Evaluación del nivel de conocimiento de carcinoma oral de células escamosas en la atención clínica odontológica.

Daniela Sua García

20571621728

Ariana Valentina Rincón Páez

20571419925

.

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Odontología

Programa de Odontología

Bucaramanga

2021

Evaluación del nivel de conocimiento de carcinoma oral de células escamosas en la atención clínica odontológica.

Daniela Sua García

20571621728

Ariana Valentina Rincón Páez

20571419925

Línea de Investigación

Ciencias Básicas aplicadas a la clínica

Asesores

Od. Ana María Rochel

Cirujana y patóloga

Od.Yudi Muñoz Osorio

Epidemióloga

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Odontología

Programa de Odontología

Bucaramanga

2021

Nota de autor

Daniela Sua García y Ariana Valentina Rincón Páez, estudiantes de Odontología en la Universidad Antonio Nariño de Bucaramanga.

Este trabajo de investigación fue llevado a cabo gracias a la colaboración de la Dra. Ana María Rochel y Dra. Yudi Muñoz Osorio; quien con su dedicación y conocimiento agradecemos la ayuda dada durante el proceso de investigación, gracias a su colaboración aprendimos de la importancia de investigar y analizar la información para brindar un total entendimiento de temas de gran interés en la salud odontológica.

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado,

Evaluación Del Nivel De Conocimiento De Carcinoma Oral De Células Escamosas En La Atención Clínica Odontológica

Cumple con los requisitos para optar

Al título de **ODONTÓLOGO.**

_____

Firma del Tutor

_____

Firma Jurado

_____

Firma Jurado

Bucaramanga, 07 de octubre de 2021

UAN
UNIVERSIDAD
ANTONIO NARIÑO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

CARTA DE ACEPTACIÓN DE ASESORAMIENTO DE TRABAJOS DE GRADO

Fecha: 11 de marzo 2021

YO Ana María Rochel Rochel, Docente de la facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño, Identificado con cédula de Ciudadanía #: 1098659933 de Bucaramanga, me comprometo a asesorar el trabajo de grado para optar al título de odontólogo

De los estudiantes:

Nombre	Identificación
Daniela Sua García	1098729505
Ariana Valentina Rincón Páez	1093788571

Cuyo titulo del trabajo es:

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CARCINOMA ORAL DE CELULAS ESCAMOSAS EN LA ATENCION CLINICA ODONTOLOGICA.

Actuare como asesor:

Metodológico [ ] Científico [✓]

De igual manera me comprometo a llevar a término dicho proyecto.

Firma: Ana María Rochel.

Dedicatoria

A mis padres, Jaime A. Sua y Sandra García, por ser el pilar más importante en mi vida, por creer en mí, quienes con su amor, paciencia, esfuerzo y palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante. A mi hermano por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más. A mi abuela Mery, mi ángel que desde el cielo me ilumino y guio, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer, quien con su ejemplo me mantuvo soñando cuando quise rendirme. A mis abuelos, familiares y amigos, por su cariño y apoyo moral e incondicional a lo largo de toda mi carrera universitaria.

Daniela Sua García

Dedico esta tesis primeramente a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera, a mis padres quienes con su apoyo, amor, comprensión y educación pude cumplir mi sueño. A mi madre Gina Páez por ser mi motivación y mi ejemplo a seguir. A mi padre Iván Rincón por su apoyo y su lucha constante cada día por hacer esto realidad A mi abuela Nelly Urbina por confiar siempre en mí y enseñarme el coraje y la templanza para enfrentarme a cada situación de la vida.

Ariana valentina rincón Páez

Agradecimientos

Primeramente agradecemos a la Universidad Antonio Nariño, facultad de odontología, sede Bucaramanga, por habernos aceptado ser parte de ella y por brindarnos apoyo en todo el proceso de formación en nuestra carrera universitaria para poderla culminar con éxito. Agradecemos a nuestras tutoras, Dra. Yudi Alejandra muñoz y de manera especial a la Dra. Ana María Rochel por su cariño, dedicación y entusiasmo tomando nuestro trabajo como suyo y brindándonos siempre una palabra de aliento para continuar en la elaboración de esta tesis.

A la Doctora Alba Roció Pico por guiarnos en cada etapa para mejorar cada día, no solo siendo nuestra docente si no también una amiga y confidente. Al Doctor Julián Pedraza por su colaboración y disponibilidad en todo momento. Al Doctor Cesar Bautista por sus sabios consejos y su estímulo constante a lo largo de la investigación. A cada docente quienes con sus conocimientos y enseñanzas construyeron las bases de nuestra vida profesional.

Ariana Valentina Rincón Páez

Daniela Sua García

Resumen

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es una neoplasia maligna, que se origina a partir de las células escamosas del epitelio que recubre la mucosa oral, es la más frecuente.

Objetivo: Evaluar el conocimiento sobre el carcinoma oral de células escamosas de los estudiantes de clínicas odontológicas de quinto a décimo semestre de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga periodo I-2021.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, que se encontraban cursando las clínicas odontológicas de quinto a decimo semestre. Los estudiantes que participaron en este estudio aprobaron las asignaturas de cirugía y anestesia, patología oral, farmacología, semiología general y oral según lo indico el plan de estudios.

Resultados: Este estudio de investigación demostró el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de odontología de quinto a decimo semestre de las clínicas odontológicas de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, que arrojo valores como el de 67% de los estudiantes, quienes identificaron el tratamiento ideal para COCE el cual es cirugía resectiva + terapias coadyuvantes.

Conclusiones: se evidenciaron falencias en ciertas variables para identificar algunos conocimientos acerca del COCE, pero también se encontró que los estudiantes conocen tratamientos ya sea quirúrgicos o terapias coadyuvantes así como también reconocen la importancia de instruir a sus pacientes en diagnóstico temprano a través de técnicas de autoexamen y control periódico con su odontólogo.

Palabras clave: carcinoma oral de células escamosas, COCE, TNM, cirugía resectiva.

Abstract

Oral squamous cell carcinoma (COCE) is a malignant neoplasm, which originates from the squamous cells of the epithelium that covers the oral mucosa, it is the most frequent.

Objective: To evaluate the knowledge about oral squamous cell carcinoma of dental clinic students from the fifth to the tenth semester of the Antonio Nariño University, Bucaramanga headquarters period I-2021.

Materials and methods: a descriptive cross-sectional study was carried out with the Students of the Antonio Nariño University, Bucaramanga, who were attending the dental clinics from fifth to tenth semester, The students who participated in this study passed the subjects of surgery and anesthesia, oral pathology, pharmacology, general and oral semiology as indicated in the curriculum.

Results: This research study demonstrated the level of knowledge that dental students have from the 5th to the 10th semester of the dental clinics of the Antonio Nariño University, Bucaramanga, which yielded values such as 67% of the students identified the ideal treatment for COCE which is resective surgery + adjuvant therapies.

Conclusions: Shortcomings were evidenced in certain variables to identify some knowledge about COCE, but it was also found that students know either surgical treatments or adjunctive therapies as well as recognize the importance of instructing their patients in early diagnosis through self-examination techniques and regular check-up with your dentist.

Key words: oral squamous cell carcinoma, COCE.TNM, resective surgery.

Tabla de contenido

Introducción 17

Planteamiento del Problema 19

Justificación 20

Pregunta de Investigación 21

Objetivos 22

- Objetivo General 22
- Objetivos Específicos 22

Marco Teórico 23

- Carcinoma Oral de Células Escamosas 23
- Epidemiología 25
- Histología 25
- Etiología.. 26
- Manifestaciones clínicas y orales 27
- Etapas Clínicas del COCE: 28
- Estado Precanceroso 28
- Localización. 29
- Lengua 29
- Trígono retromolar 29
- Estadiaje TNM 29

Tipos de Lesiones Pre Malignas 32

- Leucoplasia. 32
  - Leucoplasia grado I 34
  - Leucoplasia grado II 34
  - Leucoplasia grado III 34
- Eritroplasia. 34

Liquen Plano: 36
Queilitis Crónica: 37
Diagnóstico 37

Pronostico 38

Prevención 38

Tratamiento 38

Diseño Metodológico 40

Tipo de estudio 40
Población. 40
Criterios de inclusión. 40
Criterios de exclusión. 40
Muestra 41

Descripción del procedimiento 41
Analisis de los datos……..……42
Aspectos éticos de la Investigación: 42
Resultados 43

Conclusiones 58

ANEXOS 64

Anexo 1.Autorizacion para aplicación de encuesta. 64
Anexo 2.Encuesta nivel de conocimiento sobre el carcinoma oral de células escamosas. 65
Referencias Bibliográficas 60

Lista de Tablas

Tabla 1.Tamaño del Tumor Primario (T).....30

Tabla 2.Ganglios Linfaticos Regionales (N).....30

Tabla 3.Metástasis a distancia.....31

Tabla 4.Clasificación TNM.....31

Lista de Figuras

Figura 1. (Imagen de cancer, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan). 23

Figura 2. (Imagen histopatológico COCE, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan) 25

Figura 3.(Imagen de COCE en mucosa, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan) 27

Figura 4. (Imágen de Leucoplasia, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan).....32

Figura 5. (Imágen de Leucoplasia Carrillo, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan) 32

Figura 6. (Imágen de Leucoplasia debajo de lengua, Universidad de Valencia,Profesor José Vicente Bagan) 33

Figura 7. (Imágen de Leucoplasia zona de molares, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan) 33

Figura 8. (Imagen de leucoplasia, borde lateral de la lengua, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan).....33

Figura 9. (Imagen de eritroplasia dorso de lengua, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan) 35

Figura 10. (Imagen de eritroplasia en carrillos, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan) 35

Figura 11. (Imagen de liquen plano oral erosivo, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan) 36

Figura 12. (Imagen de liquen plano oral erosivo, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan.....36

Lista de graficas

Grafica 1. Género con el que evidenciaron mayor conocimiento sobre COCE. 43

Grafica 2. Semestres entrevistados que fueron de V a X semestre. 44

Grafica 3. Edad de los estudiantes encuestados. 45

Grafica 4. ¿Cuál es el tipo de cáncer más frecuente de la cavidad oral? 46

Grafica 5. ¿Cuál es el principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer en la cavidad bucal? 47

Grafica 6. ¿En qué rango de edad se reportan la mayoría de casos COCE? 48

Grafica 7. ¿Cuál es la localización más frecuente de COCE? 49

Grafica 8. ¿Conoce los desórdenes orales potencialmente malignos (DOPM)? 50

Grafica 9. ¿Cuál es el DOPM más frecuente de la cavidad oral? 51

Grafica 10. ¿Cuál es la presentación clínica más frecuente del carcinoma oral de células escamosas (COCE)? 52

Grafica 11. ¿Conoce la herramienta de estadiaje TNM (tumor, nódulo y metástasis) para catalogar el cáncer oral? 53

Grafica 12. ¿Cuál es el nombre de la muestra que tomaría en un paciente sospechoso de COCE? 54

Grafica 13. ¿Cuál es el tratamiento del carcinoma de células escamosas (COCE)? 55

Grafica 14. ¿Cuál es la tasa de supervivencia de los pacientes tratados en estados iniciales del COCE? 56

Grafica 15. Ante un caso sospechoso de lesiones orales potencialmente malignas como Leucoplasia, Eritroplasia, liquen plano erosivo o queilitis actínica, usted deriva su paciente a un especialista en. 57

Apéndice

Apendice 1. Carta comite de trabajo de grado. 67

Apéndice 2. Carta de aceptación de entrega final de trabajo. 68

Apéndice 3. Carta de autorización para aplicación de encuesta. 69

Apendice 4. Validacion del cuestionario. 70

Introducción

El carcinoma oral de células escamosas representa el 95% de todas las lesiones malignas de la cavidad oral. Compromete la salud y calidad de vida del individuo, es importante mencionar que la detección temprana de las lesiones sospechosas para cáncer y pre cáncer oral por parte del personal de odontología es el instrumento Gold Standard para aumentar las expectativas de vida de estos pacientes. El diagnóstico precoz, tratamiento multidisciplinar y seguimiento exhaustivo, son los principales factores pronósticos para aumentar la tasa de supervivencia de los pacientes que padecen este tipo de cáncer. Es por esta razón, que este trabajo buscó conocer el nivel de conocimiento sobre carcinoma oral de células escamosas y sus factores de riesgo, para determinar el grado de aprendizaje sobre esta patología en el transcurso del pregrado en odontología.

Las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, campañas de autocuidado, promoción de hábitos de vida saludables y revisiones sistemáticas anuales para la detección precoz de cáncer oral; y por supuesto, una adecuada instrucción y aprendizaje por parte del personal de odontología en el área de cáncer oral, son indispensables para mejorar el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

La etiología del COCE es de origen multifactorial, siendo los factores predisponentes de tipo endógeno y exógeno, dentro del primer grupo se considera la predisposición genética, sobreinfección por Virus Papiloma Humano (VPH), malnutrición, entre otros. Dentro del grupo de factores exógenos destaca el consumo de tabaco fumado, masticado y de uso invertido; consumo de alcohol, infecciones crónicas localizadas asociadas a déficit en la higiene oral y sobreinfección por hongos, bacterias y virus, e irritación por prótesis causantes de trauma local crónico. El diagnóstico, tratamiento,

expectativa y calidad de vida de los pacientes oncológicos que padecen COCE depende del momento del diagnóstico y de la ruta de atención y manejo que se estime para cada caso, por este motivo son indispensables los conocimientos sobre este cáncer y los trastornos precancerosos, siendo fundamental ese nivel formativo académico en el pregrado de los profesionales en odontología.

Planteamiento del Problema

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es una neoplasia maligna, que se origina a partir de las células escamosas del epitelio que recubre la mucosa oral. La causa del COCE es multifactorial y dentro de ésta se encuentran los efectos combinados predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, las maloclusiones, la mala higiene oral, las infecciones localizadas, la irritación por prótesis y la exposición a toxinas y factores endógenos como la herencia, las enfermedades hepáticas, la malnutrición, los factores hormonales y algunas infecciones sistémicas como el VPH y la sífilis. Es la más frecuente y su detección temprana por parte del odontólogo, puede aumentar y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen este tipo de cáncer.

Es por esta razón, que este trabajo buscó conocer el nivel de conocimiento sobre COCE y sus factores de riesgo, para determinar el grado de aprendizaje sobre esta patología en el transcurso del pregrado de odontología.

Por falencia en la formación de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño (UAN) sede Bucaramanga, que cursan entre quinto y décimo semestre de las clínicas odontológicas, carecen de refuerzo teórico en cuanto a la importancia sobre la etiología, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento adecuado sobre el carcinoma oral de células escamosas, esta falencia los acompaña hasta su práctica particular.

Justificación

Este estudio buscó conocer el nivel de saberes que aportaron elementos que fortalecieron el conocimiento de los estudiantes sobre el carcinoma oral de células escamosas, que generó estrategias que permitieron el aprendizaje y desarrollo óptimo de la práctica clínica. De esta manera fue necesario la aplicación de un test evaluativo con rigurosidad científica con los marcos y directrices de las Instituciones de Salud y la Institución Educativa para evaluar y analizar el conocimiento sobre el COCE dentro de las clínicas de la Universidad Antonio Nariño (UAN) sede Bucaramanga.

