ Gingivitis.
- ✓ Petequias.
- ✓ Lesiones blancas

c) Infecciones: virus

El potencial oncogénico de algunos virus es bien reconocido y se han producido evidencia que sugieren que el genoma de los virus del papiloma humano, especialmente VPH 16, se puede encontrar en los tumores, en las células malignas. Este hallazgo no es del todo claro ya que igualmente en mucosa sana

se ha encontrado VPH.²¹

Es de esperarse que si el VPH cumple un papel significativo en la carcinogénesis oral, los inmuno deprimidos que sufren una infección por VPH tuvieran un mayor riesgo para desarrollar carcinoma oral. Sin embargo en pacientes con sida y VPH el carcinoma oral es infrecuente y se asocia con otros factores de riesgo como el tabaco y alcohol.

Clínicamente en la cavidad oral se han encontrado lesiones benignas, en general debidas a los tipos 7, 4,2, que caracterizan a las clásicas verrugas vulgares. El genoma VPH identificado en alrededor del 20 % de tumores malignos de cavidad oral es, en su mayoría, del tipo 16, también se ha encontrado del tipo 18, 6, 11,33.²²

d) Sífilis

En la literatura se mencionan dos aspectos en que tendría participación este factor. El primer aspecto se ha hallado en investigaciones donde el máximo valor de pacientes con antecedentes de sífilis, era de 19 %.El otro aspecto tiene relación a la leucoplasia sifilítica de la sífilis terciaria que provoca atrofia del epitelio, que a su vez condiciona para hacerlo más vulnerable a la acción de los factores etiológicos del cáncer oral.

e) Luz Solar

La exposición a los rayos ultravioleta de la luz solar es un factor de riesgo. Es un hecho probado que los rayos ultravioleta dan lugar a una mayor incidencia, no solo en carcinomas espinocelulares, sino también a carcinomas basocelulares, variedad histológica que no es propia de la mucosa oral, y en melanomas

malignos.

También es conocida la mayor predisposición que tienen las personas de tez clara a desarrollar el cáncer, así como el riesgo elevado para los trabajadores que tienen exposiciones prolongadas al sol.

Las lesiones displásicas provocadas por la luz solar pueden preceder al carcinoma, y el labio dañado por el sol puede identificarse clínicamente por su pérdida de elasticidad y epitelio atrófico. Los cambios debidos a la luz solar son prevenibles y los dentistas deben estimular la necesidad de utilizar un factor de alto nivel de protección solar en los pacientes expuestos a la radiación solar.²⁰

f) Factores genéticos

Otro aspecto epidemiológico a considerar es la susceptibilidad genética para contraer un cáncer de la cavidad oral, que no ha sido claramente delineada como lo ha sido para algunos otros tipos de tumores relacionados con síndromes de cáncer heredados bien descritos.

A este respecto, se ha estudiado la función de la proteína p53 como inductora de la apoptosis en respuesta al daño del ADN. Las mutaciones en el gen p53 pueden desencadenar la pérdida de esta función, lo que conduce a la supervivencia de las células portadoras de un ADN aberrante. Esta circunstancia acarrea una inestabilidad genómica que puede iniciar una transformación neoplásica de la célula.²³

Los cánceres de cavidad oral y orofaringe son más comunes en personas que tienen un sistema inmunológico debilitado. Ciertas enfermedades que se presentan al nacer, así como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida, o AIDS por sus siglas en inglés) y ciertos medicamentos (como los que se administran después

de los trasplantes de un órgano) pueden causar un sistema inmunológico debilitado.

g) Lesiones precancerosas

Según la OMS, las lesiones pre malignas de la mucosa oral son lesiones crónicas sobre las cuales es más frecuente en desarrollo de un cáncer. Su morfología es alterada con mayor predisposición a desarrollarse en cáncer (superior al 5%) que el tejido equivalente de apariencia normal. Es un estado reversible que no tiene por qué evolucionar a una neoplasia.²⁴

Se denomina estados o condiciones precancerosa, a aquellos en que los enfermos tienen un riesgo mayor de desarrollar un cáncer. Estos son:

- Liquen plano
- Fibrosis submucosa oral
- Sífilis
- Lupus eritematoso
- HIV-SIDA
- Úlceras

▪ **Leucoplasia**

La OMS define a la leucoplasia como una mácula o placa blanca que no puede desprenderse por raspado ni caracterizarse como ninguna otra enfermedad según criterios clínicos o anátomo patológicos. En estas circunstancias, las manchas blancas ocasionadas por entidades como el liquen plano o la candidiasis no son leucoplasias. Alrededor del 5 % y 25% de las leucoplasias se desarrollan hacia una neoplasia maligna .Por lo tanto sin un descarte histológico todas las leucoplasias deben considerarse premalignas.²⁵

- **Eritroplasia**

Son lesiones rojas de márgenes bien definidos, blandas o deprimidas por debajo del nivel de la mucosa alrededor. Es infrecuente en la cavidad oral pero conlleva el riesgo más alto de transformación maligna y casi la mitad de las lesiones son ya malignas en la primera biopsia.²¹

- h) **Dieta y nutrición deficiente**

En el síndrome de Plummer-Vinson, que tiene como característica la deficiencia de hierro, se encuentra una alta incidencia de cáncer oral y de esófago, epidemiológicamente se ha asociado un bajo consumo de vitamina A con el carcinoma oral. Es conocido que ciertas avitaminosis provocan cambios en el epitelio que podrían asociarse con cáncer.²⁶

Se ha determinado en varios estudios que una dieta baja en frutas y hortalizas está relacionada con un mayor riesgo de cáncer oral y orofaríngeo.

- i) **Incidencia según género y edad**

Los tipos de cáncer oral y orofaríngeo son dos veces más comunes en los hombres que en las mujeres. Es posible que esto se deba a que los hombres han sido más propensos al consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas en el pasado. Esto está cambiando, aunque el reciente aumento en los cánceres asociados con VPH se ha reportado principalmente entre hombres más jóvenes. Por lo tanto, sigue siendo probable que ocurra más a menudo en hombres hasta un futuro cercano. La mayoría de los pacientes afectados por estos cánceres tienen más de 50-55 años de edad cuando se les detecta la enfermedad por primera vez.

j) Higiene bucal

Las personas cuya higiene bucal/cuidado dental son deficientes pueden tener un riesgo mayor de cáncer de la cavidad oral. La mala salud dental o la irritación constante provocada por prótesis dentales mal adaptadas, especialmente en las personas que consumen alcohol y productos derivados del tabaco, pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer oral y orofaríngeo.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Al efectuar la evaluación microscópica del grado de malignidad, se debe tener en cuenta el aspecto subjetivo presente en todo sistema de graduación histológica.

Los rasgos orientadores son: la proliferación y la diferenciación. Se considera que la proliferación patológica rápida se caracteriza por hipercromatismo, presencia de abundantes mitosis y pleomorfismo celular y nuclear. Los cánceres de mayor grado tienden a crecer y propagarse más rápidamente que los cánceres de menor grado. Subdivisión arbitraria para determinar el grado del cáncer:

- ❖ Grado I: menos de 2 mitosis por campo, observado con gran aumento; raras mitosis típicas y escasas células gigantes multinucleadas; pleomorfismo celular y nuclear muy reducido.
- ❖ Grado II: de 2 a 4 mitosis por campo, observado con gran aumento; algunas mitosis atípicas; moderado pleomorfismo de las células y de los núcleos; escasas células gigantes multinucleadas.
- ❖ Grado III: más de 4 mitosis por campo observado con gran aumento; frecuentes mitosis atípicas; pleomorfismo celular y nuclear muy pronunciado; frecuentes células gigantes multinucleadas.

DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico precoz de un tumor maligno en la cavidad bucal puede, no solamente, ser el resultado de la investigación de una población de pacientes asintomáticos, sino también como resultado de una consulta temprana ante un síntoma que percibe el paciente.

La detección temprana depende de varios factores como son: el nivel sociocultural y el grado de información de la población que la motive a consultar a tiempo, la capacidad de los servicios de salud públicos y privados de orientar y atender a los pacientes, los recursos tecnológicos y la experticia del clínico en lograr un diagnóstico sin demora.

El síntoma que motiva a una consulta temprana puede hacer sospechar determinado diagnóstico entre los síntomas que pueden aparecer en una enfermedad precoz están la el sangrado, el dolor bucal, la visualización por parte del paciente de una lesión en la cavidad bucal. Sin embargo, muchos síntomas cuando se manifiestan, la enfermedad se encuentra avanzada.²⁵

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL

La inspección de la cavidad bucal debe ser parte del examen de todo médico u odontólogo. El 90% de todos los carcinomas de células escamosas se originan del piso de la boca, lengua o el paladar blando. La tasa de detección es de 1 en 1000 pacientes asintomáticos mayores de 50 años, de 1 en 200 en los fumadores y bebedores de alto riesgo y de 1 en 7 de los individuos tratados previamente de cáncer de la cavidad bucal.²⁷

EVALUACIÓN INICIAL

Todos los pacientes deberían ser evaluados comenzando con una historia clínica y un examen clínico completo, que incluya un riguroso examen de la cabeza, el cuello y la cavidad oral. Deben examinarse todas las superficies mucosas, lengua, encía, paladar duro y blando, piezas dentales, y ganglios cervicales. Así mismo se debe registrar las características de alguna lesión sospechosa. Esto quiere decir que se debe incluir el tamaño, apariencia, localización, textura, color y la fijación a las estructuras adyacentes. Una manera de mejorar los resultados es utilizar una técnica de examen apropiada que incluya una secuencia ordenada para no omitir alguna zona en la boca de difícil visualización, basada en la inspección, la palpación, la percusión y en algunos casos la olfacción.

La American Cancer Society y el National Cancer Institute recomiendan la evaluación de la cavidad bucal como parte de cualquier examen periódico para la detección del cáncer, especialmente en mayores de 50 años, con hábitos de tabaco y alcohol acentuados y bajo nivel socioeconómico y además debe instruirse al paciente para que cese de fumar y modere la ingestión de alcohol.¹³

Síntomas y signos

Síntomas fundamentales que orientan hacia la enfermedad de la boca y/o de la faringe:²⁸

- ❖ Dolor al deglutir, masticar y/o introducir el alimento.
- ❖ Alteraciones de la deglución (disfagias)
- ❖ Dolores cervicales.
- ❖ Sensación de globo
- ❖ Quemazón lingual

- ❖ Espujo hemorrágico.
- ❖ Expectoración.
- ❖ Alteración de la secreción salival
- ❖ Alteraciones gustativas
- ❖ Insuficiencia respiratoria
- ❖ Alteración del lenguaje.
- ❖ Tumefacción de la cabeza y del cuello, afectación de los ganglios linfáticos de la boca, del suelo de boca y del ángulo de la mandíbula

Los siguientes son los signos más comunes que presenta el cáncer oral:

- Ulceración o erosión: hay destrucción del epitelio, pérdida de unión intracelular y ruptura de la lámina basal.
- Eritema. El adelgazamiento del epitelio y falta de queratinización permite visualizar el enrojecimiento por la inflamación de la dermis.
- Fijación. En su crecimiento las células neoplásicas pueden invadir áreas profundas como músculo o hueso.
- Cronicidad. Las lesiones no cicatrizan espontáneamente o no son reversibles ulceras que permanecen más de 14 días y no desaparecen sin tratamiento específico.
- Adenopatías. El compromiso ganglionar puede estar presente de acuerdo al estado evolutivo de la neoplasia.
- Metástasis. La presencia de ganglios linfáticos de mayor tamaño, duros y fijos es un signo clínico de mal pronóstico. Las lesiones que se extienden más allá de los ganglios linfáticos regionales de cabeza y cuello suelen

metastizar a los pulmones y el hígado.²⁹

LOCALIZACIONES DEL CÁNCER ORAL

El labio inferior es la localización más frecuente de cáncer oral en general, mientras que la lengua es la localización más frecuente dentro de la cavidad oral. En la lengua la mayoría de los tumores se concentran en la zona más inferior, especialmente de los bordes laterales de la lengua, la zona adyacente del suelo de boca y los aspectos linguales del reborde marginal, formando un área en forma de U, que se extiende hacia atrás en la oro faringe. Ésta zona supone solo el 20 % de la superficie intraoral, pero en ella se concentra el 70 % de los tumores. Esta distribución podría ser porque los carcinógenos se podrían acumular y concentrar en la zona más inferior antes de deglutirse.²¹⁻³⁰

Las localizaciones estomatológicas más frecuentes son: labio inferior 30- 35%, lengua 25 -30%, piso de boca 15-20%, encías 8-10%, vestíbulo 10 %, paladar 6-8%.³¹

Carcinoma de labio

La apariencia clínica del cáncer de labio depende de la duración de la lesión y la naturaleza del crecimiento, el tumor usualmente comienza en el borde del bermellón del labio hasta un lado de la línea media. Con frecuencia comienza como un ara pequeña de engrosamiento, induración o ulceración o irregularidad de la superficie. Conforme crece la lesión toma el aspecto de un cráter. En general es lento para producir metástasis

Carcinoma de Lengua.

