



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN
ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA DE
UNA UNIVERSIDAD PERUANA**

**PRESENTADO POR
LOTTY GABRIELA PULGAR MOSQUERA**

**ASESORA:
JANET OFELIA GUEVARA CANALES**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

La autora permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN
ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA DE UNA
UNIVERSIDAD PERUANA**

TESIS

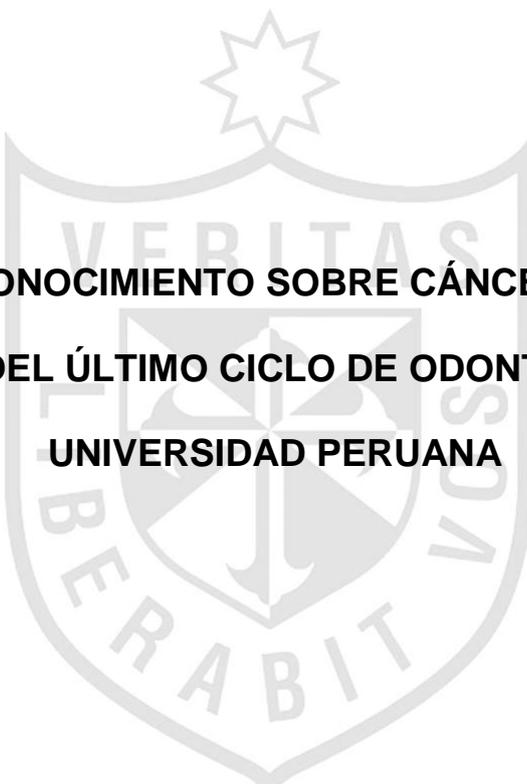
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

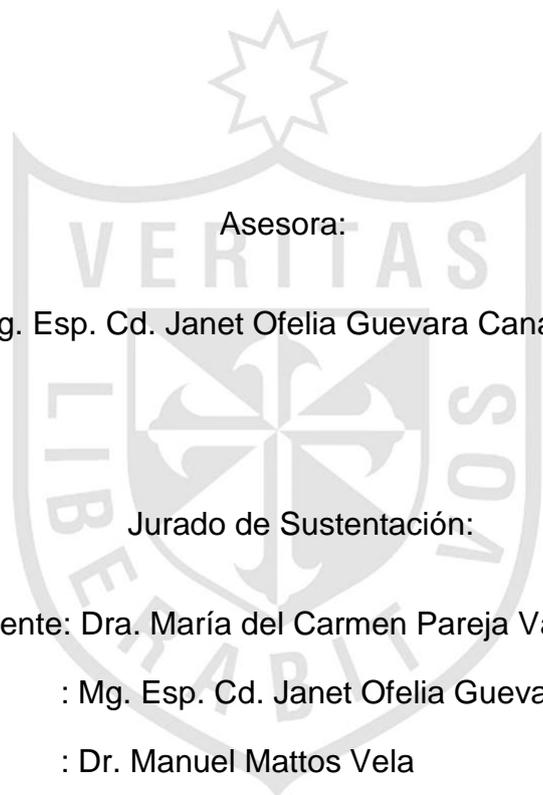
LOTTY GABRIELA PULGAR MOSQUERA

Lima - Perú

2016



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN
ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA DE UNA
UNIVERSIDAD PERUANA**



Asesora:

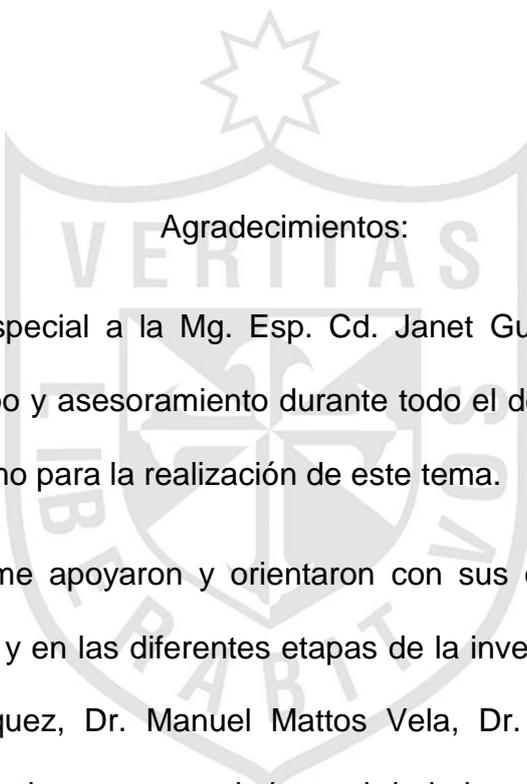
Mg. Esp. Cd. Janet Ofelia Guevara Canales

Jurado de Sustentación:

Presidente: Dra. María del Carmen Pareja Vásquez

Vocal : Mg. Esp. Cd. Janet Ofelia Guevara Canales

Vocal : Dr. Manuel Mattos Vela



Agradecimientos:

Mi agradecimiento especial a la Mg. Esp. Cd. Janet Guevara Canales, por sus enseñanzas, su tiempo y asesoramiento durante todo el desarrollo del estudio, por su gran profesionalismo para la realización de este tema.

A los doctores que me apoyaron y orientaron con sus opiniones a lo largo del desarrollo del estudio y en las diferentes etapas de la investigación, Dra. María del Carmen Pareja Vásquez, Dr. Manuel Mattos Vela, Dr. Rafael Morales Vadillo muchas gracias por su tiempo y conocimientos brindado.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1.1 Definición	4
1.1.2 Etiología	4
1.1.3 Epidemiología	8
1.1.4 Clasificación	10
1.1.5 Diagnóstico	14
1.1.6 Tratamiento	15
1.1.7 Prevención	17
CAPÍTULO II: VARIABLES	19
2.1 Operacionalización de variables	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.1 Diseño metodológico	20
3.2 Población y muestra	20
3.3 Técnica de validación	21
3.4 Técnica de recolección de datos	21
3.5 Técnica para procesamiento de información	22
3.6 Aspectos éticos	23
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	24
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	39
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

		Pág.
Tabla n°1 y Gráfico n°1	Muestra de estudiantes encuestados según sexo y edad, del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016.	24
Tabla n°2 y Gráfico n°2	Nivel de conocimientos sobre epidemiología del cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016.	25
Tabla n°3 y Gráfico n°3	Nivel de conocimientos sobre etiología del cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016.	26
Tabla n°4 y Gráfico n°4	Nivel de conocimientos sobre diagnóstico del cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016.	27
Tabla n°5 y Gráfico n°5	Nivel de conocimientos sobre tratamiento del cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016.	28
Tabla n°6 y Gráfico n°6	Nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016.	29
Tabla n°7 y Gráfico n°7	Nivel de conocimiento general sobre cáncer bucal, en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016.	30

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana.

Materiales: La muestra estuvo conformada por 61 estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, matriculados en el ciclo 2016-I, quienes firmaron voluntariamente un consentimiento informado para participar del estudio. Se elaboró una encuesta con 11 preguntas sobre conocimientos respecto al cáncer bucal, donde se evaluó la epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento, prevención y conocimientos generales.

Resultados: Los participantes respondieron en su mayoría correctamente a las preguntas respecto a etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención, en la sección de conocimientos sobre epidemiología se encontró que la respuesta que predominó fue incorrecta. Respecto a los conocimientos generales sobre el cáncer bucal, el resultado que predominó fue regular.

Conclusión: Este estudio demostró que hay deficiencia de conocimientos respecto al cáncer bucal, y se debe concientizar a los estudiantes a que le den mayor importancia al tema, es necesario reforzar los conocimientos de quienes serán futuros profesionales de la salud, y así ellos brinden mejor atención a sus pacientes.

Palabras clave: cáncer bucal, conocimientos, estudiantes.

SUMMARY

Objective: To determine the level of knowledge about oral cancer in the last cycle of dental students of the peruvian University.

Materials: The sample consisted of 61 students of the last cycle of dentistry at the university peruvian, enrolled in the cycle 2016-I, who voluntarily they signed an informed consent to participate in the study. A survey with 11 questions on knowledge about oral cancer, which was evaluated, was prepared epidemiology, etiology, diagnosis, treatment, prevention and general knowledge.

Results: The participants answered most questions correctly about the etiology, diagnosis, treatment and prevention in the section of epidemiology knowledge that the answer was incorrect I found predominated. As for the general knowledge of oral cancer, predominant outcome was regular.

Conclusion: This study showed that there is deficiency of knowledge about oral cancer and should sensitize students a queue to give importance mayor of the question, it is necessary to strengthen the knowledge of who will be future health professionals, and also provide your best patient care.

Keywords: oral cancer, knowledge, students.

INTRODUCCIÓN

Actualmente a nivel mundial, el cáncer es una de las enfermedades con índices más altos de morbilidad y mortalidad, y se prevé que eso aumente en las próximas décadas.