Se buscó incentivar a la institución educativa a la formación de estudiantes y futuros profesionales con la capacidad idónea y conocimiento apto para el manejo clínico de pacientes en la práctica universitaria y/o consulta particular. Los fragmentos previamente mencionados demostraron la íntima relación entre el conocimiento del profesional y su desempeño en la práctica clínica.

Así mismo, se evaluaron los niveles de conocimientos de los estudiantes de la facultad de odontología de quinto a décimo de la UAN sede Bucaramanga, mediante una encuesta que evaluó la información necesaria que los estudiantes debían tener en su formación académica.

La ausencia del conocimiento desencadena una serie de inconvenientes que podrían responsabilizar al estudiante, institución educativa y en su medida al profesional. Con este estudio se orientaron a los estudiantes a retener en su aprendizaje el conocimiento adecuado sobre el carcinoma oral de células escamosas en la atención odontológica y se recomendó implementar estos temas en los seminarios teóricos de clínicas de adulto.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) en la atención odontológica en los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga?

Objetivos

Objetivo General:

Evaluar el conocimiento sobre el carcinoma oral de células escamosas de los estudiantes de clínicas odontológicas de quinto a décimo semestre de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga periodo I-2021.

Objetivos Específicos:

- Realizar una caracterización sociodemográfica de los estudiantes de las clínicas odontológicas de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga.
- Identificar el conocimiento sobre factores de riesgo, manifestaciones orales, diagnóstico y tratamiento del COCE en los estudiantes de clínicas odontológicas de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga.

Marco Teórico

Carcinoma Oral de Células Escamosas

Es un tumor maligno que se deriva del epitelio escamoso de la mucosa oral que comprende las mucosas yúgales, labios, piso de boca y lengua, paladar duro e istmo de las fauces (1). Esta patología es de origen multifactorial donde se consideran una serie de factores de riesgo, factores predisponentes o exógenos, como lo es el consumo de alcohol, de tabaco y su efecto sinérgico. También se estudian los factores de riesgo de tipo endógeno como el tipo de dieta, la inmunosupresión, infecciones locales y sistémicas de tipo viral, bacterianas y hasta fúngicas. Se consideran de alto riesgo un tipo de lesiones orales potencialmente malignas donde en algunos casos se desarrolla el cáncer, estas lesiones son las leucoplasias, eritroplasias, liquen plano oral erosivo y la fibrosis oral submucosa. Sobre la incidencia, se considera que el COCE representa aproximadamente el 94% de todas las neoplasias malignas que se presentan en la mucosa bucal (11).

Figura 1(Imagen de cáncer, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan).

Estas proliferaciones de células malignas se desarrollan mediante un mecanismo llamado carcinogénesis donde aparece una neoplasia maligna y se encuentran mecanismos moleculares involucrados en el desarrollo del cáncer, como lo es la detección molecular del marcador antiapoptótico bcl-2, el marcador proapoptótico caspasa 3 y el marcador de proliferación celular Ki-67, los cuales nos indican la gravedad que presenta el paciente respecto a su proceso canceroso (3).

La carcinogénesis presenta tres etapas: iniciación, promoción y progresión. En el desarrollo del cáncer hay varios genes encargados de la homeostasis celular, como los oncogenes, genes reparadores de ADN y genes supresores de tumores los cuales se encuentran alterados y se presenta el desarrollo de dicha patología (3).

Las células tumorales tienen unos cambios fisiológicos llamados capacidades adquiridas, que explican el comportamiento maligno que caracteriza a las células cancerosas ya que presentan habilidades para generar sus propias señales mitóticas, evitar apoptosis, invadiendo y ocasionando metástasis (3).

Una cepa particular del virus del papiloma humano (HPV) que es fuente común de infección de transmisión sexual, ha sido relacionada con el cáncer oral, observándose una relación entre esta patología y el sexo oral (2). Se localiza normalmente en el labio, piso de la boca, la mucosa bucal, glándulas salivales, paladar duro, encía superior e inferior, porción lateral y vientre de la lengua, trígono retromolar (2,7).

Epidemiología:

Este cáncer es variable dependiendo del área geográfica, siendo en los países asiáticos con mayor incidencia del 30% mientras que EEUU o Europa ocupa un 24% correspondiendo a los diferentes tipos de tabaco utilizados. Se indica que es más frecuente en hombres, aunque en mujeres ha incrementado en los últimos años.

La edad de aparición suele suceder entre los 50 a 60 años. Se dice que del 1% al 3% de COCE se desarrolla en pacientes menores de 40 años. (13, 14)

Histología

El COCE histológicamente se caracteriza por presentar cordones invasivos de células epiteliales malignas similares a las células de la capa espinosa. Se presentan variantes respecto al grado de diferenciación, dependiendo de la afinidad que tenga el tumor con la estructura normal del epitelio. Los carcinomas que elaboran cantidades fundamentales de queratina y exponen algún signo de maduración desde la capa basal con destino a los extractos superficiales, se designan bien diferenciados. Los que no producen queratina pero es viable reconocer cierto grado de estratificación después de su desviación de la estructura normal, se designan moderadamente diferenciados. Cuando no producen queratina, su apariencia muestra similitud con una estructura epitelial y muestran anomalías celulares usualmente, se designan pobremente diferenciados. (16, 17).

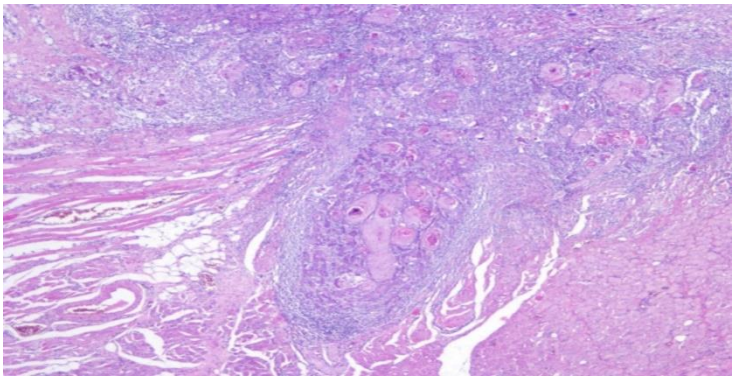


Figura 2. (Imagen histopatológico COCE, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

El grado histológico del tumor se asocia con su comportamiento biológico. Los tumores bien definidos, presentan un crecimiento más lento y producen metástasis en estadios más tardíos, mientras que los tumores poco definidos, suelen crecer más rápido y producen metástasis en estadios tempranos.

Etiología:

Desconocida. Presenta una serie de factores de riesgo que actúan como agentes carcinogénicos favoreciendo el desarrollo de dicha enfermedad como lo son:

- El tabaco, principal factor de riesgo, asociado al desarrollo del cáncer oral y de lesiones pre malignas (3).

- El alcohol, asociado a sustancias que desencadenan la acción de toxinas del alcohol, en el cual se ve un aumento de la permeabilidad de la mucosa oral permitiendo el paso de carcinógenos como el tabaco, ocasionando lesiones como: gingivitis, petequias, lesiones blancas, desprendimiento del epitelio, úlceras en la mucosa (5).

- Pacientes con Inmunosupresión crónica asociada al VIH (5).

- La dieta, donde el consumo excesivo de carnes rojas y condimentos picantes desprenden sustancias carcinógenas como las aminas heterocíclicas, favoreciendo el desarrollo de cáncer oral (6).

- La exposición a la radiación solar, masticar tabaco, masticar trozos de betel y el VPH son factores de riesgo independientes para la aparición de cáncer oral (3,6).

- Las infecciones bacterianas y virales como el virus del herpes simple (VPH) afectando las células epiteliales, generando cambios degenerativos.

- Las bacterias participan en la carcinogénesis por medio de la inducción de inflamación crónica, mediante la interferencia directa o indirecta con un ciclo celular eucariótico o por el metabolismo de sustancias potencialmente cancerígenas como acetaldehído que puede causar mutaciones, proliferación secundaria del epitelio y daño del ADN.

- La mala higiene oral conlleva a la pérdida dental y a la enfermedad periodontal incrementando el riesgo de cáncer oral.

Manifestaciones clínicas y orales

Se presenta inicialmente asintomático y precedido por un cambio en la mucosa en forma de erosión o masa de forma verrugosa (7). Tiene un aspecto similar a una Leucoplasia, Eritroplasia o liquen plano. Cuando evoluciona la lesión tiende a ulcerarse, presentándose como una lesión endurecida, mal limitada y de superficie granulosa. (16).

Clínicamente puede presentar grados de afectación, eritema, edema, sensación de quemazón que impiden el paso de la alimentación por la vía oral del paciente (13).

- Xerostomía.
- Alteraciones de la hemostasia (13).

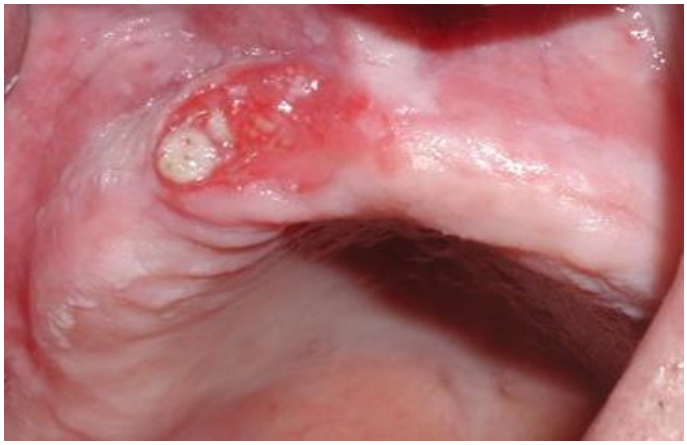


Figura 3. (Imagen de COCE en mucosa, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Etapas Clínicas del COCE:

- (EC I y II) tempranas
- (EC III y IV) avanzadas

En EC avanzadas se presentan úlceras que no cicatrizan con bordes indurados, sangrado, dolor e incapacidad de movimiento cuando se localiza en la lengua (11). Se puede presentar otras características como parestesia, disfagia, metástasis a ganglios linfáticos cervicales y metástasis a distancia. Las lesiones blancas como lo son las leucoplasias y las rojas como las eritroplasias en algunos casos pueden ser lesiones malignas tempranas (EC I), pero estas lesiones tempranas del carcinoma oral de células escamosas en la mayoría de casos es difícil diferenciarlas debido a que no producen un aumento de volumen o ulcera (11).

Se debe tener en cuenta que una lesión ulcerada que no cicatrice a los 10 días después de su aparición, se debe sospechar de una lesión maligna. En el COCE en etapa avanzada radiográficamente se puede observar cuando invade el tejido óseo, como una reabsorción difusa de hueso alveolar, bordes irregulares y radiolúcidez (11).

Estado Precanceroso:

Es la lesión de un tejido morfológicamente alterado donde su estado sistémico generalizado predispone a un riesgo mayor de padecer cáncer. El COCE se puede desarrollar directamente a partir de una mucosa sana o siguiendo la secuencia de estado precanceroso (displasia epitelial) – carcinoma.

Localización.

Se cree que en cuanto a su localización el COCE aparece con más frecuencia en el labio inferior, posteriormente en la lengua, trígono retromolar y paladar duro; presentando características distintas dependiendo de su localización. (18).

Lengua

Aparece normalmente en la cara ventral de la lengua y en la superficie posterolateral, presentándose como una lesión aproximada de 2 o más centímetros de diámetro. (19). En el 40% de los casos se manifiesta en una metástasis linfática cervical al momento del diagnóstico.

Trígono retromolar

Alrededor del 15% del COCE aparece en el trígono retromolar y en el paladar blando adyacente, un hallazgo común es la aparición de leucoplasias o eritroplasias, que preceden a la lesión maligna.

Estadiaje TNM:

Es un sistema anatómico propuesto por Pierre Denoix en 1941, a través del cual se describe la extensión a nivel anatómico del tumor, si ha afectado a nivel de los nódulos linfáticos y si ha producido metástasis a distancia. Este sistema TNM fue desarrollado por la AJCC (American Joint Comittee on Cancer) y en colaboración con la UICC (Unión Internacional Contra el Cáncer). Es de total importancia usar este sistema de estadiaje para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado (3).

La clasificación TNM más utilizada y propuesta por la AJCC, la cual se explica a continuación (tabla 1 y 2).

Tabla 1.Tamaño del Tumor Primario (T)

TAMAÑO DEL TUMOR PRIMARIO (T)	
TX	Tumor primario no puede ser valorado
T0	No existe evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Lesión menor de 2 cm en su máximo diámetro
T2	Lesión mayor de 2 cm y menor de 4 cm en su máximo diámetro
T3	Lesión mayor de 4 cm en su máximo diámetro
T4	Lesión mayor de 4 cm que invade estructuras adyacentes (ej. seno maxilar, huesos maxilares, músculos pterigoideos, base de lengua o piel)

Tabla 2.Ganglios Linfáticos Regionales (N)

GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N)	
NX	Adenopatía cervical no puede ser valorada
N0	No hay adenopatías cervicales clínicamente positivas
N1	Un solo ganglio homolateral clínicamente positivo con 3 cm o menos de diámetro
N2	Un solo ganglio homolateral clínicamente positivo mayor de 3 cm y menor de 6 cm de diámetro; o múltiples ganglios homolaterales clínicamente positivos menores de 6 cm de diámetro; o ganglios bilaterales o contralaterales clínicamente positivos, ninguno mayor de 6 cm de diámetro
N2a	Un solo ganglio homolateral clínicamente positivo mayor de 3 cm y menor de 6 cm de diámetro
N2b	Múltiples ganglios homolaterales clínicamente positivos menores de 6 cm de diámetro
N2c	Ganglios bilaterales o contralaterales clínicamente positivos, ninguno con más de 6 cm de diámetro
N3	Un ganglio clínicamente positivo con más de 6 cm de diámetro

Tabla 4.Clasificación TNM

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Estadio IVA	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	Cualquier T	N2	M0
Estadio IVB	Cualquier T	N3	M0
Estadio IVC	Cualquier T	Cualquier N	M1

Extensión del tumor primario (T); Ausencia o presencia de afectación de ganglios linfáticos regionales (N); Ausencia o presencia de metástasis a distancia (M)

Tabla 3.Metástasis a distancia

METÁSTASIS A DISTANCIA (M)	
MX	Metástasis a distancia no puede ser valorada
M0	No existe metástasis a distancia
M1	Existe metástasis a distancia

Extensión del tumor primario (T); Ausencia o presencia de afectación de ganglios linfáticos regionales (N); Ausencia o presencia de metástasis a distancia (M)

Tipos de Lesiones Pre Malignas:

Leucoplasia.

Son lesiones de la cavidad oral que se manifiestan como placas blanquecinas situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante el raspado, presenta una prevalencia del 1% al 4%.