Comprende del 25 al 50 % de los canceres de la cavidad oral. El signo más

común es una masa o ulcera no dolorosa que en la mayoría de los pacientes es dolorosa, luego de una infección secundaria .El tumor puede empezar como una ulcera indurada de bordes ligeramente elevados y procede a desarrollar una masa exofítico fungosa o infiltrarse a capas más profundas de la lengua y producir fijación e induración, sin mucho cambio superficial. Típicamente se desarrolla en el borde lateral de la lengua y en menor número en el dorso.

Las metástasis se presentan con más frecuencia en los casos de cáncer lingual

Carcinoma del piso de boca

Representa aproximadamente el 15 % de los cánceres intrabucuales se presenta como una ulcera indurada de tamaño variable, doloroso o no, y en mayor frecuencia en la porción anterior del piso de boca. Por su posición, con mucha frecuencia se extiende a la mucosa lingual .Puede invadir tejidos más profundos e incluso extenderse a las glándulas salivales submaxilares y sublinguales. La metástasis se encuentra con mayor frecuencia en los ganglios linfáticos submaxilares.

Carcinoma de mucosa oral

La leucoplasia es un antecedente frecuente del cáncer de mucosa oral, por lo general es de duración muy larga y puede estar o no asociada al antecedente de hábito tabáquico.

Las lesiones se desarrollan con más frecuencia a lo largo de o inferiores al plano de oclusión, algunas veces en la zona retromolar o cerca a la comisura.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El carcinoma epidermoide tiene una serie de presentaciones clínicas diferentes.

Las lesiones más avanzadas aparecen en primer lugar como una ulcera indolora,

una masa tumoral o una excrecencia verrucosa. El carcinoma epidermoide que se ha infiltrado profundamente en el tejido conectivo, puede tener pocos cambios superficiales, pero aparece como un área indurada firme con pérdida de movilidad del tejido.

En el piso de la boca, esta lesión produce habitualmente fijación de la lengua e imposibilidad de abrir la boca totalmente.

El carcinoma que invade encía hasta maxilar o mandíbula, puede llevar a movilidad dentaria, mientras que los que penetran profundamente en la mandíbula con afectación del nervio dentario inferior pueden causar parestesia de los dientes y el labio inferior.

La queja principal de los pacientes con cáncer es el dolor, ulceración o ambas. En muchos pacientes con cáncer el primer síntoma es la movilidad de las piezas que están rodeados por el tejido tumoral. El cáncer puede infiltrarse hacia la profundidad con bastante rapidez, para tomar el hueso subyacente, o puede crecer hacia afuera formando una masa exofítica. Es esencial que se haga un examen radiográfico del hueso subyacente si se encuentra una lesión cancerosa en mucosa.²⁹

Más del 90% de todos los carcinomas de la cavidad oral son carcinomas epidermoides o variantes de éste. Algunas lesiones benignas o malignas pueden ser confundidas con el carcinoma epidermoide de la cavidad oral y requieren un diagnóstico diferencial. Otros tumores malignos encontrados dentro de la cavidad oral incluyen el cáncer derivado de glándulas salivales menores, el melanoma, el linfoma y los sarcomas de partes blandas o de origen óseo.

Lesiones benignas

- ❖ Liquen plano
- ❖ Granuloma piogénico
- ❖ Chancro sifilítico
- ❖ Ulceras tuberculosas
- ❖ Papiloma benigno
- ❖ Queratoacantoma
- ❖ Hiperplasia folicular linfoide
- ❖ Sialometaplasia necrosante
- ❖ Tumor de células granulares

Lesiones malignas

- ❖ Melanoma
- ❖ Linfoma
- ❖ Sarcoma
- ❖ Tumores salivales malignos
- ❖ Tumores metastásicos

Exámenes complementarios de diagnóstico

Los medios auxiliares de diagnóstico fundamentales en la identificación temprana del cáncer oral.

➤ Citología exfoliativa

Este examen se refiere al estudio de células epiteliales aisladas. Ha sido recomendada para el inmediato diagnóstico del cáncer oral, ya que la célula maligna ha sido encontrada en frotis de lesiones aparentemente inocentes, como tejidos de granulación, úlceras y placas leucoplásicas. Está indicada para la

detección precoz del cáncer oral, en lesiones de apariencia inofensiva donde su aspecto es tal que no justifica la biopsia, especialmente si están ubicadas en una región con alta frecuencia de presencia de carcinomas. También se indica en la detección y seguimiento de carcinomas recurrentes.

La Citología exfoliativa, no sustituye a la biopsia, es un adjunto y complemento de ésta y más aún un diagnóstico citológico de malignidad debe ser confirmado por una biopsia.

➤ **Biopsia**

Es el método auxiliar más convincente en oncología. No está restringida exclusivamente al diagnóstico de tumores, sino que es de gran valor para determinar la naturaleza de cualquier tipo de lesión. Este procedimiento quirúrgico, que abarca la remoción y examen de un tejido, tiene la finalidad de realizar su examen microscópico para determinar un diagnóstico. La biopsia no disemina el cáncer, pero, aunque lo hiciera, las ventajas de establecer la naturaleza de la lesión sobrepasan el peligro señalado.

Se indica en lesiones crónicas que no sanen en más de 15 días, lesiones de crecimiento rápido o que aceleran su crecimiento después de un tiempo y lesiones recurrentes.

Cuando se detecta, como resultado de un riguroso examen bucal, una mancha eritematosa o blanquecina sin causa aparente, aunque otras pruebas no indiquen positividad y el estomatólogo tenga la sospecha de un proceso neoplásico maligno, es inexcusable no realizar una biopsia.

Los procedimientos para tomar un fragmento para biopsia son varios y todos

sencillos. El más actual es la biopsia por incisión que consiste en tomar un fragmento de una lesión, generalmente grande y no menor de 5 cm. Este se conservará en una solución de formol al 10% para ser derivada al patólogo.

➤ **Imagenología**

Cuando en un cáncer de la encía o paladar se sospecha infiltración ósea; la radiología es indispensable. Para estos fines las vistas intrabucales pueden ser de utilidad, pero más precisas y demostrativas son las vistas extrabucales de frente, laterales u oblicuas. La radiología ordinaria da un conjunto de imágenes situadas en diferentes planos. La tomografía permite reproducir un corte analítico del órgano a una profundidad determinada. La tomografía axial computadorizada (TAC) nos brinda un enorme caudal de datos con gran precisión, en estos momentos es imprescindible para determinar los límites de la cirugía en lesiones de la estructura maxilofacial. Con los mismos principios de utilización de energía, la resonancia magnética nuclear (RMN) ofrece imágenes de más resolución que la TAC con la ventaja de no irradiar al paciente ni de recibir radiaciones ionizantes el operador.

La gammagrafía con radioisótopos es una prueba que debe conocerse por sus amplias posibilidades diagnósticas de lesiones de carcinoma epidermoide en oncología. La gammagrafía estática puede precisar la extensión de un cáncer con compromiso óseo sin olvidar las posibilidades de identificar diseminaciones tempranas a distancia, asintomáticos.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El tratamiento del cáncer de la boca ha tenido avances importantes y cambios

trascendentes en la última década.

Históricamente el tratamiento de los pacientes con carcinoma epidermoide de la cavidad bucal ha sido la resección en bloque del tumor primario con la disección radical de cuello (operación tipo COMANDO) seguida de radioterapia, dejando a un lado el tratamiento sistémico (quimioterapia); sin embargo, en años recientes la quimioterapia asociada a radioterapia es el estándar de tratamiento en tres circunstancias:

- a) Pacientes con neoplasias avanzadas.
- b) Como intento de preservación orgánica.
- c) En forma adyuvante en pacientes con factores pronóstico adversos, identificados en la resección tumoral.

La reconstrucción de tejidos blandos y óseos, durante tanto tiempo considerada “secundaria” en la oncología cervico facial, actualmente es parte fundamental del tratamiento.

COMPLICACIONES ORALES DE PACIENTES EN TRATAMIENTO

Las complicaciones pueden ser agudas (desarrollándose durante la terapia) o crónica (desarrollándose meses o años después de la terapia). Por lo general la quimioterapia contra el cáncer, causa toxicidades agudas que se resuelven después de discontinuarse la terapia y recuperarse los tejidos lesionados.³²

- a) Complicaciones orales de la quimioterapia oncológica³³
 - Mucositis
 - Xerostomía
 - Neurotoxicidad
 - Hemorragia gingival

- Infección bacteriana, micotica y viral
 - GUN (gingivitis ulceronecrosante).
- b) Complicaciones orales de la radioterapia oncológica
- Mucositis
 - Dermatitis
 - Xerostomía
 - Trismus
 - Disfagia
 - Pérdida del gusto (disgeusia)
 - Infecciones micóticas
 - Necrosis del tejido blando
 - Osteorradionecrosis

Candidiasis oral.- La candidiasis es la infección micotica que se presenta en cavidad oral con más frecuencia es producida por la candida albicans, que hace parte de la flora normal y se vuelve patógeno cuando existen alteraciones locales o sistémicas. Se caracteriza por colonias condensadas de color blanco que se adhieren en la mucosa, principalmente en la lengua.

Su incidencia es multifactorial: uso de prótesis totales, terapia con antibióticos, antineoplásicos, inmunosupresores, etc. También se presentan en pacientes que han recibido radioterapia de cabeza y cuello y han desarrollado xerostomía.³³

PREVENCIÓN FRENTE AL CÁNCER ORAL

Si hablamos de prevención, debemos considerar necesariamente y de manera alterna la detección temprana de la enfermedad como la base de cualquier

programa preventivo aplicado a la cavidad oral y oro faringe. Es de vital importancia el diagnóstico oportuno del cáncer por medio del reconocimiento de lesiones precursoras como la eritroplasia y leucoplasia, así como la identificación de factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo y la infección por virus del papiloma humano, los tipos 16 y 18 principalmente.