En el Perú, el 85% de los casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, es la segunda causa de muerte en nuestro país, y según algunos estudios a nivel nacional, al año se presentan 47,000 nuevos casos de cáncer y son más de 25,000 personas las que fallecen a causa de esta terrible enfermedad, generalmente debido a que en nuestra sociedad existe poca cultura preventiva.

El cáncer bucal en el Perú, se encuentra entre los diez tipos más frecuentes, en ambos sexos, y el índice se incrementa cada año, magnitud que puede disminuir con el aumento de programas de prevención y la concientización del odontólogo hacia la población.

Es un tema de mucha importancia en la actualidad, que lamentablemente, va creciendo en incidencia y tasas de mortalidad a nivel mundial, así como la poca importancia e interés dentro de la salud pública.

La comunidad de odontólogos debe desempeñar un papel muy importante en la prevención y el diagnóstico precoz de cáncer bucal. Ellos tienen la responsabilidad de tener las herramientas necesarias para diagnosticar las causas desencadenantes del cáncer bucal, educar a la población e incentivar a la autoevaluación, y así prevenir el estadio temprano de una neoplasia maligna, para

evitar el progreso de una enfermedad devastadora, y posteriormente si ocurriese, remitir al paciente con un especialista.

El cirujano dentista tiene la oportunidad de examinar a los pacientes asintomáticos, ya que la boca es un área muy accesible para ellos, la evaluación no es dificultosa y esto le permite diagnosticar tempranamente una lesión maligna o alguna condición desfavorable.

El cumplimiento de esta responsabilidad por parte del cirujano dentista o de quienes se están preparando para serlo, proporcionará a los pacientes mejores pronósticos en las tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

El diseño del estudio, fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La población estuvo compuesta por estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, la muestra la conformaron los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, matriculados en el periodo 2016 – I y que firmaron el consentimiento informado.

Estructuralmente, está compuesto por V capítulos, que recopilan y desarrollan de manera ordenada, la información principal para la adecuada realización del estudio.

El presente estudio, tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal, y específicamente sobre, epidemiología, etiología diagnóstico, tratamiento y prevención, en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana, próximos profesionales de la salud, que durante su formación universitaria recibieron constantemente información

relacionada a ésta patología, por lo que podemos suponer que tienen conocimientos básicos respecto al tema.



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Cáncer Bucal

1.1.1 Definición

El cáncer a nivel de la cavidad bucal puede presentarse como masas anormales de tejido que crecen de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, superando a los tejidos normales en velocidad y crecimiento, que poseen rasgos funcionales y morfológicos diferentes a los de sus precursores, esta proliferación de células persiste incluso tras la desaparición del estímulo que la desencadenó. Las tres características principales de los tumores es que forman una masa anormal de células, poseen un crecimiento independiente, excesivo y sin control y tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó¹.

1.1.2 Etiología

Factores carcinogénicos:

Tabaco.- El tabaco contiene más de 19 carcinógenos conocidos, y la combustión de éstos y sus productos secundarios, es el principal modo de acción. El masticar o inhalar tabaco causa irritación por contacto directo con las membranas mucosas¹. Los datos de investigación señalan que 8 de cada 10 pacientes con cáncer bucal habían sido grandes fumadores durante mucho tiempo. Del 30% al 37% de los pacientes que siguen fumando después del tratamiento desarrollan

una nueva lesión en otro punto de la orofaringe, mientras que solo entre el 6% y el 13% de los que dejaron de fumar desarrollan nuevas lesiones².

Radiación actínica.- Las personas con poca pigmentación en la piel que estén sometidas a una exposición solar ocupacional y prolongada presentan mayor riesgo de desarrollar un Carcinoma Epidermoide de labio. El labio pasa por una serie de cambios pre neoplásicos que progresan más intensamente cuando la dosis de radiación actínica se acumula y cuando se va envejeciendo. A estos cambios se les denomina queilitis actínica. Si continuara la exposición se podría acabar desarrollando un carcinoma epidermoide².

Cuando el tiempo pasa y continúa la exposición, aparecen muchas veces úlceras crónicas recidivantes en el labio, laterales a la línea media. Finalmente las úlceras dejan de cicatrizar, momento en el cual la biopsia suele descubrir que se ha formado un carcinoma epidermoide superficial bien diferenciado. El borde cutáneo o línea de demarcación del bermellón se transforma en un margen redondeado tumefacto, y la piel desarrolla varios surcos verticales. La superficie mucosa expuesta se vuelve moteada, con manchas rojas (atrofia) y blancas (hiperqueratosis), y presentan estructuras vasculares superficiales llamativas (telangiectasias) ².

Infecciones.- Varios agentes infecciosos, como bacterias (sífilis) y hongos (candidiasis crónica), han sido considerado factores predisponentes para el carcinoma de células planas bucales ².

Inmunosupresión.- El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) predispone a personas relativamente jóvenes a varios procesos malignos bucales y extrabucles. El sarcoma de Kaposi y el linfoma de localización bucal, que en

los pacientes con SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) aparecen a edad más temprana, son mucho más frecuentes que el carcinoma epidermoide³.

Deficiencias nutricionales.- Los pacientes con anemia crónica por deficiencia de hierro (síndrome de Plummer – Vinson) tienen una susceptibilidad más altas a carcinomas de esófagos y de la boca².

Enfermedades bucales preexistentes.- La fibrosis oral submucosa, predispone a la mucosa al desarrollo de carcinoma epidermoide².

Cofactores.- La mayoría de los investigadores cree que el efecto del alcohol en la inducción de cáncer bucal es indirecto y tal vez consecuencia de la lesión hepática (cirrosis) y de una incapacidad para detoxificar los componentes de la sangre. La asociación entre cirrosis hepática y carcinoma epidermoide del suelo de la boca y lengua es especialmente alta².

En el cáncer bucal está demostrado que el tabaco y el alcohol son dos de los agentes implicados en estas agresiones al ADN nuclear, afectándose los protooncogenes reguladores del crecimiento nuclear, los protooncogenes inhibidores del crecimiento (antioncogenes) y los genes reguladores de la apoptosis (muerte celular reguladora numérica de las poblaciones celulares en los parénquimas lábiles y epitelios, entre ellos, el bucal)⁴.

Aunque el orden y el número preciso de eventos todavía es desconocido, una serie de eventos desarrollados por Hahn y cols. (1999) Weinberg (2000) demostraron que para el desarrollo del cáncer se necesita que se cumplan 6 pasos: 1) Adquisición de proliferación autónoma, 2) Inhibición de señales de crecimiento inhibitorias, 3) Evasión de la muerte celular programada, 4)

Inmortalización, 5) Adquisición de una fuente de nutrientes sanguíneos (angiogénesis), 6) Adquisición de la habilidad de invadir tejidos adyacentes ⁵.

El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de lesiones pre malignas y del cáncer bucal, en especial del Carcinoma Epidermoide, 8 de cada 10 pacientes con cáncer bucal son fumadores de tabaco en sus diversas formas⁶.

El etanol puro, por sí mismo, no es una sustancia carcinogénica, sin embargo, se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, el alcohol ejercería un efecto cáustico, aumentando la permeabilidad de la mucosa bucal y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco. Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran: Desprendimiento del epitelio, ulceraciones en la mucosa, gingivitis, petequias, lesiones blancas⁷.

Existen también otros factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinogénicos favoreciendo el desarrollo de la enfermedad: la dieta, la inmunosupresión, infecciones y la radiación⁸.

Algunos nutrientes y hábitos alimenticios están asociados al desarrollo de muchas enfermedades como el cáncer bucal: Las frutas y verduras son ricas en micronutrientes y tienen un efecto antioxidante y protector⁸.

Son varios los estudios en relación al licopeno, sustancia contenida en el tomate y liberada tras la cocción del mismo que actuaría como antioxidante⁹.

El consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes favorece el desarrollo del cáncer bucal, ya que desprenden sustancias carcinógenas como las aminos heterocíclicas⁸.

1.1.3 Epidemiología

El cáncer en el Perú es un problema de salud pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos o detectados y tratados tempranamente. Constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no sólo en el ámbito de la Salud Pública sino también para las ciencias en general¹.

Hoy en día el cáncer causa siete millones de muertes cada año, lo que corresponde a 12,5% del total de defunciones en el mundo. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12,7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030 esta cifra anual se elevará a 21,3 millones de casos nuevos¹¹.

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte, y en el Perú el registro de cáncer de Lima metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150,7 y 78,3 por cien mil habitantes¹².

En el siguiente cuadro se muestran los últimos datos epidemiológicos del INEM (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) sobre cáncer en el Perú, en ambos sexos, en el periodo 2000-2014, podemos observar que el cáncer de la cavidad oral, se encuentra dentro de los diez tipos más frecuentes en nuestro país.

Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN, periodo 2000-2014 (ambos sexos)

LOCALIZACION	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CERVIX	1319	1360	1402	1337	1378	1358	1532	1499	1621	1593	1567	1610	1635	1575	1485
MAMA	1024	1007	1018	1012	1023	1035	1163	1113	1110	1198	1239	1276	1344	1238	1216
ESTOMAGO	561	609	615	563	632	625	676	715	754	800	778	786	905	902	926
LINFOMA NO HODGKIN	456	442	477	447	503	531	554	530	513	535	553	513	563	644	580
PROSTATA	265	307	308	351	365	436	473	535	509	509	506	490	604	575	634
PIEL NO MELANOMA	345	309	341	332	361	407	399	393	391	454	463	481	523	513	571
PULMON	332	308	328	347	362	377	405	418	460	445	412	427	399	410	450
TIROIDES	240	211	227	265	299	287	286	265	305	299	356	404	477	491	563
LEUCEMIA LINFOIDE	246	273	276	271	281	292	320	314	323	310	295	339	350	358	365
CAVIDAD ORAL	155	167	206	189	244	230	228	249	244	223	277	284	306	275	310
COLON	144	128	168	177	170	192	226	221	226	256	301	272	285	304	281
SIST.NERVIOSO CENTRAL	161	204	185	223	208	178	209	201	180	199	204	241	258	307	328
PRIMARIO DESCONOCIDO	190	180	245	210	242	175	194	203	213	228	169	233	214	242	212
TEJ.BLANDOS Y PERITONEO	127	160	188	166	199	192	222	213	204	210	216	228	231	224	257
OVARIO	182	157	166	187	156	180	198	163	198	203	240	209	199	202	200
LEUCEMIA MIELOIDE	149	150	167	166	194	184	200	177	195	196	187	217	179	240	214
RIÑON	127	128	118	117	141	131	189	199	207	248	190	208	248	243	297
RECTO	127	114	127	121	165	145	159	174	197	229	210	210	237	246	223
HIGADO	144	123	152	144	146	155	158	189	185	167	187	200	195	184	213
MELANOMA	102	114	117	115	127	131	162	166	134	154	128	148	204	190	202
TESTICULO	122	129	136	153	149	142	165	163	156	145	133	143	152	131	141
VESICULA BILIAR	94	108	97	111	128	117	130	146	135	179	156	172	193	187	185
PANCREAS	83	96	103	102	88	131	127	125	132	162	150	169	189	171	194
CUERPO UTERINO	81	78	93	101	105	101	124	116	122	135	145	171	140	175	165
VEJIGA	88	91	93	93	104	113	108	114	90	107	106	116	140	133	163
HUESOS Y CARTILAGO	68	70	91	80	84	100	107	101	90	106	93	96	114	98	126
OJO	54	62	81	52	80	69	69	80	83	72	81	100	80	95	100
LINFOMA HODGKIN	72	60	59	68	76	67	82	68	73	69	60	56	68	78	81
MIELOMA	48	51	45	40	72	56	66	57	56	60	63	67	78	76	109
LARINGE	69	61	68	45	57	52	59	67	51	67	57	71	58	76	63
ESOFAGO	45	40	45	52	36	49	59	74	74	80	66	71	71	72	72
ANO	52	39	50	45	44	57	58	63	43	71	60	59	75	70	79
VIAS BILIARES	36	30	27	30	51	33	48	60	57	69	57	68	77	78	77
PENE	24	36	27	40	42	40	40	41	48	40	46	61	46	48	42
OTRAS LEUCEMIAS	5	8	14	26	29	40	46	46	52	45	47	58	56	65	73
SENOS PARANASALES	34	32	31	33	31	47	45	36	44	36	33	41	45	46	39
VULVA	33	29	40	22	38	29	39	29	39	44	44	42	50	48	41
FOSA NASAL	32	26	28	31	27	31	25	30	28	33	32	27	30	34	42
CORIOCARCINOMA	37	29	27	45	34	27	36	38	27	30	19	20	23	18	16
OTROS	201	177	166	183	188	197	238	214	211	216	185	209	226	228	248
Total	7674	7703	8152	8092	8659	8739	9624	9605	9780	10222	10111	10593	11267	11290	11583

Inen (2000- 2014) ¹³.

1.1.4 Clasificación

Neoplasias epiteliales malignas:

Carcinoma epidermoide: Denominado a veces carcinoma de células planas, o carcinoma espinocelular, es una neoplasia maligna del epitelio plano estratificado que puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia ².

Localización e incidencia:

Labio inferior.- Representa de 30% al 40% total de carcinomas bucales, es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, en pacientes que están en las décadas quinta a octava, la mayoría de lesiones aparecen en los bordes derecho e izquierdo del bermellón de los labios. Suelen ser bien diferenciados y tardan en producir metástasis. Cuando no se han producido metástasis las lesiones son curables casi al 100%².

Lengua.- Los bordes laterales de la lengua constituyen la localización del 25% del total de carcinomas de células bucales y del 50% de las lesiones intrabucales. Las lesiones tempranas de la superficie lateral de la lengua suelen estar localizadas en los tercios medios y posteriores. Comúnmente las lesiones aparecen al principio como áreas de leucoplasia que se ulceran pronto y desarrollan bordes elevados. Las lesiones avanzadas de todos los tipos clínicos se ulceran finalmente y producen una induración extensa del tejido circundante, llevando frecuentemente a inmovilidad de la lengua y alteración del habla ².

Suelo de boca.- Constituye la localización de alrededor de 20% total de carcinomas bucales y tercera localización más frecuente del total de carcinomas de células planas intrabucales. Los pacientes suelen tener el antecedente de tabaquismo prolongado y/o etilismo importante. El aspecto clínico, empieza en

general como un área de eritoplasia moteada, que evoluciona gradualmente a una ulceración central de forma irregular².

Paladar blando.- Las lesiones en esta localización representan aproximadamente un 15% de los carcinomas intrabucales. Se presenta con mayor frecuencia en sus regiones posterolaterales adyacentes a los pilares posteriores de la faringe. Los pacientes son frecuentemente grandes fumadores, con una alta ingestión de alcohol, habitualmente las lesiones son eritoplásicas o incluyen una mezcla de zonas con aspecto de placas de color rojo y blanco².

Mucosa yugal.- Rara vez es localización de un carcinoma epidermoide, dando cuenta de aproximadamente el 1 al 2 % de los carcinomas bucales. Las lesiones suelen presentarse en forma de úlceras situadas a lo largo de la línea oclusal².

Metástasis: El Carcinoma Epidermoide en la cavidad bucal se extiende mediante invasión de los vasos linfáticos. Las células tumorales en proliferación producen un aumento de tamaño de los ganglios linfáticos y se extienden más allá de sus cápsulas hacia los tejidos circundantes. Esos ganglios linfáticos se hacen fácilmente palpables y parecen nódulos duros y fijos al tejido conjuntivo adyacente. La presencia de ganglios linfáticos de mayor tamaño, duros y fijos, es un signo clínico de mal pronóstico¹⁴.

Neoplasias mesenquimales malignas:

Sarcomas:

Sarcoma de Kaposi.- El sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA es el tipo más frecuente, ya que existen lesiones bucales en el 53% de los pacientes. Las lesiones iniciales son máculas eritematosas, que adquieren progresivamente

características tumorales de color rojo azulado. Se localizan sobre todo en el paladar duro y en ocasiones en la lengua, garganta o amígdalas. Generalmente sin dolor y en ocasiones grandes y pediculados. En ocasiones, los tumores alcanzan un gran volumen y tapan incluso los dientes¹⁵.

Fibrosarcoma.- Se definen como tumores malignos de fibroblasto que no presentan otras diferenciaciones y que son capaces de recurrir y metatizar, son tumores de la vida adulta, su crecimiento es infiltrante².

Liposarcoma.-Tumor maligno de adipoblastos con máxima incidencia en la quinta década. Es raro en la cavidad bucal, debe distinguirse de los lipomas infiltrantes que pueden presentarse en la lengua².

Angiosarcoma.- Se presenta en ancianos, como masas violáceas que se ulceran “infiltran” difusamente, con lo que dificulta su extirpación y se metastatiza a vísceras, ocasionando la muerte².

Osteosarcoma.- La neoplasia maligna derivada de las células óseas más frecuente, que en los maxilares produce un ensanchamiento radiográfico de la membrana periodontal de los dientes¹⁶.

Es el tumor maligno más frecuente, presentándose en 1 de cada 100.000 personas, aparece más comúnmente en los huesos largos y tiene predilección por las áreas distales y proximales del fémur, la tibia y el húmero. Aproximadamente un 7% de los sarcomas osteógenos en la región de la cabeza y cuello¹⁶.

Las lesiones también se desarrollan frecuentemente en huesos situados debajo del tejido blando que ha recibido radioterapia. Clínicamente las lesiones de la mandíbula y el maxilar suelen advertirse por primera vez como tumefacciones

óseas de consistencia dura en las corticales vestibular y lingual (con o sin dolor) y a menudo asociadas con separación de los dientes¹⁶.

En algunos pacientes, las lesiones se presentan en forma de nódulos exofíticos duros sobre la encía insertada, con el aspecto de épulis de tejido blando. Una radiografía oclusal suele revelar un patrón radiopaco en sol naciente que irradia desde el periostio, aunque no es exclusivo del Osteosarcoma contribuye al diagnóstico¹⁶.