Figura 4. (Imagen de Leucoplasia, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Figura 5. (Imagen de Leucoplasia Carrillo, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Figura 6. (Imagen de Leucoplasia debajo de lengua, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Figura 7. (Imagen de Leucoplasia zona de molares, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Figura 8. (Imagen de Leucoplasia, borde lateral de la lengua,

Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Tiene una incidencia mayor en el sexo masculino en edades entre 40 y 70 años. Las lesiones son asintomáticas (12).

- **Leucoplasia grado I:** Tiene un cambio de coloración blanco mate, delimitado de superficie áspera a la palpación.
- **Leucoplasia grado II:** Presenta relieve, queratosis o placa de color amarillento, con límites precisos y detectables al tacto.
- **Leucoplasia grado III:** Se presenta como una lesión verrugosa, de aspecto similar a la coliflor.

Se presenta un infiltrado intenso de los linfocitos T en el corion y zona basal lesionada. El trauma dental y protésico, son factores locales o predisponentes para esta lesión.

Eritroplasia.

Lesión asintomática que se presenta como una placa aterciopelada de color rojo intenso, combinada con áreas de placas blancas que tiene una mayor incidencia en hombres mayores fumadores (12).

No tiene caracterización clínica ni patológica y tiene gran tendencia a desarrollar carcinomas. Se localiza en piso de boca, cara ventral de la lengua y mucosa yugal (12).

Figura 9. (Imagen de Eritroplasia dorso de lengua, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

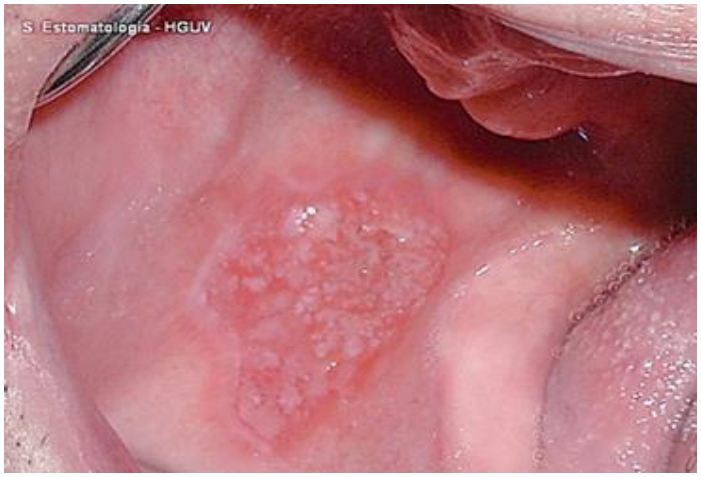


Figura 10. (Imagen de Eritroplasia en carrillos, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Liquen Plano:

Es una lesión asintomática, con líneas elevadas de color blanco azulado que encierran áreas de mucosa aparentemente normal. Se localiza normalmente en la mucosa yugal y en el tercio posterior de la lengua (12).

Figura 11. (Imagen de liquen plano oral erosivo, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Figura 12. (Imagen de liquen plano oral erosivo, Universidad de Valencia, Profesor José Vicente Bagan)

Queilitis Crónica:

Es una lesión asintomática, normalmente aparece después de los 40 años en la submucosa del labio inferior. Tiene incidencia mayor en el sexo masculino de raza blanca, expuestos al aire libre (12).

El labio donde se asienta una queilitis tiene una característica precancerosa de aspecto clínico particular, como un labio evertido, con flacidez y sin tono muscular, en los que se pierde los límites entre la mucosa, semimucosa y la piel.

Se presenta un epitelio atrófico o hiperplasia focal, caracterizado por una basofilia súbita de la submucosa y la aparición de vasos telangiectásicos (12).

Diagnóstico:

Es un objetivo prioritario de salud y ante un diagnóstico precoz el pronóstico de un paciente puede cambiar totalmente siendo esencial para la calidad de vida del paciente (5,10). Un examen sistémico de la mucosa oral, por medio visual y palpación digital (5). Se debe realizar de manera rutinaria en el examen dental, examen de labios, retirar la prótesis, observar el suelo de la boca, los bordes laterales de la lengua (5).

Clínicamente una lesión premaligna o maligna incluye una placa blanca, una placa roja o una úlcera que no cicatriza.

Actualmente existen técnicas que pueden ayudar de diversas formas en el diagnóstico (10). La biopsia incisional es el método de diagnóstico para evaluar la sospecha de lesiones orales precancerosas o cancerosas (10).

Los exámenes de diagnóstico para la detección temprana incluyen la biopsia por cepillado, la tinción de azul de toluidina, autofluorescencia, proteómica salivales, el análisis de ADN, los biomarcadores y la espectroscopia (10).

Pronostico:

Se dice que las tasas de recuperación del cáncer oral dependen de su estadio y su tasa de supervivencia en pacientes tratados en estadios iniciales es de 10 años. La detección temprana aumenta significativamente la posibilidad de cura en el paciente. El 36% de los pacientes presentan enfermedad localizada, un 43% presentan enfermedad con afectación regional, un 9% presentan metástasis a distancia y para el 12% restante, el estadio de la enfermedad no se puede identificar (20). Siendo así un mal pronóstico teniendo en cuenta que la formación del COCE se da a partir del epitelio superficial de la cavidad oral, por lo que se ven cambios visibles tempranamente.

Prevención:

En la prevención y diagnóstico precoz del cáncer bucal, el papel del odontólogo es fundamental. Mediante la eliminación de malos hábitos como fumar y el consumo del alcohol, la mayoría de cánceres bucales se previenen. La protección contra la radiación solar puede reducir la aparición de cáncer de labio. La vacunación contra el virus del papiloma puede disminuir los cánceres bucales y orofaringeos, también como el uso de condones. Se recomienda el consumo de antioxidantes tales como la vitamina E para la prevención de cáncer bucal (9).

Tratamiento:

El tratamiento a utilizar en esta patología estará dado por la localización, tamaño, estado de los ganglios linfáticos, extensión, grado de diferenciación histológica, la aparición o no de metástasis, deseos del propio paciente y la capacidad que tenga para tolerar el tratamiento (2,3).

Teniendo en cuenta estos parámetros, se puede esperar una recurrencia del cáncer de boca en una tercera parte de los pacientes enfermos de cáncer oral, por lo que en algunos casos el tratamiento propuesto no funciona, ya que el pronóstico de la enfermedad es abominable (2)

El éxito del tratamiento terapéutico y la supervivencia de estos pacientes están determinados por no diagnosticarse a tiempo (2).

Para el tratamiento de este tipo de cáncer se debe intentar preservar la máxima estructura sana posible. Tanto la cirugía como la radioterapia, siguen siendo el Gold standard para el tratamiento de los tumores de labio y cavidad oral (3).

Los principales objetivos del tratamiento del cáncer oral son curar la enfermedad, preservar o restaurar la función, minimizar las secuelas y la prevención de tumores primarios.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio:

El estudio realizado fue observacional descriptivo de corte transversal.

Población.

Estudiantes de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, que se encontraban cursando las clínicas odontológicas de quinto a décimo semestre.

Los estudiantes que participaron en este estudio aprobaron las asignaturas de cirugía y anestesia, patología oral, farmacología, semiología general y oral según lo indico el plan de estudios.

Criterios de inclusión.

1. Estudiantes pertenecientes a la Universidad Antonio Nariño (UAN), sede Bucaramanga.
2. Estudiantes que hayan cursado y aprobado las asignaturas de semiología general y oral, patología oral, cirugía y anestesia y farmacología.
3. Que estén cursando prácticas odontológicas.

Criterios de exclusión.

1. Estudiantes que no estén en prácticas de las clínicas odontológicas.

2. Estudiantes que no hayan cursado y aprobado las asignaturas de semiología general y oral, patología oral, cirugía y anestesia, farmacología.

Muestra

La muestra se hizo a los 84 estudiantes de la Universidad Antonio Nariño (UAN) sede Bucaramanga, que se encontraban cursando prácticas en las clínicas odontológicas de quinto a decimo semestre.

Descripción del procedimiento:

- Validación del instrumento por medio de panel de expertos.
- Se realizó una encuesta que se constató de 14 preguntas de selección múltiple basada en conocimientos del carcinoma oral de células escamosas tales como epidemiologia, etiología, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, la cual fue de gran utilidad para describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de clínicas odontológicas de la Universidad Antonio Nariño frente a la atención a pacientes con COCE, teniendo en cuenta las características demográficas de los estudiantes (edad, sexo, semestre).
- Encuesta realizada a conocimiento de los estudiantes de clínicas odontológicas de la UAN de quinto a decimo semestre.

Análisis de los datos:

Los datos fueron digitados y analizados en una base de datos de Excel. Se organizaron en gráficas y en tablas de frecuencia, donde se describió y observo el porcentaje reportado por los estudiantes respecto a cada pregunta evaluada.

Aspectos éticos de la Investigación:

Conforme la Resolución 8430 de 1993, Articulo 11, el presente trabajo se clasifica como una ¨Investigación sin riesgo¨. No se realizara ningún tipo de intervención clínica odontológica y por lo tanto no representara ningún riesgo para la salud del paciente.

A fin de atender a las consideraciones éticas de la investigación, se han contemplado dos criterios:

1. La participación voluntaria a la investigación

2. El manejo de la confidencialidad (Ley 1581 de 2012), considerando la selección de la muestra con base en los criterios de inclusión.

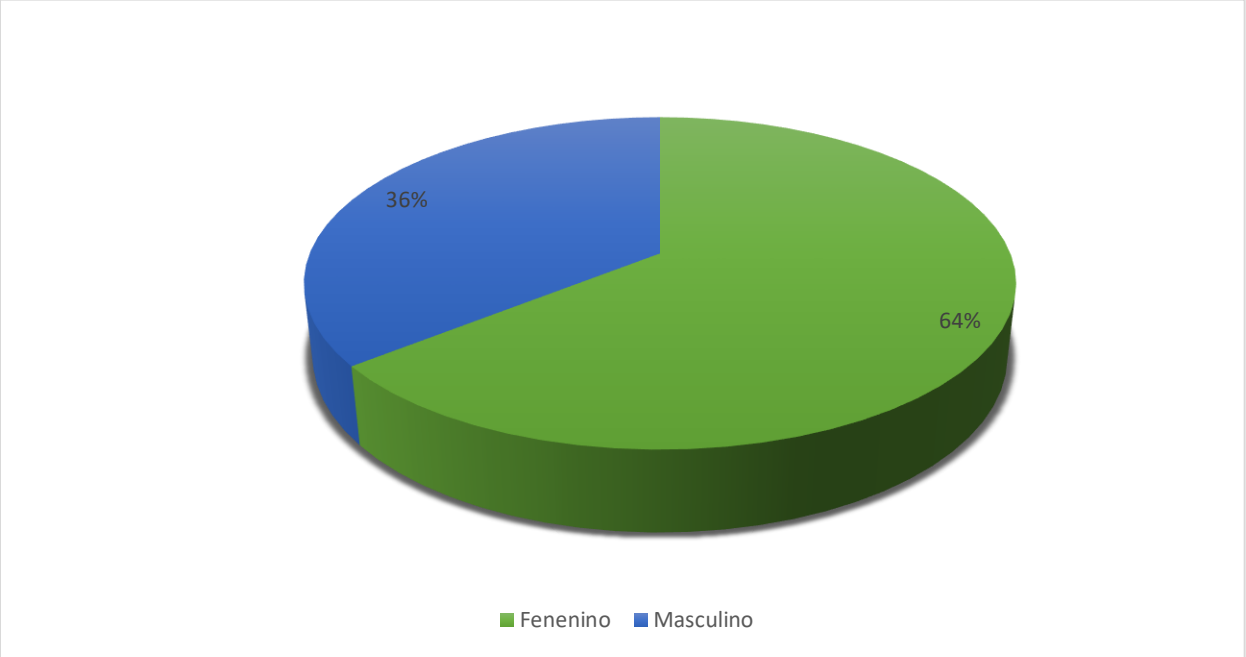
Estos criterios han sido cautelados a través de un consentimiento informado realizado de manera escrita al inicio de cada encuesta.

Esta investigación se realiza bajo el marco de un trabajo práctico académico correspondiente al curso de Trabajo de grado, dictaminado para el programa de Odontología de la Universidad Antonio Nariño, sede de Bucaramanga, el cual es guiado por los docentes correspondientes al curso mencionado con anterioridad.

Resultados

En cuanto a las variantes que se evaluaron en la encuesta para medir el conocimiento sobre COCE se grafican los resultados sectorizando por grupos a los encuestados los cuales se dividieron en:

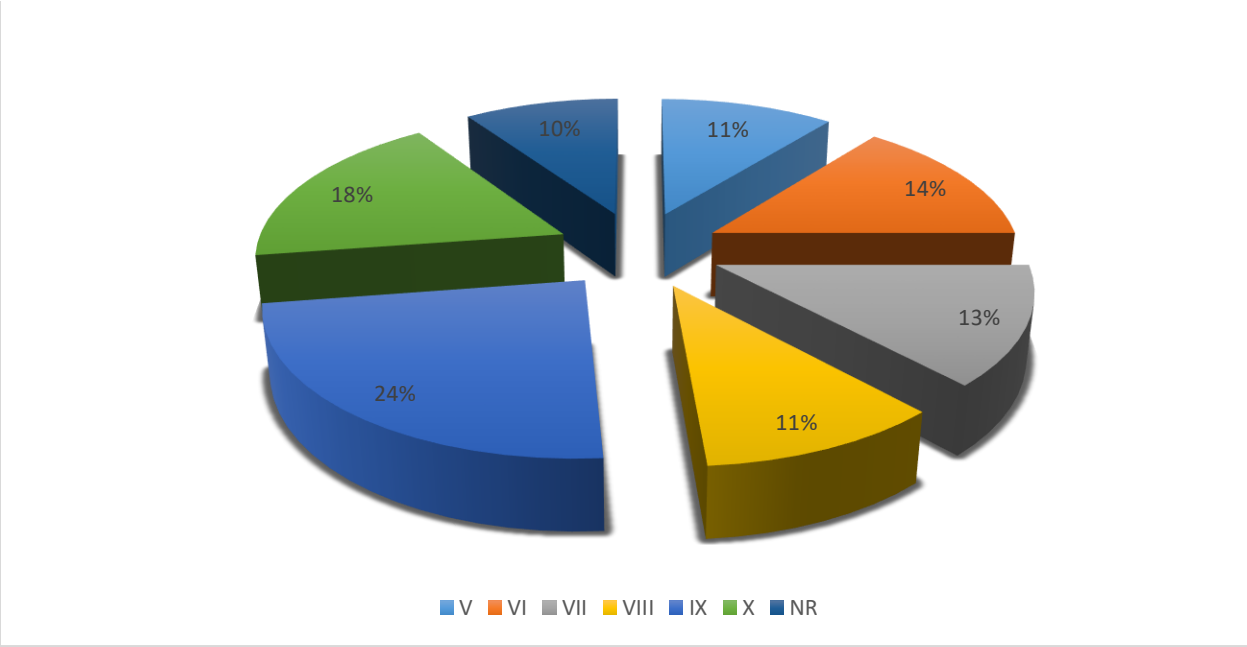
Grafica 1.Género con el que evidenciaron mayor conocimiento sobre COCE.



Fuente: Autores.