Es imprescindible que se refuercen programas académicos que permitan concientizar y capacitar al médico, odontólogo y estudiantes de dichas profesiones, del compromiso ético que adquieren respecto al conocimiento mínimo de diagnóstico del cáncer oral.³⁵

Desgraciadamente para el área de la medicina, la cavidad oral solo tiene un interés secundario olvidando que se ha considerado receptor importante de efectos adversos clínicamente significativos, menospreciándose el valor sustancial del examen oral sistemático y secuencial. Según estudios realizados, se sabe que de todos los pacientes diagnosticados con cáncer oral, más de la mitad consultó como primera opción al odontólogo seguido del médico general.

La Comisión técnica de la **OFEDO/UDUAL** para la investigación por para la prevención en salud bucal se reunió en la Facultad de Odontología de la Universidad de Autónoma del Estado de México en Toluca, en marzo de 1991; acordaron las siguientes recomendaciones con referencia al cáncer bucal.¹³

1. Incluir en los planes de estudio de odontología la enseñanza de los fundamentos de la investigación epidemiológica, prevención, patogenia y diagnóstico de las lesiones premalignas y del cáncer bucal, así como la atención de pacientes que estén recibiendo o hayan recibido tratamiento antineoplásico.

2. Impulsar la prevención del cáncer bucal mediante la educación de la población y el examen sistémico de la boca realizado por el odontólogo.
3. Desarrollar programas y acciones de detección oportuna de lesiones premalignas y malignas, dentro de los servicios universitarios, de las instituciones de salud y privados como una actividad permanente y sistémica.
4. Realizar cursos de educación continuada y actualización, dirigidos a odontólogos de práctica general y especialistas, sobre lesiones premalignas y neoplásica, se debe hacer hincapié en la capacitación de los profesores de Escuelas y Facultades de Odontología.
5. Desarrollar en los profesores y alumnos de odontología la conciencia de que la responsabilidad de la prevención y detección del cáncer bucal corresponde a los odontólogos, sean estos de práctica general o especialistas.

Se hace evidente la importancia del Odontólogo como primera línea de defensa frente al cáncer oral, así como el reconocimiento de lesiones precursoras, factores de riesgo y exámenes orales rutinarios y sistemáticos unidos a campañas de salud bucal.

Entre las recomendaciones específicas para la prevención del cáncer oral, deben considerarse las siguientes:

- Evitar exceso de peso (mantener IMC óptimo, con ingesta y ejercicio físico regular).
- Reducir ingesta total de grasas (saturadas e insaturadas).
- Comer todos los días frutas, verduras, hortalizas y derivados de cereales

con alto contenido en fibras.

- Incluir alimentos ricos en vitamina A, C y E.
- Reducir al mínimo el consumo de alimentos irritantes.
- Restringir la ingesta de carnes rojas, en particular asadas directamente al carbón o leña.
- Evitar los azúcares torrefactos.
- Limitar el consumo de bebidas alcohólicas y hábito de tabáquico.
- Mantener una buena hidratación.

Es fundamental que los odontólogos se eduquen apropiadamente con un entrenamiento duradero, basado en la observación directa, manejo integral y multidisciplinario con especialidades médico-quirúrgicas y odontológicas del paciente oncológico. Para ello es imperativo la modificación de los esquemas educativos, así como la creación de departamentos de odontología oncológica en centros hospitalarios de concentración que estén habituados y provistos de la infraestructura necesaria para llevar a cabo programas que proporcionen capacitación de la más alta calidad, enfocándose en el reconocimiento, evaluación, tratamiento, pronóstico, prevención, detección temprana e investigación del paciente oncológico en relación con la cavidad bucal y dental.

Las perspectivas y expectativas de la odontología junto con todas sus ramas sin duda deberán encaminarse a la incorporación coordinada y en apoyo a la atención integral del paciente oncológico estableciendo departamentos que proporcionen no solo la atención sino la prevención integral mejorando la calidad y sobrevivencia de los pacientes.

3.3 MARCO CONCEPTUAL

- **CÁNCER ORAL. (CO).** Término que se aplica a todos los tumores malignos que se desarrollan dentro de la boca.
- **CARCINOMA** .Cáncer derivado de la mucosa oral.
- **CARCINOMA EPIDERMOIDE ORAL.** Carcinoma escamoso, carcinoma espinocelular, carcinoma escamocelular, neoplasia maligna del epitelio plano estratificado que puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia
- **CONTACTO CON ALGUN CASO DE CANCER ORAL.** Se refiere al haber observado o participado del diagnóstico, examen clínico o tratamiento de algún paciente con Cáncer oral
- **LESION PREMALIGNA.** Lesión cancerizable, pre cáncer, pre neoplasia. Entidades que tienen probabilidad estadística de convertirse en cáncer
- NIVEL DE CONOCIMIENTOS.** Es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos.
- **NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER ORAL.** Es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos referentes al cáncer oral.
- **PREVENCIÓN.** Acciones dirigidas a evitar la instauración y desarrollo de una enfermedad

IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

4.2 POBLACION Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población está constituida por 102 estudiantes de ambos sexos del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Tecnológica de los Andes.

MUESTRA

En el presente estudio de investigación la muestra es de muestreo probabilístico de tipo de conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.
- ❖ Estudiantes del séptimo a noveno semestre que dieran su consentimiento para participar del estudio.
- ❖ Estudiantes de séptimo a noveno semestre que llevaron el curso de patología general y medicina estomatológica.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Estudiantes que desistieran de la autorización para su evaluación.
- ❖ Estudiantes que no terminen responder el cuestionario.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4.3.1 IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

4.3.1.1 Nivel de conocimiento sobre cáncer oral.- Es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos referentes al cáncer oral. Este variable tiene las siguientes dimensiones:

- **Epidemiología del Cáncer Oral.-** Estudia la distribución, la frecuencia, los factores determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y el cáncer oral existente en poblaciones humanas definidas. Variable de tipo cualitativo medida en escala ordinal y que toma los siguientes valores:
 - Bajo (0-1 puntos)
 - Regular (2 puntos)
 - Alto (3 puntos)

- **Etiología del Cáncer Oral.-** Son los factores causales, que actúan durante un largo periodo, y el proceso de cambio hacia la malignidad es tan lento antes que se haga evidente. Variable de tipo cualitativo medida en escala ordinal y que toma los siguientes valores:
 - Bajo (0- 2puntos)
 - Regular (3 puntos)
 - Alto (4- puntos)

- **Diagnóstico de Cáncer Oral.-** Es el resultado de una consulta temprana ante un síntoma que percibe el paciente o investigación de una población de pacientes asintomáticos. Variable de tipo cualitativo medida en escala ordinal y que toma los siguientes valores:

- Bajo (0-3 puntos)
- Regular (4-5 puntos)
- Alto (6-7 puntos)

➤ **Tratamiento del Cáncer oral.**- Es el procedimiento de tratar a los pacientes con cáncer oral mediante el estándar de cirugías, quimioterapias y radioterapias. Variable de tipo cualitativo medida en escala ordinal y que toma los siguientes valores:

- Bajo (0-1 puntos)
- Regular (2 puntos)
- Alto (3 puntos)

➤ **Prevención del Cáncer oral.**- Es la detección temprana del cáncer oral, mediante el diagnóstico oportuno, identificación de factores de riesgo y reconocimiento de lesiones precursoras. Variable de tipo cualitativo medida en escala ordinal y que toma los siguientes valores:

- Bajo (0-1 puntos)
- Regular (2-3 puntos)
- Alto (4 puntos)

El valor total del nivel de conocimiento sobre cáncer oral es:

- Bajo: ≤ 12 ptos(< 50%)
- Regular: >12-15 ptos(>50% - 65%)
- Alto: >16 ptos(> 70%)

COVARIABLES:

- **Genero.-** Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas. Variable de tipo cualitativo, medida en escala nominal y que toma los siguientes valores:
 - Varón
 - Mujer
- **Semestre.-** Es un periodo de tiempo. Variable de tipo cualitativo, medida en escala ordinal y que toma los siguientes valores:
 - Séptimo
 - Octavo
 - Noveno

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variables	Escala	Valores
Nivel de conocimiento sobre cáncer oral	Es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos referentes al cáncer oral.	Epidemiología del Cáncer Oral	Estudia la distribución, la frecuencia, los factores determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y el cáncer oral existente en poblaciones humanas definidas.	Preguntas 1, 2, 3.	Cualitativa	Ordinal	Bajo (0-1 pts) Regular (2 pts) Alto (3 pts)
		Etiología del Cáncer Oral	Son los factores causales, que actúan durante un largo periodo, y el proceso de cambio hacia la malignidad es tan lento antes que se haga evidente	Preguntas 4, 5, 6, 7, 8.			Bajo (0-2 pts) Regular (3 pts) Alto (4-5 pts)
		Diagnóstico de Cáncer Oral	Es el resultado de una consulta temprana ante un síntoma que percibe el paciente o investigación de una población de pacientes asintomáticos.	Preguntas 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.			Bajo (0-3 pts) Regular (4-5 pts) Alto (6-7 pts)
		Tratamiento del Cáncer oral	Es el procedimiento de tratar a los pacientes con cáncer oral mediante el estándar de cirugías, quimioterapias y radioterapias.	Preguntas 16, 17, 18.			Bajo (0-1 pts) Regular (2 pts) Alto (3 pts)
		Prevención del Cáncer oral	Es la detección temprana del cáncer oral, mediante el diagnóstico oportuno, identificación de factores de riesgo y reconocimiento de lesiones precursoras.	Preguntas 19, 20, 21, 22.			Bajo (0-1 pts) Regular (2-3 pts) Alto (4 pts)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS COVARIABLES

Covariable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variables	Escala	Valores
Genero	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas.	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: varón o mujer.			Nominal	Masculino Femenino
Semestre	Es un periodo de tiempo.	Es el ciclo académico al que pertenecen los estudiantes dentro de la formación profesional.	Cuestionario	Cualitativa	Ordinal	Séptimo Octavo Noveno

4.4 PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

TECNICA:

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral se utilizó un cuestionario estructurado como instrumento de recolección de datos, el cual ha sido elaborado y utilizado en la UNMSM⁴ para un estudio de medición de conocimiento sobre cáncer oral en universidades en la ciudad de Lima, se aplicó el análisis de fiabilidad con los resultados obteniéndose un alfa de crombach de 7.62. Este cuestionario está constituido por puntos ó preguntas básicas sobre el cáncer oral que es de conocimiento del estudiante.

PROCEDIMIENTO:

- Consentimiento informado.- El consentimiento informado (anexo N°1) fue entregado a los estudiantes antes de proceder con la evaluación mediante el cuestionario.
- El método de recolección de datos está conformado por el cuestionario estructurado (anexo N°2) la cual está dividida en dos partes: datos generales y preguntas de conocimientos sobre cáncer oral, se detalla en lo siguiente:
 1. Datos generales.- Son datos específicos y personales de los estudiantes que participaran en esta investigación y son: edad, género, semestre al cual pertenece cada estudiante y experiencia anterior en algún caso de Cáncer oral.
 2. Conocimientos Sobre Cáncer Oral.- El cuestionario tiene 22 preguntas cerradas con respuestas múltiples sobre el conocimiento de cáncer oral, las cuales fueron aplicadas para la evaluación del nivel de conocimiento

en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Tecnológica de los Andes.

Se otorgó un punto por cada respuesta correcta, agrupando los resultados según el siguiente rango:

- Bajo: ≤ 12 ptos(< 50%)
- Regular: >12-15 ptos(>50% - 65%)
- Alto: >16 ptos(> 70%)

Las preguntas fueron calificadas por secciones de la siguiente manera:

- Nivel de conocimiento sobre epidemiología del Cáncer Oral.

Bajo (0-1 puntos)

Regular (2 puntos)

Alto (3 puntos)

- Nivel de conocimiento sobre etiología del Cáncer oral.

Bajo (0- 2puntos)

Regular (3 puntos)

Alto (4- puntos)

- Nivel de conocimiento sobre Diagnostico del Cáncer oral.

Bajo (0-3 puntos)

Regular (4-5 puntos)

Alto (6-7 puntos)

Nivel de conocimientos sobre tratamiento y complicaciones orales del cáncer oral.

Bajo (0-1 puntos)

Regular (2 puntos)

Alto (3 puntos)

– Nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer oral.

Bajo (0-1 puntos)

Regular (2-3 puntos)

Alto (4 puntos)

4.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Después de obtener mis criterios de inclusión y exclusión los datos fueron procesados de manera automática, en una computadora, en los siguientes programas:

- Microsoft Word 2013, Microsoft Excel 2013 y programa estadístico SPSS versión 20
- Medidas de tendencia central y dispersión (media, moda y medidas de dispersión como desviación estándar).
- Para su representación gráfica, se utilizarán tablas, gráficos de barras y gráficos circulares.
- Prueba no paramétrica. Chi cuadrado (χ^2). Para determinar la relación entre las variables. Y se aplicó la técnica de distribución porcentual.

4.6 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo fue realizado siguiendo los lineamientos éticos básicos de objetividad, honestidad, respeto de los derechos de terceros, relaciones de igualdad, así como un análisis crítico para evitar cualquier riesgo y consecuencias perjudiciales.

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos. Toda la información de las etapas descriptivas y se obtendrá a través de preguntas del cuestionario estructurado, por lo que no es necesario acudir a procedimientos o maniobras que pudieran provocar daño físico o psíquico en las personas evaluados.

Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañasen su dignidad, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada estudiante sano leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio.

V. RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tabla y grafico N° 1

La muestra estuvo conformada por 102 estudiantes del séptimo a noveno semestre de la carrera profesional de estomatología, de ellos 40 fueron estudiantes del séptimo semestre, 36 estudiantes del octavo semestre y 26 estudiantes del noveno semestre; conformando el 39.2%, 35.3% y 25.5% de la población respectivamente. El 54.90 % de los estudiantes en esta investigación fueron del género femenino y el 45.10% pertenecientes al género masculino. En la muestra, se encontró que 96 estudiantes no tienen experiencia anterior frente algún caso de cáncer oral, y 6 de los estudiantes que sí tienen experiencia anterior frente algún caso de cáncer oral durante su formación profesional, conformando el 94.10% y 5.90% de la población respectivamente.

Tabla y grafico N° 2

Se quiere saber el nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela profesional de Estomatología según semestre y género, para ello los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado con el fin de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable. Los resultados según semestre de la prueba se presentan en la **tabla N° 2** ($X^2=0.767$; g.l.=4; $p=0.000$) y según género ($X^2=12.603$; g.l.=2; $p=0.000$).

Las valoraciones de la prueba son claras, las proporciones internas de la variable

“nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral son significativamente diferentes, así mismo, indica el nivel de conocimientos según el semestre se obtuvo que el 46,1% tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 40,2% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 13,7% un nivel de conocimiento alto. Y el nivel de conocimiento de la epidemiología según género 45.1% tuvo un nivel bajo, el 41.2% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 13.7% un nivel de conocimiento alto.

Estos resultados se pueden apreciar visualmente en el **grafico N° 2**, en el cual se observa que el nivel de conocimiento según semestre predominó el nivel bajo significativamente, seguido por el nivel regular y por último el nivel alto. Y según género predominó el nivel bajo significativamente, seguido por el nivel regular y por último el nivel alto.

Tabla y grafico N° 3

Se quiere determinar si existe relación de dependencia entre los niveles de conocimiento sobre la etiología del cáncer oral y el semestre al que pertenecen los estudiantes; para ello los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado cuyo resultados se representan en la **tabla N° 3** ($X^2=2.340$; g.l.=4; $p=0.000$) cuyas valoraciones confirman que dicha dependencia es significativa.

De la misma manera, con el fin de determinar si existe relación de dependencia significativa entre los nivel de conocimiento y el género, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado cuyo resultados se representan en la **tabla N° 3** ($X^2=21.335$; g.l.=2; $p=0.000$), cuyas valoraciones indican que la relación de dependencia evaluada es significativa.

Estos resultados se pueden observar en el **grafico N° 3** en la cual el nivel

conocimiento sobre etiología del cáncer oral y factores de riesgo, según el semestre predominó el nivel bajo significativamente con 38.20%, seguido por el nivel regular con el 31.40% y por último el nivel alto con 30.40%. Y Según el género, el 39.2% de los estudiantes tuvieron nivel bajo, el 30.4% nivel regular y el 30.4% nivel alto.

Tabla y gráfico N° 4

Se quiere saber si el semestre influye de manera significativa en el nivel de conocimiento sobre diagnóstico de cáncer oral que tienen los estudiantes del séptimo a noveno semestre, para ello, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado para dos muestras, cuyas valoraciones que se presentan en la **tabla N° 4** ($X^2=12.4613$; g.l.=4; $p=0.000$) indican que la relación de dependencia que existe entre las variables evaluadas es significativa.

De la misma manera, con el fin de determinar si existe relación de dependencia significativa entre el nivel de conocimiento y el género, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado cuyo resultados se representan en la **tabla N° 4** ($X^2=12.365$; g.l.=2; $p=0.000$), cuyas valoraciones indican que la relación de dependencia evaluada es significativa.

Por lo tanto, el nivel de conocimiento sobre diagnóstico, signos y síntomas del cáncer oral, según semestre el 29.40% tuvo nivel de conocimiento alto, el 54.90% tuvo nivel de conocimiento regular y el 15.70% tuvo nivel de conocimiento bajo.

Y según el género el nivel de conocimiento sobre diagnóstico, el 28.4% de los estudiantes de séptimo tuvieron nivel bajo, el 54.9%, nivel regular y el 16.7% nivel alto.

Tabla y grafico N° 5

Se quiere saber si el semestre influye de manera significativa en el nivel de conocimiento sobre tratamiento del cáncer oral que tienen los estudiantes del séptimo a noveno semestre, para ello, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado para dos muestras, cuyas valoraciones que se presentan en la **tabla N° 5** ($X^2=12.60$; g.l.=4; $p=0.000$) indican que la relación de dependencia que existe entre los variables evaluadas es significativa.

De la misma manera, con el fin de determinar si existe relación de dependencia significativa entre los nivel de conocimiento y el género, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado cuyo resultados se representan en la **tabla N° 5** ($X^2=7.587$; g.l.=2; $p=0.000$), cuyas valoraciones indican que la relación de dependencia evaluada es significativa.

Así mismo, indican el nivel de conocimiento sobre tratamiento y complicaciones del cáncer oral, según el semestre que el 46.1% de los estudiantes tuvo nivel de conocimiento bajo, el 44,1%, nivel de conocimiento regular y el 9,8% tuvo nivel de conocimiento alto. Y según el género el nivel de conocimiento sobre cáncer oral, el 45.1% de los estudiantes tuvieron nivel bajo, el 44.1%, nivel regular y el 10.8% nivel alto.

Tabla y grafico N° 6

Se quiere saber el nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela profesional de Estomatología según semestre y género, para ello los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado con el fin de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable. Los resultados según

semestre de la prueba se presentan en la **tabla N° 6** ($X^2=4.098$; g.l.=4; p=0.000) y según género ($X^2=20.795$; g.l.=2; p=0.000).

Las valoraciones de la prueba son claras, las proporciones internas de la variable “nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer oral son significativamente diferentes, así mismo, indica el nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer oral, según el semestre se obtuvo que 12.70% de los estudiantes tuvo nivel de conocimiento bajo, el 56.90% tuvo nivel de conocimiento regular y el 30.40%, tuvo nivel de conocimiento alto, en esta sección del cuestionario. Y según género el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral, se obtuvo que el 11.8% de los estudiantes tuvieron nivel bajo, el 58.8%, nivel regular y el 29.4% nivel alto, grafico n° 6.

Tabla y grafico N° 7

Se muestra los puntajes globales obtenidos del nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre. El puntaje mínimo obtenido fue 6 puntos, y el puntaje máximo fue 19 puntos. La desviación estándar fue de 2.75. La moda fue 14 puntos y el puntaje promedio fue 12.96 puntos.

Tabla y grafico N° 8

Se quiere saber el nivel de conocimiento en general sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela profesional de Estomatología, para ello los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado para una muestra con el fin de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable las cuales están expresadas en nivel bajo, regular y alto. Los resultados de la prueba se presentan en la **tabla N° 8** ($X^2=10.59$; g.l.=4; p=0.000).

Las valoraciones de la prueba son claras, las proporciones internas de la variable “nivel de conocimiento sobre cáncer oral son significativamente diferentes, así mismo, indica que el nivel de conocimientos sobre cáncer oral de los 102 estudiantes que el 43.1% tuvo nivel de conocimientos regular; el 40,2% tuvo nivel de conocimientos bajo y el 16.7% tuvo nivel de conocimientos alto.

Estos resultados se pueden apreciar visualmente en el **grafico N° 8**, en el cual se observa que el nivel de conocimiento regular predominó con mayor proporción significativamente, seguido por el nivel bajo y por último el nivel alto.

El nivel de conocimientos sobre cáncer oral de los estudiantes de SEPTIMO fue, alto en el 20%; regular en el 32.5%, y bajo en el 47.5% de ellos. Los estudiantes de OCTAVO tuvieron los siguientes resultados: el 11.1% de sus estudiantes en el nivel alto, 38.9% en el nivel regular y 50% en el nivel bajo. Los estudiantes de NOVENO obtuvieron los siguientes resultados: el 19.2% en el nivel alto, el 65.4% en el nivel regular y el 15.4% en el nivel bajo.

Se indican las frecuencias de cada nivel de conocimientos por cada semestre .La mayor frecuencia se ubicó en el nivel bajo en los tres semestres. En SEPTIMO, el nivel bajo se presentó en mayor proporción que el nivel regular; en OCTAVO el nivel bajo se presentó en mayor proporción que el nivel regular y en NOVENO se presentó el nivel regular en mayor proporción que el nivel bajo.

TABLA N° 1

Población de estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología, según semestre y género. Abancay 2016.

	Valor	Frecuencia	%
Semestre	Séptimo	40	39.2%
	Octavo	36	35.3%
	Noveno	26	25.5%
	Total	102	100%
Genero	Femenino	56	54.9%
	Masculino	46	45.1%
	Total	102	100%

GRAFICO N° 1

Población de estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología, según semestre y género. Abancay 2016.

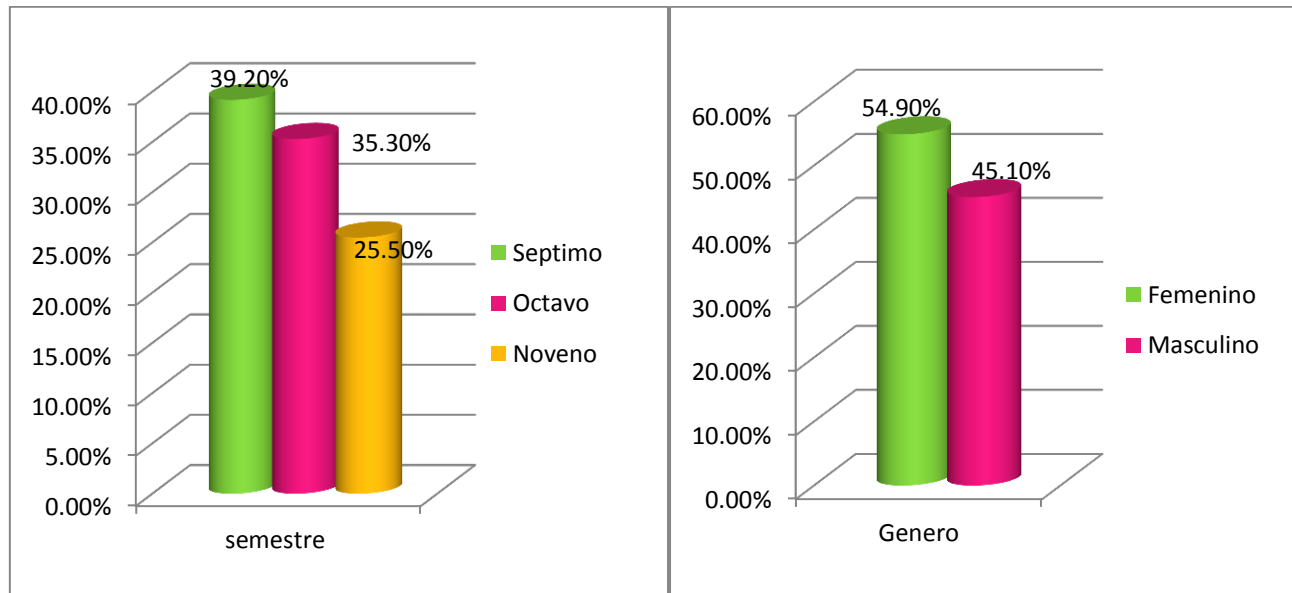


TABLA N° 2

Nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología según semestre y género.

		Nivel de conocimiento sobre epidemiología del cáncer oral								Valor-p *
		Bajo		Regular		Alto		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	
Semestre	Séptimo	20	50	15	37.5	5	12.5	40	39.2	$\chi^2=0.767$ g.l.=4 p=0.000
	Octavo	15	41.7	15	41.7	6	16.7	36	35.3	
	Noveno	12	46.2	11	42.3	3	11.5	26	25.5	
	Total	47	46.1	41	40.2	14	13.7	102	100	
Genero	Femenino	30	53.6	20	35.7	6	10.7	56	54.9	$\chi^2=12.603$ g.l.=2 p=0.000
	Masculino	16	34.8	22	47.8	8	17.4	46	45.1	
	Total	46	45.1	42	41.2	14	13.7	102	100	

* Se utilizó la prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar el valor-p

GRAFICO N° 2

Nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología según semestre y género.

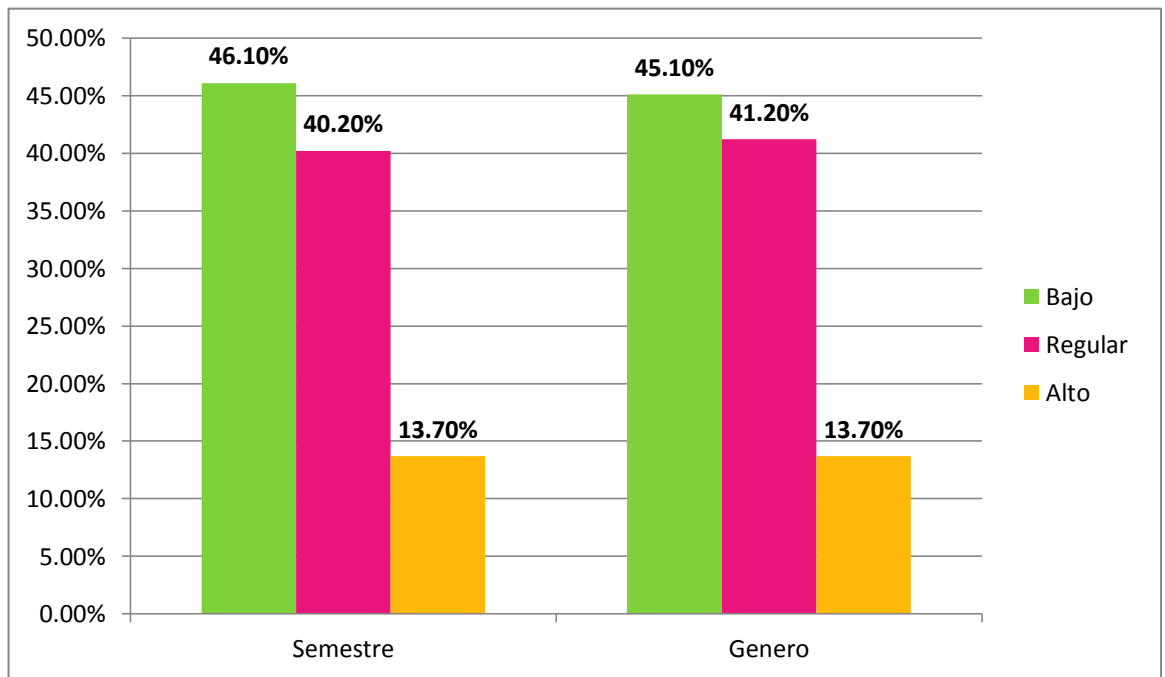


TABLA N° 3

Nivel de conocimiento sobre la etiología del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

		Nivel de conocimiento sobre etiología del cáncer oral								
		Bajo		Regular		Alto		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	Valor-p *
Semestre	Séptimo	14	35	11	27.5	15	37.5	40	39.2	$\chi^2=2.340$ g.l.=4 p=0.000
	Octavo	16	44.5	12	33.3	8	22.2	36	35.3	
	Noveno	9	34.6	9	34.6	8	30.8	26	25.5	
	Total	39	38.2	32	31.4	31	30.4	102	100	
Genero	Femenino	24	42.8	16	28.6	16	28.6	56	54.9	$\chi^2=21.335$ g.l.=2 p=0.000
	Masculino	16	34.8	15	32.6	15	32.6	46	45.1	
	Total	40	39.2	31	30.4	31	30.4	102	100	

* Se utilizó la prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar el valor-p.

GRAFICO N° 3

Nivel de conocimiento sobre la etiología del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

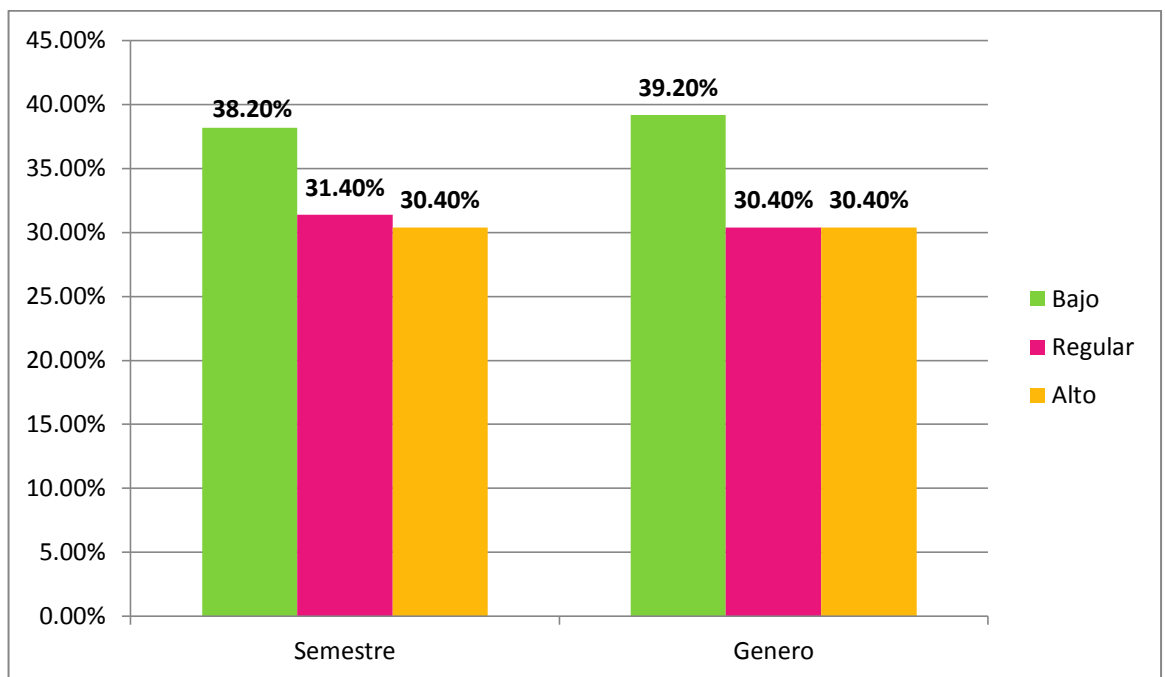


TABLA N° 4

Nivel de conocimiento sobre diagnóstico del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

		Nivel de conocimiento sobre diagnóstico del cáncer oral								
		Bajo		Regular		Alto		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	Valor-p *
Semestre	Séptimo	16	40	16	40	8	20	40	39.2	$\chi^2=12.461$ g.l.=4 p=0.000
	Octavo	12	33.3	22	61.1	2	5.6	36	35.3	
	Noveno	2	7.7	18	69.2	6	23.1	26	25.5	
	Total	30	29.4	56	54.9	16	15.7	102	100	
Genero	Femenino	17	30.4	28	50	11	19.6	56	54.9	$\chi^2=12.365$ g.l.=2 p=0.000
	Masculino	12	26.1	28	60.9	6	13	46	45.1	
	Total	29	28.4	56	54.9	17	16.7	102	100	

* Se utilizó la prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar el valor-p.

GRAFICO N° 4

Nivel de conocimiento sobre diagnóstico del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

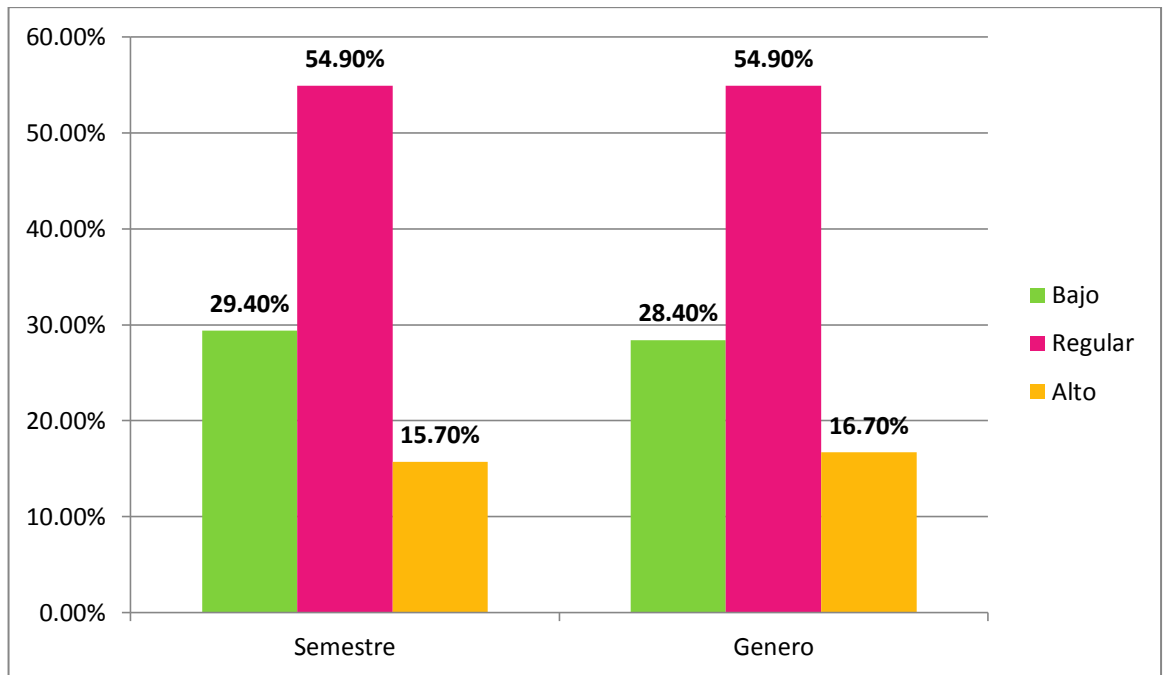


TABLA N° 5

Nivel de conocimiento sobre tratamiento del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

Nivel de conocimiento sobre tratamiento del cáncer oral										
		Bajo		Regular		Alto		Total		Valor-p *
		F	%	F	%	F	%	F	%	
Semestre	Séptimo	20	50	16	40	4	10	40	39.2	$\chi^2=12.602$ g.l.=4 p=0.000
	Octavo	22	61.1	13	36.1	1	2.8	36	35.3	
	Noveno	5	19.2	16	61.6	5	19.2	26	25.5	
	Total	47	46.1	45	44.1	10	9.8	102	100	
Genero	Femenino	26	46.4	25	44.7	5	8.9	56	54.9	$\chi^2=7.587$ g.l.=2 p=0.000
	Masculino	20	43.5	20	43.5	6	13	46	45.1	
	Total	46	45.1	45	44.1	11	10.8	102	100	

* Se utilizó la prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar el valor-p.

GRAFICO N° 5

Nivel de conocimiento sobre tratamiento del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

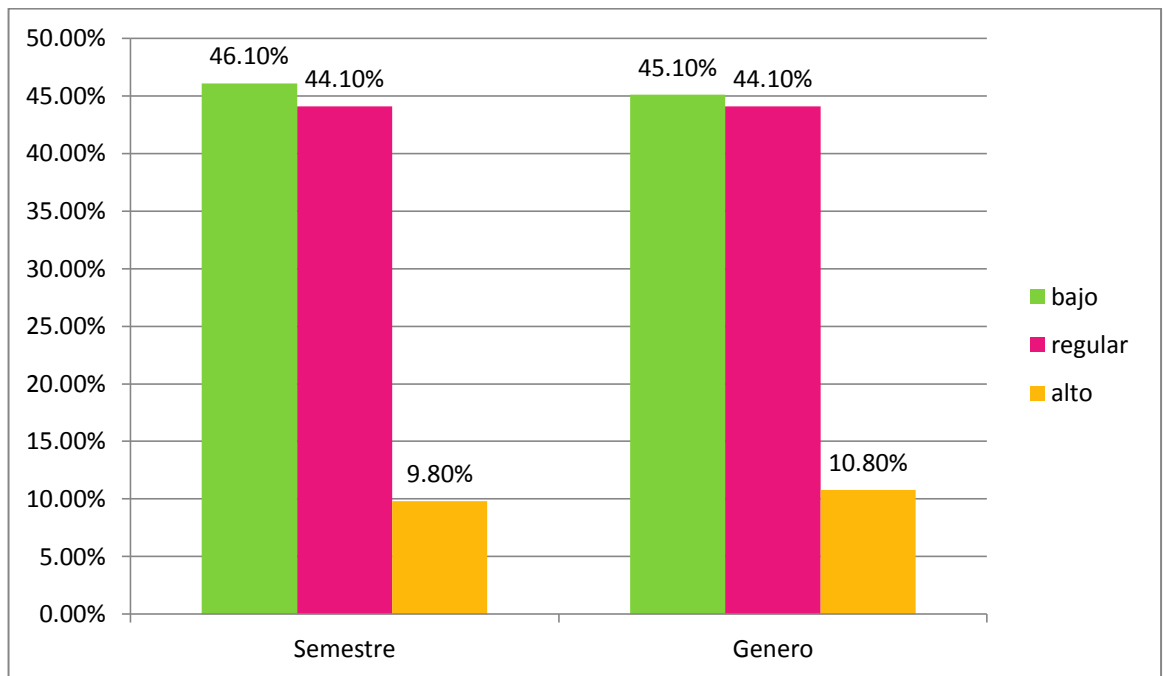


TABLA N° 6

Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

		Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral								Valor-p *
		Bajo		Regular		Alto		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	
Semestre	Séptimo	4	10	26	65	10	25	40	39.2	$\chi^2=4.098$ g.l.=4 p=0.000
	Octavo	6	16.7	18	50	12	33.3	36	35.3	
	Noveno	3	11.5	14	53.9	9	34.6	26	25.5	
	Total	13	12.7	58	56.9	31	30.4	102	100	
Genero	Femenino	8	14.3	32	57.1	16	28.6	56	54.9	$\chi^2=20.795$ g.l.=2 p=0.000
	Masculino	4	8.7	28	60.9	14	30.4	46	45.1	
	Total	12	11.8	60	58.8	30	29.4	102	100	

* Se utilizó la prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar el valor-p.

GRAFICO N° 6

Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología.

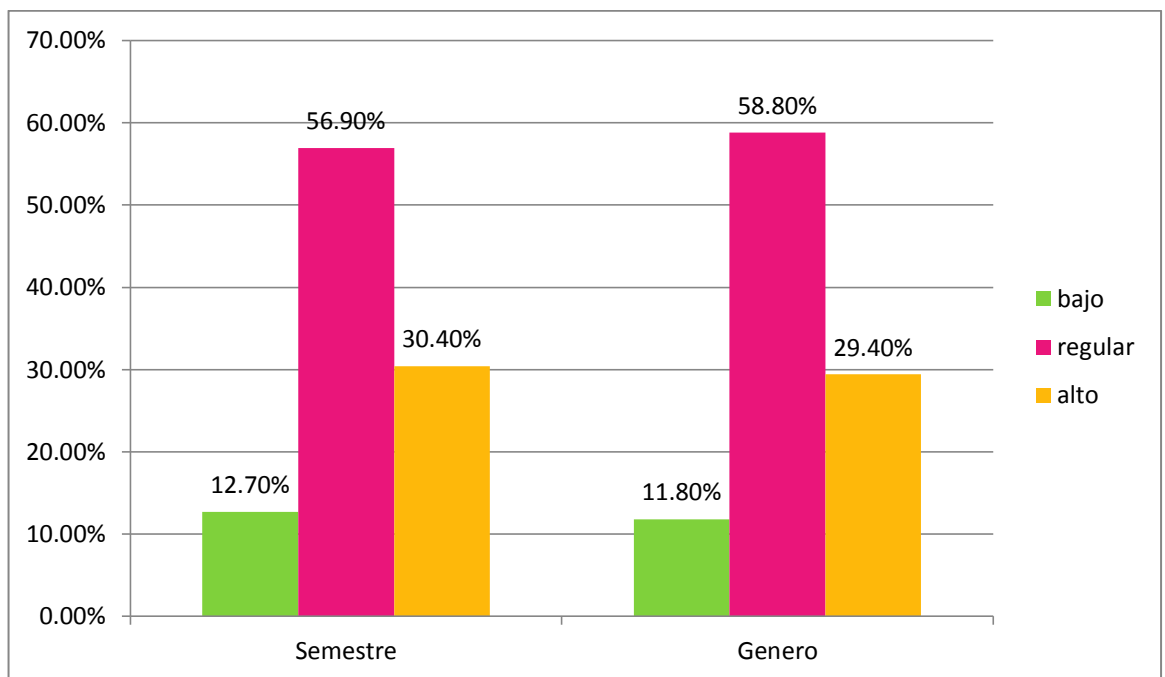


TABLA N° 7

Puntaje global obtenido del cuestionario sobre el conocimiento del cáncer oral, aplicado en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología. Abancay 2016

Puntaje global		% de resolución del cuestionario
Puntaje máximo	19	86.37%
Puntaje mínimo	6	27.28%
Media	12.96	58.90%
Moda	14	63.63%
Desviación estándar	2.75	

GRAFICO N° 7

Puntaje global obtenido del cuestionario sobre el conocimiento del cáncer oral, aplicado en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología. Abancay-2016

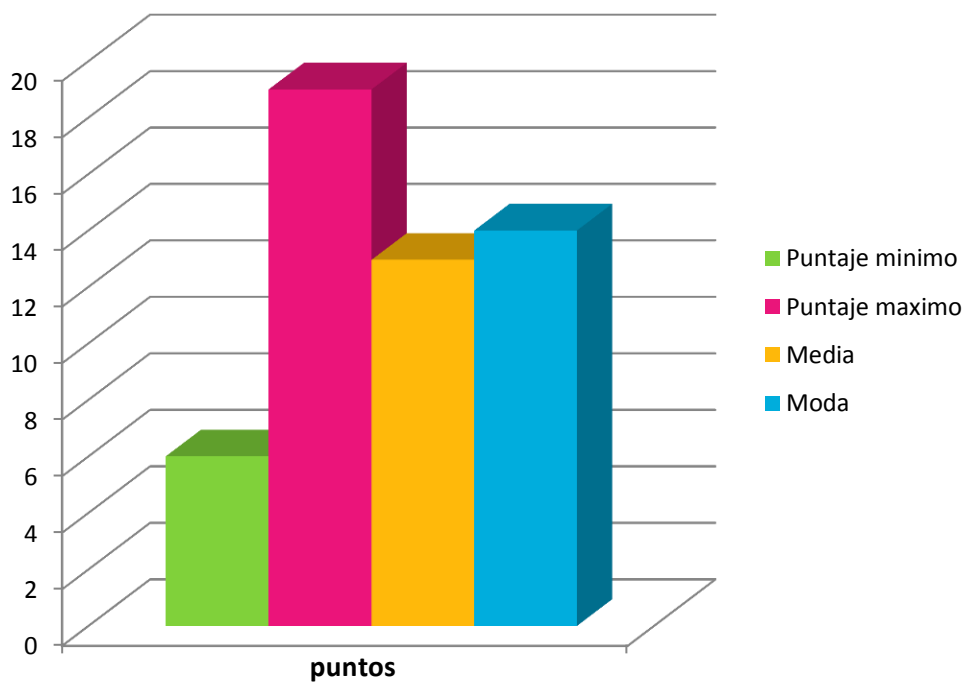


TABLA N° 8

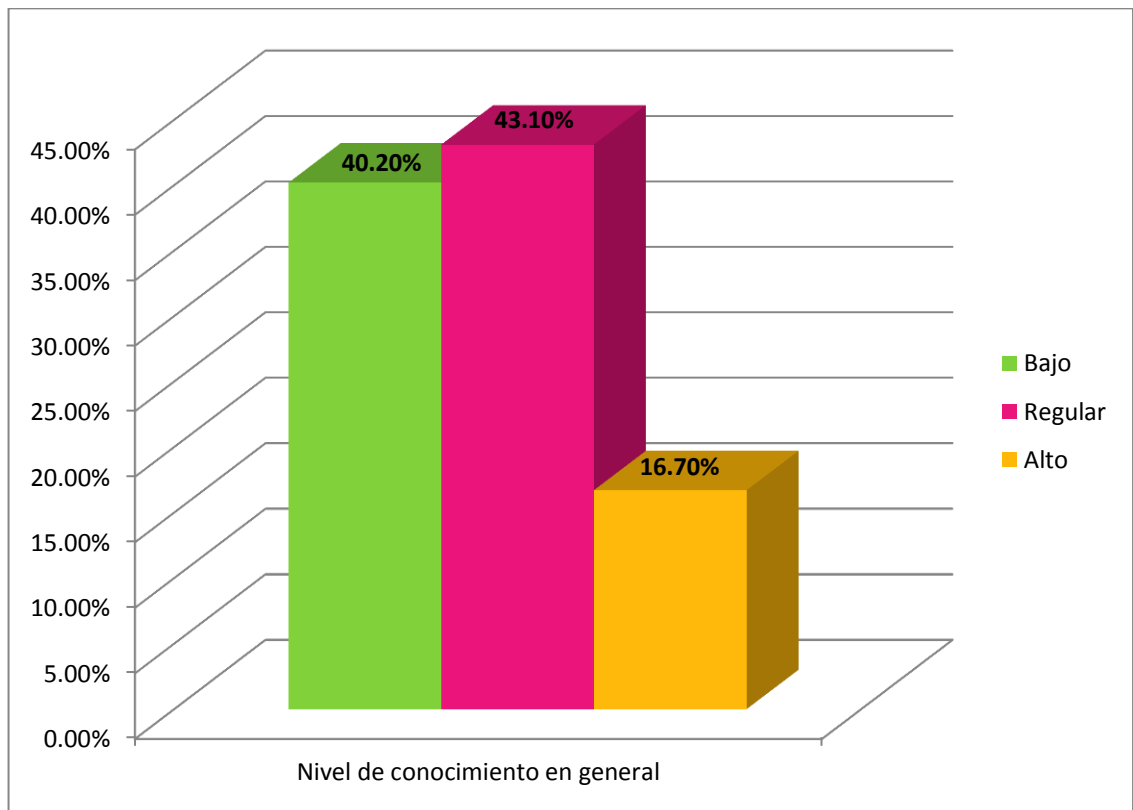
Nivel de conocimiento sobre cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología, UTEA. Abancay 2016

	Nivel de conocimiento sobre cáncer oral								Valor-p *
	Bajo		Regular		Alto		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Séptimo	19	47.5%	13	32.5%	8	20%	40	39.2%	$\chi^2=10.592$ g.l.=4 p=0.000
Octavo	18	50%	14	38.9%	4	11.1%	36	35.3%	
Noveno	4	15.4%	17	65.4%	5	19.2%	26	25.5%	
Total	41	40.2%	44	43.1%	17	16.7%	102	100%	

* Se utilizó la prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar el valor-p.

GRAFICO N° 8

Nivel de conocimiento sobre cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología, UTEA. Abancay 2016.



VI. DISCUSIÓN

Luego de obtener los resultados atendiendo a los objetivos de este estudio, en este capítulo discutiremos los mismos, contrastándolos con los hallazgos de otros autores y la teoría existente. Para organizar esta información se cita previamente los objetivos plantados al inicio del estudio.

Como objetivo general se planteó: “determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología”.

Para dar respuesta al objetivo general, se utilizó la prueba no paramétrica chi cuadrado para una muestra, con la finalidad de determinar la existencia de diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable nivel de conocimiento las cuales están expresadas en (bajo, regular y alto). Los resultados se presentan en la **tabla N°8** ($X^2=10.592$; g.l.=4; $p=0.000$), cuyas valoraciones confirmaron la significancia de dichas diferencias de proporciones.

Los resultados obtenidos en esta investigación, muestran el nivel de conocimientos sobre cáncer oral, de los 102 estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología, se obtuvo con mayor proporción el nivel “regular”, con un 43 % de la muestra, esto nos indicaría que la mayoría de los estudiantes tendrían un mejor desempeño en cuanto al diagnóstico y detección de pacientes de riesgo, cuando desempeñen su práctica clínica. Sin embargo el porcentaje de estudiantes que tienen un nivel “bajo” de conocimientos sobre cáncer oral es también elevado, con 40.2% la cual indicaría una deficiencia en el manejo o desempeño frente a los pacientes con riesgo de

cáncer oral. Finalmente solo el 16.7% del total de los estudiantes tienen conocimientos significativas respecto al cáncer oral. El promedio de puntaje obtenido fue 12,9 y calificando en un nivel de conocimiento regular sobre cáncer oral.

Resultados similares a los obtenidos por IZAGUIRRE PÉREZ⁴, donde el mayor porcentaje de su muestra tiene calificación “regular” según la escala establecida. Y de BARRAMUÑOZ⁶, el resultado de su muestra tiene calificación “suficiente” según la escala de su instrumento.

Sin embargo se diferencian de los resultados de CASTILLO Y HOWARD⁷ donde descubrieron que los participantes tienen poco conocimiento sobre cáncer oral con un valor promedio de 39,8%. De la misma forma los resultados se oponen a los obtenidos por LONCAR⁵ donde sus participantes obtuvieron un índice de respuesta de 95% y a los de CANNICK¹¹ donde el índice de respuesta de su muestra es 79%. Esto probablemente sea por la diferencia del enfoque de sus estudios, donde se busca mayormente conocer la concientización sobre cáncer oral y en otra sección conocer los conocimientos teóricos de sus participantes, a diferencia de este enfoque donde se busca conocer únicamente el conocimiento teórico con el que cuentan los participantes. Otro factor que diferencia los resultados podría ser el contexto cultural y geográfico de cada investigación.

Para conocer mejor las necesidades de aprendizaje se dividió el cuestionario en cinco dimensiones de conocimiento sobre cáncer oral, los resultados de acuerdo a cada dimensión de conocimiento planteada en esta investigación,

epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención, fueron categorizados como regular el diagnóstico y prevención y como bajo epidemiología, etiología y tratamiento.

Epidemiología: De la manera similar se procedió para dar respuesta a este objetivo, sometiendo los datos a la prueba no paramétrica chi cuadrado para una muestra para determinar la existencia de diferencias significativas entre las proporciones internas de cada una de las dimensiones las cuales están expresadas en niveles (bajo, regular y alto), cuyos resultados se presentan en la **tabla N°2** según semestre ($\chi^2=10.59$; g.l.=4; p=0.000), y según género ($\chi^2=12.603$; g.l.=2; p=0.000), predomina significativamente el nivel de conocimiento bajo con el 46.1% y 45.1% respectivamente, seguido por el nivel regular con el 40.2% y 41.2% respectivamente, y por último el grupo de estudiantes que representan el nivel de conocimiento alto con el 13.7% según semestre y 13.7% según género. Esto denota el conocimiento teórico con el que cuentan los estudiantes que están próximos a egresar, que fue calificado de bajo según el instrumento. A diferencia a los resultados obtenidos por la IZAGUIRRE PÉREZ⁴ en esta sección, obtuvo la calificación regular con un 44.7%

La incidencia de cáncer oral es mayor en la población geriátrica y para el 2020 se espera un incremento del 11,2% en esta sección de la población peruana, así que también podría haber un aumento de los casos de cáncer oral. Según Howard y Castillo⁷, el tiempo transcurrido entre la última visita odontológica de las personas con 70 años o más, es seis veces mayor que en el caso de los individuos de menos de 20 años. Esto solicita mayores conocimientos y

habilidades para reconocer el cáncer oral u orientarse según los factores epidemiológicos, a un examen más exhaustivo en las poblaciones de riesgo como los adultos mayores.

Etiología: En la sección de etiología del cáncer oral se evaluaron los conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer oral. Los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado cuyo resultados se representan en la **tabla N°3** según semestre ($X^2=2.340$; g.l.=4; p=0.000), y según género ($X^2=21.335$; g.l.=2; p=0.000), cuyas valoraciones confirman que dicha dependencia es significativa. Predomina significativamente el nivel de conocimiento bajo según semestre 38.2% y 39.2% según género. En concordancia con IZAGUIRRE PÉREZ⁴ que indica que los estudiantes obtuvieron la calificación regular con 65.3% y en la investigación de CANNICK¹¹ el 93% de estudiantes respondieron de factores de riesgo.

Diagnóstico: En la dimensión de conocimiento del diagnóstico, se evaluaron los conocimientos sobre síntomas y signos del cáncer oral, lesiones de riesgo y localización más común del cáncer oral. Los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado, cuyas valoraciones que se presentan en la **tabla N°4** según semestre ($X^2=12.461$; g.l.=4; p=0.000) y según género ($X^2=12.365$; g.l.=2; p=0.000), indican que la relación de dependencia que existe entre los variables evaluadas es significativa.

El nivel de conocimiento con respecto al diagnóstico del cáncer oral fue la

sección que obtuvo los mejores puntajes, predominó con mayor proporción el nivel de conocimiento “regular” con según semestre 54.9% y según género 54.9%. Aunque no se midieron aptitudes clínicas, solo conocimiento teórico, esta podría ser la dimensión de conocimiento más importante. Los hallazgos en esta investigación coinciden con IZAGUIRRE PÉREZ⁴ donde el 46.7% de sus participantes tuvieron nivel de conocimiento regular y el 41.3% un nivel alto, y CANNICK¹¹, indica que más del 65 % sabían que la localización más común de cáncer oral es el borde ventro lateral de la lengua.

Tratamiento y Prevención: Las siguientes secciones del cuestionario se refirieron al conocimiento sobre el tratamiento del cáncer oral, pronóstico y complicaciones y la última sección de conocimientos sobre prevención del cáncer oral, fueron las que obtuvieron las calificaciones baja y regular, que indicaría una necesidad de aprendizaje en relación a estos temas. En la sección nivel de conocimiento sobre tratamiento del cáncer oral los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado cuyas valoraciones que se presentan en la **tabla N°5** según semestre ($\chi^2=12.60$; g.l.=4; $p=0.000$) y según género ($\chi^2=7.587$; g.l.=2; $p=0.000$) indican que la relación de dependencia que existe entre las variables evaluadas es significativa. Predominó significativamente el nivel de conocimiento bajo según semestre 46% y según género 45%, al igual que la IZAGUIRRE PÉREZ⁴, donde obtuvieron los estudiantes un nivel de conocimiento bajo de 49.3%. Y de la misma manera para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica chi cuadrado, los resultados se presentan en la **tabla N°6**

según semestre ($X^2=4.098$; g.l.=4; $p=0.000$) y según género ($X^2=20.795$; g.l.=2; $p=0.000$), indican que la relación de dependencia que existe entre las variables evaluadas es significativa. Y predominó el nivel de conocimiento regular con 56.9% según semestre y según género 58.8% a diferencia de la IZAGUIRRE PÉREZ⁴ el nivel fue bajo de 44.7%. En su artículo ROCHA¹⁰ ratifica que el cáncer oral debe ser prevenido y controlado mediante la instrucción sobre factores de riesgo. La mayoría de los estudiantes de esta investigación respondieron que la higiene oral no influiría en la carcinogénesis oral, y no reconocieron los factores de la dieta y su influencia en la carcinogénesis. Mientras la incidencia de cáncer oral siga aumentando en nuestro país, el papel del odontólogo general en la prevención y diagnóstico de esta enfermedad toma más importancia por su acceso al examen de la cavidad oral y su trato directo con el paciente.

VII. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos sobre cáncer oral, que predominó con mayor proporción entre los estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología es de nivel “regular”.
2. El nivel de conocimientos sobre la epidemiología del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología según semestre es de nivel “bajo” y según género es de nivel “bajo”.
3. El nivel de conocimientos sobre la etiología del cáncer oral, en estudiantes del séptimo a noveno semestre de la Escuela Profesional de Estomatología según semestre es de nivel “bajo” y según género es de nivel “bajo”.
4. El nivel de conocimientos en estudiantes, sobre diagnóstico del cáncer oral, según semestre es “regular” y según género es de nivel “regular” es la dimensión de conocimiento donde se obtuvo los mejores puntajes.
5. El nivel de conocimientos en estudiantes, sobre tratamiento y complicaciones del cáncer oral, según semestre es de nivel “bajo”, y según género es de nivel “bajo” es donde se obtuvo los puntajes más bajos.
5. El nivel de conocimientos en estudiantes, sobre prevención del cáncer oral, según semestre es de nivel “regular” y según género es de nivel “regular”.

RECOMENDACIONES

1. Utilizar los resultados de esta investigación para mejorar los aspectos que muestran necesidades de aprendizaje sobre el cáncer oral o potencializar la formación brindada en pre grado, a los estudiantes de estomatología.
2. Dado que se muestra cierta tendencia a relacionarse en los casos del estudio, se podría realizar algún estudio para determinar si la observación directa de algún caso de cáncer oral influye en la comprensión e interés de los estudiantes por esta enfermedad.
3. Mientras la incidencia de cáncer oral se incrementa, el rol que los médicos y odontólogos cumplen en la prevención y detección de este cáncer adquiere mayor importancia, por lo que se recomienda dar mayor énfasis a este tema, dentro de los programas de estudio de las carreras de salud.
4. Este estudio podría extenderse también a los odontólogos de práctica privada y estatal, para realizar un diagnóstico de los conocimientos y del rol que cumplen frente al cáncer oral, de esta forma se podría implementar protocolos de manejo o capacitaciones del recurso humano, si fueran necesarias.
5. En el futuro, se podría implementar y promover la participación de estudiantes y profesionales odontólogos en estrategias de detección y prevención de cáncer oral en nuestra población, luego de una medición de los niveles de conocimientos sobre cáncer oral.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 WHO/ICO information centre on HPV and cervical cancer (HPV information centre). Human papillomavirus and related cancers in angola. Summary report 2010. (consultado 2015-sep16) Disponible en: www.who.int/hpvcentre.
- 2 PETERSEN P, KWAN S. world health organization.global oral health strategies for oral health promotion and disease prevention in the twenty-first century. prävention und gesundheitsförderung. 2009-05 volume: 4 .published by springer berlin / heidelberg
- 3 CARTER LM, OGDEN GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students BMC medical education.2007; 7:44. doi: 10.1186/1472-6920-7-44.
- 4 IZAGUIRRE PÉREZ, PATRICIA MARGARITA. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes de odontología universidades de Lima, en el año 2012 Disponible:en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2812/1/Izaguirre_pp.pdf (consultado 2015 ago 03)
- 5 LONCAR BRZAK, BOZANA; CANJUGA, IVANA; BARICEVIC, MARINKA; MRAVAK-STIPETIC.dental students' awareness of oral cancer. acta estomatologica croatica (0001-7019) 46 (2012);(1) 50-55
- 6 BARRAMUÑOZ DO. medición de conocimiento de cáncer oral en cirujano dentistas de la ciudad de talca y alumnos de sexto año de la carrera de odontología de la universidad de talca del año 2011, mediante un instrumento validado. (tesis de grado) chile. universidad de talca; 2011.
- 7 HOWARD MORA, CASTILLO RIVAS. nivel de conocimientos que tiene el estudiantado de medicina sobre el cáncer bucal en costa rica. odontos.issn 1659-1046 (12), 2010
- 8 CHICHÓN AR. prevalencia y factores relacionados con el carcinoma epidermoide en cavidad oral en pacientes atendidos en el servicio de cabeza y cuello.(tesis de grado) lima: universidad nacional mayor de san marcos;2010
- 9 GARCÍA LR. prevalencia de carcinoma epidermoide oral en pacientes de dos hospitales de salud pública-perú en el período 2006- 2009.lima:universidad nacional mayor de san marcos;2010
- 10 ROCHA BUELVAS A. cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. revfacodontolunivantioq 2009; 21(1): 112-121.
- 11 CANNICK GF, HOROWITZ AM, DRURY TF, REED SG, DAY TA. assessing

- oral cancer knowledge among dental students in south carolina. the journal of the american dental association march 2005 vol. 136 (3) 373-378.
- 12 TESTUT, LATARJET A. compendio de anatomía descriptiva. vigesimosegunda edición. españa; salvat : 1980
 - 13 SANTANA GARAY .Prevención y Diagnóstico del Cáncer bucal .La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2002
 - 14 CANCER.GOV(homepageonthe.internet).estados.unidos:nationalcancer institute, 2012. (consultado en 2015 oct 03) disponible en [http://www. cancer. gov/espanol](http://www.cancer.gov/espanol)
 - 15 COALICION MULTISECTORIAL “PERU CONTRA EL CANCER”. Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control Del Cáncer en el Peru.Lima.;2006.Disponible:enhttp://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2006/25052012_PLAN_NAC_PREV_CONTROL_CA.pdf. (consultado 2015 ago 22)
 - 16 CAWSON RA; ODELL EW .fundamentos de medicina y patología oral. octava edición. españa ; elsevier:2009
 - 17 BRAY I, BRENNAN P, BOFFETTA P. projections of alcohol- and tobacco-related cancer mortality in central europe. *int j cancer* 2000;87:122-128.
 - 18 NAVARRO VILA C. cirugía oral. españa; arán ediciones :2008
 - 19 CEDRO: epidemiología de drogas en la población urbana peruana. 2005
 - 20 MORSE DE, PSOTER WJ, CLEVELAND D, et al. smoking and drinking in relation to oral cancer and oral epithelial dysplasia, *cancer causes control* 2007;18:919-929.
 - 21 instituto nacional de enfermedades neoplásicas (base de datos en internet) lima (p) perfil epidemiológico.resumen 200-2009 .(consultado ago 2015).disponible enhttp://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/20052011_inen_nm_frecuentes_2000_2009_vf.pdf
 - 22 CECOTTI LE. VIROSIS.el diagnostico en clínica estomatológica .altos aires. ed. medica panamericana.2007
 - 23 GARCÍA GV, BASCONES MA. cáncer oral: puesta al día. *avodontoestomatol* [revista en la internet]. 2009 oct [citado 2012 ago 27];25(5): 239-248. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0213-128520090.00500002&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4321/s0213-128>

52009000500002.

- 24 GONZÁLEZ MOLES M. Precáncer y cáncer oral .Universidad de Michigan. Ediciones Avances Médico-Dentales, 2001
- 25 ROBBINS ,COTRAN ,KUMARV, ABBAS A, FAUSTO N , ASTER J. Patología Estructural y Funciona..2010
- 26 LARSSON LG, SANDSTROM A, WESTLING P. relationship of plummer-vinson disease to cancer of the upper alimentary tract in sweden. cancer res.1975;35 pt 2:3308-16
- 27 SILVERMAN S.Early diagnosis of oral cancer. Cancer. 1988; 62:1796-99
- 28 BECKER W, HEINZ H, RUDOLF C.Manual Ilustrado de Otorrinolaringología. Edición Española; Doyma:1986
- 29 HINDLE I, DOWNER MC, MOLES DR, SPEIGHT PM. Is alcohol responsible for more intra-oral cancer? Oral Oncol. 2000 Jul;36(4):328-33.
- 30 DÍAZ O. Revisión y actualización de la evaluación preoperatoria en Cirugía Bucal. Caracas, U.C.V. Tesis de post-grado. 1987; 25-8
- 31 BASCONES M A. Medicina Bucal. Ed. Avances Médicos dentales .España 2009
- 32 FUENTES VALERA S. Manifestaciones estomatológicas en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Tesis de grado. UNMSM. Lima : 2003
- 33 MALAGON BAQUERO. MALAGON-LONDOÑO. Urgencias odontológicas. Atención de urgencias en pacientes tratados con quimioterapia y radioterapia.
- 34 BURKET LW. Medicina bucal. Diagnóstico y tratamiento: cáncer bucal. Sexta edición. México: Interamericana; 1973. pp. 562-568.
- 35 REYES C. Perspectivas y Expectativas de la Odontología frente al cáncer oral. Cirugía y Cirujanos 2009; 77:1-2.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

ESCUELA PROFESIONAL ESTOMATOLOGÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación es conducido por la bachiller, PORRAS DURAND Mari luz. El objetivo es conocer el NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER ORAL EN LOS ESTUDIANTES DEL SÉPTIMO A NOVENO SEMESTRE DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES ABANCAY-2015.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que será recogida es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo.

Firma:

Fecha:.....

ANEXO N° 2
CUESTIONARIO – CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER ORAL

Gracias por su contribución en esta investigación. Este cuestionario forma parte de un trabajo de tesis para describir el conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes, por lo que solicito su llenado de forma objetiva y sincera. Los resultados son anónimos. Marque la respuesta que considera correcta de la siguiente forma: **O X**

I. DATOS GENERALES:

- a) GÉNERO: Masculino () Femenino ()
- b) EDAD:_____ SEMESTRE: séptimo () octavo () noveno ()
- c) ¿Ha observado directamente (participado en el diagnóstico, examen, tratamiento o seguimiento) algún caso de Cáncer oral dentro de la formación profesional brindada?
a) Si b) No

II. CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER ORAL (CO)

1. ¿Cuál es el tipo de CO más frecuente en nuestro medio?	a) Células basales b) Carcinoma epidermoide c) Adeno carcinoma	
2. ¿A qué edad se presenta mayor número de casos de CO?	a) 85-80	b) 65-60 c) 55 -50
3. En el Perú, ¿En qué género se presenta el CO con más frecuencia?	a) Hombres	b) Mujeres c) Por igual
4. ¿Cuál considera el mayor factor de riesgo del CO?	a) Hábito de fumar b) Trauma físico por elementos irritantes c) Consumo paralelo de tabaco y alcohol	
5. ¿Cree Ud. que los antecedentes familiares son un factor de riesgo para el CO	Si ()	No()
6. ¿Cree Ud. que existe predisposición genética para el CO?	Si ()	No()
7. El virus que más se asocia al CO es:	a) Virus de Eipsten Barr b) Herpes tipo I c) Papiloma virus	
8. ¿La exposición al sol es un factor de riesgo para el CO?	Si ()	No()
9. ¿Una lesión pre cancerosa puede ser reversible?	Si ()	No()
10. ¿Cuál de estas lesiones relacionadas al CO se presenta con mayor frecuencia?	a) Leucoplasia	b) Eritroplasia
11. ¿Cuál podría ser signo de advertencia de una lesión cancerígena	a) Granulo de Fordyce b) Pigmentaciones melánicas en mucosa c) Ulceras crónicas	
12. ¿Una lesión cancerosa siempre es dolorosa?	Si ()	No()
13. ¿Una lesión cancerosa siempre es ulcerada?	Si ()	No()
14. ¿Cree relevante interrogar por patologías persistentes?	Si ()	No()
15. ¿Cuál es la localización más frecuente de CO?	a) Piso de boca b) Área retromolar c) Lengua	
16. ¿Cree que el tamaño del tumor importa en el pronóstico del CO?	Si ()	No()
17. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el CO?	a) Quimioterapia b) Cirugía y radioterapia c) Cirugía d) Cirugía y quimioterapia	
18. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia de CO es:	a) Mucositis b) Infecciones orales c) Hemorragia oral	
19. ¿La higiene oral influye en la carcinogénesis oral?	Si ()	No()
20. ¿La dieta influye en la carcinogénesis?	Si ()	No()
21. ¿La insuficiencia vitamínica favorece la carcinogénesis?	Si ()	No()
22. ¿Un paciente fumador con diagnóstico de cáncer oral tiene mejor pronóstico, si deja de fumar?	Si ()	No()