Condrosarcoma.- Tumores óseos malignos en los cuales las células malignas producen exclusivamente cartílago anormal y no osteoide ni hueso. Estas lesiones se han asociado con la enfermedad de Paget, la enfermedad de Ollier (encondromatosis múltiple) y el síndrome de Mafucci (encondromatosis múltiples, hemangiomas y fibromas). Clínicamente el Condrosarcoma de los maxilares se presenta a cualquier edad, pero tiene un pico de incidencia en el grupo de edades de 30 a 40 años. Las lesiones son masas expansivas que producen deformación local. En las lesiones de mayor tamaño, puede presentarse dolor y parestesia. En la parte anterior del maxilar, la obstrucción nasal y las dificultades para la respiración suelen ser los signos de presentación¹⁶.

Sarcoma de Ewing.- Es un tumor óseo sumamente maligno que se cree originado a partir de células primitivas de neuroectodermo, supone el 10 % de los tumores malignos, es más frecuente en el fémur y en los huesos pélvicos y solo un 1% afecta a los maxilares. Tiene preferencia por los pacientes más jóvenes, generalmente niños y adolescentes, y raras veces se observa en pacientes mayores de 30 años de edad. Los pacientes suelen tener fiebre ligera a

moderada. En el área de afectación, el dolor coincide con una tumefacción rápida. En los maxilares, suele haber movilidad de los dientes y en etapas posteriores, focos de ulceración. Radiológicamente el periostio suele tener un recubrimiento laminar que se designa como reacción en “piel de cebolla”¹⁶.

1.1.5 Diagnóstico

El pronóstico y la supervivencia del paciente cambian radicalmente ante un diagnóstico precoz. De este modo, un examen sistemático de la mucosa bucal, tanto por medios visuales como mediante la palpación digital, deben formar parte de todo examen dental rutinario. A continuación expondremos una sistemática a seguir en la revisión de nuestros pacientes²:

1. Examen de los labios. La superficie externa debe estar libre de grietas o úlceras.
2. Examen del aspecto interno labial.
3. Examen de las cadenas ganglionares de forma rutinaria: submental, cadenas submandibulares, cadenas cervicales y cadenas yugulodigástricas.
4. Visión global, atendiendo especialmente al tejido gingival y al vestíbulo.
5. Examen de mucosa yugal.
6. Suelo de boca (zona de alto riesgo de malignización).
8. Examen de la superficie ventral de la lengua.
9. Examen de la superficie dorsal de la lengua.

10. Bordes laterales de la lengua (tomar la lengua con una gasa).
11. Visualización del paladar.
12. Retirar prótesis.
13. Examen del velo del paladar y pilares posteriores.
14. Examen de la orofaringe.

El diagnóstico definitivo de cáncer bucal conlleva la realización de una biopsia para hacer un estudio anatomopatológico. Algunas herramientas utilizadas como coadyuvante a la biopsia son el azul de toluidina o la tinción con solución de lugol que ayudan a delimitar la zona idónea de resección, así como la citología exfoliativa o la biopsia por aspiración o por raspado².

1.1.6 Tratamiento

Para facilitar el seguimiento clínico y terapéutico de los pacientes se emplea la clasificación TNM: T (Tamaño del tumor primario); N (Presencia de ganglios linfáticos); M (Metástasis a distancia)⁸.

De una forma más desglosada las subdivisiones correspondientes son:

- a) T1: Tumor menor o igual a 2 cm
- T2: Tumor mayor de 2 cm pero menor de 4 cm
- T3: Tumor mayor de 4 cm
- T4: El tumor invade estructuras adyacentes.

b) N0: No hay metástasis ganglionares.

N1: Hay metástasis en un ganglio linfático homolateral menor o igual a 3 cm.

N2 a: Metástasis en un ganglio homolateral mayor de 3 cm pero menor de 6 cm.

N2 b: Metástasis en múltiples ganglios homolaterales, menores de 6cm

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

c) M0: No hay metástasis a distancia.

d) M1: Hay metástasis a distancia.

El factor más importante en la supervivencia es la etapa de la enfermedad en que se diagnóstica.

De forma práctica se establece el estaditaje tumoral que comprende:

Estadio 1	T1 M0 N0.
Estadio 2	T2 M0 N0.
Estadio 3	T3 N0 M1, T1 N1 M0, T2 N1 M0, T3 N1 M0.
Estadio 4	T4 M0 N0, Tx M2-3 N0, Tx Nx M1.

Los estadios I y II engloban el período inicial, donde la tasa de supervivencia suele ser elevada, mientras que los estadios III y IV representan las fases avanzadas de la enfermedad, donde el pronóstico empeora drásticamente¹⁷.

El tratamiento del paciente oncológico es multidisciplinar, siendo más agresivo y

menos conservador cuanto más tarde se diagnostique la enfermedad².

1.1.7 Prevención:

La profesión odontológica tiene un papel importante en la lucha contra el cáncer bucal, cumpliendo una tarea primordial en los tres niveles de prevención

Niveles de prevención del cáncer oral y actuación del odontólogo	
Prevención primaria:	Modificación de hábitos: Tabaco, Alcohol, dieta, HPV.
Prevención secundaria:	Diagnóstico precoz.
Prevención terciaria:	Diagnóstico de recidivas y segundos tumores primarios. Tratamiento de las complicaciones de la terapia oncológica.

1.1.7.1 Prevención primaria.-Está orientada a reducir la incidencia de la enfermedad. El enfoque preventivo es bastante claro y los odontólogos, junto con otros profesionales de atención primaria de la salud, tienen excelentes oportunidades para participar en esta actividad. La etiología del cáncer oral es multifactorial, siendo los factores de riesgo más importantes el tabaco y el consumo elevado de alcohol; ambos factores actúan sinérgicamente, aunque cada uno de ellos posee potenciales carcinogénicos independientes¹⁸.

En algunos casos, determinados productos químicos, la radiación ultravioleta de la luz solar, radiaciones ionizantes, infecciones, la dieta o situaciones de inmunodepresión pueden resultar especialmente relevantes. Son muchos los

factores relacionados con el estilo de vida, pero el medio ambiente y la genética también juegan un papel importante. A nivel mundial dos mil millones de personas consumen alcohol, y se estima que mil millones de hombres y 250 millones de mujeres fuman cigarrillos. Por lo tanto, muchos de los cánceres bucales podrían prevenirse mediante un cambio en el estilo de vida¹⁸.

Prevención Secundaria.- Se refiere a la detección de la enfermedad en una etapa precoz de su historia natural. Una actuación temprana conducirá a la curación o a una minimización del daño, reduciendo finalmente la mortalidad. La detección precoz en estadios asintomáticos garantiza no sólo un aumento en las tasas de supervivencia, sino también una mejor calidad de vida, como consecuencia de tratamientos menos agresivos y mutilantes¹⁸.

Prevención Terciaria.- En este nivel el odontólogo debe actuar para reducir la posibilidad de la aparición de un nuevo cáncer oral y ayudar al paciente para minimizar los efectos secundarios de la terapia oncológica en la boca. El cáncer oral y en particular su tratamiento, pueden causar problemas en el mantenimiento diario de la salud oral. Actualmente, la cirugía y la radioterapia son las dos principales modalidades de tratamiento del COCE (Carcinoma Oral de Células Epidermoides) con potencial curativo, y suelen aplicarse individualmente o en combinación.

Además, el desarrollo de nuevos agentes quimioterápicos, y de nuevas combinaciones y pautas de tratamiento, han proporcionado una mejora sustancial en la calidad de vida de este grupo de pacientes¹⁸.

CAPÍTULO II: VARIABLES

2.1 Operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIA	TIPO	ESCALA
Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal	Es el estado de quien conoce sobre cáncer bucal, y que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio, y puede ser cuantificado por escalas.	Epidemiología	Ítem 1-2	Correcto (≥ 1) Incorrecto (= 0)	Cualitativo	Nominal
		Etiología	Ítem 3-4	Correcto (≥ 1) Incorrecto (= 0)	Cualitativo	Nominal
		Diagnóstico	Ítem 5-9	Correcto (≥ 1) Incorrecto (= 0)	Cualitativo	Nominal
		Tratamiento	Ítem 10	Correcto (=1) Incorrecto (= 0)	Cualitativo	Nominal
		Prevención	Ítem 11	Correcto (=1) Incorrecto (= 0)	Cualitativo	Nominal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño Metodológico

El diseño del presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Observacional: Se registraron los datos sin manipulación de las variables.

Descriptivo: Se detallaron los datos de las variables obtenidas de las encuestas.

Transversal: Se recolectaron los datos registrados en las encuestas, en un determinado momento, una sola vez durante el procedimiento de la investigación.

Prospectivo: Se trabajó con información de los datos procedentes de las encuestas que fueron llenados para el estudio.

3.2 Población y Muestra

Población:

Estuvo conformada por 105 estudiantes del último ciclo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, matriculados en el periodo 2016-I.

Muestra:

Estuvo conformada por 76 estudiantes del último ciclo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, matriculados en el periodo 2016-I, pero solamente 61 de ellos fueron los que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

Estudiantes matriculados en el periodo 2016-I.