Caracterización por género: Esta encuesta fue aplicada a 84 estudiantes de los cuales 54 (64%) corresponde a sexo femenino y 30 (36%) a sexo masculino. Con esta caracterización se evidencia una predominancia en el sexo femenino.

Grafica 2.Semestres Entrevistados que fueron de V a X semestre.

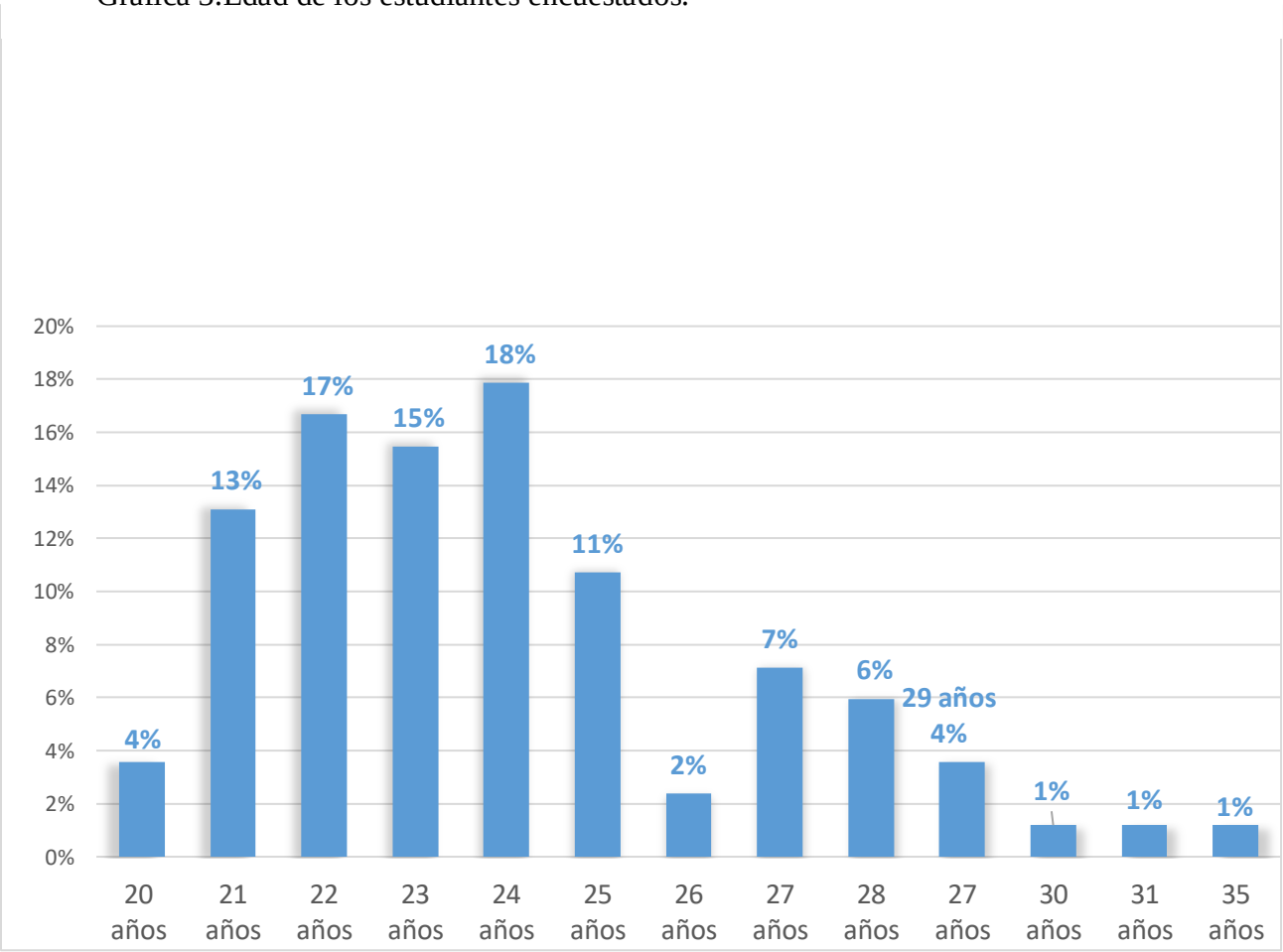


Fuente: Autores.

Caracterización por semestres: Se aplicó esta encuesta a estudiantes de quinto a decimo semestre, teniendo un índice en V semestre de 9 estudiantes (11%); VI semestre de 12 estudiantes (14%); VII semestre de 11 estudiantes (13%); VIII semestre de 9 estudiantes (11%), IX semestre de 20 estudiantes (24%), X semestre de 15 estudiantes (18%) y no responde, 8 estudiantes que corresponde al (10%).

El semestre con mayor número de estudiantes fue IX con un número de 20. Los semestres con menor número de estudiantes corresponden a V y VIII con la misma cantidad de estudiantes por semestre, que fueron 9.

Grafica 3.Edad de los estudiantes encuestados.

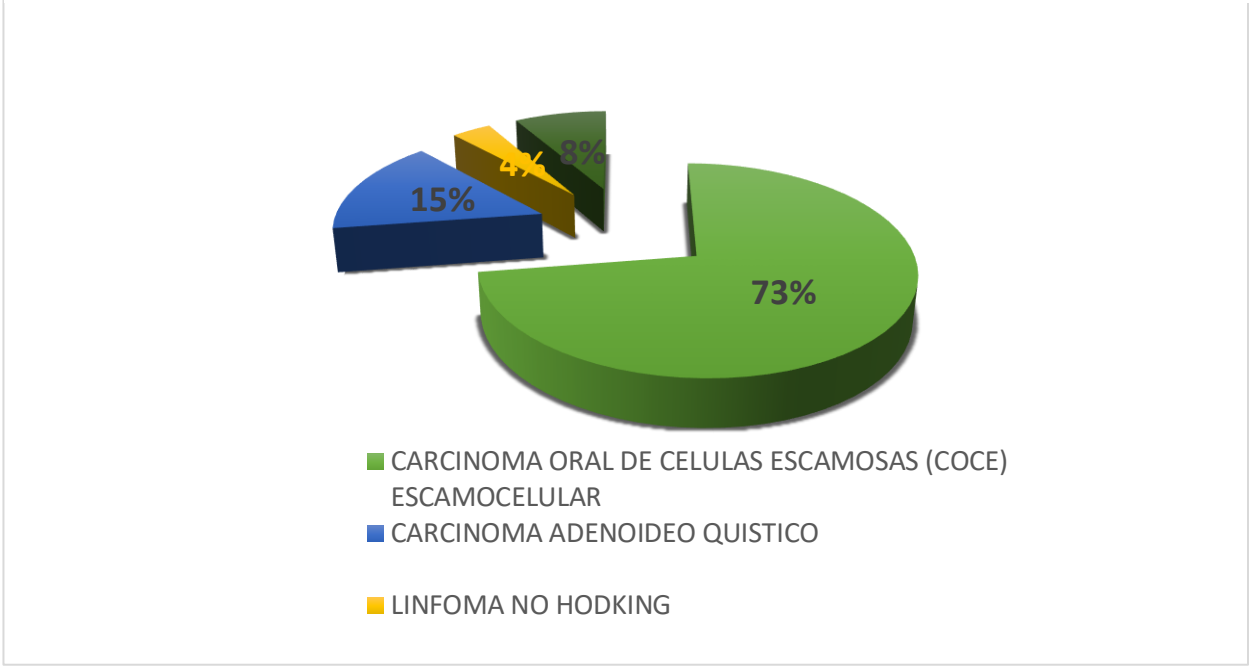


Fuente: Autores.

Caracterización por rango de edad: De los 84 estudiantes a los cuales se les aplico esta encuesta, la muestra más amplia correspondió al rango de edad de 24 años con 15 estudiantes (18%); seguido de 14 estudiantes de 22 años (17%) y 13 estudiantes de 23 años (15%).

En este estudio se observó que la edad más común de los estudiantes fue de 24 años (18%) y la edad menos frecuente fue de 35 años que correspondió a 1 estudiante (1%).

Grafica 4. ¿Cuál es el tipo de cáncer más frecuente de la cavidad oral?

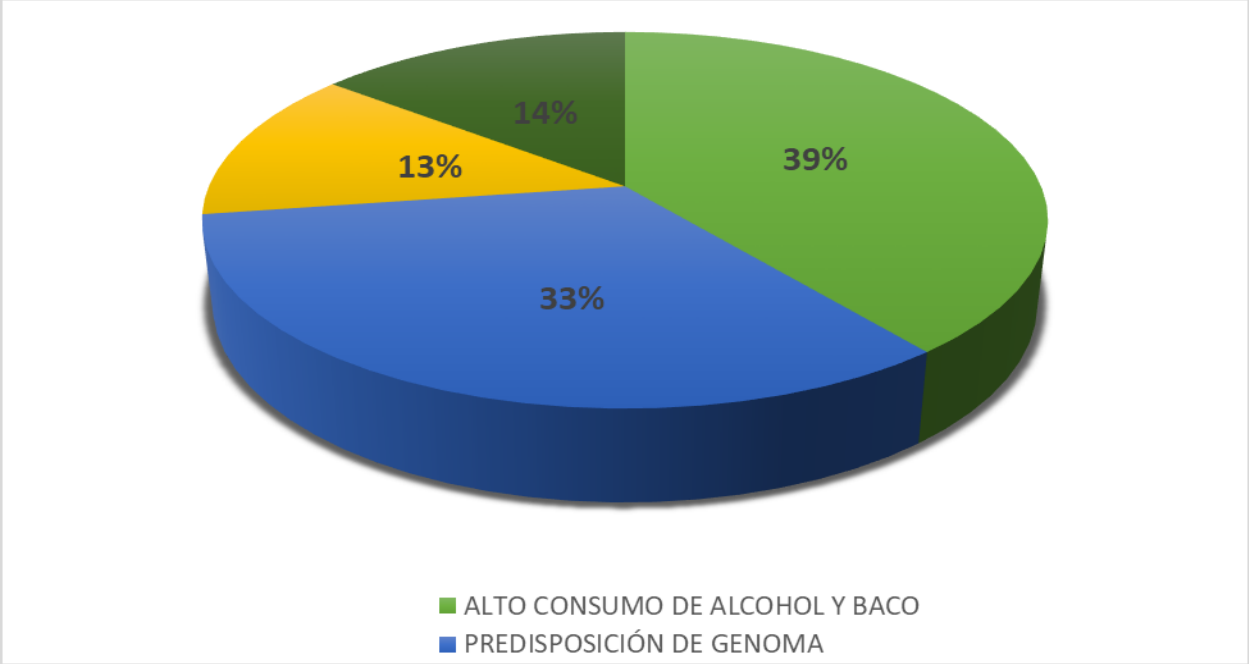


Fuente: Autores.

*C*onocimiento sobre la prevalencia del COCE: En esta pregunta se evaluó el conocimiento sobre cuál es el tipo de cáncer más frecuente de la cavidad oral, de los cuales 61 estudiantes (73%) respondieron de manera correcta, carcinoma oral de células escamosas; 13 estudiantes (15%) respondieron, carcinoma adenoideo quístico; 7 estudiantes (8%) respondieron, melanoma mucoso y 3 estudiantes (4%) respondieron, linfoma no Hodking.

Todas las respuestas son correctas, pero por prevalencia el COCE es el tipo de cáncer más frecuente correspondiente al 90%, siendo los otros tipos de cáncer de aparición en cavidad oral en menor proporción. Es fundamental incluir en los seminarios de clínica de adulto charlas sobre cáncer oral.

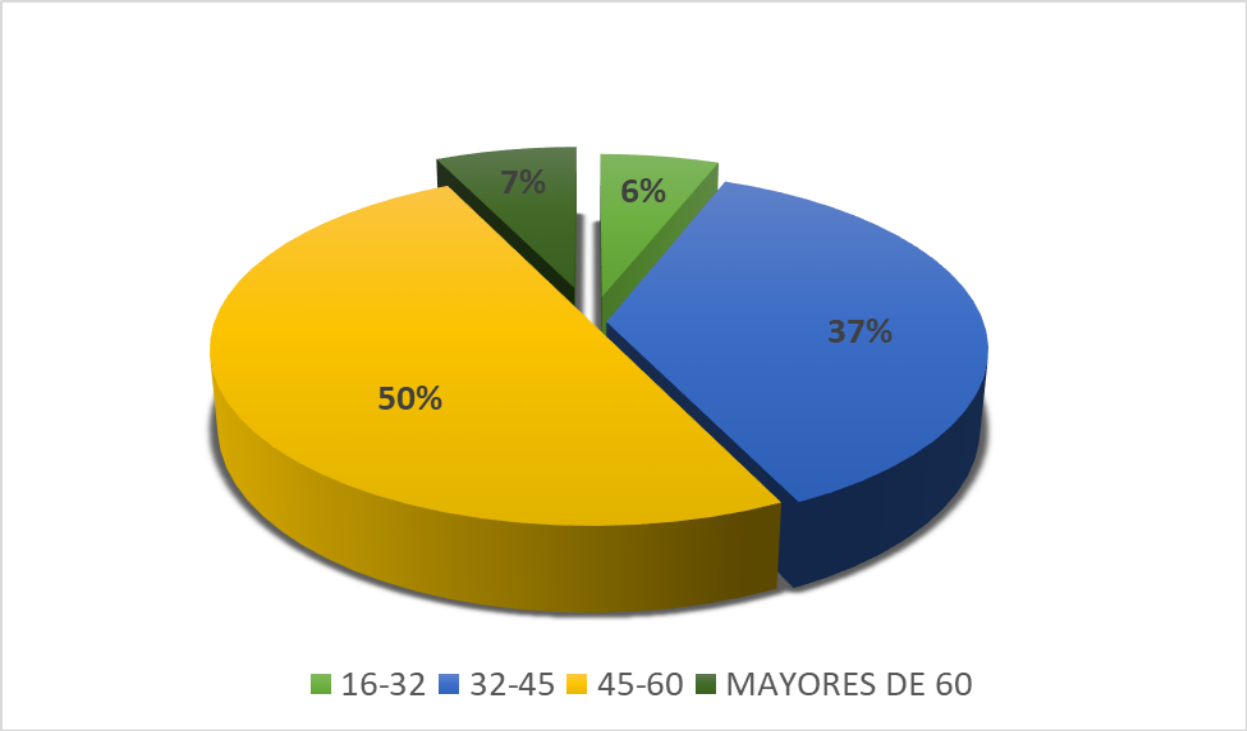
Grafica 5¿Cuál es el principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer en la cavidad bucal?



Fuente: Autores.

Conocimiento sobre factores de riesgo y factores predisponentes: en esta pregunta se evaluó el conocimiento sobre cuál es el principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer en la cavidad bucal, en el cual 33 estudiantes (39%) respondieron de manera correcta, alto consumo de alcohol y tabaco; 28 estudiantes (33%) respondieron, predisposición de genoma; 12 estudiantes (14%) respondieron, inmunosupresión y 11 estudiantes respondieron, virus papiloma humano.

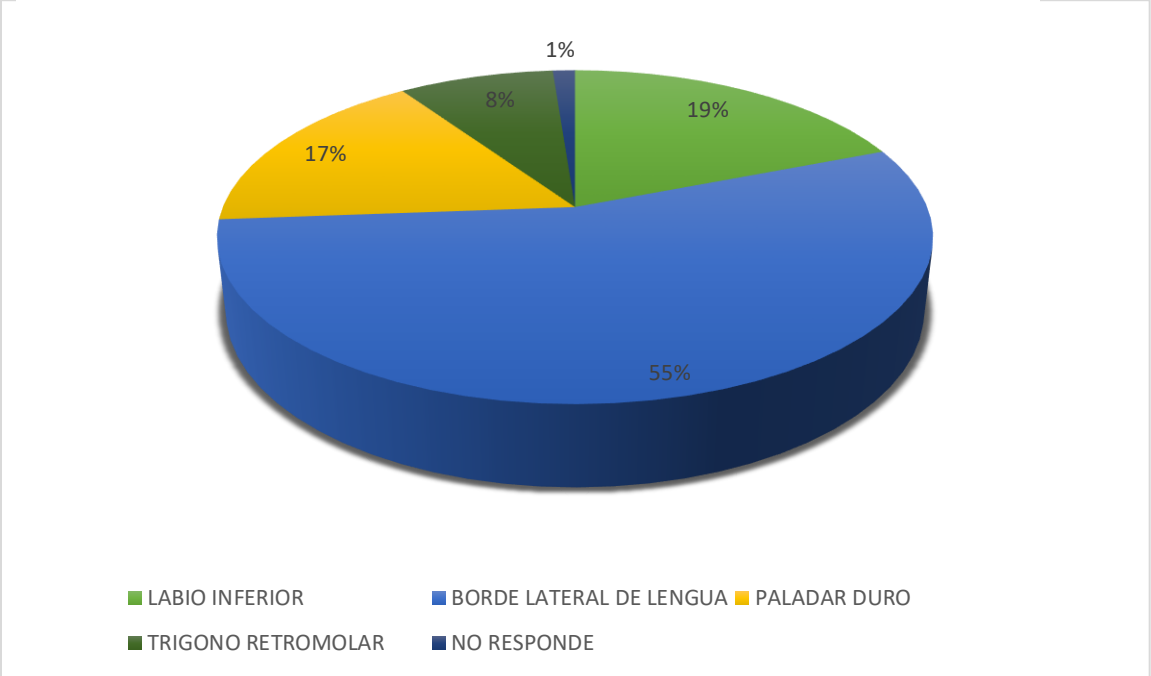
Grafica 6¿En qué rango de edad según se reportan la mayoría de casos COCE?



Fuente: Autores.

Conocimiento sobre la prevalencia por edad del COCE: en esta pregunta 42 estudiantes (50%) respondió de manera incorrecta que el rango de edad donde se reportan la mayoría de casos COCE es 40-60 años, 31 estudiantes (37%) respondieron de manera incorrecta 32- 45 años. Solo 6 estudiantes (7%) respondieron de manera correcta, mayores de 60 años y 5 estudiantes (6% respondieron de manera incorrecta el rango de edad de 16-32 años.

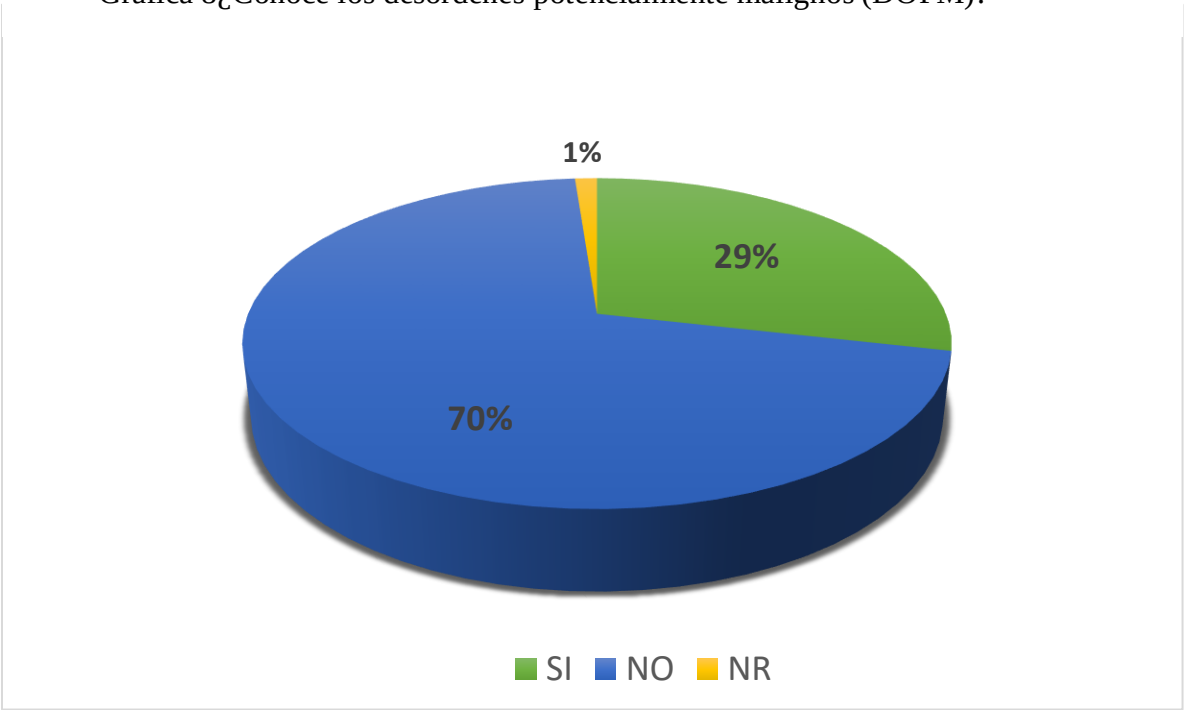
Grafica 7¿Cuál es la localización más frecuente de COCE?



Fuente: autores.

Conocimiento sobre la localización más frecuente del COCE: 46 estudiantes (55%) respondieron de manera correcta que la localización más frecuente es en el borde lateral de lengua, 16 estudiantes (19%) contestaron de manera incorrecta, labio inferior; 14 estudiantes (17%) respondieron de manera incorrecta, paladar duro; 7 estudiantes (8%) contestaron de manera incorrecta, trígono retromolar y 1 estudiante (1%) no sabe, no responde.

Grafica 8¿Conoce los desórdenes potencialmente malignos (DOPM)?

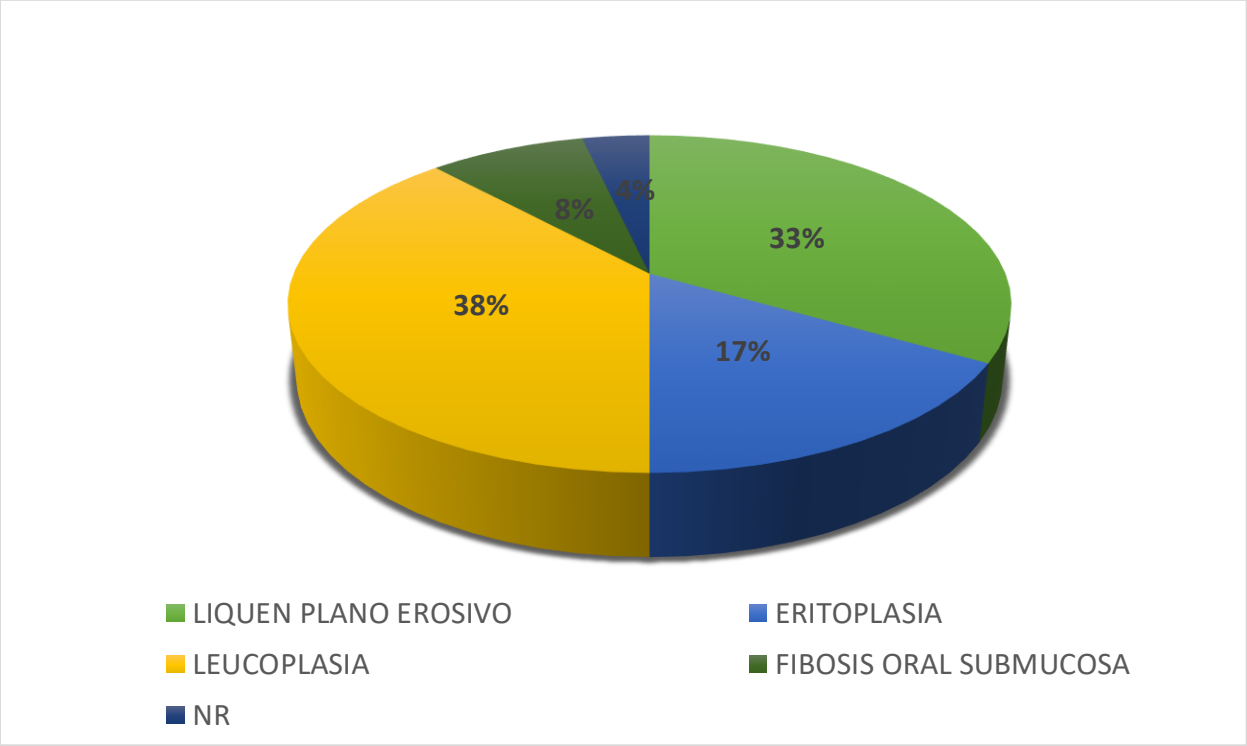


Fuente: Autores.

Conocimiento sobre los DOPM: 59 estudiantes (70%) respondieron que no tenían conocimiento sobre los desórdenes orales potencialmente malignos, tales como el liquen plano, Eritroplasia, Leucoplasia y fibrosis oral submucosa. 24 estudiantes (29%) respondieron que si conocían los DOPM y 1 estudiante (1%) no sabe, no responde.

Debido a las respuestas se sugiere en los seminarios de clínicas de adulto, implementar los desórdenes orales potencialmente malignos.

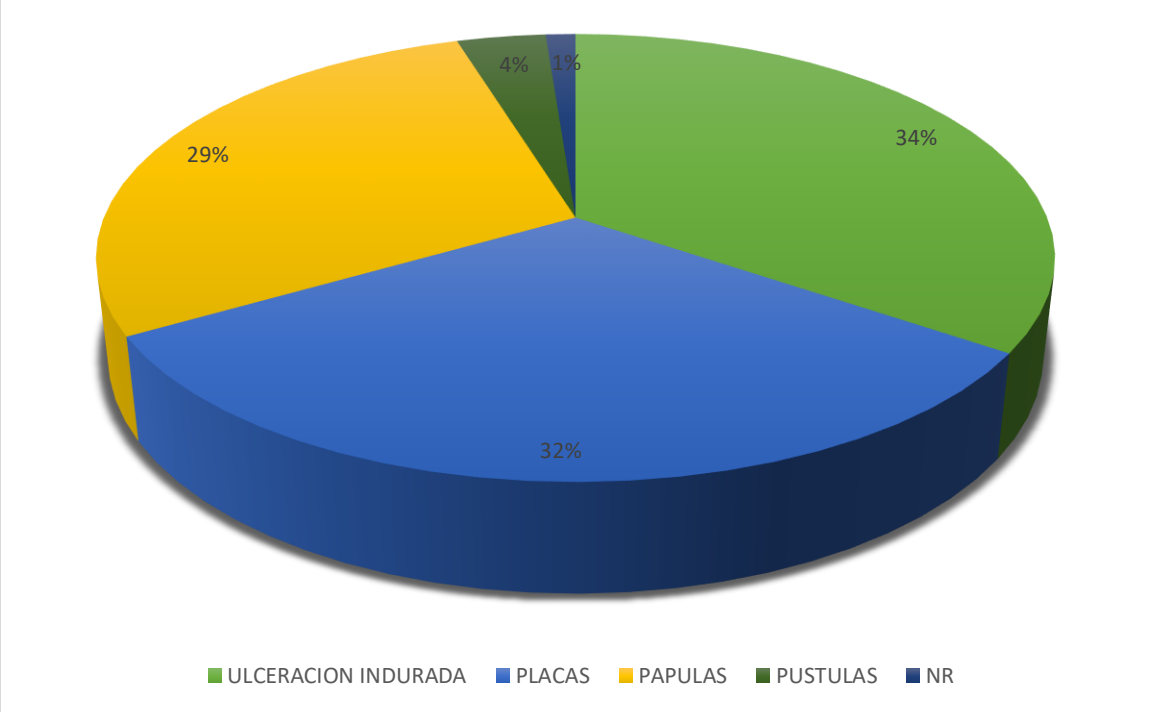
Grafica 9. ¿Cuál es el DOPM más frecuente de la cavidad oral?



Fuente: Autores.

Conocimiento sobre el DOPM más frecuente: en esta pregunta 32 estudiantes (38%) respondieron de manera correcta; Leucoplasia, siendo el DOPM más frecuente en la cavidad oral con mayores tasas de malignizacion.

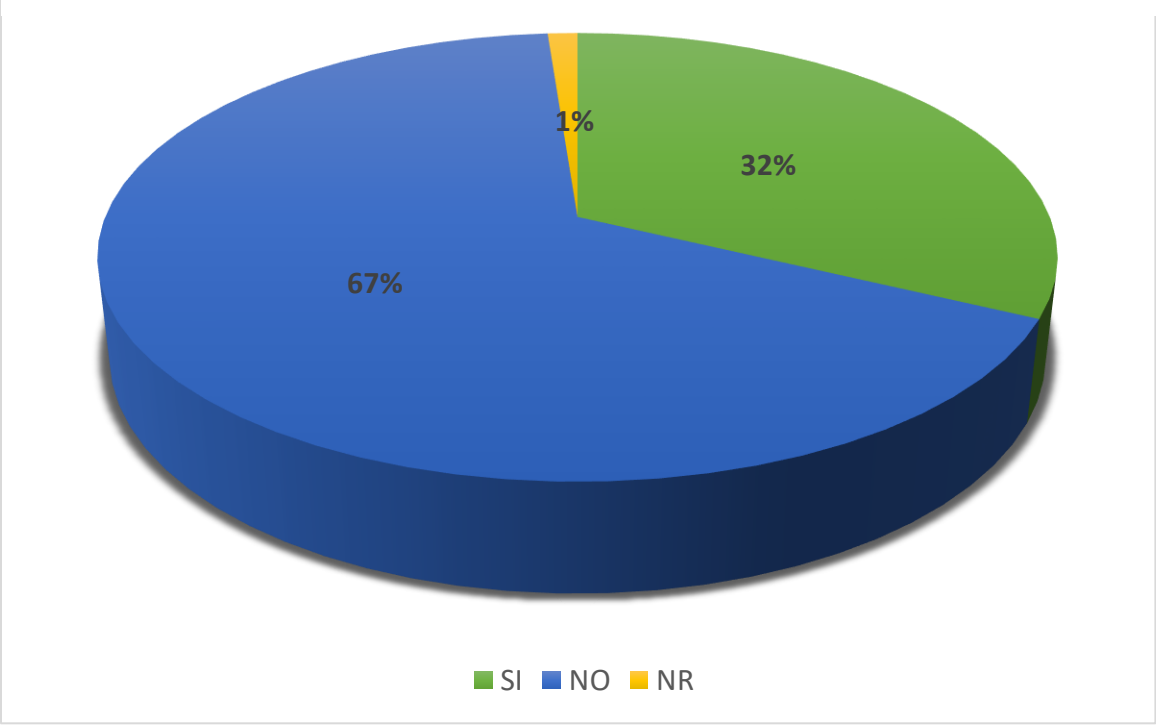
Grafica 10.Cuál es la presentación clínica más frecuente del carcinoma oral de células escamosas (COCE).



Fuente: Autores.

Conocimiento sobre la presentación clínica más frecuente del COCE: en esta pregunta 29 estudiantes (35%) respondieron de manera incorrecta, ulceración indurada; 27 estudiantes (32%) respondieron incorrectamente, placas; 24 estudiantes (29%) respondieron de manera correcta, pápulas; 3 estudiantes (4%) respondieron de manera incorrecta, pústulas y 1 estudiante (1%) no sabe, no responde.

Grafica 11¿Conoce la herramienta de estadiaje TNM (tumor, nódulo y metástasis) para catalogar el cáncer oral?

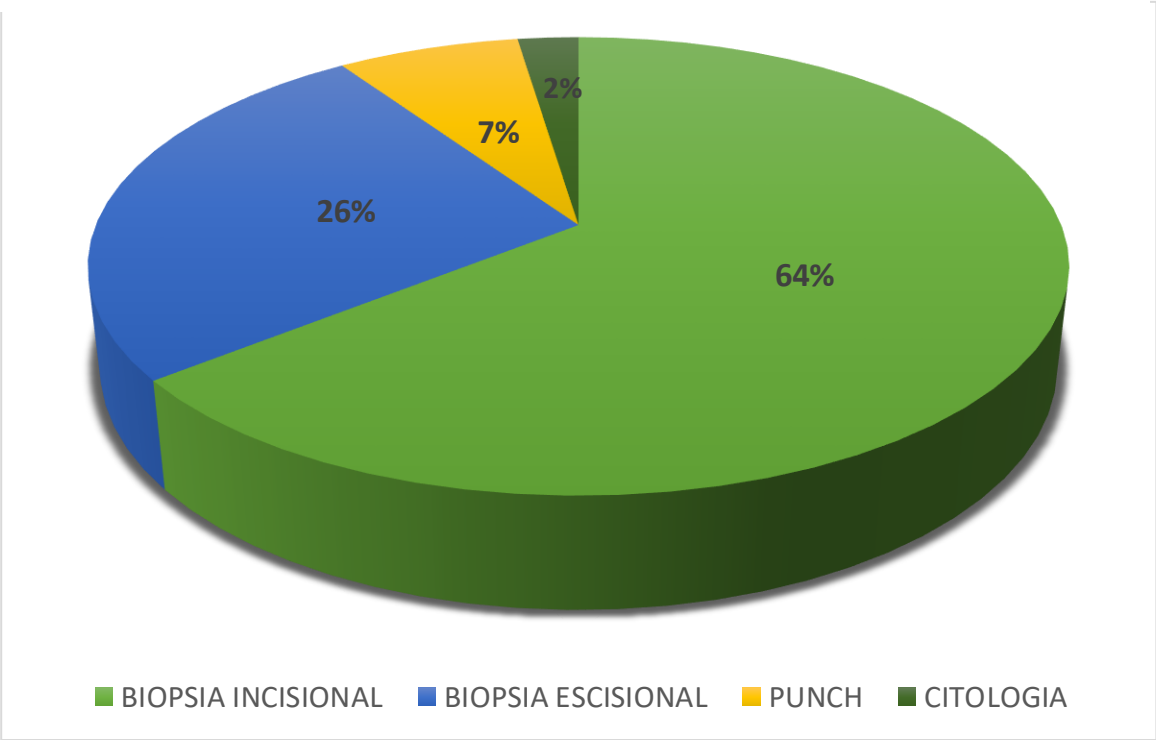


Fuente: Autores.

Conocimiento sobre la herramienta de estadiaje TNM: 56 estudiantes (67%) respondieron que no conocen la herramienta de estadiaje TNM para catalogar el cáncer oral; 27 estudiantes (32%) si conocen la herramienta de estadiaje TNM y 1 estudiante (1%) no sabe, no responde.

Se plantea en los seminarios de clínica de adulto instaurar un espacio para que se hable de cáncer oral y de la herramienta de estadiaje TNM.

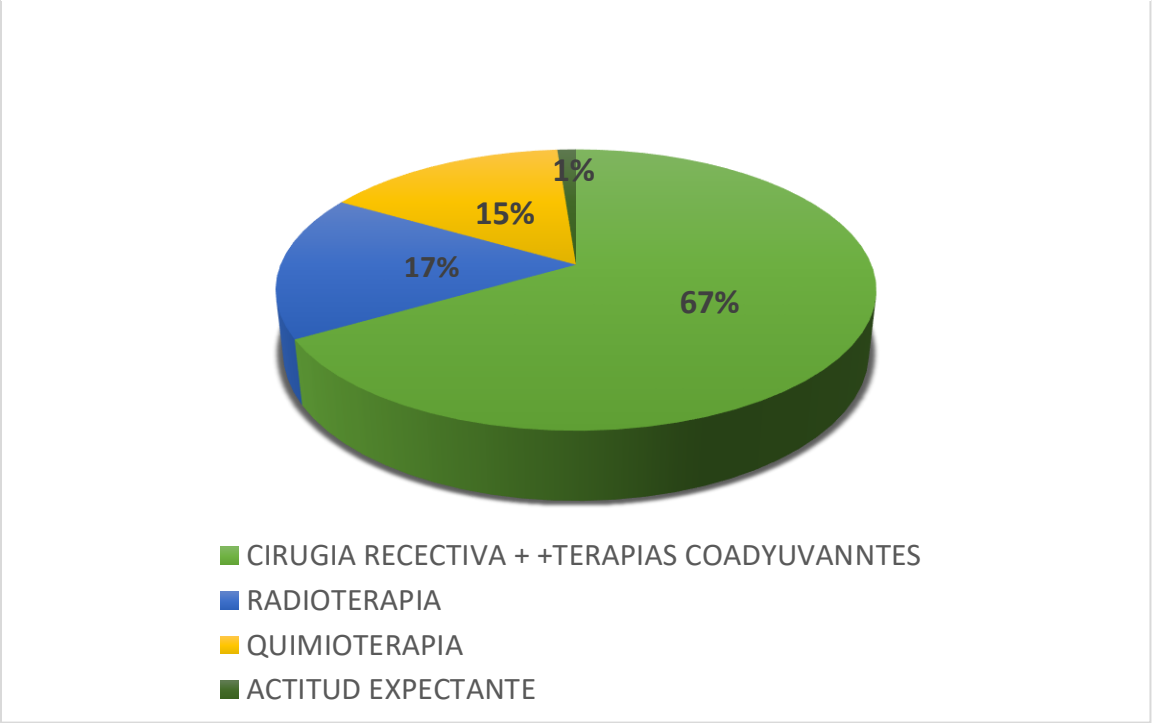
Grafica 12¿Cuál es el nombre de la muestra que tomaría en un paciente sospechoso de COCE?



Fuente: Autores.

Conocimiento sobre la muestra que tomaría en un paciente sospechoso de COCE: 54 estudiantes (64%) respondieron correctamente biopsia incisional, siendo la muestra que se toma en este tipo de pacientes; 22 estudiantes (26%) respondieron incorrectamente, biopsia escisional; 6 estudiantes (7%) respondieron de forma incorrecta, punch y 2 estudiantes (2%) respondieron incorrectamente, citología.

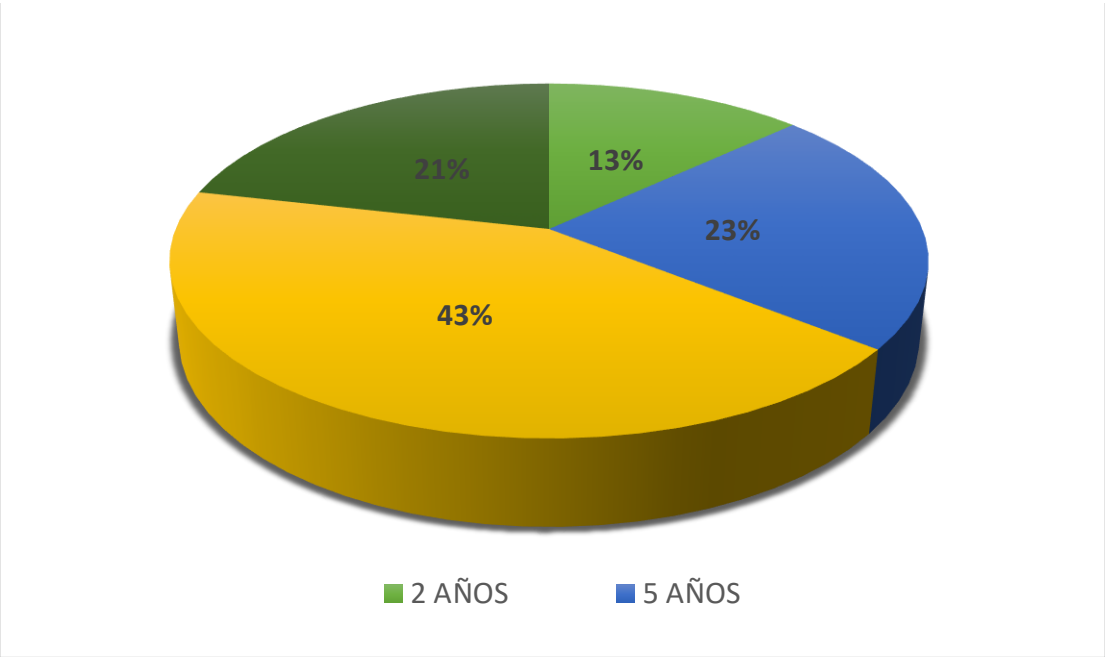
Grafica 13. ¿Cuál es el tratamiento del carcinoma de células escamosas (COCE)?



Fuente: Autores.

Conocimiento sobre tratamiento del COCE: en esta pregunta 56 estudiantes (67%) respondieron de manera correcta que el tratamiento del COCE es la cirugía resectiva + terapias coadyuvantes; 14 estudiantes (17%) respondieron incorrectamente, radioterapia; 13 estudiantes (15%) respondieron de manera incorrecta, quimioterapia y 1 estudiante (1%) respondieron de manera incorrecta, actitud expectante.

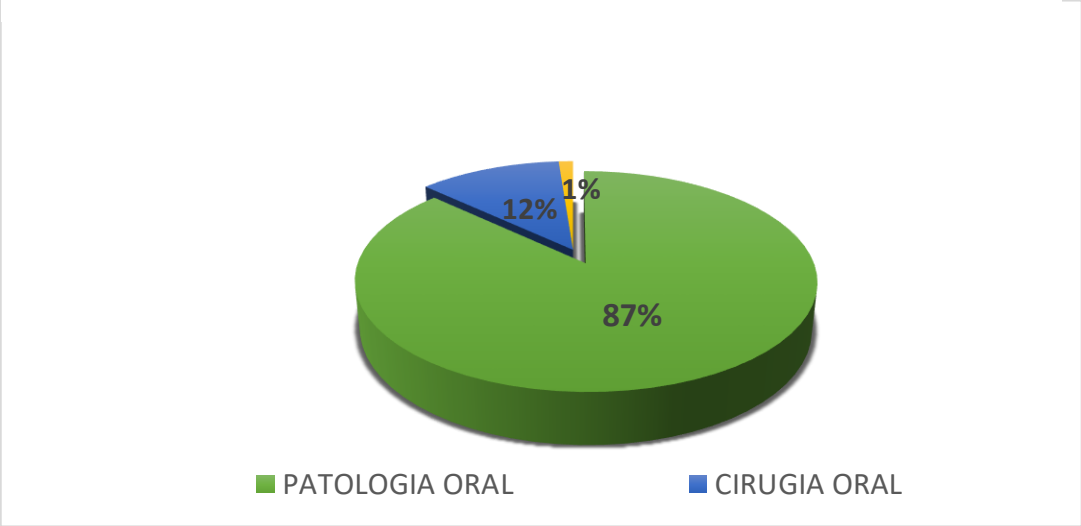
Grafica 14¿Cuál es la tasa de supervivencia de los pacientes tratados en estados iniciales del COCE?



Fuente: Autores.

Conocimiento sobre la tasa de supervivencia del COCE: 36 estudiantes (43%) respondieron de manera correcta, 10 años; 19 estudiantes (23%) respondieron de manera incorrecta, 5 años; 18 estudiantes (21%) respondieron incorrectamente, 20 años.

Grafica 15. Ante un caso sospechoso de lesiones orales potencialmente malignas como Leucoplasia, Eritroplasia, liquen plano erosivo o queilitis actínica, usted deriva su paciente a un especialista en:



Fuente: Autores.

Ante un caso sospechoso de lesiones orales potencialmente malignas, 73 estudiantes (87%) respondieron de manera correcta, que enviarían su paciente a un especialista en patología oral; 10 estudiantes (12%) respondieron de manera incorrecta, cirugía oral y 1 estudiante (1%) respondieron de manera incorrecta, dermatología.

Conclusiones

Este estudio de investigación evidenció el nivel de conocimiento que manejan los estudiantes de odontología de quinto a decimo semestre de las clínicas odontológicas de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, donde se recogieron datos mediante una encuesta, la cual se organizó de acuerdo a variables importantes como por ejemplo, la variable que se tomó según el semestre en la que se obtuvo un mayor número fue noveno semestre, que respondieron de manera acertada que el cáncer más prevalente en cavidad oral es el carcinoma oral de células escamosas. En menor medida los estudiantes respondieron acertadamente sobre la incidencia por edad del COCE (mayores de 60 años), esto evidencio la falencia en cuanto a identificar variables como la edad en aparición de COCE.

Los estudiantes describieron la Leucoplasia como el desorden oral potencialmente maligno más frecuente en la cavidad oral, con mayores tasas de malignizacion. Otro punto importante fue al momento de identificar la herramienta de estadiaje TNM para catalogar el cáncer oral, ya que arrojo la mayoría de encuestados no conocen dicha herramienta.

En cuanto a identificación histológica, si evidenciaron conocer la biopsia incisional como el procedimiento indicado en pacientes sospechosos de COCE y adicionalmente conocen que la cirugía resectiva + terapias coadyuvantes, como el tratamiento ideal para el COCE.

Se evidencio un resultado prometedor en cuanto al correcto manejo de un paciente sospechoso de lesiones orales potencialmente malignas y lesiones primarias cancerosas, los estudiantes indicaron la necesidad de remitir a un especialista en patología oral.

Recomendaciones

Se recomienda fortalecer los conocimientos sobre Cáncer oral y desórdenes orales potencialmente malignos, siendo esto importante ya que la no identificación temprana puede desencadenar en diagnósticos más severos. Una estrategia para esto sería la inclusión y profundización del tema mediante clases magistrales de investigación en patología oral mucosa.

También promover e incentivar a los estudiantes y profesionales en odontología sobre la importancia de una revisión sistemática en toda la cavidad oral, especialmente en tejidos blandos para detectar patologías de alto riesgo como el COCE y los desórdenes orales potencialmente malignos, ya que lo ideal es siempre brindarle al paciente un tratamiento integral que debe iniciar desde la valoración hasta la finalización de su tratamiento.

Como refuerzo se deberían impulsar campañas en la práctica de la clínica odontológica para instruir a los pacientes sobre la importancia del autoexamen, el control periódico con el odontólogo, con el fin de motivar conductas saludables en la prevención del cáncer oral.

Referencias Bibliográficas

García-García, V., & Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. *Avances en Odontoestomatología*, *25*(5), 239-248.

Peña González, A., Arredondo López, M., & Vila Martínez, L. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Revista Cubana de Estomatología*, *43*(1), 0-0.

Antón, M. S., & Somacarrera Pérez, M. L. (2015). Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, *31*(4), 247-259.

García San Juan, C., Salas Rodríguez, M., & Gil Milá, J. (2018). Algunas consideraciones sobre etiología y fisiopatogenia del carcinoma epidermoide bucal. Medisur, 16(1), 63-75.

García-García, V., & Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología, 25(5), 239-248.

Ordóñez, D., Aragón, N., García, L. S., Collazos, P., & Bravo, L. E. (2014). Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. Salud pública de México, 56, 465-472.

Santelices Ch, María Josefina, Cárcamo I, Marcela, Brenner A, Claudio, & Montes F, Rodrigo. (2016). Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura. Revista médica de Chile, 144(6), 758-766. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600011

Martínez-Cortez, Iris Adilene, Martínez-Mejía, Vianey Jahayra, Amezcua-Rosas, Guillermo, Gonzalez-Gonzalez, Rogelio, Carreon-Burciaga, Gil, Palacio-Gastelum, Marcelo Gomez, & Bologna-Molina, Ronell. (2011). Diagnóstico Tardío de Carcinoma Escamo Celular en Boca: Reporte de Caso. *International journal of odontostomatology*, *5*(3), 240-244. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2011000300006

Miguel Cruz, P. A., Niño Peña, A., Batista Marrero, K., & Miguel-Soca, P. E. (2016). Factores de riesgo de cáncer bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, *53*(3), 128-145.

Sacsaquispe-Contreras, S. (2015). Retos en el cáncer oral. *Revista Estomatológica Herediana*, *25*(1), 03-04.

Martínez-Cortez, I. A., Martínez-Mejía, V. J., Amezcua-Rosas, G., Gonzalez-Gonzalez, R., Carreon-Burciaga, G., Palacio-Gastelum, M. G., & Bologna-Molina, R. (2011). Diagnóstico tardío de carcinoma escamo celular en boca: reporte de caso. *International journal of odontostomatology*, *5*(3), 240-244.Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*, *19*(47), 24-6.

Sabater Recolons, M. D. M., Rodríguez de Rivera Campillo, M. E., López, J., & Chimenos Küstner, E. (2006). Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico: Pautas de actuación odontológica. *Avances en odontoestomatología*, *22*(6), 335-342.

Burzynski, N. J., Flynn, M. B., Faller, N. M., & Ragsdale, T. L. (1992). Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract in patients 40 years of age and younger. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*, *74*(3), 404-408.

Hindle, I., & Nally, F. (1991). Oral cancer: a comparative study between 1962-67 and 1980-84 in England and Wales. *British dental journal*, *170*(1), 15-20.

Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C., & Chi, A. C. (2015). *Oral and maxillofacial pathology*. Elsevier Health Sciences.

Ceballos, A., Bullón, P., Gándara, J. M., Chimenos, E., Blanco, A., Martínez-Sahuquillo, A., & García, A. (2000). Medicina bucal práctica. *Santiago de Compostela: Danú*, 1-732.

Mateo-Sidrón Antón, M.C., & Somacarrera Pérez, M.L... (2015). Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, *31*(4), 247-259. https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002

Pindborg, J. J., Reichart, P. A., Smith, C. J., & Van der Waal, I. (2012). *Histological Typing of Cancer and Precancer of the Oral Mucosa: In Collaboration with LH Sobin and Pathologists in 9 Countries*. Springer Science & Business Media.

Calzado de Silva, Milagros de la Caridad, Laurencio Rodríguez, Jorge, & Peña Sisto, Maritza. (2015). Enfermedades causadas por fármacos en la cavidad bucal. *MEDISAN*, *19*(11), 1386-1398. Recuperado en 19 de septiembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100013&lng=es&tlng=es.

Frazell, E. L., & Lucas Jr, J. C. (1962). Cancer of the tongue. Report of the management of 1,554 patients. *Cancer*, *15*(6), 1085-1099.

Sciubba, J. J., & US Collaborative OralCDx Study Group. (1999). Improving detection of precancerous and cancerous oral lesions: computer-assisted analysis of the oral brush biopsy. *The Journal of the American Dental Association*, *130*(10), 1445-1457.

ANEXOS

Anexo 1.Autorizacion para aplicación de encuesta.

Bucaramanga 21 de julio de 2021

Señor:

Julián Mauricio Pedraza

Coordinador Clínicas Odontológicas

Universidad Antonio Nariño

Sede Bucaramanga

Cordial saludo

Por medio de la presente nos permitimos solicitar la autorización para la aplicación de la encuesta de nuestro trabajo de grado titulado ¨*EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CARCINOMA ORAL DE CELULAS ESCAMOSAS EN LA ATENCIÓN CLÍNICA ODONTOLOGICA*¨ dirigida a los estudiantes de quinto a decimo semestre que estén realizando la práctica clínica actual en el periodo 2021-1.

Los estudiantes a cargo de esta aplicación son: Daniela Sua García y Ariana Valentina Rincón Páez.

Agradecemos su colaboración para la aplicación de este instrumento de suma importancia en nuestra investigación.

Vo Bo

Julio 21/2021

Atte.

Daniela Sua García

Ariana valentina Rincón Páez

Anexo 2.Encuesta nivel de conocimiento sobre el carcinoma oral de células escamosas.

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CARCINOMA ORAL DE CELULAS ESCAMOSAS (COCE) EN LA ATENCIÓN CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO"

1. Autorizo de manera voluntaria a la universidad Antonio Nariño de acuerdo a lo dispuesto en la ley 1581 del 2012, decreto 1377 de 2013 y el decreto 886 de 2012, para tratar mis datos personales de forma manual o electrónica, con el fin de generar informes, estadísticas, obtener indicadores, crear información institucional para el desarrollo de la encuesta sobre "Nivel de conocimiento sobre cáncer de la cavidad oral en los estudiantes de las clínicas odontológicas de 5 a 10 semestre la universidad Antonio Nariño, Bucaramanga.
   Si presenta dudas, por favor comunicarse con:
   Daniela Sua García dsua05@uan.edu.co
   Ariana Valentina Rincón arincon957@uan.edu.co

   a. Si
   b. No

   - Nombre: Carlos Fernando Ramirez
   - Edad : 25 Genero: M(X) F( )

2. Semestre: VIII

3. ¿Cuál es el tipo de cáncer más frecuente de la cavidad oral?
   a. Carcinoma oral de células escamosas (COCE) también conocido como escamocelular.
   b. Carcinoma adenoideo quístico
   c. Linfoma no Hodking
   d. Melanoma mucoso

4. ¿Cuál es el principal factor de riesgo para desarrollar un Cáncer de la Cavidad Oral?
   a. Alto consumo tabaco-alcohol
   b. Predisposición del genoma
   c. Virus papiloma Humano
   d. Inmunosupresión

5. ¿En qué rango de edad se reportan la mayoría de casos de COCE?
   a. 16-32 años
   b. 32-45 años
   c. 45-60 años
   d. Mayores de 60 años.

6. ¿Cual es la localización mas frecuente del COCE?
   a. Labio inferior
   b. Borde lateral de lengua
   c. Paladar duro
   d. Trígono retromolar

7. ¿Conoce los Desórdenes Orales Potencialmente Malignos (DOPM)?
   a. Si
   b. No

8. ¿Cuál es el DOPM mas frecuente de la cavidad oral?
   a. Liquen plano erosivo
   b. Eritroplasia
   c. Leucoplasia
   d. Fibrosis oral submucosa

9. ¿Cuál es la presentación clínica mas frecuente del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE)?
   a. Ulceración indurada
   b. Placas
   c. Pápulas
   d. Pústulas

10. ¿Conoce la herramienta de estadiaje TNM (tumor, nódulo y metástasis) para catalogar el cáncer oral?
    a. Si
    b. No

11. ¿Cuál es el nombre de la muestra que tomaría en un paciente sospechoso de COCE?
    a. Biopsia incisional
    b. Biopsia escisional
    c. PUNCH
    d. Citología

12. ¿Cual es el tratamiento del carcinoma de células escamosas (COCE)?
    a. Cirugía resectiva + terapias coadyuvantes
    b. Radioterapia
    c. Quimioterapia
    d. Actitud expectante

13. ¿Cuál es la tasa de supervivencia de los pacientes tratados en estadios iniciales del COCE?
    a. 2 años
    b. 5 años
    c. 10 años
    d. 20 años

14. Ante un caso sospechoso de LESIONES ORALES POTENCIALMENTE MALIGNAS como Leucoplasia, Eritroplasia, Liquen Plano Erosivo o Queilitis Actínica, usted deriva su paciente a un especialista en:
    a. Patología oral
    b. Cirugía oral
    c. Dermatología
    d. Otorrinolaringología

Apéndice 1.Carta comité de trabajo de grado.

Bucaramanga, 07 de Octubre de 2021

Señores
Comité Trabajo de Grado CTG

Por medio de la presente certifico que el trabajo de grado titulado **"EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN LA ATENCIÓN CLÍNICA ODONTOLÓGICA"** realizado por los estudiantes DANIELA SUA GARCIA Y ARIANA VALENTINA RINCON PAEZ, cumple con los lineamientos temáticos para la entrega final del documento.

Dra. Ana María Rochel Rochel
Asesora Temática

Dra. Yudi Alejandra Muñoz Osorio
Asesora Metodológica

Universidad Antonio Nariño
Sede Bucaramanga

Apéndice 2.Carta de aceptación de entrega final de trabajo.

Bucaramanga, 07 de Octubre de 2021.

Doctores
Comité de Investigación
Facultad de Odontología
Universidad Antonio Nariño
Sede Bucaramanga

Cordial saludo,

Nosotros, los tutores temático y metodológico del trabajo de grado titulado "**EVALUACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CARCINOMA ORAL DE CELULAS ESCAMOSAS EN LA ATENCION CLINICA ODONTOLOGICA**", realizado por los estudiantes DANIELA SUA GARCIA Y ARIANA VALENTINA RINCON PAEZ.

Hemos realizado el proceso de revisión de conformidad a los parámetros establecidos por la facultad para trabajos de grado III; y por esta razón, avalamos su entrega a este comité de investigación para que se le sean asignados los evaluadores correspondientes, dentro del proceso de sustentación y defensa del mismo por parte de los autores.

Firman en constancia de lo anterior,

Tutor Temático

Tutor Metodológico

Apéndice 3.Carta de autorización para aplicación de encuesta.

Bucaramanga 21 de julio de 2021

Señor:

Julián Mauricio Pedraza

Coordinador Clínicas Odontológicas

Universidad Antonio Nariño

Sede Bucaramanga

Cordial saludo

Por medio de la presente nos permitimos solicitar la autorización para la aplicación de la encuesta de nuestro trabajo de grado titulado ¨*EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CARCINOMA ORAL DE CELULAS ESCAMOSAS EN LA ATENCIÓN CLÍNICA ODONTOLOGICA*¨ dirigida a los estudiantes de quinto a decimo semestre que estén realizando la práctica clínica actual en el periodo 2021-1.

Los estudiantes a cargo de esta aplicación son: Daniela Sua García y Ariana Valentina Rincón Páez.

Agradecemos su colaboración para la aplicación de este instrumento de suma importancia en nuestra investigación.

Vo bo

Julio 21/2021

Atte.

Daniela Sua García

Daniela Sua García

Ariana valentina Rincón Páez

Apéndice 4.Validacion del cuestionario.

VALIDACION DEL CUESTIONARIO.

Marcar (X) en el valor que considere de acuerdo a su concepto como experto para cada una de las preguntas formuladas tanto en pertinencia como adecuación, donde uno (1) es el valor más bajo y cinco (5) el valor más alto.

Tenga en cuenta que en PERTINENCIA se hace referencia a si usted cree que el ítem contribuye a recoger información relevante para la investigación que se está realizando, donde las claves de valorización son:

(Nada pertinente) [1] [2] [3] [4] [5] (Muy pertinente)

Y en ADECUACIÓN se hace referencia a su criterio de si el ítem esta adecuadamente formulado. Donde las claves de valorización son:

(Nada adecuado) [1] [2] [3] [4] [5] (Muy adecuado)

Encabezado del cuestionario:

1. Autorizo de manera voluntaria a la universidad Antonio Nariño de acuerdo a lo dispuesto en la ley 1581 del 2012, decreto 1377 de 2013 y el decreto 886 de 2012, para tratar mis datos personales de forma manual o electrónica, con el fin de generar informes, estadísticas, obtener indicadores, crear información institucional para el desarrollo de la encuesta sobre "Nivel de conocimiento sobre cáncer de la cavidad oral en los estudiantes de las clínicas odontológicas de 5 a 10 semestre la universidad Antonio Nariño, Bucaramanga. Si presenta dudas, por favor comunicarse con:
Daniela Sua García dsua05@uan.edu.co
Ariana Valentina Rincón arincon957@uan.edu.co

   a. Si
   b. No

2. Semestre:

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				X					x
Comentarios: Es pertinente y adecuado.									

Pregunta 1. ¿Cual es el tipo de cáncer más frecuente de la cavidad oral?

a. Carcinoma oral de células escamosas (COCE) también conocido como escamocelular.

b. Carcinoma adenoideo quístico
c. Linfoma no Hodking
d. Melanoma mucoso

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x				x	
Comentarios: Es pertinente y adecuado, se debe corregir la ortografía (tildes)									

Pregunta 2. ¿Cuál es el principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer de la cavidad oral?
a. Alto consumo tabaco-alcohol
b. Predisposición del genoma
c. Virus papiloma Humano
d. Inmunosupresión

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x				x	
Comentarios: Quedaría más adecuado "cuál es el....." Se debe corregir la ortografía (tildes) Por lo demás, es pertinente y adecuado.									

Pregunta 3. ¿En qué rango de edad se reportan la mayoría de casos de COCE?
a. 16-32 años
b. 32-45 años
c. 45-60 años
d. Mayores de 60 años.

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x				x	
Comentarios: Quedaría más adecuado "En qué rango de edad....." Para un mejor entendimiento y no asumir conocimiento de los participantes, y sabiendo que en un ítem anterior una de las respuestas definía la sigla "COCE", considero pertinente, aunque sea en este ítem volverlo a describir. Se debe corregir la ortografía (tildes), por lo demás, es pertinente y adecuado.									

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO VALIDACIÓN INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

Pregunta 4. ¿Cuál es la localización más frecuente del COCE?
a. Labio inferior
b. Borde lateral de lengua
c. Paladar duro
d. Trígono retromolar

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x				x	
Comentarios: Se debe corregir la ortografía (tildes) Por lo demás, es pertinente y adecuado,									

Pregunta 5. ¿Conoce los Desórdenes Orales Potencialmente Malignos (DOPM)?
a. Si
b. No

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x				x	
Comentarios: Cuando se define una sigla en un documento por primera vez, cada palabra de la definición inicia con mayúscula "Desordenes Orales Potencialmente Malignos (DOPM)". Se debe corregir la ortografía (tildes). Por lo demás, es pertinente y adecuado.									

Pregunta 6. ¿Cuál es el DOPM más frecuente de la cavidad oral?
a. Liquen plano erosivo
b. Eritroplasia
c. Leucoplasia
d. Fibrosis oral submucosa

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x				x	
Comentarios: Se debe corregir la ortografía (tildes). Por lo demás, es pertinente y adecuado.									

Pregunta 7. ¿Cuál es la presentación clínica más frecuente del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE)?

a. Ulceración indurada
b. Placas
c. Pápulas
d. Pústulas

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x				x	
Comentarios: Se debe corregir la ortografía (tildes). Por lo demás, es pertinente y adecuado.									

Pregunta 8. ¿Conoce la herramienta de estadiaje TNM (tumor, nódulo y metástasis) para catalogar el cáncer oral?

a. Si
b. No

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x					x
Comentarios: Es pertinente y adecuado.									

Pregunta 9. ¿Cuál es el nombre de la muestra que tomaría en un paciente sospechoso de COCE?

a. Biopsia incisional
b. Biopsia escisional
c. PUNCH
d. Citología

PERTINENCIA:					ADECUACIÓN:				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
				x					x
Comentarios: Es pertinente y adecuado.									

Pregunta 10. ¿Cuál es el tratamiento del carcinoma de células escamosas (COCE)?

a. Cirugía resectiva + terapias coadyuvantes
b. Radioterapia
c. Quimioterapia
d. Actitud expectante

Evaluación del nivel de conocimiento de carcinoma oral de células escamosas en la atención clínica odontológica

ROCHEL – ROCHEL, A*; MUÑOZ – OSORIO Y**; SUA – GARCIA, D y RINCON – PAEZ, A***.

dsua05@uan.edu.co

Resumen

Introducción: El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es una neoplasia maligna, que se origina a partir de las células escamosas del epitelio que recubre la mucosa oral, es la más frecuente.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, que se encontraban cursando las clínicas odontológicas de quinto a décimo semestre, Los estudiantes que participaron en este estudio aprobaron las asignaturas de cirugía y anestesia, patología oral, farmacología, semiología general y oral según lo indico el plan de estudios.

Resultados: Este estudio de investigación demostró el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de odontología de quinto a decimo semestre de las clínicas odontológicas de la universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, que arrojo valores como el de 67% donde los estudiantes identificaron la cirugía resectiva + terapias coadyuvantes como el tratamiento ideal para COCE.

Conclusión: se evidenciaron algunas falencias en ciertas variables, pero también se encontró que los estudiantes conocen tratamientos, ya sea quirúrgicos o con terapias coadyuvantes. Así como también reconocen la importancia de instruir a sus pacientes para obtener un diagnóstico temprano a través de técnicas de autoexamen y control periódico con su odontólogo.

Palabras claves: carcinoma oral de células escamosas, COCE, TNM, AJCC.

Abstract

Introduction: Oral squamous cell carcinoma (COCE) is a malignant neoplasm, which originates from the squamous cells of the epithelium that covers the oral mucosa, it is the most frequent.

Methodology: a descriptive cross-sectional study was carried out with the students of the Antonio Nariño University, Bucaramanga, who were attending the dental clinics from fifth to tenth semester, The students who participated in this study passed the subjects of surgery and anesthesia, pathology oral, pharmacology, general and oral semiology as indicated in the curriculum.

Results: This research study demonstrated the level of knowledge that dental students have from the fifth to the tenth semester of the dental clinics of the Antonio Nariño University, Bucaramanga, which yielded values such as 67% where the students identified resective surgery + adjunctive therapies as the ideal treatment for COCE.

Conclusion: some shortcomings were evidenced in certain variables, but it was also found that the students know treatments, either surgical or with adjuvant therapies. As well as they recognize.

Odontólogo. Ana María Rochel. Especialista en patología y cirugía bucal. Magíster Investigación en ciencias odontológicas. PhD(c) Ciencias odontológicas. Universidad Complutense Madrid. Docente de la Facultad de Odontología Universidad Antonio Nariño Sede Bucaramanga.

The importance of instructing their patients to obtain an early diagnosis through self-examination techniques and periodic control with their dentist.

Key words: oral squamous cell carcinoma, COCE, TNM, AJCC.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) compromete la salud del individuo y su calidad de vida, es importante mencionar que la detección temprana de las lesiones sospechosas para cáncer y pre cáncer oral por parte del personal de odontología es el instrumento Gold Standard para aumentar las expectativas de vida de estos pacientes.

El diagnóstico precoz, tratamiento multidisciplinar y seguimiento exhaustivo, son los principales factores pronósticos para aumentar la tasa de supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen este tipo de cáncer. Es por esta razón, que este trabajo buscó conocer el nivel de conocimiento sobre COCE y sus factores de riesgo, para determinar el grado de aprendizaje sobre esta patología en el transcurso del pregrado en odontología.

Este estudio pretendió evaluar el nivel de conocimiento sobre el carcinoma oral de células escamosas de los estudiantes de clínicas odontológicas de quinto a décimo semestre de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga periodo I-2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, que se encontraban cursando las clínicas odontológicas de quinto a décimo semestre. Los estudiantes que participaron en este estudio aprobaron las asignaturas de cirugía y anestesia, patología oral, farmacología, semiología general y oral según lo indico el plan de estudios.

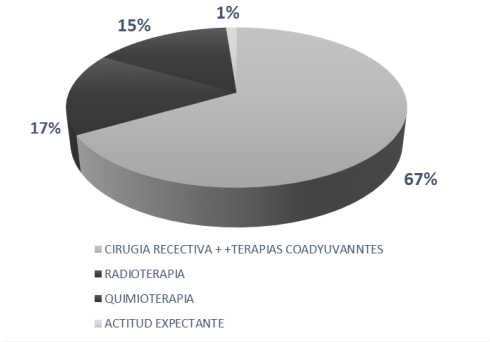
Se realizó una encuesta que se constató de 14 preguntas de selección múltiple, basada en conocimientos del carcinoma oral de células escamosas tales como epidemiologia, etiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y orales, diagnóstico y tratamiento, la cual fue de gran utilidad para describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de clínicas odontológicas de la universidad Antonio Nariño frente a la atención a pacientes con COCE, teniendo en cuenta las características demográficas de los estudiantes (edad, sexo, semestre).

RESULTADOS

Este estudio de investigación demostró el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de odontología de quinto a decimo semestre de las clínicas odontológicas de la universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga, el cual arrojo valores como el de 67%, donde los estudiantes identificaron la cirugía resectiva + terapias coadyuvantes como el tratamiento ideal para el COCE.

Odontólogo. Ana María Rochel. Especialista en patología y cirugía bucal. Magíster Investigación en ciencias odontológicas. PhD(c) Ciencias odontológicas. Universidad Complutense Madrid. Docente de la Facultad de Odontología Universidad Antonio Nariño Sede Bucaramanga.

Tabla 1. Conocimiento sobre tratamiento del COCE



56 estudiantes (67%) respondieron de manera correcta que el tratamiento del COCE es la cirugía resectiva + terapias coadyuvantes. 14 estudiantes (17%) respondieron incorrectamente, radioterapia; 13 estudiantes (15%) respondieron de manera incorrecta, quimioterapia y 1 estudiante (1%) respondieron de manera incorrecta, actitud expectante.

DISCUSIÓN

El COCE lo podemos clasificar como el tipo de tumor más frecuente que podemos encontrar en un examen oral clínico ya sea de rutina o de control periódico en nuestro paciente, presentando una alta frecuencia de aparición así como lo evidencian Sidrón & Pérez (2015) que este tumor se encuentra en una taza de 90% en su frecuencia de aparición presentándose clínicamente como lesión blanca (Leucoplasia), lesión roja (Eritroplasia) o una mezcla de lesión roja y blanca que con el tiempo puede producir la ulceración de la superficie mucosa.

En base a esto da la importancia el rol que desempañamos los odontólogos al aplicar un correcto diagnóstico y no solo limitarnos a verificar el estado de las piezas dentales si no una revisión completa del sistema estomatognatico, que esto refiere una revisión de labios, lengua , carrillos , paladar etc., ya que son las zonas donde generalmente se presentan estos tumores , con este tipo de conductas responsables como lo citan García & Martínez (2009) proporcionará una tasa de supervivencia mayor para nuestros pacientes y una evidente reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad de este tipo de tumores.

RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer los conocimientos sobre Cáncer oral y desórdenes orales potencialmente malignos siendo esto importante ya que la no identificación temprana puede desencadenar en diagnósticos más severos. Una estrategia para esto sería la inclusión y profundización del tema mediante clases magistrales de investigación en patología oral mucosa.
También promover e incentivar a los estudiantes y profesionales en odontología sobre la importancia de una revisión sistemática en toda la cavidad oral especialmente en tejidos blandos para detectar patologías de alto riesgo como el COCE y los desórdenes orales potencialmente malignos ya que lo ideal es siempre brindarle al paciente un tratamiento

Odontólogo. Ana María Rochel. Especialista en patología y cirugía bucal. Magíster Investigación en ciencias odontológicas. PhD(c) Ciencias odontológicas. Universidad Complutense Madrid. Docente de la Facultad de Odontología Universidad Antonio Nariño Sede Bucaramanga.

integral que debe iniciar desde la valoración hasta la finalización de su tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad Antonio Nariño, facultad de odontología, sede Bucaramanga, a nuestras tutoras, Dra. Yudi Alejandra Muñoz y Dra. Ana María Rochel por su dedicación tomando nuestro trabajo como suyo y brindándonos las pautas correctas durante todo el proceso.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. García-García, V., & Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología, 25(5), 239-248.
2. Peña González, A., Arredondo López, M., & Vila Martínez, L. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Revista Cubana de Estomatología, 43(1), 0-0.
3. Antón, M. S., & Somacarrera Pérez, M. L. (2015). Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Avances en Odontoestomatología, 31(4), 247-259.
4. García San Juan, C., Salas Rodríguez, M., & Gil Milá, J. (2018). Algunas consideraciones sobre etiología y fisiopatogenia del carcinoma epidermoide bucal. Medisur, 16(1), 63-75.
5. García-García, V., & Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología, 25(5), 239-248.
6. Ordóñez, D., Aragón, N., García, L. S., Collazos, P., & Bravo, L. E. (2014). Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. salud pública de méxico, 56, 465-472.
7. Santelices Ch, María Josefina, Cárcamo I, Marcela, Brenner A, Claudio, & Montes F, Rodrigo. (2016). Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura. Revista médica de Chile, 144(6), 758-766.
8. Martínez-Cortez, Iris Adilene, Martínez-Mejía, Vianey Jahayra, Amezcua-Rosas, Guillermo, Gonzalez-Gonzalez, Rogelio, Carreon-Burciaga, Gil, Palacio-Gastelum, Marcelo Gomez, & Bologna-Molina, Ronell. (2011). Diagnóstico Tardío de Carcinoma Escamo Celular en Boca: Reporte de Caso. International journal of odontostomatology, 5(3), 240-244.
9. Miguel Cruz, P. A., Niño Peña, A., Batista Marrero, K., & Miguel-Soca, P. E. (2016). Factores de riesgo de cáncer bucal. Revista Cubana de Estomatología, 53(3), 128-145.
10. Sacsaquispe-Contreras, S. (2015). Retos en el cáncer oral. Revista Estomatológica Herediana, 25(1), 03-04.
11. Martínez-Cortez, I. A., Martínez-Mejía, V. J., Amezcua-Rosas, G., Gonzalez-Gonzalez, R., Carreon-Burciaga, G., Palacio-Gastelum, M. G., & Bologna-Molina, R. (2011).Diagnóstico tardío de carcinoma escamo celular en boca:

Odontólogo. Ana María Rochel. Especialista en patología y cirugía bucal. Magíster Investigación en ciencias odontológicas. PhD(c) Ciencias odontológicas. Universidad Complutense Madrid. Docente de la Facultad de Odontología Universidad Antonio Nariño Sede Bucaramanga.

reporte de caso. International journal of odontostomatology, 5(3), 240-244.Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la Facultad de Odontología (UBA), 19(47), 24-6.
12. Sabater Recolons, M. D. M., Rodríguez de Rivera Campillo, M. E., López, J., & Chimenos Küstner, E. (2006). Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico: Pautas de actuación odontológica. Avances en odontoestomatología, 22(6), 335-342.
13. Burzynski, N. J., Flynn, M. B., Faller, N. M., & Ragsdale, T. L. (1992). Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract in patients 40 years of age and younger. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, 74(3), 404-408.
14. Hindle, I., & Nally, F. (1991). Oral cancer: a comparative study between 1962-67 and 1980-84 in England and Wales. British dental journal, 170(1), 15-20.
15. Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C., & Chi, A. C. (2015). Oral and maxillofacial pathology. Elsevier Health Sciences.
16. Ceballos, A., Bullón, P., Gándara, J. M., Chimenos, E., Blanco, A., Martínez-Sahuquillo, A., & García, A. (2000). Medicina bucal práctica. Santiago de Compostela: Danú, 1-732.
17. Mateo-Sidrón Antón, M.C., & Somacarrera Pérez, M.L. (2015). Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. Avances en Odontoestomatología, 31(4), 247-259.
18. Pindborg, J. J., Reichart, P. A., Smith, C. J., & Van der Waal, I. (2012). Histological Typing of Cancer and Precancer of the Oral Mucosa: In Collaboration with LH Sobin and Pathologists in 9 Countries. Springer Science & Business Media.
19. Calzado de Silva, Milagros de la Caridad, Laurencio Rodríguez, Jorge, & Peña Sisto, Maritza. (2015). Enfermedades causadas por fármacos en la cavidad bucal. MEDISAN, 19(11), 1386-1398. Recuperado en 19 de septiembre de 2021.
20. Frazell, E. L., & Lucas Jr, J. C. (1962). Cancer of the tongue. Report of the management of 1,554 patients. Cancer, 15(6), 1085-1099.Sciubba, J. J., & US Collaborative OralCDx Study Group. (1999). Improving detection of precancerous and cancerous oral lesions: computer-assisted analysis of the oral brush biopsy. The Journal of the American Dental Association, 130(10), 1445-1

Odontólogo. Ana María Rochel. Especialista en patología y cirugía bucal. Magíster Investigación en ciencias odontológicas. PhD(c) Ciencias odontológicas. Universidad Complutense Madrid. Docente de la Facultad de Odontología Universidad Antonio Nariño Sede Bucaramanga.