Estudiantes que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

Estudiantes que no hayan completado la encuesta.

Estudiantes que tengan doble respuesta en alguna pregunta o que hayan realizado tachas o borrones en alguna alternativa de la encuesta.

3.3 Técnica de validación

La encuesta aplicada en el estudio fue validada por el juicio de tres expertos en el área, médicos especialistas en oncología, quienes revisaron cada pregunta y alternativas. Posteriormente sugirieron la corrección de las alternativas del ítem número tres, la cual se realizó para mejorar el contenido de la encuesta.

3.4 Técnica de recolección de datos

Se empleó una encuesta como instrumento para la recolección de datos, que estaba conformada por 11 preguntas relacionadas a conocimiento del cáncer bucal, las cuales tuvieron opción múltiple. Se dividieron por dimensiones, incluidas

dentro de los objetivos del estudio. Fueron dos preguntas sobre epidemiología, dos preguntas sobre etiología, cinco preguntas sobre diagnóstico, una pregunta sobre prevención, y una pregunta sobre tratamiento, respectivamente (Anexo 1).

La encuesta se tomó simultáneamente en dos aulas donde se encontraban los estudiantes que participarían del estudio, a quienes previamente se les explicó sobre el trabajo de investigación y firmaron un consentimiento informado antes de proceder a llenar la encuesta.

Se otorgó un punto por cada respuesta correcta y se midieron las dimensiones de la siguiente manera:

Correcto: ≥ 1 punto

Incorrecto: 0 puntos

Para determinar el nivel de conocimiento general sobre cáncer bucal se otorgó un punto por cada pregunta correcta, agrupando los resultados según la siguiente escala:

Malo: ≤ 4 puntos

Regular: $> 4 - 7$ puntos

Bueno: ≥ 8 puntos

3.5 Técnica para procesamiento de Información

El procesamiento de los datos fue realizado en el programa estadístico SPSS versión 23.

Se realizó un análisis descriptivo univariado. Los resultados de los datos están expresados en tablas de distribución de frecuencia acompañadas de gráficos de barra simple.

3.6 Aspectos éticos

Fue aprobado por la oficina de grados y títulos y aceptado por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, con la finalidad de evitar copias o plagios.

Se solicitó la aceptación del estudio mediante el consentimiento informado escrito (Anexo 2).

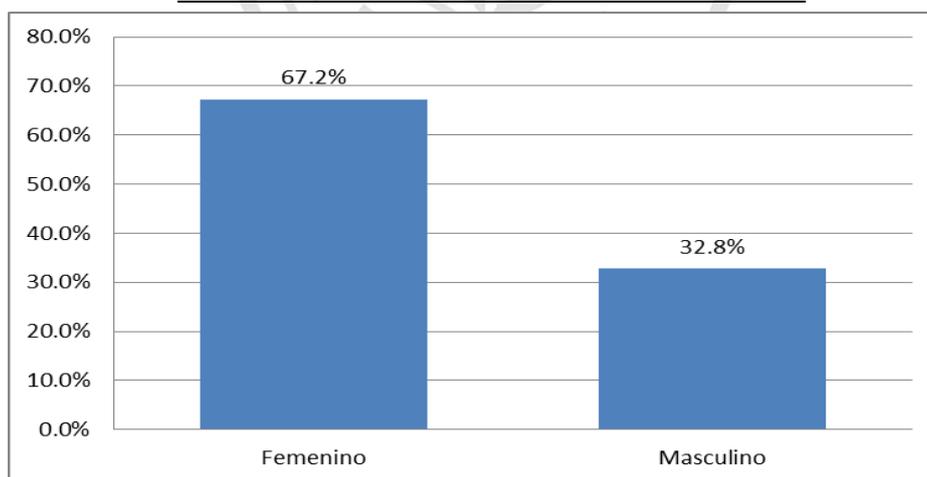


CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La población estuvo conformada por 105 estudiantes, de los cuales 75 fueron la muestra inicial. Finalmente el estudio estuvo conformado por 61 estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana que cumplieron los criterios de selección. El 62,7% de los estudiantes encuestados fue de sexo femenino, y el 32,8% fueron de sexo masculino. El promedio de edad de los estudiantes encuestados fue entre 21 y 28 años.

Tabla n°1: Muestra de estudiantes encuestados según sexo y edad del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016.

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	41	67,2
Masculino	20	32,8
Total	61	100,0
Edad		
Media +- DE	24.5	+- 3,5



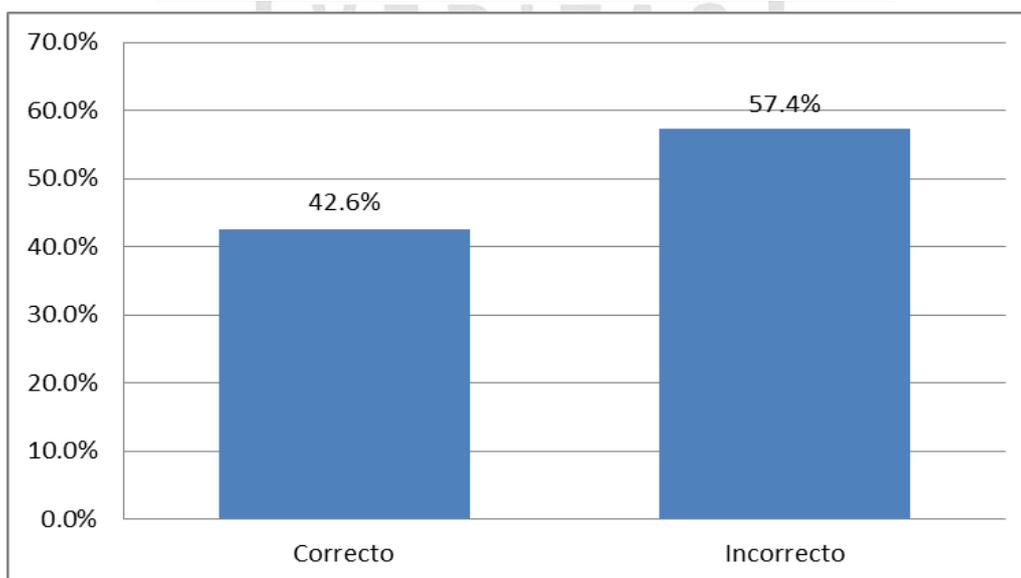
Sexo

Gráfico n°1: Muestra de estudiantes encuestados según sexo, del último ciclo de odontología de una universidad peruana, Lima 2016

En cuanto a los conocimientos sobre epidemiología del cáncer bucal, de los estudiantes que fueron encuestados, según descrito en la Tabla N°2 y GráficoN°2, el 42,6% respondió correctamente y el 57,4% respondió incorrectamente.

Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre epidemiología del cáncer bucal en estudiantes de odontología del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

Conocimientos sobre epidemiología	n	%
Correcto	26	42,6
Incorrecto	35	57,4
Total	61	100,0



Nivel de conocimiento sobre epidemiología

Gráfico N°2: Nivel de conocimiento sobre epidemiología del cáncer bucal en estudiantes de odontología del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

Sobre la etiología del cáncer bucal, de los alumnos que fueron encuestados, según lo descrito en la Tabla N°3 y Gráfico N°3, el 93% respondió correctamente, mientras que el 6% lo hizo incorrectamente.

Tabla N°3: Nivel de conocimiento sobre etiología del cáncer bucal en alumnos del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

Conocimientos sobre etiología	n	%
Correcto	57	93,5
Incorrecto	4	6,5
Total	61	100,0

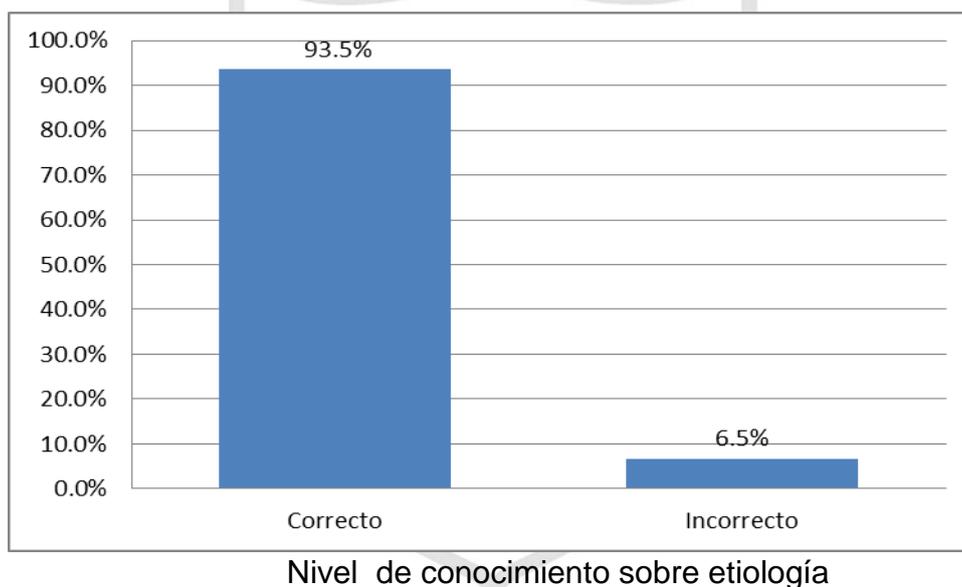
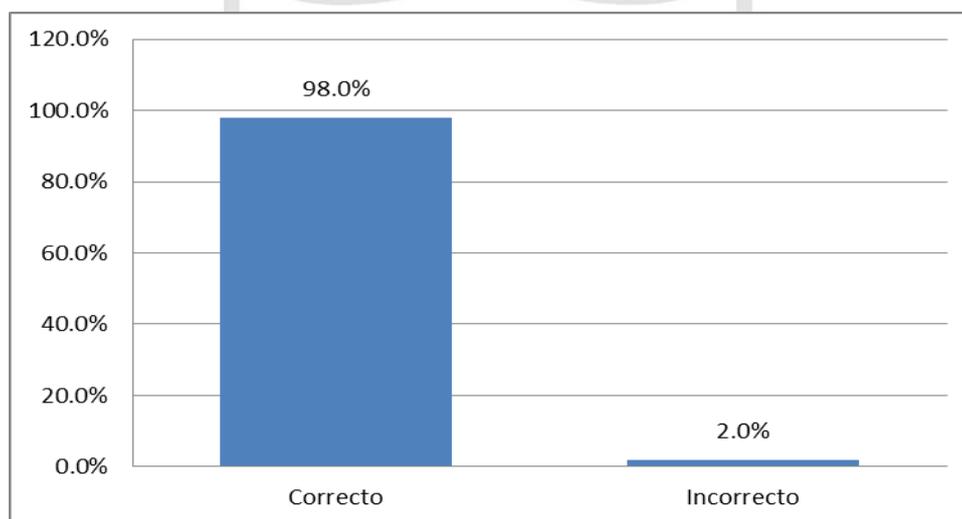


Gráfico N°3: Nivel de conocimiento sobre etiología del cáncer bucal en alumnos del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

En los resultados obtenidos sobre diagnóstico del cáncer bucal, de los alumnos que fueron encuestados, según lo descrito en la Tabla N°4 y el Gráfico N° 4, el 98,0% respondió correctamente, solo el 2,0% respondió de manera incorrecta.

Tabla n° 4: Nivel de conocimiento sobre diagnóstico del cáncer bucal en alumnos del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

Conocimientos sobre diagnóstico	n	%
Correcto	60	98,0
Incorrecto	1	2,0
Total	61	100,0



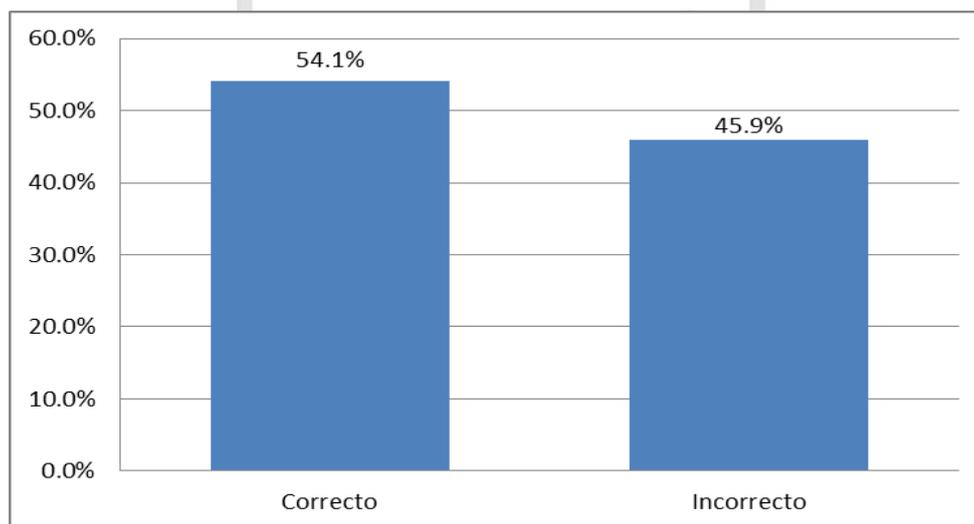
Nivel de conocimiento sobre diagnóstico

Gráfico N°4: Nivel de conocimiento sobre diagnóstico del cáncer bucal en alumnos del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

Sobre el tratamiento del cáncer bucal, de los estudiantes que fueron encuestados, según lo descrito en la Tabla N° 5 y el Gráfico N° 5, respondieron correctamente el 54,1% y 45,9% incorrecto.

Tabla N°5: Nivel de conocimiento sobre tratamiento del cáncer bucal, en estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

Conocimientos sobre tratamiento	n	%
Correcto	33	54,1
Incorrecto	28	45,9
Total	61	100,0



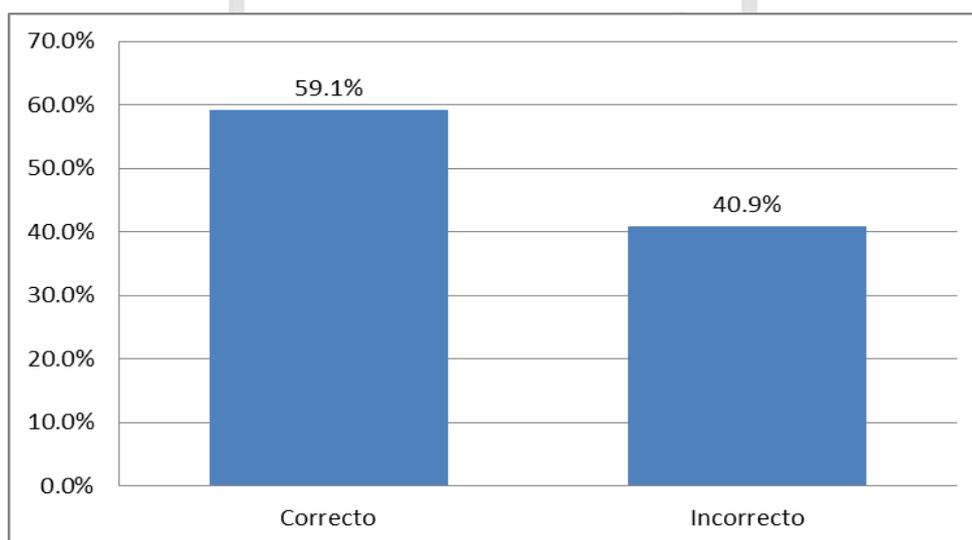
Nivel de conocimiento sobre tratamiento

Gráfico N°5: Nivel de conocimientos sobre tratamiento del cáncer bucal, en estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016

Sobre el nivel de conocimiento en prevención del cáncer bucal, del total de estudiantes que fueron encuestados, según se describe en la Tabla N°6 y el Gráfico N°6, el 59,1% respondió correctamente y el 40,9% de manera incorrecta.

Tabla N°6: Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer Bucal, en estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

Conocimientos sobre prevención	n	%
Correcto	36	59,1
Incorrecto	25	40,9
Total	61	100,0



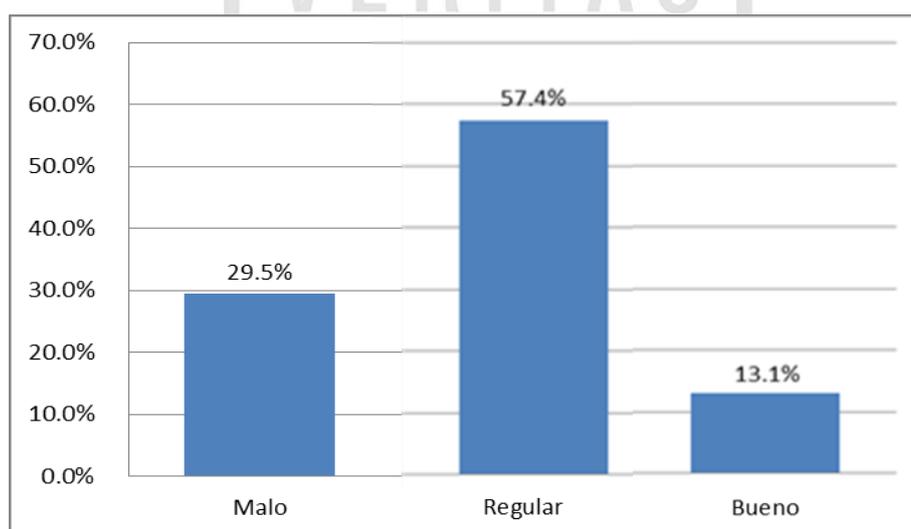
Nivel de conocimiento sobre prevención

Gráfico N°6: Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer bucal, en estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016

Respecto a los conocimientos generales sobre cáncer bucal, del total de estudiantes que fueron encuestados, según lo descrito en la Tabla N°7 y Gráfico N°7, el 29,5% obtuvo puntaje malo, el 57,4% puntaje regular y el 13,1%.

Tabla 7: Nivel de conocimiento general sobre cáncer bucal, en estudiantes de odontología del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016.

Nivel de conocimiento general	n	%
Malo	18	29,5
Regular	35	57,4
Bueno	8	13,1
Total	61	100,0



Nivel de conocimiento general

Gráfico N°7: Nivel de conocimiento general sobre cáncer bucal, en estudiantes de odontología del último ciclo de una universidad peruana, Lima 2016

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Con respecto al conocimiento de epidemiología del cáncer bucal en los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, el resultado que predominó fue incorrecto, con un 57,4%, mientras que solo el 42,6% respondió correctamente, esto demuestra que los alumnos tienen bajo conocimiento sobre los tipos de cáncer, y la edad más frecuente en la que se presenta esta patología.

Peña *et al.* Realizaron un estudio descriptivo en el Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” para caracterizar clínica y epidemiológicamente el cáncer de la cavidad bucal desde el año 1999 hasta el 2004, predominó la enfermedad en pacientes de 70-79 años, con 24 pacientes (30,4 %), y el sexo masculino, con 59 pacientes (74,7%) y el carcinoma epidermoide fue la variedad histológica más frecuente (76, para el 96,2% de pacientes) ¹⁹.

Con los que respecta al nivel de conocimientos sobre etiología en los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, respondieron en su mayoría correctamente, con 93,5%, mientras que el 6,5% respondió incorrectamente, esto nos indica que hay un buen conocimiento de los alumnos sobre factores de riesgo de esta enfermedad, resultado que puede mantenerse con el constante estudio y actualización del tema.

Éste resultado obtenido es similar al estudio realizado por Borhan-Mojabi *et al.* Quienes evaluaron el grado de conocimiento sobre el cáncer oral entre médicos generales y dentistas en Qazvin - Iran, se observó que los dos principales factores de riesgo por toda la población de estudio fue: Fumar (78,0%) y el consumo de

alcohol(34,9%). Aproximadamente 80,9% de los participantes identificó la lengua como uno de los sitios más comunes para la localización del cáncer oral, mientras que sólo el 25,7% identificó el piso de la boca y 28,3% de los labios como otras áreas de ocurrencia. Este estudio demostró un nivel inadecuado de los conocimientos sobre cáncer oral en ambos grupos²⁰.

Así mismo, se obtuvieron resultados similares en el estudio realizado por Soares *et al.* Quienes realizaron un estudio para determinar el conocimiento de los estudiantes universitarios sobre el cáncer oral, en la ciudad de Curitiba, Brasil. Los datos mostraron que el 86,3% sabían que el cáncer podría ocurrir en la boca y alrededor de 39% dijeron que no sabían de la existencia de la lesión precancerosa. Mencionaron que los factores de riesgo más comunes fueron: El tabaco 69,3%, la falta de higiene oral 20,3% y la radiación 10,6%. El alcohol fue considerado como un factor causal de la enfermedad sólo por el 22 (8%) de los encuestados. Este trabajo ha demostrado que una parte significativa de población universitaria sabe que el cáncer puede afectar a la boca y que el tabaquismo es un factor de riesgo y se refuerza la necesidad de aplicar medidas prevención dirigido a develar los factores de riesgo real para el cáncer oral²¹.

En la sección de diagnóstico se realizaron preguntas sobre el diagnóstico precoz del cáncer bucal en los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, la respuesta mayor fue correcta con un total del 98,0 % de los encuestados, solo el 2,0% de la muestra obtuvo un incorrecto conocimiento del diagnóstico de esta enfermedad.

Se diferencia de los resultados obtenidos por Vinitzky *et al.* Quienes realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Cancerología de México, con el objetivo de identificar el tiempo de retraso en el diagnóstico del cáncer bucal. El 7,2% de los

casos se diagnosticaron en etapa I, el 35,7% en etapa II, el 21,4% en etapa III y el 35,7% en etapa IV, sumando 92,8% de casos diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad y más de la tercera parte con metástasis al momento del diagnóstico, encontrando un retraso importante entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo, concluyeron que se debe intensificar la labor de los médicos y odontólogos encaminada al diagnóstico temprano de las neoplasias malignas en los tejidos bucales²².

Sobre el tratamiento de cáncer bucal, los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, el 54,1% de los alumnos encuestados respondió correctamente, y el 45,9% de los alumnos incorrectamente, estos resultados nos revelan que a pesar de que el porcentaje que predominó es correcto, también es alto el nivel de estudiantes que no conocen sobre los tratamientos más frecuentes para esta enfermedad. Para mejorar esto, se puede sugerir a los alumnos que durante su internado hospitalario asistan a la especialidad de oncología, y a charlas sobre el tema y de esta manera puedan tener mejor conocimiento acerca del tratamiento de esta enfermedad.

Estos resultados son similares a los que obtuvieron Furness *et al.* Quienes realizaron un estudio que tenía como objetivo determinar si la quimioterapia, como agregado a la radioterapia y la cirugía para el cáncer bucal y orofaríngeo mejoran la supervivencia libre de enfermedad, la supervivencia libre de progresión, el control regional, y si reduce la recidiva de la enfermedad. Concluyeron que la quimioterapia, como agregado a la radioterapia y la cirugía, se asocia con una mejor supervivencia general en los pacientes con cáncer bucal y orofaríngeo²³.

Respecto al nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer Bucal de los alumnos de una universidad peruana, las preguntas aplicadas, correspondieron a

las condiciones que se asocian a cáncer bucal y como se presenta ésta en su etapa temprana. A pesar de que la mayoría de estudiantes respondió correctamente (59,1%) la muestra que respondió incorrectamente también es elevado (45,9%). Ambos porcentajes son altos, lo que demuestra que la información que se tiene debe ser reforzada para mejorar los conocimientos y aplicarlos en la práctica clínica. Para mejorar estos resultados, los estudiantes pudieran participar de campañas odontológicas exclusivamente de detección de lesiones malignas, y donde obligatoriamente brinden información sobre la prevención de esta enfermedad.

Éste resultado es opuesto al obtenido en el estudio publicado por Miranda *et al.* Quienes tuvieron como objetivo determinar en el nivel de información sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta de los consultorios con perfil docente en la clínica estomatológica provincial Ismael Clark y Mascaró de Camagüey, desde diciembre de 2002 a noviembre de 2005. El nivel de información sobre prevención del cáncer bucal que predominó fue insatisfactorio en el 58,0%, y el 73,2% de la muestra no tuvo percepción del riesgo a enfermar²⁴. En los resultados obtenidos sobre los conocimientos generales del cáncer bucal en los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, la mayoría obtuvo puntaje regular con un 57,4%, el 13,1% obtuvo puntaje bueno y un 29,5% calificado como malo, este resultado nos indica que los estudiantes tendrán un adecuado desarrollo del tema en su práctica clínica, sin embargo se debe tener en cuenta que el porcentaje de estudiantes que obtuvieron nivel de conocimiento malo es alto.

Para mejorar estos resultados, se pudiera incentivar a que los estudiantes discutan casos clínicos sobre el tema durante sus clases teóricas, así mismo que

durante sus prácticas diarias brinden información a sus pacientes sobre conocimientos básicos del cáncer bucal y enseñen a estos la autoevaluación, para que así estén constantemente actualizándose sobre el tema.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Angheben *et al.* Quienes tuvieron el objetivo de determinar el perfil de conocimientos sobre cáncer bucal de los estudiantes de la Facultad de odontología de la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del sur, donde los alumnos identificaron el cáncer como malignidad oral más prevalente, demostrando adecuado conocimiento sobre el cáncer oral y alta tasa de éxito en la identificación de factores de riesgo²⁵.

Sin embargo, se diferencian con el estudio que realizó Miranda *et al.* Quienes realizaron un estudio para determinar el conocimiento de los dentistas en relación con el cáncer oral en Feira de Santana, Bahía, Brasil. El 21,1% de los participantes manifestaron que no investigan la presencia de lesiones orales en la primera visita, y el 69,5% de los profesionales considera bajo su nivel de confianza para llevar a cabo los procedimientos de diagnóstico de cáncer oral, sólo el 3,7% de los encuestados obtuvieron el concepto óptimo en relación con el conocimiento. Se demostró que los dentistas de Feira de Santana, Bahía, no tenían los conocimientos necesarios mínimos con respecto a esta enfermedad ²⁶.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos sobre epidemiología del cáncer bucal que predominó en los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, fue incorrecto.
2. El nivel de conocimientos de los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana sobre etiología del cáncer bucal fue en su mayoría correcto.
3. El nivel de conocimientos sobre diagnóstico del cáncer bucal que predominó en los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana fue correcto.
4. El nivel de conocimientos de los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana sobre tratamiento del cáncer bucal fue mayormente correcto.
5. El nivel de conocimientos de los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana sobre prevención del cáncer bucal fue en su mayoría correcto.
6. El nivel de conocimientos generales sobre el cáncer bucal de los estudiantes del último ciclo de una universidad peruana, fue en su mayoría regular.

RECOMENDACIONES

1. Incentivar a los estudiantes la importancia del tema, mediante la presentación de casos clínicos, seminarios y exposiciones durante sus horarios de clase, con el fin de que mejoren sus conocimientos sobre cáncer bucal.
2. La encuesta presentada también puede ser aplicada en los alumnos de menores ciclos que estén cursando la clínica, así como también en alumnos de postgrados y en docentes de la facultad de odontología de la universidad y de diversas universidades del país, para fomentar el interés a adquirir mayores conocimientos sobre el tema.
3. Por ser un tema de salud pública y por su relevancia, se puede aplicar este estudio en profesionales que ejerzan la práctica privada o para el estado, y así motivar a que perfeccionen sus conocimientos y una mejor actitud para el servicio a la población.
4. Que previo a la atención de pacientes los estudiantes realicen obligatoriamente exámenes de despistaje de cáncer bucal, les enseñen a realizar el examen de autoevaluación, los concienticen y brinde información sobre esta enfermedad a sus pacientes. Este mismo método puede aplicarse en campañas odontológicas.

5. Este estudio posteriormente puede ser empleado como guía, para obtener la información básica sobre el tema.



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **Soimout O.** Neoplasias, definiciones nomenclatura y características. Eusalud 2008.
2. **Bascones A, Aguado A, Suárez J.** Cáncer y pre cáncer oral. Bases clínico-quirúrgicas y moleculares. Ediciones Avances 2003.
3. **Ávalos H.** Frecuencias de neoplasias malignas de la cavidad oral según su tipo y la ocupación en sujetos evaluados en el INEN (1990-1999). Lima UPCH 2003.
4. **Fernández B.** Estudio transversal observacional, sin intervención terapéutica, para evaluar la presencia de candidiasis oral en pacientes sometidos a radioterapia por cáncer de cabeza y cuello y factores Asociados. 2012.
5. **Prieto I, Prieto A, Bascones M,** Cáncer oral, diagnóstico y tratamiento. Med Clin. 2006; 127(7): 258-64.
6. **Rodu B, Jansson C.** Smokeless tobacco and oral cancer: a review of the risks and determinants. Crit Rev Oral Biol Med. 2004; 15(5):252-63.
7. **Hindle I, Downer M, Moles D, Speight P.** Is alcohol responsible for more intra-oral cancer. Oral Oncol. 2000; 36(4):328-33.

8. **García-García V, Bascones A.** Cáncer oral: Puesta al día. Av. Odontoestomatol. 2009; 25(5): 239-48.
9. **Divisi D, Di Tommaso S, Salvemini S, Garramone M, Crisci R.** Diet and cancer. Acta Biomed. 2006; 77(2):118-23.
10. **Nicot R, Delgado I, Soto G.** Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Rev Cubana Estomatol 1995; 32(2):60-3.
11. **Pinillos L.** Plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú 2006.
12. **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.** Perfil Epidemiológico. Lima-Perú: INEN; 2010.
13. **Inen.pe** Datos epidemiológicos INEN 2000-2014. Disponible en: [http:// www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos](http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos).
14. **Lamura A, Finol H, Garriga A, D´Empaire G, Tinoco J, Salazar N et al.** Carcinoma Espinocelular de Antro y Reborde Maxilar: Tratamiento Quirúrgico, Estudio Histopatológico y Ultraestructural. Reporte de un Caso. Acta odontol. venez 2001;39(3):79-84.
15. **Centeno C, Daniel R, Campana M, Orozco M.** Tumores malignos de boca. Med Cutan Iber Lat. Am. 2010;38(6):221-8.
16. **Philip J, Eversole L, Wisocky G,** Patología oral y maxilofacial contemporánea. Ed. Elsevier. 2ª Edición. 2004;2(4)114-32.

17. **Rocha A.** Cáncer oral: El papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2009;21(1):112-21.
18. **López-Andrade M, Diniz-Freitas M, Otero-Reyes E, Peñamaría-Mallón y Blanco-Carrión.** Factores de riesgo y prevención del cáncer oral, Carrión ARCOE, 2013; 18(2):73-82
19. **Peña A, Arredondo M, Vila L.** Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(1):1-10.
20. **Borhan K, Moradi A, Yazdabadi A,** Evaluating the degree of knowledge on oral cancer among general practitioners and dentists in Qazvin. Journal of Evaluation in Clinical Practice; 2012;18(2) 498-501.
21. **Soares de Lima A, Sotille B, Aparecido S, Spagliare C.** Revista Brasileira de Cancerología 2005;51(4):283-92.
22. **Vinitzky I, Ibáñez N, Eljure E, Alba F.** Revista ADM 2014; 71(4):188-91.
23. **Furness S, Glenn M, Worthington V, Pavitt S, Oliver R, Clarkson E, Macluskey M, Chan K, Conway D;** Interventions for the treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer: chemotherapy. Cochrane Database Syst Rev. 2010.
24. **Miranda M, Jiménez L, Mejías M.** Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta. AMC 2006; 10(6):78-89.

25. **Angheben P; Salum F; Cherubini K; Figueiredo M**, Perfil de Conhecimento Sobre Câncer Bucal dos Alunos da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rev. Odontol Bras Central 2013;21(60):33-9.
26. **Miranda M, Borges T, Souza V, Bahia T**; Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal; RGO 2010;58(1):2733.



ANEXOS
ANEXO 1: ENCUESTA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN ESTUDIANTES DEL
ÚLTIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PERUANA**

I. PÉRFIL DEL ESTUDIANTE:

Edad:
Sexo:

II. CONOCIMIENTO DEL ESTUDIANTE SOBRE CÁNCER BUCAL

01.- ¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente?

- a) Ameloblastoma
- b) Carcinoma mucoepidermoide
- c) Linfoma
- d) Liquen plano
- e) Ninguno

02.- ¿Cuál es la edad en que se presenta mayor número de casos de cáncer bucal?

- a) Menor de 18 años
- b) De 18 a 30 años
- c) De 31 a 40 años
- d) Encima de los 40 años

03.- ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo considera de menor trascendencia para el cáncer bucal?

- a) Consumo paralelo de tabaco y alcohol
- b) Virus de la inmunodeficiencia humana
- c) Antecedentes familiares
- d) Exposición al sol

04.- ¿Cuál de las siguientes condiciones es la más comúnmente asociada al cáncer bucal?

- a) Leucoplasia
- b) El pénfigo vulgar
- c) Estomatitis subprotética
- d) Lengua geográfica
- e) Ninguna

05.- ¿Cómo se presenta la lesión temprana del cáncer bucal?

- a) Asintomática
- b) Sintomático

06.- ¿Cuál es el tipo de lesión clínica con la que se presenta comúnmente el cáncer bucal?

- a) Úlcera
- b) Placa
- c) Nódulo
- d) Mácula
- e) Ninguna

07.- ¿Qué características clínicas se pueden observar con mayor frecuencia en el cáncer bucal?

- a) Lesiones con dolor y ulceradas
- b) Lesiones indoloras de bordes rígidos
- c) Lesiones fétidas y purulentas
- d) lesiones con dolor y bordes rígidos
- d) Ninguna

08.- ¿Cuál es el área más común donde se presentan las lesiones del cáncer bucal?

- a) Labios
- b) Carrillos
- c) Piso de la boca
- d) Paladar
- e) Ninguno

09.- ¿Cómo se presenta a la palpación el ganglio linfático más característico con metástasis cervical del cáncer bucal?

- a) Duro, doloroso, con movilidad
- b) Duro, indoloro, sin movilidad
- c) Suave, doloroso, con movilidad
- d) Suave, indoloro, sin movilidad
- e) Ninguno

10.- ¿Cuál es el tratamiento más frecuente para el cáncer bucal?

- a) Cirugía
- b) Quimioterapia
- c) Cirugía y radioterapia
- d) Cirugía y quimioterapia
- e) Ninguna

11.- ¿Cuál es la mejor prueba para detectar precozmente el cáncer bucal?

- a) Papanicolaou
- b) Esputo
- c) Examen clínico bucal
- d) Examen radiográfico
- e) Ninguna



ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento, yo _____
_____, identificado(a) con DNI N° _____, estudiante del último ciclo de la Facultad de Odontología (FO) de la Universidad de San Martín de Porres (USMP), matriculado(a) en el ciclo 2016-I, acepto participar de manera voluntaria, en la investigación denominada “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PERUANA”, realizado por la Bachiller Lotty Gabriela Pulgar Mosquera y asesorado por la Mg. Esp. CD. Janet Guevara Canales, proyecto de investigación que ya ha sido revisado y aprobado para su respectiva aplicación por el Comité Revisor y el Comité de Ética de la FO - USMP. He sido informado y se me explicó sobre los objetivos y la metodología del presente trabajo de investigación, así como los criterios de inclusión y exclusión. El estudio no conllevará a ningún riesgo y no se recibirá ningún tipo de beneficio por participar. El proceso será estrictamente confidencial, donde el nombre del participante no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Firmo en señal de conformidad.

Firma

Fecha: