



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ESTOMATOLOGIA**

**TESIS**

**“ NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CANCER ORAL  
EN ESTUDIANTES DEL NOVENO CICLO DE LA  
CARRERA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA DE  
DOS UNIVERSIDADES DE LA CIUDAD DE CHICLAYO  
– LAMBAYEQUE- PERÚ 2017”**

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

**Autor:**

**Bach. Cieza Julca Modesto**

**Asesor:**

**Mg. CD. La Serna Solari Paola Beatriz**

**Línea de investigación**

**Epidemiología, Salud – Prevención, promoción  
y diagnóstico estomatológico.**

**Pimentel - Perú**

**2018**

**“Nivel de conocimientos sobre cáncer oral de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología de dos universidades, de la ciudad de Chiclayo – Lambayeque – Perú, 2017”**

**Aprobación de Tesis**

---

Mg.CD Paola la Serna Solari

**Asesor metodólogo**

---

Mg.CD. Ruiz cárdenas Jorge

**Presidente del jurado de tesis**

---

Mg.CD. La Serna Solari Paola  
Beatriz

**Secretario del jurado de tesis**

---

Mg.CD. Portocarrero Mondragón  
Juan Pablo.

**Vocal del jurado de tesis**

## **DEDICATORIA:**

Dedico este trabajo, a mis padres, familiares de apoyo, docentes que me apoyaron en la realización de este trabajo de investigación.

### **AGRADECIMIENTO:**

Agradezco a Dios y a mis padres por el apoyo brindado y todo lo bueno que la vida nos brinda.

## RESUMEN

El objetivo de la presente tesis es medir el nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo –Lambayeque.

El tipo de investigación es descriptiva, transversal y prospectiva, para la recolección de datos se utilizará una encuesta la cual ha sido validada por juicio de expertos sobre el tema tratado, la cual arrojó mediante la prueba de confiabilidad de 0.84, lo cual le otorga al instrumento un valor confiable y consistente. La misma que comprende cinco dimensiones básicas, las cuales son epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer oral.

En donde se obtuvo como resultado, que el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes tiene un valor regular.

A lo cual se puede concluir que a pesar del diferente plan universitario, el nivel de conocimiento en cuanto al cáncer oral que presentan los estudiantes no es significativo.

**Palabras clave:** cáncer oral, conocimiento, etiología, epidemiología, diagnóstico, tratamiento, prevención.

## **Abstract**

The objective of this thesis is the level of knowledge of students of the ninth cycle of the professional career of Stomatology of the university of the city of Chiclayo - Lambayeque.

The type of research is descriptive, cross-sectional and prospective, for the data collection a survey is used which has been validated by the expert judgment on the treated subject, which I threw by means of the test of reliability of 0.84, which grants To the Instrument a reliable and consistent value. It comprises five basic dimensions, which are epidemiology, etiology, diagnosis, treatment and prevention of oral cancer.

Where it was obtained as a result, that the level of knowledge that students possess has a regular value.

It can be concluded that despite the different university plan, the level of oral cancer knowledge presented by the students is not significant.

**Key words:** oral cancer, knowledge, etiology, epidemiology, diagnosis, treatment, prevention.

## ÍNDICE

|   |      |
|---|------|
| RESUMEN.....  | iv   |
| ABSTRACT .....  | v    |
| INTRODUCCION.....   | viii |
| CAPITULO I: REALIDAD PROBLEMÁTICA.....                                      | 9    |
| 1.1.Situación problemática.....   | 9    |
| 1.2.Trabajos previos.....   | 10   |
| 1.3.Teorías relacionadas al tema .....                                      | 15   |
| 1.3.1 Definición del cáncer.....  | 15   |
| 1.3.2 Generalidades.....  | 15   |
| 1.3.3 Epidemiología.....  | 16   |
| 1.3.4 Cáncer de la mucosa oral.....   | 22   |
| 1.3.5 Etiología.....  | 23   |
| 1.3.6 Factores de riesgo.....   | 24   |
| 1.3.7 Examen de la cavidad oral.....  | 41   |
| 1.3.8 Tratamiento.....  | 44   |
| 1.3.9 Prevención Frente al cáncer.....                                      | 45   |
| 1.3.10 Definición de términos.....  | 47   |
| 1.4 Formulación del problema .....  | 48   |
| 1.5.Justificación e importancia del estudio.....                            | 48   |
| 1.6 Hipótesis.....  | 49   |
| 1.7 Objetivos.....  | 49   |
| 1.7.1.Objetivo general.....   | 49   |
| 1.7.2.Objetivos específicos .....   | 49   |
| CAPITULO II: MATERIAL Y METODO.....   | 51   |
| 2.1. Tipo y diseño de la investigación.....                                 | 51   |
| 2.2. Población y muestra .....  | 51   |
| 2.3. Variables, operacionalización.....                                     | 53   |
| 2.4Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | 58   |

|   |    |
|---|----|
| 2.5. Procedimientos de recolección de datos.....  | 59 |
| 2.6. Aspectos éticos.....                         | 59 |
| 2.7. Criterios de rigor científico.....           | 60 |
| CAPITULO III: RESULTADOS .....                    | 61 |
| 3.1. Tablas y figuras .....                       | 61 |
| 3.2. Discusión de resultados .....                | 68 |
| CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ..... | 73 |
| 4.1 Conclusiones.....                             | 73 |
| 4.2 Recomendaciones.....                          | 74 |
| REFERENCIAS .....                                 | 75 |
| ANEXOS  |    |



## INTRODUCCION

El cáncer oral es una afección que está vigente actualmente y dentro del cual la continuidad de casos de cáncer de cabeza y cuello es regular. En el Perú es uno de los cánceres que se diagnostican con frecuencia dentro de la consulta médica y estomatológica, dada la ubicación y el poco conocimiento especializado de los profesionales encargados del diagnóstico del mismo, este tipo de cáncer es pasado desapercibido en muchas ocasiones y en lugar de ser diagnósticos en estadios tempranos, nos encontramos ante casos de pacientes que son derivados a consulta por parte de los estomatólogos y médicos a consulta especializada, cuando el cáncer ya se encuentra instalado en la cavidad oral, siendo esto un incidente común en los diagnósticos no solo de la cavidad oral, sino también de otros tipos de cánceres a nivel general.

Por lo cual el conocimiento del cáncer como una enfermedad que afecta a cualquier parte del organismo es de vital importancia dentro de los diagnósticos primarios de esta enfermedad en cualquier ubicación, pero con respecto al cáncer oral dada la profundidad del tema y el poco entrenamiento especializado que reciben los profesionales del ámbito estomatológico con respecto a su detección temprana, tiene una vital importancia para obtener mejores resultados en su tratamiento al ser mejor abordado.

En la actualidad las personas están más predispuestas a tener este tipo de cáncer debido a diversos factores de riesgo naturales como son el envejecimiento, además de la exposición a agentes desencadenantes de esta enfermedad como lo es fumar.

Por tanto la falta de conocimiento de los estudiantes y profesionales recibidos de la carrera de Estomatología, es un tema de interés actual que ha sido referenciado respectivamente con varios estudios que verifican la importancia del mismo, por lo cual el presente trabajo de investigación va dirigido a medir el conocimiento sobre cáncer oral que hoy es un tema actual el cual es muy necesario conocer debido a la incidencia de casos reportado a nivel general en nuestra realidad nacional como mundial.

# CAPITULO I: REALIDAD PROBLEMÁTICA.

## 1.1 Situación problemática

El cáncer oral, al igual que otras afecciones bucales, y todas las características clínicas y las repercusiones que causa en la vida sana de aquellas personas a las afecta, además de causar la disminución de los mecanismos naturales de la cavidad bucal, el enclaustramiento de la sociedad, la falta de alimentación, la desnaturalización del rostro y hasta el final de la vida.

La salud oral tiene que ver de manera general y es parte interna del bienestar total de las personas. Se ha cambiado desde el siglo XXI, diferentes diversas reglas y propuestas para perfeccionar la calidad oral, individuos de todas partes del globo, específicamente los países en mejora, padecen de afecciones orales.<sup>1</sup>

Los casos más recurrentes dentro de las afecciones orales con las nos encontramos son: la caries, gingivitis y enfermedad periodontal, pérdida de piezas, enfermedades asociadas con el VIH/SIDA y el cáncer oral.<sup>1</sup>

Es el estomatólogo, el profesional de la salud que dentro de la consulta habitual tiene un contacto más directo en cuanto al acceso, visualización directa y evaluación de daño bucal canceroso, y carga la obligación directa debido a la ubicación de esta enfermedad que es donde el estomatólogo tiene su campo de acción. La detección temprana de este tipo de afección bucal necesita de especialistas del bienestar humano bien adiestrados para este fin. Por consiguiente la calibrada orientación y adiestramiento con lo consecuente al tema estudiado se tiene que abordar en la entrega de conocimientos generales de formación universitaria en la carrera de Estomatología.

## 1.2 Trabajos previos

**Maybury et al.<sup>3</sup>(2012), EE.UU:** Para disminuir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con los cánceres orales, los dentistas deben tener conocimientos y habilidades precisas para detectar y diagnosticar el cáncer oral en las primeras etapas. Los autores del estudio encontraron deficiencias en los dentistas 'conocimiento de los aspectos de exposición riesgosa y los procedimientos dentro del diagnóstico de cáncer oral. El aumento de desconocimiento dentro de salud para los cánceres orales entre los profesionales de la odontología puede conducir a un aumento de la alfabetización en salud para los cánceres orales entre el público porque los profesionales dentales son una fuente clave de información sobre la salud oral para el público.<sup>2</sup>

**Loncar et al.<sup>4</sup>(2012), Croacia:** Se hizo una evaluación donde se examinaron los conocimientos de los alumnos de formación universitaria inicial de Estomatología en la prevención y detección inicial del cáncer oral en la carrera de Medicina odontológica de la Universidad de Zagreb, Croacia. Se evaluó conforme a una hoja de preguntas a los alumnos de pregrado de estomatología de cuarto y quinto, esta evaluación estuvo dirigida al interés sobre el cáncer bucal. Con un acumulado de 207 alumnos que se evaluaron en este trabajo, 122 alumnos de 4° año y 85 alumnos de 5° año. Las respuestas de los dos grados estuvieron alta (95%). Los alumnos de quinto mostraron más saber sobre conocimiento de cáncer bucal esto en respuesta al doble de tiempo práctico y la orientación de los conocimientos más hacia el humano tratado. Esto en diferencia con los de cuarto, los alumnos de quinto estuvieron más diestros en la evaluación de aspecto esenciales de cáncer bucal y además de las diferentes patologías orales conectadas con la neoplasia bucal, la asociación del alcohol como aspecto de interés y también la derivación del paciente para su manejo clínico adecuado con interés de restituir su salud. El trabajo determino que el grado de datos de los alumnos respecto al cáncer bucal necesita ser afianzado dentro del plan de estudio de los alumnos estomatólogos.<sup>3</sup>

**Barramuñoz (2011), Chile:** Se hizo una evaluación del conocimiento de cáncer bucal en odontólogos de la ciudad de Talca (Chile) y los estudiantes de 6° año de la carrera de estomatología de la universidad de Talca. Se hizo un recuento de datos con una evaluación hecha por datos de estudios realizados. Los datos recolectados se evaluaron en tablas y se realizó un estudio descriptivo. Del total de muestra 84 en evaluación, cuarenta y cuatro están dentro de los estudiantes de 6° de la carrera de estomatología de la universidad de Talca y 40 a cirujanos recibidos que laboran en la ciudad originaria en el año 2011, esto representa el 47,62% y 52,38% constatatadamente. El 55 % estaba dado por varones y 45 % de damas. El mayor resultado en porcentaje de la muestra se definió con un grado de calificación “suficiente”, esto dado por lo que dicta la medición del instrumento. Se pudo ver que un mayor número de estudiantes saco resultados elevados en diferencia a los odontólogos recibidos, esto sin diferencias de importancia.<sup>4</sup>

**Castillo (2010), Costa rica:** Se hizo una evaluación a los alumnos de Licenciatura en Medicina de 5 universidades, en el país de Costa Rica para evaluar su grado de conocimientos acerca del cáncer bucal. La selección de evaluados estuvo compuesta en su mayoría general de alumnos de última fase de la carrera profesional. La ficha aplicada a los 114 individuos resulto en un 51% que eran varones y su edad promediada fue de veinticuatro años. Con lo que se obtuvo se determinó que los alumnos evaluados tenían un grado de información bajo. El valor promediado fue de 39, 8%, con un valor mínimo de 5% y máximo de 77, 5%. En los resultados no se visualizaron caracteres estadísticos significativos de diferenciar entre las universidades participantes.<sup>5</sup>

**Pakfetrar et al. <sup>3</sup>(2010), Irán:** Antecedentes: La intervención temprana mejora los resultados del tratamiento en el cáncer oral. El objetivo del trabajo presentado fue el de calificar el grado de conocimiento y conciencia del cáncer bucal en los pacientes refirió a Mashhad Facultad de Odontología. Métodos: Trescientos veinte individuos completaron un cuestionario escrito 15 artículos que se centró en los aspectos de predisposición del cáncer bucal, factores, signos y síntomas,

epidemiología y tratamiento. Los análisis estadísticos se realizaron con la prueba de Kruskal-Wallis y Pruebas de Friedman (nivel de significancia,  $P = 0,05$ ). Resultados: Un total de 89,4% de los pacientes que completaron el cuestionario tuvieron una pobre comprensión del cáncer oral, particularmente con respecto a la etiología. Además, el 83,8% no habían adquirido información de los aspectos de predisposición riesgosa de la neoplasia bucal. Sólo 8.8% conocía los sitios más probables para Cáncer oral. Ninguna relación se identifica entre el conocimiento y el sexo ( $p = 0,01$ ) o la edad ( $p = 0,052$ ) de los sujetos. Hubo una correlación significativa entre el nivel de educación y la puntuación de conocimiento ( $P < 0,001$ ). Estudiantes y profesionales de la salud Médico tenían las puntuaciones de conocimiento más altas ( $P < 0,001$ ). Conclusión: De acuerdo con los resultados de este estudio, la información del conocimiento del cáncer es bastante baja. Por lo tanto, Parece necesario aumentar el nivel de conciencia pública con el uso de diversos programas educativos esto con objeto de disminuir la proporción de personas enfermas en un periodo de tiempo y en un mismo lugar así como las personas que mueren enfermas en una misma proporción y lugar.<sup>6</sup>

**Giuseppe et al.<sup>4</sup> (2008), Italia:** El propósito de la encuesta fue evaluar a través de un cuestionario enviado por correo el conocimiento, las actitudes y comportamientos en relación con el cáncer oral y su relación con los diferentes indicadores en una muestra aleatoria de 1.000 dentistas en Italia.

Los encuestados conocen los principales factores de riesgo y solo identifican la mitad de los procedimientos de diagnóstico. Un tercio indicó la forma más común y los principios de las lesiones y este conocimiento fue más probable en los que se graduaron de la escuela de odontología y estuvieron en un temario sobre el cáncer bucal en el año anterior. Aproximadamente dos tercios (64,8%) creían que estaban preparados para llevar a cabo un examen oral del cáncer y de palpar los ganglios linfáticos en el cuello de los pacientes. Regresión logística múltiple reveló que esta actitud positiva fue significativamente mayor para los que se recibieron de la facultad de galenos y para aquellos que han asistido a un

curso sobre el cáncer oral en el año anterior. La mitad de los dentistas rutinario realizar un examen oral del cáncer en todos los pacientes y que era más probable por aquellos graduado de la escuela dental, los que saben que de células escamosas es la presentación más ordinaria de la neoplasia oral y con que una lesión de cáncer bucal temprana generalmente es una pequeña , zona roja sin dolor, los que creían que están preparados para llevar a cabo un examen oral del cáncer y de palpar los ganglios linfáticos en el cuello de los pacientes, a los que han asistido a un curso sobre el cáncer oral en el año anterior, y los que dicen que necesitan información. La importancia de los profesionales de la salud como comunicadores de mensajes de salud pública hay que destacar.<sup>7</sup>

**Scott L et al. <sup>3</sup>(2007), EE.UU:** Este estudio evaluó la conciencia del conocimiento oral del cáncer sobre sus principales factores de riesgo, signos clínicos y sobre las experiencias de exámenes de cáncer oral entre adultos de 40 años o más, en Florida. Métodos: En 2002 se realizó una encuesta telefónica asistida por computadora a nivel estatal, con cifras aleatorias. Los datos de 1.773 encuestados se ponderaron para permitir estimaciones a nivel estatal. Los análisis bivariados se utilizaron para examinar la conciencia y el conocimiento del cáncer oral. Se usó el análisis de regresión logística múltiple para modelar las experiencias de exámenes de cáncer oral del año pasado de adultos en Florida. Resultados: En Florida, el 15,5% de los adultos de 40 años o más nunca había oído hablar de cáncer oral y otro 40,3% supuestamente sabía poco o nada al respecto. Alrededor de la mitad de los adultos no creían que las manchas blancas o rojas o el sangrado pudieran indicar cáncer oral y el 27,6% identificó correctamente tres de los principales aspectos de predisposición riesgosa de la neoplasia bucal. Después de escuchar un examen acerca cáncer oral descrito, sólo el 19,5% de los adultos informó haber recibido uno en los 12 meses anteriores. Los pertenecientes a la raza africana y a la raza latina estuvieron significativamente menos predispuesto que los de raza blanca no hispana para recibir un reciente examen de cáncer oral. Las personas con bajos niveles de educación, los

que carecían de un dentista regular o la fuente de atención médica preventiva, y los adultos que sabían pocos o ninguno de los signos clínicos de cáncer oral también eran menos propensos a haber recibido un reciente examen de cáncer oral. Conclusiones: Existe una amplia falta de conocimiento y conocimiento en Florida con respecto al cáncer oral y los bajos niveles de examen reportado, particularmente entre los grupos que experimentan una incidencia desproporcionadamente alta y el diagnóstico en estadio tardío. Aumentar el conocimiento de esta enfermedad y promover la prevención primaria y secundaria puede ayudar a disminuir la carga de la enfermedad en Florida y reducir las discrepancias raciales en sus resultados.<sup>8</sup>

## **1.3 Teorías relacionadas al tema**

### **1.3.1 Definición de cáncer**

Cáncer es una palabra general para un conglomerado de más de cien afecciones que son capaces de enfermar a diversas partes del cuerpo humano. Otros nombres por los cuales se le conoce y se usan en la actualidad son: tumoración maligna, enfermedad oncológica y demás. Una particularidad que enmarca al cáncer es la producción de células que no son iguales a las células sanas del organismo y estas se reproducen más allá de la producción normal de células y estas pueden colonizar zonas del cuerpo y expandirse a otras zonas del cuerpo y luego llegar a su llamada conclusión metástasis.<sup>9</sup>

### **1.3.2 Generalidades**

El cáncer oral es una afección maligna de actitud rebelde, que abarca de 4 al 5 por ciento de todas las neoplasias que comprometen la cavidad oral del ser humano, y con esto se define como una afección peligrosa de salud en el ámbito de todo el globo terrestre y con esto se incrementa su recurrencia en estos años pasados y su tasa de mortalidad alta. Más de 500 000 diagnósticos nuevos por año se registran por todo el planeta.

Entre los condicionantes de riesgo a los que el paciente se expone para desarrollar esta patología, se pueden adjuntar esto como son el hábito de fumar y el envejecimiento del cuerpo humano.<sup>10</sup>

Existe una acumulación de más de cien afecciones diferentes con más de mil tipos histopatológicos que se relacionan con algo en común y es la producción anormal de células que están afectadas por la patología y que penetran varias zonas del organismo y todas las estructuras adyacentes y distantes, por lo que si estas demoran en su tratamiento ocasiona el deceso del ser viviente portados en donde se está desarrollando. Uno de los primeros investigadores por así decirlo respecto al tema fue Hipócrates que lo postula al término como derivado del latín cangrejo, ya



que la patología se agarra con la misma obstinación que un cangrejo a los tejidos y zonas del cuerpo.<sup>11</sup>

### **1.3.3 Epidemiología del cáncer oral**

#### **1.3.3.1 Cáncer oral en el mundo**

El cáncer bucal representa el 2 % de todos los cánceres, por lo que llega al 30 por ciento de las neoplasias de la cabeza y el cuello y el 90 por ciento son carcinomas de células escamosas o epidermoides, el 10 por ciento que falta lo conforman patologías en las glándulas de la saliva, melanomas, sarcomas, carcinomas basales linfomas, neoplasias odontogenos y daños metastasicas.

El carcinoma epidermoide presenta un crecimiento agresivo, invasión local y diseminación a los ganglios linfáticos cervicales. A pesar de los avances en el tratamiento, no se han mejorado las tasas de supervivencia debido a su recurrencia, la metástasis a distancia y al diagnóstico tardío. El cáncer epidermoide afecta la mucosa bucal, encía, paladares blando y duro, adstrato y base de la boca. A diferencia sobre los tumores cutáneos, el cáncer de la cavidad bucal tiene peor pronóstico y más elevada mortalidad debido a la intensa vascularización de esta zona que favorece la diseminación de las células transformadas y a su escasa sintomatología. Lo más elevados niveles de recurrencia de la neoplasia de la cavidad bucal, se reportan en Pakistán, Brasil, India y Francia, en algunos casos asociados a la ingestión de brebajes. En Cuba, en el año 2013, la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en ambos sexos fue de 6,5 por 100 000 habitantes, donde ocupó el quinto lugar dentro de las diez primeras localizaciones. Esas cifras se elevan con el envejecimiento. En 2013 murieron 723 cubanos por este tipo de cáncer. Sin importar que el cáncer oral se ubica en zonas que se pueden evaluar en el diagnóstico físico, las gran cantidad de individuos evaluados están en grados avanzados, cuando las opciones de una sanción son escasas, lo que hace difícil su sanación con el manejo adecuado y empeora una buena perspectiva de tratamiento en los

pacientes. A esto contribuyen los pocos síntomas en sus etapas iniciales y al carácter inespecífico de las lesiones. Un conocimiento más profundo sobre los aspectos de exposición riesgosa de neoplasia bucal en médicos con estomatólogos dentro de la atención primaria, podría repercutir favorablemente sobre estos indicadores de salud.<sup>15</sup>

Pero además la neoplasia bucal es una grave afección de salud en el planeta. Con recurrencia y niveles de muerte en creciente número, se puede sacar un número matemático que nos informa que de trescientos mil individuos enfermos por año son de patología neoplásica bucal en todo el globo. En los varones, los niveles de recurrencia son más elevadas y se encuentran en sudoeste asiático según estudios, algunas zonas de Europa oriental y occidental además de Oceanía. En las damas, la recurrencia es aproximadamente regular elevada en Asia del sur.

Estas distribuciones variadas de zonas sobre el cáncer bucal y su concluyente se han presentado hace poco, estas señales muestran evidentemente diferencias a nivel de zona geográfica. De la misma manera se visualizan repercusiones diferentes en el número de muertes que se conectan con el cáncer bucal y entre los diferentes grados de desarrollo en países, con una creciente significativa.<sup>9</sup>

### **1.3.3.2 Cáncer oral en el Perú**

Por lo que nos dice el instituto de enfermedades Neoplásicas nacional. (INEN), la neoplasia de la cavidad bucal está incluida en las diez patologías neoplásicas más habituales, en varones de un octavo del total y en damas de un doceavo.

Se puede visualizar una tasa de incremento de reportes clínicos evaluados sobre cáncer bucal en los transcurridos diez años pasados.<sup>14</sup>

Ubicación definida de las neoplasias que producen decesos con más incremento y recurrencia. Minsa (2004).<sup>15</sup>

Con una población total que se ha atendido por neoplasias en los establecimientos de Minsa, los tumores de origen incierto son más habituales, lo que nos indica que existe un bajo conocimiento en la evaluación y detección de la enfermedad.

En lo que refiere a neoplasia de la cavidad bucal se ubica en zonas de fácil evaluación pero que en la mayoría de los casos los individuos van a consulta en estadios avanzados y definidos de la afección.<sup>15</sup>

### **1.3.3.3 Clasificación de los tumores malignos de los tejidos blandos orales**

Según las características de función del tejido al que derivan encontramos:

#### **1.3.3.3.1 Tumores epiteliales**

##### **1.3.3.3.1.1 Lesiones relacionadas con VPH**

**a. Papiloma:** Va a afectar habitualmente al epitelio. Por definiciones la conectan con el virus del papiloma Humano la cual es una infección. Dentro de la cavidad bucal son más recurrentes los tipos 6 y 11. Pero también se han mencionado a los tipos 16, 18, 31, 33, 35; pero los que más resaltan son el 18 y 16 por tener una acción con maligno potencial. Histológicamente puede caracterizarse por células que aparecen en el estrato intermedio, con núcleos hipercromáticos, citoplasmas claros, halo y pequeños), en la práctica clínica suelen presentarse como exofíticas lesiones de 1 cm, que por lo general se presentan de rugosa superficie y un color que va desde rosa al color blanco. Localizadas en la superficie de la lengua tanto ventral como dorsal, cara interna de mejillas y paladar blando.<sup>16</sup>

**b. Condiloma acuminado:** Esta tiene una morfología que presenta a la lesión de manera similar, que se asocia con los tipos 6 y 11 del virus del papiloma humano. Pueden

localizarse en la mucosa genital, en piel y en la cavidad bucal.<sup>16</sup>

**c. Hiperplasia epitelial focal o enfermedad de Heck:** Esta es exclusiva del volumen pediátrico que es casi exclusivo en indígenas americanos. Se puede tener múltiples tipos de pápulas que tiene 1 a 5 mm en su diámetro., a lo cual la mucosa circundante tiene la misma coloración. Evoluciona a la espontanea regresión.<sup>16</sup>

**1.3.3.3.1.2 Queratoacantoma:** se puede ubicar en la zona del labio, o también en las zonas fotoexpuestas. Empieza con una evolución evidente de macula a pápula. Y luego a nódulo, este lleno de queratina con bordes y una presentación de cráter. Este se debe diferenciar de un carcinoma epidermoide. Para su tratamiento se debe hacer un acto quirúrgico.<sup>16</sup>

**1.3.3.3.1.3 Nevus:** Son afecciones melaninas no malignas, que pueden presentarse en las edades de 40 y 50 años y con una localización preferentemente en el paladar. En sus evaluaciones clínicas son de carácter asintomático. Se puede observar una forma uniforme, el tamaño no superior a 1 centímetro, de color azul oscuro o marrón, además de una macula lis. Por lo habitual no requieren de tratamiento.<sup>16</sup>

Son tumoraciones melánicas benignas, que aparecen entre los 40 y 50 años, más frecuentes en el paladar. Clínicamente asintomáticos. Se observa una mácula lisa, uniforme, de tamaño no superior a 1 cm., de color marrón o azul oscuro. En general no precisan tratamiento.<sup>16</sup>

### **1.3.3.3.2 Tumores conjuntivos**

#### **1.3.3.3.2.1 Fibroma:**

Son las neoplasias benignas más habituales en la cavidad bucal. Y se muestran de manera real las hiperplasias fibrosas, con una proliferación de colágenas. Se presenta en cualquier lugar del

agua, encía, mejillas y áreas de roce. Son bien circunscritos, duros y de forma redondeadas.<sup>16</sup>

Se presentan en cualquier zona de la boca, lengua, encía, mejillas, especialmente en áreas de roce. Son bien delimitados, duros y redondeados; pueden ser sésiles o pediculados.<sup>16</sup>

#### **1.3.3.3.2.2 Lipoma:**

Su forma es de neoplasia benigna y etiología desconocida y estas se constituyen por adipocitos maduros que están el área submucosa del tejido.<sup>16</sup>

Por su naturaleza poco habitual y sobre todo en la mucosa de la lengua. Estas pueden tener color más o menos amarillento, consistencia blanda sin dolor. El tamaño puede ser muy cambiante. El tratamiento, después de ejecutado en la zona quirúrgica n tendrá recidiva.<sup>16</sup>

#### **1.3.3.3.2.3 Granuloma piógeno:**

En la actualidad también se le puede conocer como granuloma telangiectásico. La cual puede tener diferentes motivos para aparecer como (infecciones, traumas, irritantes). Esta puede afectar la encía, también puede estar en la lengua, el paladar, etc. Es una patología sésil, de una coloración carnosa, que sangra y se puede ulcerar fácilmente. Para su tratamiento podemos optar por el medio quirúrgico aunque esta patología tiene recidivas habitualmente. Dentro de la misma tenemos una diversidad de granuloma piógeno el que se presenta en el embarazo, el que es consecuentemente secundario a lo llamado como hiperestrogenismo también llamado como “épulis de embarazo”, el cual desaparece después de que se da el parto.<sup>16</sup>

#### **1.3.3.3.2.4 Granuloma de células gigantes:**

También conocido como (épulis de las células gigantes). Su etiología es de origen desconocido, aunque también se relaciona con infecciones y también traumas. Son neoplasias que pueden afectar a nuestra encía, que es consecuente después de las exodoncias de las piezas dentales, es de color rojizo, superficie algo lisa, y una consistencia que puede ser blanda. También está en su naturaleza ulcerarse y una facilidad para el sangrado. En su identificación es habitual que tenga en ocasiones la confusión de ser pensado como granuloma piógeno, además en sus estudios histopatológicos tiene las características que lo diferencian, hallándose en su infiltrado inflamatorio la abundancia de células que tienen multinucleadas gigantes. Para su tratamiento tenemos la opción quirúrgica y sus recurrentes recidivas son habituales.<sup>16</sup>

#### **1.3.3.3.2.5 Hemangioma:**

Es de incremento benigno con efecto en los vasos sanguíneos, que generalmente tienen origen congénito. A esta se le puede considerar más como una patología de ascendencia congénita. Puede también ser considerada como en definición malformación más allá de una patología cancerígena. La pauta lesiva es de forma plana y /o abultada pero ligeramente con un tamaño variable comparado a una patología de origen cancerígeno. Puede aparecer en diferente locación, tiene una característica coloración de azulada apariencia, que tiene el carácter de lo antes mencionado en su cromática y al tocar con insistencia palidece, lo que tiene una virtual característica que difiere con el nevus y los tatuajes que se presentan en la mucosa.<sup>16</sup>

Estos se pueden diferenciar también de las ampollas de origen hemático. Lo que normalmente pueden evolucionar de regreso espontáneo, que se puede presentar en con contados casos que no alcanzan este estado, y que además involucionan tanto en el

tamaño como el los síntomas, para su trato terapéutico se puede embolizar y optar por cirugía.<sup>16</sup>

#### **1.3.3.3.2.6 Linfangioma:**

En lo que respecta a esta patología se le puede definir con una forma inadecuada de origen congénito. Que se presenta a partir del tejido linfático. En la gran mayoría de sus efectos nocivos se pueden presentar en el principio de la vida que en porcentaje cercano es del 90 % de los que aparecen a los 2 años de vida. En la cavidad bucal puede hacer su aparición con poco de frecuencia, se le observa principalmente en la parte dorsal de la parte móvil de nuestra boca la lengua, lo labios y además el paladar. Estas patologías más graves pueden causar macroglosia cuando se ubican en la parte de la mucosa yugal y parte externa de la boca es decir en los labios consecuentemente.<sup>16</sup>

**1.3.3.3.2.7 Tiroides lingual:** Disontogenia de la glándula tiroides.<sup>16</sup>

### **1.3.4 Cáncer de la mucosa oral**

Para su terminología se puede hacer un referente a la neoplasia que se relaciona con las células del epitelio (que tiene un 90 % de controles en cuanto a cáncer diagnosticados). Se le puede mencionar como patología carcinogénica cuando puede conllevar una producción anormal sin límite de células del soma la cual es consecuencia de un estado diferente sin regreso dentro de las mismas. Lo que sobra del tejido puede ser persistente aunque el estímulo se detenga. Las patologías de origen carcinogénico pueden presentarse en forma benigna, si su ubicación no penetra los tejidos contiguos además que no pueden ir al resto del organismo, o también malignas, si estas se propagan y causan efectos irreversibles en los tejidos y son capaces de propagarse.<sup>10</sup>

Si como también se puede entender como un cáncer bucal a aquellas patologías malignas que se desarrollan con un origen interno de la mucosa oral, la cual puede abarcar las siguientes zonas:

- Labios y comisura labial.
- Mejillas.
- Suelo bucal y lengua móvil.
- Paladar duro.
- Istmo de las fauces.

Entre la diversidad de tipos que se presentan de mucosa bucal tenemos dentro de estas la mucosa masticatoria, que puede incluir a la encía, y además al paladar duro, también tenemos a la que es especializada dentro de la mucosa y que está especialmente abarcada en la parte de la cara dorsal de la mucosa yugal y además está en la capa de revestimiento de la mucosa abarcando la parte interna de la cara y de los labios, los vestíbulos, la base de la boca, las mejillas, la cara que está en ventral de la mucosa yugal y el velo del paladar.<sup>10</sup>

### **1.3.5 Etiología**

No es concluyente poder probar si la causa se asocia a los consecuentes específicos de la enfermedad neoplásica de lo bucal. Además que esto es debido en gran causa por la calidad de la información estadística sobre neoplasias y que esta es muy variable y en contraparte, que su etiología tiene una parte que se puede definir como maligna y además es compleja con diversos factores. Los cuales son causantes y actúan en el momento largo del tiempo promedio, que en el proceso presenta cambios hacia la parte maligna y es de avance lento que puede durar prolongadamente por un tiempo mayor a lo evidente.<sup>17</sup>



### 1.3.6 Factores de riesgo

Es un aspecto predisponente de riesgo y considerado como agente, que condiciona la actividad inadecuada para incrementar que el individuo desarrolle una afección específica.<sup>12</sup>

Además de que estos aspectos se incrementan acorde a el riesgo que tome la persona, y que estos no relaciones necesariamente con la afección.<sup>13</sup>

La neoplasia es una enfermedad multifactorial causada por alteraciones en los genes mediante una amplia gama de mecanismos que involucran también factores no genéticos. Las alteraciones genéticas son específicas de cada tipo de tumor, aunque presentan características comunes. Las mutaciones somáticas están presentes exclusivamente en las células tumorales y las mutaciones germinales son mutaciones hereditarias que existen en todas las células del cuerpo. En el caso del cáncer bucal son escasas las mutaciones de la línea germinal.<sup>13</sup>

Las mutaciones del ADN ocurren espontáneamente, en especial por oxidación de radicales libres, aunque la tasa se incrementa por efecto de otros factores de riesgo. También son relevantes en la carcinogénesis algunos factores como las exposiciones a la radiación, las afecciones bacterianas incrementadas, la alimentación diaria, la sensibilidad crónica, la incursionada forma en la que nos ponemos en exceso al sol y los aspectos que causan la disminución de nuestras defensas, aunque sus dos aspectos de riesgosa importancia están dadas por el hábito de fumar y el ingreso de bebidas alcohólicas al organismo.<sup>13</sup>

Con frecuencia estos factores relacionados con los estilos de vida son más importantes en la predisposición al cáncer, si bien en algunos casos, los factores genéticos o ambientales pueden jugar algún papel en grado variable. No se conocen todos los factores de riesgo y no siempre las asociaciones son de causa-efecto.<sup>13</sup>

### 1.3.6.1 Factores genéticos

El desarrollo de patología neoplásica oral dentro del proceso que está inmersa en estas múltiples etapas que implica la acumulación de alteraciones genéticas y epigenéticas en genes regulatorios clave. La carcinogénesis bucal comienza como hiperplasia epitelial, progresa a displasia y culmina en un fenotipo maligno, habitualmente precedido por cambios visibles en la mucosa bucal.<sup>13</sup>

Los genes implicados en la carcinogénesis son los oncogenes y los genes supresores tumorales. Los procesos que están en los genes de origen primario en la excesiva expresión de caracteres oncogénicos y de lenta genética supresora patológica. La cual es diversa y complicada en cuanto a la parte que conecta los genes y el aspecto relacionado con el ambiente de caracteres riesgosos, esto genera dificultad en este proceso de estudio adecuado los aspectos de riesgo en el ámbito de existencias revisadas y genera controversia y polémica que se espera sea vislumbrada con otros estudios a posterior.<sup>13</sup>

Los denominados oncogenes son brazos genéticos estructurados en el gen con gran actividad o alteradores de los genes que promocionan el desarrollo habitual, que interactúan como generadores de la actividad de producción en más celular además muestran una activación anómala en el cáncer. Algunos oncogenes implicados en la carcinogénesis bucal son del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR1, c-erb 1), c-myc, int-2, hst-1, PRAD-I, mdm-2 y bel.<sup>13</sup>

Los genes de supresión tumoral en condiciones normales son señales negativas de la proliferación celular, que actúan por parte de la producción estable del ciclo que produce células, así como de procesos dentro de la misma y como factor importante la reparación de lo que refiere al ADN y se encuentran habitualmente desactivados en los tumores malignos. Los seres humanos tienen dos copias o alelos de casi todos los genes, con la excepción de los cromosomas X e Y, y son necesarios dos eventos para liberar a las células de los efectos reguladores de estos genes. El cáncer afecta a una línea celular

específica después de que el otro alelo sufra una mutación de inactivación, que representa el segundo evento. Cuando se inactivan los genes de supresión tumoral, también pueden aparecer mutaciones somáticas en genes diana como los oncogenes, con la aparición del cáncer.<sup>13</sup>

Los aspectos genéticos que suprimen lesiones patológicas neoplásicas p53, p16, p21. Están inmersos dentro de la carcinogénesis bucal y su alteración ocurre tempranamente en la transformación neoplásica, frecuentemente precedida por cambios histológicos identificables. La proteína p53 se relaciona con una parte importante en el estado equilibrado de lo correspondiente al gen, el progreso de proceso celular y su mecanismo habitual, el proceso de diferencia celular y la reparación de la carga genética, y el suicidio celular, que tiene el poder de desactivar las malformaciones específicas, detecciones además de la relación de células a nivel íntimo con el producto proteico proveniente de carácter vírico. Este estado dañino en la carga genética causa diferentes desniveles en la expresión de la p 53 y su proceso de inicio como aspecto del paso completo de los caracteres genéticos. Lo más típico de p53 que es guardado se fusiona al material genético además de estimular el paso de varios genes que son responsables en los dos motivos que estimulan de la p53: el detector del proceso celular y la muerte celular.<sup>13</sup>

Los múltiples morfismos del nucleótido en las zonas genéticas con listas de ADN con alteración que no producen la lista de caracteres que tienen los aminoácidos, además de no provocar el efecto no adecuado en las personas normales, pero que estos van a ser pauta de marcación y posible expresión de la afecciones además pueden usarse en la identificación de personas con genes idénticos. Los muchos morfismos genéticos que tengan o algunos indicios que metabolizan los xenobioticos como lo son el citocromo P4501A1, glutatión S transferasa y glucosiltransferasa 1A7 lo cual aumenta el aspecto riesgoso es el habito de fumar y su relación con las neoplasias

bucales, aunque tienen influencia otros polimorfismos como del gen TGF- $\beta$ 1 e IL-10.<sup>13</sup>

La parte desequilibrado de los genes tiene un rol importante dentro de la etiología de la neoplasia bucal, específicamente en los que fuman y toman además de los que son jóvenes de edad regular, además con un discernimiento de los procesos.<sup>13</sup>

Para además expandir aspectos dentro de la genética a nivel molecular de la neoplasia esto recomendado en diversos estudios.<sup>13</sup>

Las variaciones individuales en la susceptibilidad al carcinoma de células escamosas bucal se atribuyen a complejas interacciones entre factores genéticos y ambientales, aunque los mecanismos convergen en procesos inflamatorios. La inflamación se relaciona a desequilibrios de la lectura de oncogenes y de gen diverso que suprime las neoplasias. Por ejemplo, la sobreexpresión de ciclooxigenasa 2 (COX-2) se observa especialmente en cánceres del tracto aerodigestivo superior como el cáncer bucal y se asocia a proliferación celular, inhibición de la apoptosis, invasión tumoral y angiogénesis. Los polimorfismos del gen COX-2 humano, localizado en cromosoma 1 (1q25.2-q25.3), afectan los niveles de expresión y actividad enzimática de COX-2 y están vinculados a la respuesta inflamatoria y a las variaciones individuales en la susceptibilidad a los cánceres bucales.<sup>13</sup>

#### **1.3.6.2 Hábito de fumar**

El reiterado incremento de ingreso de nicotina está relacionado a un importante aspecto riesgoso de afecciones como la que afectan el periodonto y la neoplasia bucal. Además de ser ingresada por vía aérea proveniente de un cigarrillo, diminutas cantidades de estos compuestos van a nuestra sangre a través de nuestros órganos de respiración, con un recorrido a todo el organismo y van afectando la salud general de la persona y de quien está en su entorno.<sup>13</sup>

El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en

metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas entre los que se destacan el agente interno químico del cigarro y otros compuestos no tan relevantes pero significativos. Otras sustancias cancerígenas como el níquel y cadmio, elementos radioactivos como carbono-14 y polonio-210, incluso residuos de pesticidas se han detectado en el humo del tabaco. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal.<sup>13</sup>

Según *Scully* los carcinógenos como las nitrosaminas específicas del tabaco, los hidrocarburos, algunos metales y la parte libre del compuesto, bloqueando así los antioxidantes que están dentro de las enzimas como el glucagón – S – transferasa, la glucation reductasa y otros. Aquellos que tienen el hábito de fumar están exponiendo directamente su tracto digestivo y aéreo superando así los mecanismos directos de las partes que suponen una consecuencia por el humo del tabaco, esto además hace modificaciones en la mucosa que se mantiene por años, esto incluso si se deja el hábito. Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, cigarros, pipa o mascado o aspirado o por fumar invertido.<sup>13</sup>

El riesgo de desarrollar un cáncer no solo se diferencia en relación a la cantidad administrada y el tiempo de consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también de la calidad y la técnica de consumo.<sup>13</sup>

### **1.3.6.3 Consumo de alcohol**

Aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico y, además, sus efectos perjudiciales se potencian cuando se consumen simultáneamente. Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto cáustico sobre la mucosa

bucal y dentro de la degradación a acetaldehído, esto es un cancerígeno modificante y limitante en la producción y acomodación del ADN. En una situación de ingreso excesivo de bebidas alcohólicas, el citocromo P450 2 E1, también se transforma en etanol, con incremento de diferentes reactivos de oxígeno con lo consiguiente el acetaldehído se convierte en acetato por aldehído deshidrogenasas.<sup>13</sup>

Según Zygianni y otros, dentro del 80 por ciento de las personas que consumen alcohol y tienen el hábito de inhalación de cigarro en consecuencia a su apego a la nicotina son más afectados los que tienen los dos hábitos juntos. El ingreso habitual de humo de cigarro incrementa los niveles de acetaldehído que está en consecuencia con el ingreso de alcohol al organismo y esto es un progreso en favor de la parte activa para los procarcinógenos dentro de la sustancia tabaco, por lo cual este tiene una relación adictiva para el sujeto. Se puede promediar un factor atribuible de neoplasia bucal es en consecuencia a la sustancia del cigarro y las bebidas que contienen alcohol en un aproximado de 80 %, los grandes consumidores de estas sustancias tienen una cantidad de 38 veces más riesgo.<sup>13</sup>

Un estudio de Kocaelli y otros encontró mayores concentraciones de acetaldehído en la saliva de pacientes con cáncer bucal y en personas con una mala salud dental, lo que sugiere un posible nexo entre el incremento de la síntesis de este compuesto y este cáncer. Las células epiteliales producen acetaldehído a partir de etanol por acción de alcohol deshidrogenasa, aunque los mayores niveles derivan de la oxidación del etanol por la microflora bucal. La conversión enzimática del etanol producido por esta microflora puede contribuir a la acumulación de mayores cantidades del intermediario cancerígeno acetaldehído. Por tanto, la mala higiene bucal favorece la fermentación bacteriana de los glúcidos y mayores concentraciones de etanol en la saliva, lo que incrementa el riesgo de cáncer bucal de las personas que consumen bebidas alcohólicas con regularidad.<sup>13</sup>

#### 1.3.6.4 Factores dietéticos

Las deficiencias nutricionales, sobre todo de vitaminas y minerales, favorecen la aparición de la neoplasia de la cavidad bucal. El estado de nutrición es más preponderante en relación a la neoplasia bucal es la anemia ferropénica. En la disminución de hierro se puede encontrar una atrofia del tejido mucoso, que se relaciona con diferentes aspectos de tener un riesgo que podría aumentar en la producción de células además de bajar el poder de sanación del epitelio. También la deficiencia nutricional de hierro se acompaña de deficiencias de micronutrientes que favorecen la carcinogénesis bucal.<sup>13</sup>

Individuos con falta de la vitamina A se consideran con gran probabilidad de tener un aspecto maligno de una afección dentro del espacio bucal. El papel de la vitamina A es controlar la diferenciación celular y su deficiencia nutricional desencadena diferencias dentro de las celular e igualdades dentro de las que son expuestas directamente a carcinogénicos provenientes de la industria, aunque se requieren estudios concluyentes.<sup>13</sup>

La vitamina E incrementa la inmunidad, controla los trastornos asociados a los radicales libres, mantiene la integridad de las membranas que para el desarrollo de células con riesgo de neoplasia, aunque se requieren más estudios. Incluyendo las vitaminas A, C y elementos químicos de importancia que se han relacionado con la carcinogénesis bucal en hombres y animales.<sup>13</sup>

El ingreso de alimentos naturales provenientes de árboles frutales y de aquellos que son vegetales los cuales disminuyen el aspecto riesgoso de cánceres bucal. Existe el estudio en Estados Unidos donde se encontró relación inversa en el ingreso de elementos frutales, vegetales y la incidencia dentro de cinco años, sobre cáncer de la testa y la unión con el tronco. En Italia se demostró que el consumo durante 8 años de abundantes vegetales, frutas, cereales, el producto lipídico de la oliva, vino y disminuida ingesta de los productos provenientes de los animales y sus derivados lactíferos, protege contra el cáncer bucal y faríngeo cuando se comparaba con quienes

consumían menos componentes de esta dieta mediterránea. Esto sugiere que la deficiencia dietética de antioxidantes es un factor predisponente al cáncer bucal, aunque se requieren ensayos clínicos que exploren la efectividad del suplemento dietético en la reducción de este riesgo.<sup>13</sup>

Los polifenoles dietéticos disminuyen la incidencia de carcinomas bucales y protegen contra este cáncer por inducción de la muerte celular e inhibición del crecimiento tumoral, la invasión y la metástasis, lo que pudiera explicar parte de un consecuente a favor del ingreso de productos frutales y vegetales. Dentro de diversas investigaciones se han hallado un precedente de conexión en alimentos y nutrientes consumidos con el cáncer bucal, aunque los estudios no son concluyentes.<sup>13</sup>

Los estados de inmunodepresión relacionados o no con los trastornos nutricionales también favorecen el desarrollo del cáncer debido a las dificultades del sistema inmune para eliminar las células cancerosas.<sup>13</sup>

Sobre el papel de la alimentación en la carcinogénesis bucal se deben tener en cuenta: primero, el largo tiempo transcurrido en la aparición del cáncer dificulta la valoración precisa de los patrones alimenticios que fluctúan con el tiempo y segundo, sobre la carcinogénesis influyen numerosos factores de riesgo que aceleran este proceso. Esto dificulta la identificación y control de estos factores, que pueden actuar como variables de confusión y pudiera explicar parte de las contradicciones encontradas en la literatura publicada.<sup>13</sup>

#### **1.3.6.5 Factores ambientales**

Los factores ambientales como la exposición a la radiación solar de fuente natural o artificial e incidentes nucleares son contribuyentes a aspectos de riesgo neoplásico, además se tiene una información genera de datos sobre neoplasia bucal. La neoplasia de labio es incrementada frecuente en individuos de dermis clara o blanca



expuestas a los rayos solares. En personas predispuestas, el sol puede producir queratosis o queilitis asociada al sol en los labios, sobre lo general, en el tejido vascularizado inferior. La mayoría de estos carcinomas se inician sobre queilitis crónicas y, dentro de ellas, la de mayor grado de malignización son las de origen actínico.<sup>13</sup>

La carcinogénesis actínica en el labio se debe al efecto de la radiación ultravioleta, este desencadenante provoca mutaciones en el ADN de las células epiteliales con el despertar de los genes oncológicos y la desactivación del gen supresor de neoplasias, un proceso de desarrollo lento que explica el largo periodo de latencia en el surgimiento de estos cánceres.<sup>13</sup>

Los materiales químicos definidos como metales de peso molecular alto como el cromo y otros son desencadenantes oncológicos para los organismos humanos. El cromo y el níquel son desperdicios dentro de la industria y el ambiente. El compuesto conocido como cromo es un instigante que abduce el desarrollo de neoplasias en el espacio bucal dentro de muestras de estudio del reino animal y de las células que están estudiadas in vitro. El compuesto conocido como níquel puede generar una inclinación hacia la diferenciación neoplásica en animales de estudio. El proceso investigativo que encontró una relación entre lo que respecta a los compuestos químicos pesados en el estrato y las muertes por neoplasia bucal. Las diversas etapas y niveles de recurrencia en cánceres bucales y su distribución en diferentes regiones geográficas pudieran relacionarse con factores de carácter ambiental.<sup>13</sup>

Sobre la relevancia de los aspectos que están en el ambiente dentro de la neoplasia bucal se deben tener en cuenta las consideraciones referidas a los factores dietéticos para su mejor comprensión.<sup>13</sup>

#### **1.3.6.6 Infecciones bacterianas**

Las infecciones bacterianas, micóticas y virales se vinculan al surgimiento y desarrollo de los cánceres bucales por diferentes mecanismos, no del todo esclarecidos.<sup>13</sup>

Las bacterias participan en la carcinogénesis bucal mediante la inducción de inflamación crónica, por interferencia directa o indirecta con el ciclo celular eucariótico y las vías de señalización o por el metabolismo de sustancias potencialmente cancerígenas como acetaldehído que causa mutaciones, daño del ADN y proliferación secundaria del epitelio. Las bacterias también secretan tóxicos celulares como actinomicina D que provoca cambios del cariotipo que llevan a la malignización. Ciertas infecciones bacterianas pueden evadir el sistema inmune o estimular la respuesta inmune que contribuyen a los cambios cancerígenos mediante los efectos mutagénicos y estimulantes de las citosinas liberadas por las células inflamatorias como especies reactivas de oxígeno, interleucina-8 (IL-8), ciclooxigenasa-2 (COX-2) y óxido nítrico.<sup>13</sup>

Las toxinas bacterianas destruyen células o, a concentraciones reducidas, alteran los procesos celulares que controlan la proliferación, apoptosis y diferenciación. Estas alteraciones se asocian con carcinogénesis y pueden estimular aberraciones celulares o inhibir los controles normales de las células.<sup>13</sup>

La mayor acción del etanol promotora del tumor se produce a través del acetaldehído, un metabolito cancerígeno producido a partir del etanol por alcohol deshidrogenasas de la mucosa epitelial, pero los mayores niveles derivan de la oxidación microbiana del etanol por la flora bacteriana de la boca. Por tanto, los individuos que consumen bebidas alcohólicas están as expuestas a aspectos de riesgosos para desarrollar neoplasia por acción sinérgica. Las bacterias gram positivas y las levaduras se asocian a una mayor síntesis de acetaldehído, lo que podría dar una explicación biológica a la acción sinérgica cancerígena del alcohol y el hábito de fumar sobre los tumores del tracto gastrointestinal superior. En los carcinomas bucales se aíslan grandes cantidades de Streptococcus intermedius, Prevotella, Capnocytophaga y Candida albicans.<sup>13</sup>

En pacientes con cáncer bucal y tratamiento se han aislado de las lesiones bacterias como: Escherichia coli, Staphylococcus aureus,

Staphylococcus epidermidis, entre otras y los hongos Candida albicans y Aspergillus fumigatus. También se ha implicado un parásito intracelular Mycoplasma en la carcinogénesis de la cavidad bucal debido probablemente a la capacidad de las células infestadas para evadir la apoptosis por inhibición de p53.<sup>13</sup>

La mala práctica de limpieza bucal es un aspecto riesgoso externo de neoplasia oral. Con recurrencia los individuos con esta particular neoplasia, son inmersos en afecciones de salud oral como dientes perdidos y problemas periodontales. La cantidad de piezas perdidas se ha relacionado con la neoplasia oral, pero las diferentes conexiones con la salud oral también relacionan el consumo de cigarrillos y su componente químico en sí, así como de bebidas alcohólicas, un aspecto de difícil conclusión en los trabajos de investigación abocados a epidemiología. Además de afecciones a las encías se aumentan los aspectos de riesgo de neoplasia tanto en la testa y la parte de conexión con el tronco y su relación asociada a individuos que jamás han consumido cigarrillos ni ingerido bebidas alcohólicas a su organismo. Además es acercada la idea de que individuos con enfermedad a las encías pueden tener neoplasias orales de células indiferenciadas escamosas. Entre los organismos microscópicos bucales que producen acetaldehído carcinogénico en base a la bebida alcohólica ingerida, también lo asociado al déficit de limpieza oral relacionada a la neoplasia oral de los consumidores adictos de bebidas alcohólicas, en los cuales la concentración de acetaldehído en la saliva aumentan con la mala limpieza de la boca. No se ha podido demostrar si la disminución de las bacterias en boca disminuye la recurrencia de la neoplasia oral.<sup>13</sup>

### **Candidiasis**

Candida albicans es una de las más recurrentes dentro de la cavidad oral, esto en diferencia de la cantidad de *Candida albicans non-albicans* está aumentada en individuos tratados por disminución del sistema inmune asociados a Candida sp. Es recurrente en cuanto a las zonas lesionadas por neoplasias que en la conformidad del epitelio

mucoso normal, las familias de *Candida* estas incrementadas en individuos con neoplasias orales. La candidiasis puede colonizar el epitelio oral y producir displasias según experimentos en sujetos del reino animal. Las candidiasis leucoplasicas se pueden transformar en neoplasias malignas. El producto conocido como nitrosamidas que lo produce la *Candida sp* desencadena activaciones protooncologicas específicas. Esto sin contar, la diferenciación maligna asociada a otros aspectos de riesgo como el consumo de cigarros y bebida alcohólicas, además de que se desencadena una reacción sinérgica asociando la candidiasis con los parámetros de vida en las neoplasias bucales. La *Candida sp.* aprovecha eficientemente el compuesto conocido como etanol en el factor carcinogénico que es el acetaldehído, lo que se ha confirmado experimentalmente, sin embargo no hay trabajo de investigación que abalen que controlar la candidiasis disminuya la recurrencia de neoplasia bucal. Además de acetaldehído, algunas especies de estos hongos son capaces de transformar el nitrito y nitrato en nitrosaminas y otras sustancias para producir acetaldehído.<sup>13</sup>

Por tanto, el papel de la candidiasis en la carcinogénesis bucal está sometido a intenso debate científico por la posible implicación de otros factores como estados de inmunodepresión, el hábito de fumar y el alcoholismo que favorecen la infección micótica y a su vez, constituyen también factores de riesgo de este tipo de cáncer.<sup>13</sup>

#### **1.3.6.7 Infecciones virales**

En esto comprenden los virus que producen del 10 al 15 % de las neoplasias en los humanos. Su objetivo principal o efecto es sobre la fragilidad del equilibrio de los genes y sus mutantes cambios, con el efecto negativo y consecuente sobre el ADN.<sup>13</sup>

En relación con las infecciones virales, es de considerar el ADN de papiloma en humanos (VPH) hasta el 30-50 % de los casos de cáncer bucal. Existe una correlación inversa entre la prevalencia de infección por el VPH y la edad de los pacientes con cáncer bucal, que resulta rara por encima de los 60 años. Inicialmente, ambos afectan a la región

genital y son transmitidos en el acto sexual. Especulaciones creen que el aumento de estos hospederos productores de infección es un evento oncogénico precoz, seguido de un largo período de latencia antes de la aparición del carcinoma de células escamosas.

Cuando hablamos de VPH se debe decir que es un virus con características de epiteliotropo y con más de gran diversidad ya que hay 100 genotipos del mismo, entre los cuales está el VPH-6 y 11, que son relacionadas con aspectos benignos como verrugas y el mismo papiloma, por lo que se les atribuye como benignos, esto en contraposición con el 16 y 18 que se relacionan con aspectos malignos y se denominan malignos se asocian, oncogénicos. Estos virus tienen una gran afinidad por los queratocitos y se encuentran principalmente en el tracto genital, uretra, piel, laringe y mucosa traqueo bronquial y bucal. La carcinogénesis viral involucra la integración del genoma del virus al genoma del hospedero, que constituye un evento necesario para el proceso de inmortalización de los queratocitos.<sup>13</sup>

El aspecto genómico circulas del ADN asociado a VPH tiene repercusiones duales que se expresan dos tipos de agrupamiento proteico viral: los genes precoces (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8) y los genes tardíos (L1, L2). Dentro de estos tipos de gen primarios son importantes en el equilibrio del ciclo de duplicación continua viral, que mientras los de gen tardío se expresan en importantes proteínas la parte llamada capsida la E1 y E2 estas intervienen en la expresión y la producción replicativa. Las cualidades inherentes del VPH son en consecuencia de la E5,E6 y E7. Poca información se tiene sobre la proteína de nombre E4, esto en poco referentes de estudio, algunos trabajos de investigación la asocian con distribución libre de los viriones cuando estos se relacionan con filamentos de queratina. Lo que se expresa en gen precoz de VPH en referente a E 7 esta referencia la facilidad para entrar al ciclo de las células, esto en consecuencia habilita al virus para poder tener un espectro amplio con la utilización de sus herramientas de replicación dentro del huésped. La información con la que se cuenta acerca del VPH, junto con su asociación clonal y

relación con la neoplasia, esto demostrado por la forma en cómo se integra la carga viral con el genoma del hospedero a nivel celular, esto en consecuencia tiene una responsabilidad con las causas en la neoplasia y esto lo diferencia no como un simple colonizador secundario. En la inspección de aquellos genes que se han diferenciado del VPH como lo son el E6 y E7, antígenos de la capsula del VPH, dentro de la neoplasia oral epidermoide con refuerzo de su rol oncológico, serológico, se ha concluido que el VPH 16 es un aspecto riesgoso para la obtención de una neoplasia en específico, debido a que se han hallado anticuerpos E 6 y E7 (incluidos como indicadores de neoplasias diferenciadas para la colonización de VPH 16 esto en neoplasias orofríngeas.<sup>13</sup>

En el caso de la neoplasia escamosa celular, el proceso de invasión del VPH es iniciada y mantenida por proteínas oncológicas que son la E6 y E7, las cuales inducen desregulación de los mecanismos de control del ciclo celular, produciendo inestabilidad genómica. Ambas proteínas promueven la degradación del producto de genes supresores de tumores, la E6 modifica el gen p53, mientras la E7 modifica el pRB, inhibiendo la actividad del factor de crecimiento tumoral TGF- $\beta$ 2, los cuales participan en el punto de verificación de la fase G1 dentro del ciclo que hace la célula. Esta forma hace que las unidades celulares sean más propensas a dividirse y a producir mutaciones que causan malignidad. El VPH también tiene un efecto sinérgico con sustancias químicas del humo de tabaco que contribuye a la carcinogénesis bucal por este virus.<sup>13</sup>

El herpes simple como un virus se le relaciona con las neoplasias. El contenido de ácidos nucleicos que posee se han hallado dentro de la neoplasia bucal, el nivel de anticuerpos de relación 1 y 2 son elevados en individuos con neoplasia oral, y su positividad junto con otros hábitos nocivos desencadenantes como el consumo de cigarrillos, esto en consecuente aumenta el aspecto riesgoso de presentar neoplasia. Entre otros tenemos a Epstein Barr, este relacionado también con el cáncer oral, aunque las evidencias son polémicas.<sup>13</sup>

En el cáncer bucal por ser un prolongado proceso que dura años, originado habitualmente sobre lesiones y condiciones pre malignas, su carácter multifactorial en el que están implicados múltiples factores de riesgo y la variación en la susceptibilidad individual al cáncer, se dificulta precisar las relaciones de causa-efecto, por lo que esta enfermedad y sus factores de riesgo asociados se están investigando intensamente a nivel mundial, con muchos aspectos polémicos y controversiales que requerirán aclaración en investigaciones futuras.<sup>13</sup>

#### **1.3.6.8 Patogenia**

La unidad celular de la afección cancerígena es aquella que tiene en su estructura el aventajamiento selectivo de desarrollo sobre las estructurales celulares adyacentes. En diversos estudios se han orientado a la detección de ocurrencias genéticas que se han delimitado dentro de un progreso de la neoplasia de colon a partir de lesiones precancerosas hasta neoplasias invasivas.<sup>18</sup>

Con respecto a esto, el investigador Gonzales – Moles han referenciado que se deberían incluir la pérdida de que expresa la molécula en la adhesión CD 44 en unidades celulares epiteliales no cancerígenas que están cercanas como un proceso primario en la neoplasia lingual y también como una señal de repercusiones de más área en cuanto a distorsión en la expresión de la CD 44 en los tejidos cancerígenos derivados. Esto en consecuente con la cantidad y la estructura definida de sucesos que todavía se desconocen, en recientes experimentos que fueron desarrollados por Hahn, Hana han y wenberg se expuso en conclusión que para el crecimiento y expansión del cáncer.<sup>18</sup>

Se debe cumplir con 4 pasos:

##### **1.3.6.8.1 Adquisición de proliferación autónoma**

La actualización de la capa celular basal necesita de la marcación mito génico por indicios de desarrollo extracelulares, relaciones íntimas entre la matriz celular y elementos intercelulares.<sup>18</sup>

Estas disconformidades son cuantitativas o cualitativas con las expresiones de las moléculas que se entienden como marcadores de desarrollo y que pueden conformar la activación de caminos proliferativos.<sup>18</sup>

#### **1.3.6.8.2 Inhibición de señales inhibitorias del crecimiento**

Dentro de lo que es esencial y relacionado con la producción de neoplasia es la falta de marcadores contra el desarrollo de unidades celulares que se conservan independientemente durante el proceso celular dentro del ciclo habitual. Puede ser puesto como ejemplo la diferenciación del gen P16 que muta relacionado con el proceso celular habitual.<sup>18</sup>

#### **1.3.6.8.3 Inmortalización**

Las unidades celulares habituales pueden reproducirse en un número limitado de veces, luego de las cuales se convierten en senescentes, y están dentro de un nivel que les permite evadir su función normal, lo cual hace que se puedan duplicar indefinidamente.<sup>18</sup>

#### **1.3.6.8.4 Adquisición de adquirir la habilidad de invadir tejidos**

Es de información general que el proceso de proteólisis de la matriz extracelular es muy importante para la expansión y colonización de las neoplasias. Se han detectado una gran cantidad de variedades de proteasa en diversas neoplasias, y la información médica se amplía comprendiendo el rol importante de muchas enzimas que degradan proteínas y sus retractoros específicos en el crecimiento y la colonización de tejidos y la posterior metástasis de la zona por la neoplasia epidermoide de la cavidad bucal .<sup>18</sup>



### **1.3.6.9 Lesiones precancerosas**

Casi la mitad de todas las neoplasias epidermoides crecen sobre un epitelio dañado. Una lesión precancerosa es un tejido con alteraciones morfológicas y probabilidades mayores de aparición de cáncer que su homólogo normal. La clasificación clínica divide a las lesiones precancerosas en leucoplasia, eritroplasia, queilitis actínica y palatitis nicotínica y según la clasificación por tejidos en displasia epitelial y carcinoma in situ.<sup>13</sup>

Por su parte, es un estado de cáncer inicial sistémico general que se anticipa a un peligro mayor para tener neoplasia como el liquen plano, la sífilis, el xeroderma pigmentoso, el lupus eritematoso discoide y los estados de inmunodepresión. Goel y otros en la India identificaron la leucoplasia como la lesión precancerosa más frecuente, asociada a otros factores de riesgo. La identificación de este tipo de lesiones y estados pre malignos es importante para el diagnóstico precoz del cáncer.<sup>13</sup>

### **1.3.6.10 Clasificación clínica de las lesiones pre malignas**

#### **1.3.6.10.1 Leucoplasia**

Si bien no existe la correlación anatomoclínica, los siguientes pueden considerarse factores de riesgo de malignización:

- a) complemento eritematoso.
- b) Evidencia de displasia
- c) un aspecto clínico de leucoplasia verrugosa proliferativa
- d) candidiasis asociada (discutido)
- e) Pacientes no fumadores
- f) dolor
- g) historia de no fumador

La malignización oscila entre el 1% y el 10%. El porcentaje varía según el porcentaje de seguimiento de ella, su cuadro histológico inicial y los hábitos relacionados (tabaquismo y otros) en caso de que existan.

Existen áreas de mayor riesgo de malignización, que estarían representadas por la parte ventral de la mucosa yugal con sus bordes, el paladar que no es duro y pilares, además en el tercio posterior que corresponde al carrillo y al triangulo retromolar.<sup>19</sup>

Es así como su aumento de potencial para el desarrollo de un carcinoma en las lesiones múltiples que en las lesiones localizadas.<sup>19</sup>

#### **1.3.6.10.2 Eritroplasia**

Es una lesión poco frecuente, que se define como una mancha roja que no puede ser clasificada como ninguna otra enfermedad.

De etiología desconocida, clínicamente puede verse la forma homogénea, es decir un área roja de límites definidos o la eritroleucoplasia representada por áreas rojas y blancas.<sup>19</sup>

En cualquier circunstancia debe realizarse el estudio anatomopatológico de rutina, estas lesiones presentan un porcentaje mayor de displasia epitelial y por lo tanto mayor probabilidad de malignizarse.<sup>19</sup>

#### **1.3.6.10.3 Queratosis del paladar asociado con fumar al revés**

Estas lesiones se asocian con el hábito de fumar el cigarrillo al revés, que suele verse en el área del caribe, la india, filipinas y las Antillas. No se observa en nuestro país.<sup>19</sup>

Es una enfermedad del adulto y el hábito resulta esencial para el desarrollo de la enfermedad, clínicamente se observan áreas leucoplasiformes y rojas.<sup>19</sup>

### **1.3.7 Examen de la cavidad oral**

#### **1.3.7.1 Diagnóstico clínico**

La examinación en la clínica para un individuo del que se tiene indicios de que posee neoplasia de la cavidad bucal debe tener dentro de la examinación un documento de evaluación para registrar adecuadamente todo lo encontrado en la exploración bucal del individuo

además de su estado corporal. Esto conectado con los signos y síntomas que el estadio primario podría presentar una neoplasia intraoral, las razones porque viene a su revisión estomatológica, que de acuerdo a lo más recurrente en la inspección dental fue la patología conocida como “ulcera” además de también presentar experiencia dolorosa en su físico y en específico en la zona bucal, pero en esencial es casi una regla que las neoplasias de la testa y la zona de conexión con el tronco son observables para su detección directa, además de tener un indicio de aspecto riesgo riesgoso por la esencia de la lesión presentada sin la ayuda de un adiestramiento especializado o mayor experiencia clínica. El examen histopatológico es muy necesario para poder verificar el diagnóstico definitivo sobre la patología, se puede realizar sin la necesidad de un anestésico local.<sup>20</sup>

La cantidad de tiempo que presenta los síntomas y el grado de crecimiento en cuanto a su velocidad puede darnos un indicio de grado de agresividad que posee. Si además posee la sensación de anestesia por un largo periodo de tiempo excedido no puede dar otra pista si la enfermedad ha dañado la zona peri neural, otro signo sería la otalgia que nos presentaría un daño al nervio lingual o dentario perteneciente a la zona inferior. Los síntomas generales pueden incluir desorden alimenticio, inestabilidad del peso corporal, pérdida de fuerza y energía vital, esto en presencia de un carcinoma avanzado.<sup>20</sup>

Para la evaluación clínica interna es necesario verificar la movilidad del órgano móvil de la boca tanto hacia adelante como de forma lateral. Cuando se examine el paladar se hace un pequeño toque que produce elevación simétrica del paladar suave.<sup>20</sup>

Si se evidencia un daño como una ulcera, si hay sangre presente, leucoplasia o mala limpieza dental se debe registrar. La representación numérica de la apertura oral se toma en cuenta para verificar la afección del músculo pterigoideo esto si existe limitación de apertura, con especial atención en el triángulo retromolar. Para poder evidenciar la zona afectada a nivel local y regional de la neoplasia, la palpación tanto con una mano como con el uso de las dos nos dará una idea valiosa. El

examen a través del sentido del tacto en la zona que une la testa con el tronco es muy importante para ver la estadificación de la neoplasia de la zona bucal, porque nos da una revelación sobre la ubicación y la parte parcial o total de la adenopatía. La parte de examen por la forma de auscultar es muy importante para poder detectar otras afecciones recurrentes y habituales, como la afección pulmonar obstructiva crónica o algunas afecciones al corazón. Al hacer una evaluación de la parte baja del cuello, de la parte baja del pecho y nuestros miembros periféricos nos pueden detectar señales sobre otras afecciones generales.<sup>20</sup>

### **1.3.7.2 Síntomas y signos**

El cáncer que afecta la cavidad bucal es al inicio sin dolor y en la mayor parte de los individuos a los que se interroga, pero esto cambia cuando se muestran otras evidencias existentes y es de manera muy importante poder entender lo significan para poder realizar una evaluación más eficiente. Silverman nos dice que algunos individuos con neoplasia de la zona bucal hacen su petición de revisión cuando ya han tenido episodios de dolor persistente y de gran intensidad, pero por lo general es un daño en la boca que no pasa de molestia, y reitera que la neoplasia es indolora y sin síntomas, por lo que el dolor surge cuando el daño se ulcera, el investigador Mashberg y colaboradores, nos aseguran que la neoplasia en su etapa inicial es indolora y sin síntomas, pero cuando los hay, lo recurrente es la tumefacción, la sensación de calor en la zona y síntoma doloroso.<sup>21</sup>

Los autores Alvares y Quintero respectivamente de la universidad de Antioquia en el área de Patología, en su trabajo de investigación realizaron 72 estudios histopatológicos de individuos con neoplasia, dando como resultado que en hombres se presenta en un 46,8 % y que en mujeres se da en un 53,2 %; detectando que los síntomas en orden de recurrencia fueron la sensación de dolor, disminución de peso y dificultad para poder tragar alimentos.<sup>21</sup>

Los autores Sanrrana y Mirando del facultad de odontología en el departamento de patología del INOR, realizo una evaluación de 311 neoplasias en estadio primario, estos indicaron que el 56,3 por ciento no tenían dolor y que el 43,7 por ciento tenían sensación dolorosa, el 18,0 por ciento tenían inconveniente el 9,0 por ciento presentaba sensación de ardo, 14,5 por ciento tenía sangrado, 1,6 por ciento y que solo el 0,6 % tenía otras molestias<sup>21</sup>

### **1.3.8 Tratamiento**

Para llevar a cabo la evolución a nivel de clínica y la terapia en los pacientes. Se tiene que tener en cuenta la clasificación de TNM, la cual nos indica el tamaño de la neoplasia a nivel inicial para T, el estado de los ganglios linfáticos del cuerpo para N, reproducción general de la patología a los órganos distantes para M. sin embargo de manera más amplia las subdivisiones en este tema son: T 1 : neoplasia que tiene un diámetro de 2 centímetros o menor, T 2 : neoplasia con un diámetro de dos centímetros pero un poco menor de los 4 centímetros ; T 3 : neoplasia con un diámetro mayor a los 4 centímetros ; T 4: la neoplasia se expande a las estructuras contiguas. Otra manera es N 0 : no presenta reproducción general a los órganos distantes ganglionares; N 1 : cuando presenta reproducción general hacia otros órganos ganglio linfático homolateral de diámetro más bajo o igualitario a tres centímetros; N 2 subclase a : esta presenta reproducción general en un ganglio homo lateral , de diámetro menor a los seis centímetros; N 2 subclase b : Esta presenta reproducción general en un ganglio homo lateral con un diámetro mayor de tres centímetros pero menor a los seis, N 3 : esta presenta reproducción general en un ganglio linfático con un diámetro mayor a los seis centímetros. Otra forma M 0 : este no presenta reproducción general a distancia de su ubicación; M 1 : Esta presenta reproducción general invadiendo a distancia.<sup>11</sup>

Dentro de los parámetros para la supervivencia de esta afección es la etapa en la que se evalúa. De manera más táctica se llega a unos niveles de este neoplásico que no indica:

Estadio primero: T 1, M 0, N 0; Estadio secundario: T 2, M 0, N 0 ,  
Estadio tercero: T 3, N 0, M 1; T 1, N 1, M 0; T 2, N 1, M 0; T 3, N 1, M 0;  
Estadio cuarto: T 4, M 0, N 0; T x, M2-3 N 0; T x, N x, M1.

Dentro de los estadios uno y dos estos abarcan el periodo primario, donde el nivel de supervivencia suele estar aumentada, esto en diferencia de los estadios tres y cuatro que abarcan las fases graves de la afección, donde el estado que se espera es reservado por lo notable del caso. El tratamiento del individuo que presenta cáncer es abordado de manera disciplinar con muchas variantes, esto de acuerdo al estado en el que está el paciente si es primario o ya está un estado avanzado, por la tardanza en su evaluación. Para lo cual es necesario que nos adiestremos de manera adecuada para poder evaluar las afecciones de este tipo por ser muy importante para brindar una mejor atención a los portadores de esta afección. <sup>11</sup>

### **1.3.9 Prevención frente al cáncer**

Con la evidencia presentada acerca de la conexión de las sustancias alcohólicas que ingerimos y lo cigarrillos que consumimos con las neoplasias bucales, la mejor manera para poder obtener el cese del hábito de fumar es el manejo psicológico, y su trato a nivel dependiente en lo físico. Lo que nos recomienda el Instituto nacional de cáncer de los Estados unidos de américa, es priorizar el manejo farmacológico para poder manejar la conducta del individuo en cuestión. <sup>20</sup>

En lo concerniente al aspecto de quimio prevención de los daños graves en las vías respiratorias y gastrointestinales avanzadas se ha hecho la consideración de dos objetivos priorizados: Prever el crecimiento de nuevos daños pre grave o cancerígeno y el avance del daño pre grave hacia sus alrededores. Las pruebas de evolución en clínica en estas dos disposiciones han sido muy inspiradoras por lo efectiva de sus priorizantes

específicos, llegando a usarlo de manera individual o con la fusión de ellos. Los agentes, los retinoides son los que se han estudiado más extensamente desde los dos lados de consideración, en tanto a lo científicamente simple y en lo experimental dentro de clínica. Esto en consideración con la quimio prevención que en su uso en lapso cortó en el retroceso de los daños pre graves bucales primarios, su grado de aceptación y eficacia en el tratamiento de los daños más graves ha tenido un titánico desafío. Sin embargo dentro de lo esencial para detener los aspectos riesgosos previsibles estaría también incluido el control de afecciones por hongos en la boca, muy recurrentemente en individuos con el habito del tabaco, con diabetes, con tratamientos crónicos en el uso de antibióticos y también los que usas glucocorticoides por medio de un inhalador.<sup>20</sup>

También es de precisión seria los acomodos adecuados en las prótesis, en especial en individuos con sospecha, también en el control del liquen plano bucal y cómo reaccionan los liquenoides, además de la alimentación mala.<sup>20</sup>

### 1.3.10 Definición de términos

- **Cáncer oral.** (CO). Es una palabra con la que se nombra la gama de neoplasias graves que crecen en el interior de la cavidad bucal.
- **Carcinoma** .Neoplasia que esta originada de la mucosa bucal.
- **Carcinoma epidermoide oral.** Neoplasia escamosa, , neoplasia espinocelular, neoplasia escamocelular, carcinoma grave del tejido plano estratificado que podría producir reproducción en el área dañina y proliferación incontrolada a los diferentes tejidos adyacentes y a distancia
- **Contacto con algún caso de cáncer oral.** Esto nos da la idea de haber visualizado directamente o solo indirectamente en el examen de descarte clínico tanto habitual como el clínico de seguimiento y también en el de trato hacia la patología neoplásica
- **Lesión precancerosa.** Daño de carácter carcinogénico en el tiempo de diagnóstico primario o pre neoplásico.
- **Nivel de conocimientos.** Es el medio por el cual se saca un estimado numérico de la información obtenida en los años de estudio.
- **Nivel de conocimiento sobre cáncer oral.** Es el medio por el cual se saca un estimado de la información obtenida acerca de neoplasia bucal y todo lo que comprende.
- **Prevención.** Son las medidas que tienen el objetivo de ser un previsor del crecimiento dañino de una afección.



## **1.4 Formulación del problema**

“¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo?”.

## **1.5 Justificación e importancia del estudio**

El estudiante de Estomatología está adiestrado en el área de patología oral. El cáncer bucal, es parte de la lista de conocimientos dentro del dominio de conocimiento general del profesional estomatólogo. En lo actual es una enfermedad prevalente en casi toda las poblaciones del Perú y el mundo siendo una patología de 4 a 5% de tumores que afectan al ser humano y que tienen carácter agresivo, ya que se observa un incremento en el número de casos a nivel local y mundial siendo el reporte anual de 500, 000 casos anuales nuevos, por tanto se diferencia lo requerido necesariamente para obtener un diagnóstico general y que este dentro del conocimiento del estomatólogo general para su prevención y control. Por lo mismo que es más dañino que se presentan en cuanto a patologías oncológicas por poseer diversos atenuantes etiológicos, alto potencial metastásico, una consecuencia que se guarda en el tiempo, además de comprometer la función, estética y bienes del individuo tratado. Debido a limitantes en las competencias de los alumnos con respecto al cáncer bucal, las cuales se verían en el momento en que traten por primera ocasión con esta afección maligna. Este estudio quiere dar un conocer un agregado de conocimiento escrito desde un punto de definición científica verificable, a base de revisión organizada de la estructura básica, conocimientos generales sobre el cáncer bucal los cuales poseen los futuros profesionales de estomatología que están a puertas de su egreso, para el desempeño de su carrera. Es una evaluación específica del grado de conocimiento de los alumnos respecto al tema, sin ninguna inclinación hacia una u otra casa universitaria, afianzando un aspecto importante previo a cualquier esfuerzo de actualización del conocimiento.

Los que se beneficiaran con este trabajo serán las casas universitarias productoras de adiestrados en el área, debido a que es una manera de evaluar la formación profesional y los conocimientos dados para el conocimiento sobre cáncer bucal, si está ha sido asertiva o es necesario modificar caracteres en esta. Además se considera que este estudio puede ser de utilidad en el proceso de auto análisis de las casas de estudio con respectivas escuelas profesionales y de los mismos alumnos a los cuales se les motivara a desarrollar mejor sus conocimientos sobre cáncer bucal.

## **1.6 Hipótesis**

- El nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo- Lambayeque con respecto al cáncer oral de manera general es regular en ambas universidades.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1 Objetivo general:**

- Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo - Lambayeque con respecto al cáncer oral.

### **1.7.2 Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre la epidemiología del cáncer oral.
- Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre la etiología del cáncer oral.
- Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre el diagnóstico del cáncer oral.
- Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre el tratamiento del cáncer oral.

- Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre la prevención del cáncer oral.

## II. MATERIAL Y METODO

### 2.1 Tipo y diseños de la investigación

#### 2.1.1 Tipo de investigación

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal porque se evaluarán los datos solo en un lapso de tiempo determinado.

#### 2.1.2 Diseños de la investigación

Observacional

### 2.2 Población y muestra

#### 2.2.1 Población

Estudiantes del noveno ciclo de la carrera de estomatología de dos universidades de Chiclayo. Se obtuvo un total aproximado de 59 estudiantes en la realización del internado clínico.

De estas facultades se seleccionaron a los estudiantes pertenecientes a dos universidades: Universidad Señor de Sipán (USS)/ noveno ciclo, Universidad Alas Peruanas (UAP)/ noveno ciclo.

#### Número de internos

| Escuela estomatología | Número de internos |
|-----------------------|--------------------|
| USS                   | 25                 |
| UAP                   | 34                 |

### 2.2.2 Muestra

La muestra se constituyó por la totalidad de alumnos del noveno ciclo de la carrera de estomatología. El nivel de confianza dio como resultado un 95 %. En su análisis se hizo un muestreo probabilístico aleatorio estratificado, para tener una muestra representativa de cada casa de estudios definida en la investigación.

Para el cálculo de la muestra inicial se utilizó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q * N}{e^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

|   |      |
|---|------|
| N | 59   |
| p | 0.5  |
| q | 0.5  |
| z | 1.96 |
| e | 0.05 |

|   |    |
|---|----|
| n | 59 |
|---|----|

#### **Criterios de selección:**

##### **a) Criterios de inclusión:**

- Alumnos del noveno ciclo de Estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo que estuvieran cursando el internado clínico 2017, en Chiclayo.
- Alumnos del noveno ciclo de la carrera de Estomatología que dieran su aprobación para poder realizar el estudio.

. Alumnos del noveno ciclo de la carrera de Estomatología que no estén llevando el internado estomatológico en el 2017 por retiro u otras causas.

**b) Criterios de exclusión:**

- Estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología que no ingresaron al internado clínico en el 2017.
- Estudiantes que no diera su consentimiento informado para su evaluación

**c) criterios de eliminación**

- Estudiantes que no estén presentes en el momento de la encuesta.
- Estudiantes que no completen la encuesta.

## **2.3 Variables, operacionalización**

| Variable   | Dimensiones   | Subdimensiones  | Escala  | Indicador  |
|--|---|---|---------|------------|
| NIVEL DE<br>CONOCIMIENTO<br>SOBRE CÁNCER<br>ORAL | Nivel de conocimiento sobre epidemiología del cáncer oral | Conocimiento del tipo de cáncer más frecuente en boca                             | Ordinal | Pregunta 1 |
|  |   | Conocimiento de la relación entre el cáncer oral y edad                           |         | Pregunta 2 |
|  |   | Conocimiento de la relación del cáncer oral y el género                           |         | Pregunta 3 |
|  | Conocimiento del mayor factor de riesgo de cáncer oral    | Pregunta 4  |         |            |
|  | Nivel de conocimiento sobre etiopatogenia del cáncer oral | Conocimiento de los antecedentes familiares como factor de riesgo del cáncer oral | Ordinal | Pregunta 5 |
|  |   | Conocimiento del papiloma humano como factor de riesgo del cáncer oral            |         | Pregunta 6 |
|  |   | Conocimiento de la radiación solar como factor de riesgo del cáncer oral          |         | Pregunta 7 |
|  |   | Conocimiento de factores que  |         | Pregunta 8 |

|  |   |  |  |                   |
|--|---|--|--|-------------------|
|  |   | influyen de manera directa en el desarrollo de cáncer oral               |  |                   |
|  | Nivel de conocimientos sobre diagnóstico de cáncer oral | Conocimiento de característica clínica de la leucoplasia                 |  | Pregunta 9        |
|  |   | Conocimiento sobre la leucoplasia como lesión precancerosa más frecuente |  | Pregunta 10       |
|  |   | Conocimiento de la característica de una lesión cancerosa                |  | Pregunta 11       |
|  |   | Conocimiento sobre signos y síntomas de las lesiones de cáncer oral      |  | Pregunta 12,13,14 |
|  |   | Conocimiento sobre la localización más frecuente del cáncer oral.        |  | Pregunta 15       |
|  |   | Conocimiento de nivel de   |  | Pregunta 16       |



|  |  |  |  |             |
|--|--|--|--|-------------|
|  |  | agresividad de una lesión precancerosa   |  |             |
|  | Nivel de conocimiento sobre tratamiento y complicaciones orales del cáncer oral. | Conocimiento de tratamiento para cáncer oral avanzado                                    |  | Pregunta 17 |
|  |  | Conocimiento de la complicación más frecuente del tratamiento del cáncer oral            |  | Pregunta 18 |
|  |  | Conocimiento de la complicación de la complicación crónica después del tratamiento.      |  | Pregunta 19 |
|  | Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral                           | Conocimiento de la influencia de la dieta en la carcinogénesis                           |  | Pregunta 20 |
|  |  | Conocimiento de preguntas clave dentro de la anamnesis clínica como prevención rutinaria |  | Pregunta 21 |
|  |  | Conocimiento del mejor tratamiento preventivo contra el cáncer oral                      |  | Pregunta 22 |

|  |   |  |  |             |
|--|---|--|--|-------------|
|  |   | Conocimiento de signos de advertencia para cáncer oral           |  | Pregunta 23 |
|  |   | Conocimiento del mejor pronóstico preventivo ante el cáncer oral |  | Pregunta 24 |
|  | Nivel de conocimiento sobre cáncer oral |  |  |             |

Categoría: Según baremo.

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.**

### **2.4.1 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para poder realizar la evaluación del nivel de conocimiento sobre cáncer oral se necesitó de la ayuda de una hoja de calificación como instrumento para obtener información, la cual fue creada considerando las pautas principales del tema de estudio en la investigación, las cuales deben ser de manejo de los alumnos del noveno ciclo de Estomatología, para lo cual se tuvo el aval del saber de expertos en el tema.

El instrumento fue una hoja de recolección de datos que estuvo conformada por 20 interrogantes de opción variada, para poder evaluar la variables estipuladas en los objetivos de la investigación presentada.

Los datos concluyentes de cada dimensión presentada en este estudio de investigación en cuanto al conocimiento está dado por: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención, en las cuales se categorizo con tres parámetros malo, regular y bueno. Según el siguiente rango:

#### **Valoración**

- Se asignó cuatro preguntas por objetivo

La valoración es tres rangos: bueno, regular y malo

### **2.4.2 Validez y confiabilidad**

Encuesta fue valida por 5 expertos en el área de cirugía y medicina bucal, en el cual se obtuvo un instrumento viable y confiable.

- El cuestionario se validó por medio de la evaluación asertiva de expertos en el tema tratado en la investigación, corroborando las definiciones actuales y normadas , para lograr producir un instrumento eficiente y correcto para la recolección de datos de esta investigación, para lo cual se hizo el diagnóstico previo con una hoja de evaluación aceptada en la que se registró como examinación piloto a un grupo definido, de alumnos de

odontología definidas para fines del estudio, que estuvieran realizando el internado correspondiente al ciclo de noveno. Se hizo el análisis de fiabilidad en los resultados que se obtuvieron con Kuder Richarson (KR – 20), donde el resultado supera al valor requerido por la confiabilidad (0.84 > 0.70) por lo tanto el instrumento es confiable.

## **2.5 Procedimiento de recolección de datos**

Para poder evaluar dentro de la lista de preguntas correspondientes al total de respuestas, se hizo la verificación de las mismas por parte de adiestrados conocedores de lo investigado

La información se evaluó en los programas computacionales los cuales son conocidos por conocimiento genera los que son:

- Microsoft Word 2010.
- Microsoft Excel 2010.
- Programa estadístico SPSS versión 20.

Se tuvo que utilizar una base con datos acorde a las variables de estudio, en consecuente se realizó el análisis estadístico correspondiente, con estipulaciones de dirección general como media, desviación estándar, etc.

Para poder ilustrar mejor se obtuvo gráficos, tablas organizadas, gráficos a presentación de barra y modelos circulares.

## **2.6 Aspectos éticos**

En el uso de criterio ético se tomó en consideración que estudio de investigación es de elaboración fidedigna en cada uno de los puntos incluidos en la misma, también en los datos presentados los cuales son confiables y para con los resultados se tuvo presente la claridad , veracidad y confiabilidad de la hoja de evaluación con la que se sustrajo la información, cabe mencionar que estuvo de acuerdo ya que fue validada por profesionales adiestrados en el tema, todo en consideración de la importancia desde un punto de vista profundo y consiente con respecto al tema.

## **2.7 Criterios de rigor científico**

Los criterios teórico – conceptuales presentados en este texto de rigor científico orientado a la investigación está compuesto por estrategias como la validez del instrumento utilizado para la recolección de datos , la generabilidad que ha sido corroborada por medio del análisis de confiabilidad del instrumento el cual ha sido consistente , la fiabilidad la cual está englobada por la prueba piloto realizada la cual ha sido elaborada con el fin de evitar sesgos en los resultados a obtener del mismo, en cuanto a su replicabilidad está dentro de lo posible al tener como objeto de estudio a estudiantes de diversos centros universitarios.

### III RESULTADOS

#### 3.1 Tablas y figuras

##### 4.1 Resultados en tablas y gráficos

#### RESULTADOS

**Tabla 1:**

*Nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología con respecto al cáncer oral.*

| Nivel de conocimiento con respecto al<br>cáncer oral |                         | Universidad |        | Diferencia<br>porcentual |
|--|-------------------------|-------------|--------|--------------------------|
|  |                         | USS         | UAP    |                          |
| Malo   | Recuento                | 11          | 9      | USS                      |
|  | % dentro de Universidad | 44,0%       | 26,5%  | 17.5%                    |
| Regular  | Recuento                | 12          | 25     | UAP                      |
|  | % dentro de Universidad | 48,0%       | 73,5%  | 25.5%                    |
| Bueno  | Recuento                | 2           | 0      | USS                      |
|  | % dentro de Universidad | 8,0%        | 0,0%   | 8.0%                     |
| Total  | Recuento                | 25          | 34     |                          |
|  | % dentro de Universidad | 100,0%      | 100,0% |                          |

#### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor | gl | Sig. Asintótica (2 caras) |
|------------------------------|-------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 5,523 | 2  | ,063                      |
| Razón de verosimilitud       | 6,261 | 2  | ,044                      |
| Asociación lineal por lineal | ,460  | 1  | ,498                      |
| N de casos válidos           | 59    |    |                           |

*Fuente:* Elaboración propia

En la tabla dos; se puede visualizar que para el examen de chi cuadrado razón de verosimilitud la cual tiene significancia ( $p < 0.05$ ). Esto indica que existe diferencia significativa entre el grado de información de

alumnos del noveno ciclo de la carrera de Estomatología con respecto neoplasia bucal.

Por otro lado, se visualiza que, en el grado de información es malo y tiene una diferencia sobre 17.7% a favor de los estudiantes de la USS, en el nivel de conocimiento regular hay una diferencia de 25.5% a favor de los estudiantes de la UAP, en el nivel de conocimiento bueno hay una diferencia de 8% a favor de los estudiantes de la USS.

**Tabla 2:**

*Nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre la Epidemiología del cáncer oral.*

| Nivel de conocimiento sobre epidemiología del cáncer oral |                         | Universidad |        | Diferencia porcentual |
|---|-------------------------|-------------|--------|-----------------------|
|   |                         | USS         | UAP    |                       |
| Malo  | Recuento                | 14          | 18     | USS                   |
|   | % dentro de Universidad | 56,0%       | 52,9%  | 3.1%                  |
| Regular   | Recuento                | 10          | 16     | UAP                   |
|   | % dentro de Universidad | 40,0%       | 47,1%  | 7.1%                  |
| Bueno   | Recuento                | 1           | 0      | USS                   |
|   | % dentro de Universidad | 4,0%        | 0,0%   | 4%                    |
| Total   | Recuento                | 25          | 34     |                       |
|   | % dentro de Universidad | 100,0%      | 100,0% |                       |

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|-------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 1,548 | 2  | ,461                      |
| Razón de verosimilitud       | 1,907 | 2  | ,385                      |
| Asociación lineal por lineal | ,004  | 1  | ,947                      |
| N de casos válidos           | 59    |    |                           |

*Fuente:* Elaboración propia

En la tabla dos; se visualiza que para el examen de chi cuadrado no tiene mucha significancia ( $p > 0.05$ ). Esto indica que No existe diferencia significativa entre el grado de información de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de odontología de la USS con la UAP sobre epidemiología del cáncer oral.

Por otro lado, se visualiza que, en el grado de información es malo y hay una diferencia sobre 3.1% a favor de los estudiantes de la USS, en el nivel de conocimiento regular hay una diferencia de 7.1% a favor de los estudiantes de la UAP, en el nivel de conocimiento bueno hay una diferencia de 4% a favor de los estudiantes de la USS.

**Tabla 3:**

*Nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre la Etiología del cáncer oral.*

| Nivel de conocimiento sobre etiopatogenia del cáncer oral |                         | Universidad |        | Diferencia porcentual |
|---|-------------------------|-------------|--------|-----------------------|
|   |                         | USS         | UAP    |                       |
| Malo  | Recuento                | 7           | 6      | USS                   |
|   | % dentro de Universidad | 28,0%       | 17,6%  | 10.4%                 |
| Regular   | Recuento                | 18          | 26     | UAP                   |
|   | % dentro de Universidad | 72,0%       | 76,5%  | 4.5%                  |
| Bueno   | Recuento                | 0           | 2      | UAP                   |
|   | % dentro de Universidad | 0.0%        | 5.9%   | 5.9%                  |
| Total   | Recuento                | 25          | 34     |                       |
|   | % dentro de Universidad | 100,0%      | 100,0% |                       |

| Pruebas de chi-cuadrado      |       |    |                           |
|------------------------------|-------|----|---------------------------|
|                              | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 2,210 | 2  | ,331                      |
| Razón de verosimilitud       | 2,934 | 2  | ,231                      |
| Asociación lineal por lineal | 1,701 | 1  | ,192                      |
| N de casos válidos           | 59    |    |                           |

*Fuente:* Elaboración propia



En la tabla dos; se visualiza que el examen para chi cuadrado no tiene mucha significancia ( $p > 0.05$ ). Esto indica que No existe diferencia significativa entre el grado de información de alumnos del 9° ciclo de la carrera de Odontología de la USS con la UAP sobre etiopatogenia del cáncer oral.

Por otro lado, se visualiza que, en el grado de información es malo tiene una diferencia sobre 10.4% a favor de los estudiantes de la USS, en el nivel de conocimiento regular hay una diferencia de 4.5% a favor de los estudiantes de la UAP, en el nivel de conocimiento bueno hay una diferencia de 5.9% a favor de los estudiantes de la UAP.

**Tabla 4:**

*Nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre el Diagnóstico del cáncer oral.*

| Nivel de conocimiento sobre diagnóstico del cáncer oral |                         | Universidad |        | Diferencia porcentual |
|---|-------------------------|-------------|--------|-----------------------|
|   |                         | USS         | UAP    |                       |
| Malo  | Recuento                | 7           | 12     | UAP                   |
|   | % dentro de Universidad | 28,0%       | 35,3%  | 7.3%                  |
| Regular   | Recuento                | 16          | 16     | USS                   |
|   | % dentro de Universidad | 64,0%       | 47,1%  | 16.9%                 |
| Bueno   | Recuento                | 2           | 6      | UAP                   |
|   | % dentro de Universidad | 8,0%        | 17,6%  | 9.6%                  |
| Total   | Recuento                | 25          | 34     |                       |
|   | % dentro de Universidad | 100,0%      | 100,0% |                       |

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|-------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 1,989 | 2  | ,370                      |
| Razón de verosimilitud       | 2,046 | 2  | ,359                      |
| Asociación lineal por lineal | ,019  | 1  | ,892                      |
| N de casos válidos           | 59    |    |                           |

*Fuente:* Elaboración propia

En la tabla dos; se visualiza que el examen para chi cuadrado no es tiene mucha significancia ( $p > 0.05$ ). Esto indica que No existe diferencia significativa entre el grado de información de estudiantes del 9° de la carrera de Odontología de la USS con la UAP sobre diagnóstico del cáncer oral.

Por otro lado, se visualiza que, en el grado de información es malo y tiene una diferencia sobre 7.3% a favor de los estudiantes de la UAP, en el nivel de conocimiento regular hay una diferencia de 16.9% a favor de los estudiantes de la USS, en el nivel de conocimiento bueno hay una diferencia de 9.6% a favor de los estudiantes de la UAP.

**Tabla 5:**

*Nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre el Tratamiento del cáncer oral.*

| Nivel de conocimiento sobre tratamiento del cáncer oral |                         | Universidad |        | Diferencia porcentual |
|---|-------------------------|-------------|--------|-----------------------|
|   |                         | USS         | UAP    |                       |
| Malo  | Recuento                | 11          | 14     | USS                   |
|   | % dentro de Universidad | 44,0%       | 41,2%  | 2.8%                  |
| Regular   | Recuento                | 13          | 19     | UAP                   |
|   | % dentro de Universidad | 52,0%       | 55,9%  | 3.9%                  |
| Bueno   | Recuento                | 1           | 1      | USS                   |
|   | % dentro de Universidad | 4,0%        | 2,9%   | 1.1%                  |
| Total   | Recuento                | 25          | 34     |                       |
|   | % dentro de Universidad | 100,0%      | 100,0% |                       |

| Pruebas de chi-cuadrado      |       |    |                           |
|------------------------------|-------|----|---------------------------|
|                              | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| Chi-cuadrado de Pearson      | ,115  | 2  | ,944                      |
| Razón de verosimilitud       | ,114  | 2  | ,944                      |
| Asociación lineal por lineal | ,014  | 1  | ,904                      |
| N de casos válidos           | 59    |    |                           |

*Fuente:* Elaboración propia

En la tabla dos; se visualiza que para el examen de chi cuadrado no tiene mucha significancia ( $p > 0.05$ ). Esto indica que No existe diferencia significativa entre el grado de conocimiento de alumnos del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología de la USS con la UAP sobre tratamiento del cáncer oral.

Por otro lado, se visualiza que, en el grado de información es malo y hay una diferencia sobre 2.8% a favor de los estudiantes de la USS, en el nivel de conocimiento regular hay una diferencia de 3.9% a favor de los estudiantes de la UAP, en el nivel de conocimiento bueno hay una diferencia de 1.1% a favor de los estudiantes de la USS.

**Tabla 6:**

*Nivel de conocimiento de estudiantes del noveno ciclo de la carrera profesional de Estomatología sobre la Prevención del cáncer oral.*

| Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral |                         | Universidad |        | Diferencia porcentual |
|--|-------------------------|-------------|--------|-----------------------|
|  |                         | USS         | UAP    |                       |
| Malo   | Recuento                | 3           | 7      | UAP                   |
|  | % dentro de Universidad | 12,0%       | 20,6%  | 8.6%                  |
| Regular  | Recuento                | 19          | 26     | UAP                   |
|  | % dentro de Universidad | 76,0%       | 76,5%  | 0.5%                  |
| Bueno  | Recuento                | 3           | 1      | USS                   |
|  | % dentro de Universidad | 12,0%       | 2,9%   | 9.1%                  |
| Total  | Recuento                | 25          | 34     |                       |
|  | % dentro de Universidad | 100,0%      | 100,0% |                       |

| Pruebas de chi-cuadrado      |       |    |                           |
|------------------------------|-------|----|---------------------------|
|                              | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 2,371 | 2  | ,306                      |
| Razón de verosimilitud       | 2,407 | 2  | ,300                      |
| Asociación lineal por lineal | 1,943 | 1  | ,163                      |
| N de casos válidos           | 59    |    |                           |

*Fuente:* Elaboración propia

En la tabla dos; se visualiza que para el examen de chi cuadrado no tiene mucha significancia ( $p > 0.05$ ). Esto indica que No existe diferencia significativa entre el grado de información de estudiantes del 9° de la carrera de Odontología de la USS con la UAP sobre prevención del cáncer oral.

Por otro lado, se visualiza que, en el grado de información es malo y hay una diferencia significativa 8.6% a favor de los estudiantes de la UAP, en el nivel de conocimiento regular hay una diferencia de 0.1% a favor de los estudiantes de la UAP, en el nivel de conocimiento bueno hay una diferencia de 9.1% a favor de los estudiantes de la USS.

### 3.2 Discusión de resultados

En la presente investigación se abordó el tema de grado de información sobre neoplasia bucal en alumnos del noveno ciclo de la carrera de estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo – Lambayeque.

Para lo cual dentro de la investigación se obtuvo como resultado que el grado de información sobre neoplasia bucal, de los alumnos del noveno ciclo de la carrera de estomatología de dos casas de estudio, que es, en su mayoría de dimensiones, predomina como regular.

Esto nos da a conocer que en forma mayoritaria los alumnos que obtuvieron un grado de información resulto regular y tienen un desenvolvimiento general que muestra deficiencia en la dimensión de epidemiología.

Esto a consecuencia de que el conocimiento impartido en sus respectivos centros de estudios universitarios no difiere de manera significativa con respecto al manejo de información del tema de estudio tratado en este trabajo de investigación.

Estos resultados son parecidos a los de Barramuñoz, en donde se evaluó a cirujanos odontólogos de la localidad de Talca ( Chile), y estudiantes del sexto año de la profesión de odontología de la misma ciudad, con una población total de 84 personas y con un resultado que se calificó como suficiente e insuficiente respectivamente , obteniéndose un resultado de suficiente , esto comparado con el estudio realizado en esta investigación , en la cual se evaluó solo estudiantes del noveno ciclo de dos universidades de la carrera profesional de estomatología en la ciudad de Chiclayo- Lambayeque, con un total de 59 personas como población y con un resultado que se calificó como bueno, regular y malo respectivamente, obteniéndose un resultado de regular, a lo cual se concluye que a pesar de la diferencia de población, número de individuos de estudio, el resultado fue similar sin una diferencia significativa.<sup>4</sup>

Sin embargo se diferencia de los resultados de Castillo, en donde se evaluó a estudiantes de licenciatura en la carrera médica de cinco casas de estudio en Costa Rica, con una población total de 114 personas y con un resultado que se

calificó como poco, regular y bueno respectivamente, obteniéndose como resultado que los estudiantes tenían un poco nivel de conocimiento sobre cáncer oral , sin diferencia significativa entre las cinco universidades, esto comparado con el estudio realizado en esta investigación, en el cual se evaluó solo estudiantes del noveno ciclo de dos universidades de la carrera profesional de estomatología en la ciudad de Chiclayo- Lambayeque, con un total de 59 personas como población y con un resultado que se calificó como bueno, regular y malo respectivamente, obteniéndose un resultado de regular, a lo cual se concluye que a pesar de la diferencia de población, número de individuos de estudio, el resultado difiere con el resultado obtenido en esta investigación de manera significativa.<sup>5</sup>

En el estudio realizado por Pakfetrar, en donde se evaluó a pacientes dentro de la facultad de odontología de Mashhad , con una población total de trescientos veinte individuos y con un resultado que se calificó como pobre, regular y bueno respectivamente, obteniéndose un pobre conocimiento sobre cáncer oral y una pobre conciencia respecto a este tema también, esto comparado con esto comparado con el estudio realizado en esta investigación, en el cual se evaluó solo estudiantes del noveno ciclo de dos universidades de la carrera profesional de estomatología en la ciudad de Chiclayo- Lambayeque, con un total de 59 personas como población y con un resultado que se calificó como bueno, regular y malo respectivamente, obteniéndose un resultado de regular, a lo cual se concluye que a pesar de la diferencia de población, número de individuos de estudio, el resultado difiere con el resultado obtenido en esta investigación de manera significativa.<sup>6</sup>

Esto a diferencia de Giuseppe , en donde se evaluó a dentistas dentro de Italia , con una población aleatoria de 1000 dentistas y que tuvo como consideración de estudio el conocimiento, las actitudes y el comportamiento en relación al cáncer oral, y con un resultado que fracciono la población, es decir que un tercio conocía lo que es la mitad de procedimientos y que dos tercios en cuanto a examen oral tuvieron una actitud significativamente positiva por haber llevado un curso sobre cáncer oral en el cual obtuvieron más conocimiento sobre el tema, esto comparado con el estudio realizado en esta investigación,

en el cual se evaluó solo estudiantes del noveno ciclo de dos universidades de la carrera profesional de estomatología en la ciudad de Chiclayo- Lambayeque, con un total de 59 personas como población y con un resultado que se calificó como bueno, regular y malo respectivamente, obteniéndose un resultado de regular, a lo cual se concluye que aunque el estudio tiene una diferencia muy significativa en la población, una diferente población, el resultado en cuanto a conocimiento diagnóstico se refiere no difiere con el resultado obtenido en esta investigación.<sup>7</sup>

De manera parecida en los datos concluyentes obtenidos se contraponen a los que obtuvo Loncar, en el cual se examinó el grado de información de los alumnos de pregrado de odontología de la facultad de odontología de la escuela de medicina odontológica de la casa de estudios de Zagreb, ubicada en Croacia. Con un total de 207 estudiantes, que tuvo como consideración el grado de información en la previsión y localización inicial de la neoplasia bucal, el resultado que se obtuvo se calificó de bajo, moderado y alto respectivamente, obteniéndose como resultado que el grado de información que presentan los alumnos de 4 y 5 de pregrado es alto. Esto comparado con el estudio realizado en esta investigación, en el cual se evaluó solo estudiantes del noveno ciclo de dos universidades de la carrera profesional de estomatología en la ciudad de Chiclayo- Lambayeque, con un total de 59 personas como población y con un resultado que se calificó como bueno, regular y malo respectivamente, obteniéndose un resultado de regular, a lo cual se concluye que aunque la población tomada es mayor, un plan de estudios diferente, el nivel de estudio curricular similar, el resultado en cuanto al nivel de conocimiento difiere con el resultado obtenido en esta investigación, siendo superado en cuanto al rendimiento de sus estudiantes respecto a los individuos de estudio dentro de esta investigación.<sup>3</sup>

En el estudio realizado por Scott, el donde se evaluó a adultos de 40 años o más, respecto al conocimiento oral de la neoplasia con sus principales aspectos riesgosos, signos clínicos y experiencias de exámenes de cáncer oral, con una población de cifras aleatorias de 1773 individuos en total, con resultados que se midieron a través de porcentajes los cuales fueron 15,5% no

conocían del tema, 40,3% sabía regular del tema, 27,6% conocía del tema, Esto comparado con el estudio realizado en esta investigación, en el cual se evaluó solo estudiantes del noveno ciclo de dos universidades de la carrera profesional de estomatología en la ciudad de Chiclayo- Lambayeque, con un total de 59 personas como población y con un resultado que se calificó como bueno, regular y malo respectivamente, obteniéndose un resultado en porcentajes de 33,9 % no conocían el tema o no sabían del tema, 62,7 % conocían de manera regular del tema y 3,4 % dominaban el tema, concluyéndose que el a pesar de la diferencia de población, número de individuos, el nivel de conocimiento por parte de los estudios fue similar, sin una diferencia significativa.<sup>8</sup>

Para poder entender de manera adecuada lo necesario del conocimiento se particiono los puntos de estudio en la neoplasia bucal. Los datos concluyentes de cada punto tomado planteado como dimensión en este tema de investigación para conocer acerca de neoplasia bucal estuvo dado por: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención, en las cuales se categorizo con tres parámetros malo, regular y bueno. Por lo cual se concluye que la diferencia porcentual entre la universidad señor de Sipán y Universidad Alas peruanas es de 25, 5% siendo esta diferencia a favor de 8% a los estudiantes de la USS.

Por lo anterior se concluye que el grado de información sobre neoplasia bucal, el cual fue evaluado adecuadamente por medio del instrumento propuesto anteriormente en ambas instituciones es regular, esto nos indica que a pesar de los diferencia en los planes de estudio planteados en cada currícula universitaria, a lo cual en la universidad Señor de Sipán los alumnos que cursan 9 ciclo han llevado el tema de cáncer oral como un tema de estudio dentro de otros cursos más no como un curso de ciclo sino como parte del curso de patología bucal y que es abordada en cursos denominados como curso de actualización I y II respectivamente en la cual los temas de estudio son cambiantes para cada ciclo académico, en lo opuesto a la propuesta universitaria de la universidad Alas Peruanas que es más estable en donde se lleva 3 cursos consecutivos de Medicina bucal y por consecuente son más



horas de estudio en el curso, a lo cual se presenta en el trabajo de investigación , según resultados hallados una diferencia no significativa en cuanto a su nivel de conocimiento sobre el tema tratado, concluyendo así que los estudiantes del noveno ciclo de dos universidades de la ciudad de Chiclayo-Lambayeque , poseen un nivel regular de conocimiento sobre cáncer oral.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Conclusiones

- El grado de información de neoplasia bucal en alumnos del noveno ciclo de la carrera de estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo-Lambayeque fue regular.
- El grado de información sobre neoplasia bucal en alumnos del noveno ciclo de la carrera de estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo-Lambayeque acerca de epidemiología es donde se obtuvo el nivel de conocimiento más bajo.
- El grado de información sobre neoplasia bucal en alumnos del noveno ciclo de la carrera de estomatología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo – Lambayeque acerca de etiología fue regular.
- El grado de información sobre neoplasia bucal en alumnos del noveno ciclo de la carrera de estomatología de dos casas de estudios superiores de la ciudad de Chiclayo- Lambayeque acerca de diagnóstico fue regular.
- El grado de información de los alumnos del noveno ciclo de la carrera de Odontología de dos universidades de la ciudad de Chiclayo – Lambayeque acerca del tratamiento del cáncer oral fue regular.
- El grado de información sobre neoplasia bucal en alumnos del noveno ciclo de la carrera de estomatología de dos casas de estudios superiores de la ciudad de Chiclayo- Lambayeque acerca de prevención fue regular.

## 4.2 Recomendaciones

1. Dada la variabilidad del método de enseñanza y los temas abarcados en las diferentes universidades se podría tomar algunos aspectos generales básicos en cuanto al conocimiento de cáncer oral mediante esta investigación.
2. La recurrencia de neoplasia bucal va aumentando se ve en el incremento a nivel general del cáncer, por lo cual es necesario, que en el ejercicio profesional de médicos y odontólogos se use la prevención y el diagnóstico adecuado de esta enfermedad, por lo cual se recomienda una mayor importancia al tema tratado e incluirlo de manera prioritaria en las curriculas planteadas en las universidades que imparten carreras de salud.
3. Esta investigación ha sido aplicada a una población específica que es la de 9 ciclo de estudiantes de Estomatología pero podría ampliarse y también podría ser un tema de estudio para estudiantes de ciencias de la salud.
4. Este trabajo de investigación también podría abarcar a estomatólogos en el desempeño de su labor tanto comercial como privatizada, para conocer el grado de manejo del tema por parte de ellos, así como también implementar protocolos específicos y cursos de capacitación si fueran necesarios.
5. En un tiempo más futurizado, se podría proponer la práctica unida de alumnos y personal recibido en el área estomatológica para tener mejores planes estratégicos en la localización y previsión de la neoplasia bucal en las personas del área, luego de evaluación del grado de información sobre la neoplasia bucal y el mejor abordamiento de puntos clave en los cuales los alumnos tendrían que adquirir un mejor manejo en cuando a su nivel de información sobre temas importantes como este.

## REFERENCIAS

1. Petersen P, Kwan S. World Health Organization. Global oral health strategies for oral health promotion and disease prevention in the twenty-first century. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2009-05 Volume: 4.

2. Maybury C, Horowitz A, Yan AF, Verde K, Wang M. Maryland dentists' knowledge of oral cancer prevention and early detection. *J Calif Dent Assoc*. 2012 Apr;40(4):341-50.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22679674>

3. Loncar B., Bozana; Canjuga, Ivana; Baricevic, Marinka; Mravak-Stipetic. Dental Students' Awareness of Oral Cancer. *Acta Estomatologica Croatica* (0001-7019) 46 (2012);(1) 50-55

4. Barramuñoz Do. Medición de conocimiento de cáncer oral en cirujano dentistas de la ciudad de Talca y alumnos de sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Talca del año 2011, mediante un instrumento validado. (Tesis de grado) Chile. Universidad de Talca; 2011.

5. Howard Mora, Castillo Rivas. Nivel de conocimientos que tiene el estudiantado de Medicina sobre el cáncer bucal en Costa Rica. *Odontos*. ISSN 1659- 1046 (12), 2010.

6. Pakfetrat, Atesa, Falaki, Farnaz, et al. Oral Cancer Knowledge among Patients Referred to Mashhad Dental School, Iran. *Archivos de Medicina iraní* 2010; (13.6 ): 543-8.

Disponible en :  
<http://search.proquest.com/openview/03da077a54806136cc53dcf5d5931e38/1?pq-origsite=gscholar>

7. Coeella G, Gionanni G, Moscariello A, Angelillo I. Oral cancer and dentists: Knowledge, attitudes, and practices in Italy. Elsevier. April 2008; Volume "44" : 393–399.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837507001261>

8. Scott L. Tomar , Henrietta L., Logan. Florida Adults' Oral Cancer Knowledge and Examination Experiences. Journal of Public Health Dentistry. 2007 may 1.

Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2005.tb03022.x/abstract>

9. Rocha A. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev. Fac. Odontología Univ. Antioq 2009; 21(1): 112-121.

10. Mendoza M, Ordaz A, Abreu Noroña A, Romero O, García M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas. 2013; 17(4):24-32

11. García V, Bascones A. Cáncer oral: Puesta al día. Av. Odontoestomatol. Sep 2008; 25 (5): 239-248.

12. A. R. Vora, C. M. Yeoman, Hayter. Alcohol, tobacco and paan use and understanding of oral cancer risk among Asian males in Leicester. British Denta Journal. april 2000; 22; Vol. 188 ( 8).

13. Cruz P, Peña A, Batista K, Soca P. Factores de riesgo de cáncer oral. Rev Cubana Estomatol. Jul.- sep. 2016; 53(3).

14. Departamento de Epidemiología y Estadística del cáncer ( base de datos internet). Neoplasia malignas mas frecuentes diagnosticadas en ambos géneros en el INEM 1985- 2011. Disponible en:

[https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos\\_estadisticos/22042013\\_NEOPLASIAS\\_MALIGNAS\\_FRECUENTES\\_1985.pdf](https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/22042013_NEOPLASIAS_MALIGNAS_FRECUENTES_1985.pdf)

15. COALICION MULTISECTORIAL "PERU CONTRA EL CANCER". Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control Del Cáncer en el Peru.Lima.;2006.Disponible:

[http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_tecnicas/2006/25052012\\_PLAN\\_NAC\\_PREV\\_CONTROL\\_CA.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2006/25052012_PLAN_NAC_PREV_CONTROL_CA.pdf)

16. Seorl [ homepage en internet]. Pontevedra . libro virtual de formación en ORL. Disponible en :

<http://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/084%20-%20LESIONES%20PRENEOPL%C3%81SICAS,%20TUMORES%20BENIGNOS%20Y%20MALIGNOS%20DE%20LA%20CAVIDAD%20ORAL.pdf>

17. Cawson Ra, Odell Ew. Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Octava edición. España: Elsevier;2009.

18. Prieto Pi, Prieto Fa, Bascones Ma.Cáncer Oral .Diagnóstico y tratamiento. MedClin (Barc). 2006; 127(7):258-64.

19. Cecotti Le.El Diagnostico en Clínica Estomatológica. Buenos aires. Argentina. Médica Panamericana; 2007.

20. Prieto I, Prieto A, Bascones A. Cáncer oral. Revista Med clin. 2006;127(7):258-64.

21. Garay J. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. Habana: ciencias médicas; 2002.

## ANEXOS

### Validación de encuesta para determinar el “Nivel de conocimientos sobre cáncer oral de estudiantes del 9 ciclo de la carrera profesional de estomatología de dos universidades, en el año 2017”

#### **Introducción:**

A continuación se presenta una breve información del cáncer oral:

El cáncer oral es el más frecuente de los cánceres que de cabeza y cuello. Aproximadamente 42.000 personas en los EE.UU serán diagnosticadas con cáncer oral en 2013. En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), indica que el Cáncer de cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuentes en nuestro país y se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral en los últimos 10 años. En ese año. Mientras que algunos piensan que esto es un cáncer poco común, el cáncer de boca se les diagnosticará en alrededor de 100 nuevas personas cada día sólo en los EE.UU, y una persona muere de cáncer oral cada hora de cada día. Cuando se encuentran en fases tempranas de desarrollo, los cánceres orales tienen una tasa de supervivencia del 80 al 90%.

#### **Objetivos de la tesis**

##### **Objetivo general**

– Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología con respecto al cáncer oral

##### **Objetivos específicos:**

– Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología sobre la epidemiología del cáncer oral.

– Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología sobre la etiopatogenia del cáncer oral.

– Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología sobre el diagnóstico del cáncer oral.

– Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología sobre el tratamiento del cáncer oral.

– Determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología sobre la prevención del cáncer oral.

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

### CONFIABILIDAD

| sujeto | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | p11 | p12 | p13 | p14 | p15 | p16 | p17 | p18 | p19 | p20 | p21 | p22 | p23 | p24 | total   |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|
| 1      | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 18      |
| 2      | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 11      |
| 3      | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 11      |
| 4      | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 0   | 9       |
| 5      | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 9       |
| 6      | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 6       |
| 7      | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 21      |
| 8      | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 11      |
| 9      | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 18      |
| 10     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 12      |
| 11     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 10      |
| 12     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 13      |
| 13     | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 23      |
| 14     | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 18      |
| 15     | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 11      |
| 16     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 11      |
| 17     | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 0   | 9       |
| 18     | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 9       |
| 19     | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 6       |
| 20     | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 20      |
| 21     | 0  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 18      |
| 22     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 1  | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 16      |
| 23     | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 21      |
| 24     | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 11      |
| 25     | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 18      |
| 26     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 12      |
| 27     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 10      |
| 28     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 13      |
| 29     | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 23      |
| 30     | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 18      |
| 31     | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 11      |
| 32     | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 11      |
| 33     | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 0   | 9       |
| 34     | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   | 9       |
| 35     | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 6       |
| suma   | 10 | 7  | 32 | 13 | 26 | 17 | 11 | 16 | 19 | 9   | 15  | 25  | 27  | 18  | 13  | 25  | 17  | 29  | 8   | 14  | 25  | 35  | 29  | 22  | 24.4    |
| p      | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 0   | 1   | 1   | 1   | 1   |         |
| q      | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 1   | 0   | 1   | 0   | 1   | 1   | 0   | 0   | 0   | 0   |         |
| p*q    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 4.72    |
|        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | KR - 20 |
|        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0.84    |



$$KR - 20 = \left( \frac{NUMERO DE ITEMS}{NUMERO DE ITEM - 1} \right) * \left( 1 - \frac{\sum p * q}{V_{total}} \right)$$

$$KR - 20 = \left( \frac{24}{23} \right) * \left( 1 - \frac{4.72}{24.4} \right) = 0.84$$

Debido a que el instrumento se mide con 0 (pregunta mal contestada) y 1 (pregunta bien contestada) la confiabilidad se realizó mediante el estadístico Kuder Richarson (KR – 20), donde el resultado supera al valor requerido por la confiabilidad (0.84 > 0.70) por lo tanto el instrumento es confiable (el instrumento es consistente).

## VALIDEZ

### ANOVA

|                 | Suma de cuadrados | gl  | Media cuadrática | F     | Sig  |
|-----------------|-------------------|-----|------------------|-------|------|
| Inter sujetos   | 41,314            | 34  | 1,215            |       |      |
| Intra sujetos   |                   |     |                  |       |      |
| Entre elementos | 36,681            | 23  | 1,595            | 9,939 | ,000 |
| Residuo         | 125,486           | 782 | ,160             |       |      |
| Total           | 162,167           | 805 | ,201             |       |      |
| Total           | 203,481           | 839 | ,243             |       |      |

Con respecto a la validez del instrumento se comprobó con el análisis de varianza (ANOVA) donde el valor de la prueba F de esnedekor es altamente significativo ( $p < 0.01$ ) por lo tanto el instrumento es válido (mide lo que realmente quiere medir).

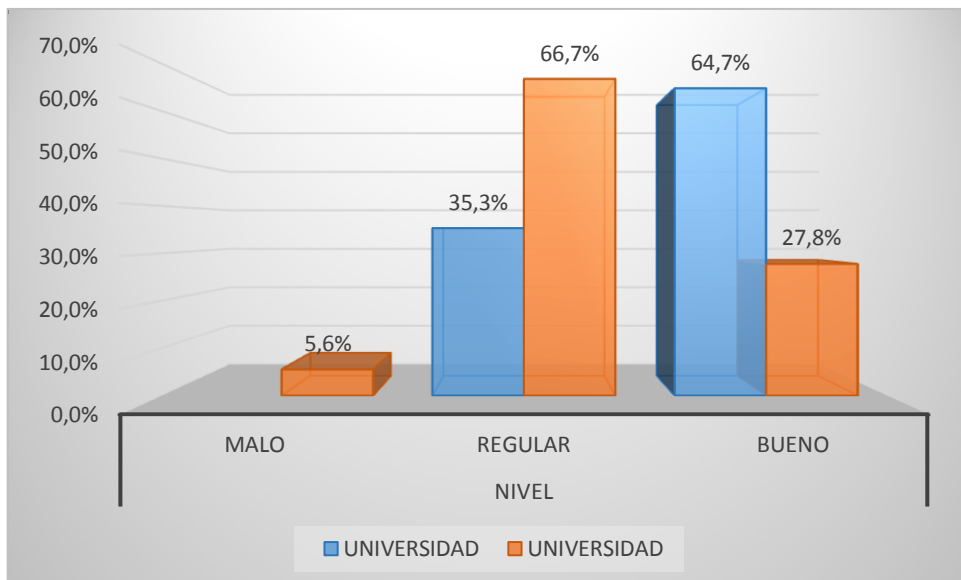
Tabla 01

Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes del 9 ciclo de la carrera profesional de estomatología de dos universidades, en el año 2016

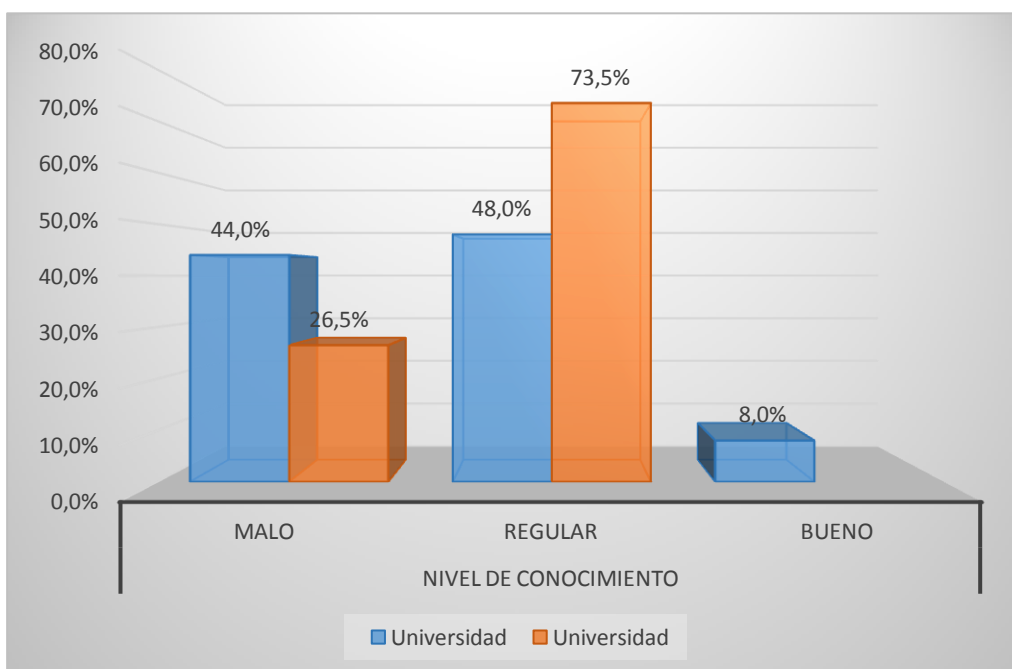
|       |                         |                         | UNIVERSIDAD |        |
|-------|-------------------------|-------------------------|-------------|--------|
|       |                         |                         | USS         | UAP    |
| NIVEL | MALO                    | Recuento                | 0           | 1      |
|       |                         | % dentro de UNIVERSIDAD | 0,0%        | 5,6%   |
|       | REGULAR                 | Recuento                | 6           | 12     |
|       |                         | % dentro de UNIVERSIDAD | 35,3%       | 66,7%  |
|       | BUENO                   | Recuento                | 11          | 5      |
|       |                         | % dentro de UNIVERSIDAD | 64,7%       | 27,8%  |
| Total | Recuento                |                         | 17          | 18     |
|       | % dentro de UNIVERSIDAD |                         | 100,0%      | 100,0% |

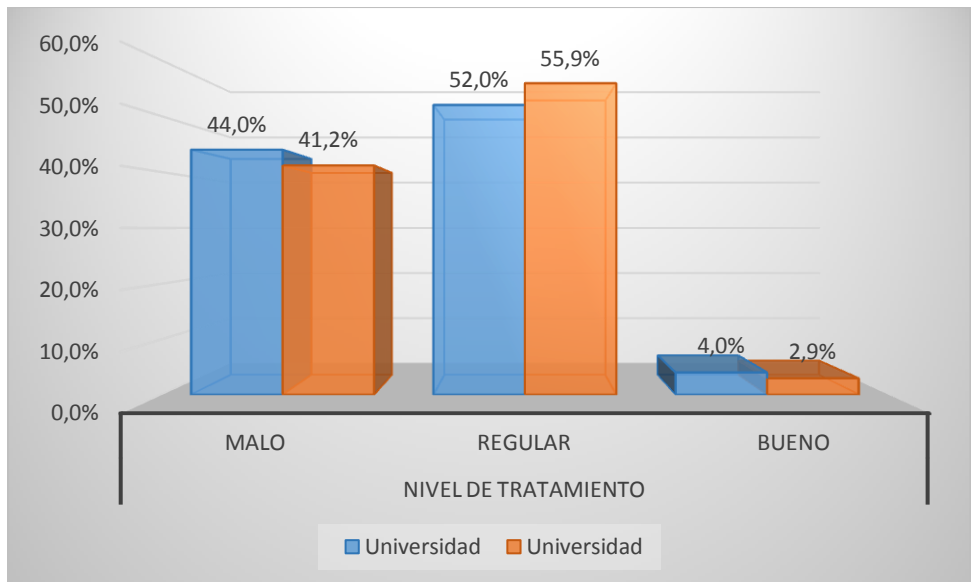
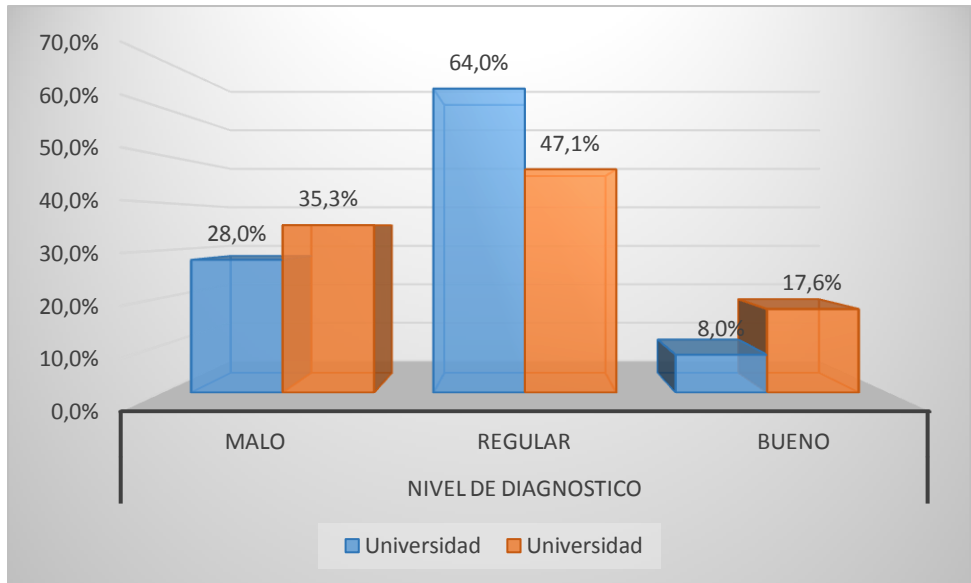
Fuente: aplicación del cuestionario a la prueba piloto

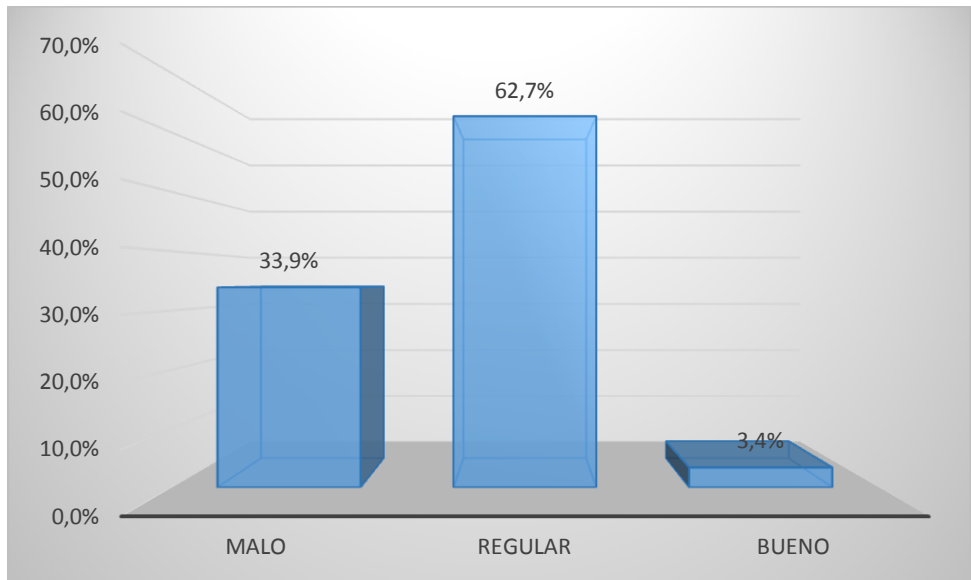
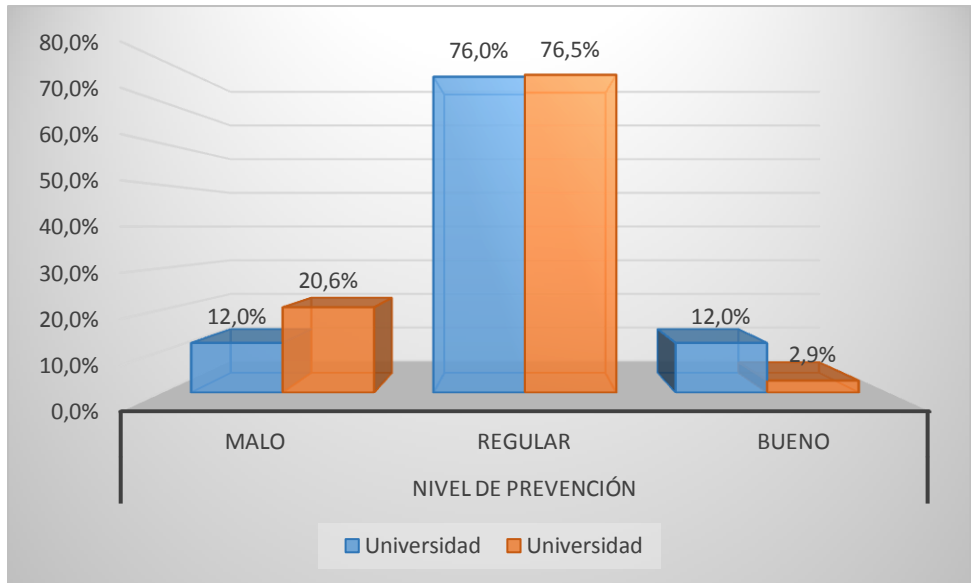
Grafico 01



En la tabla y/o grafico 01, se observa que, el 5,6% de los estudiantes de la UAP se encuentran en el nivel malo sobre conocimiento de cáncer oral, el 66,7% en el nivel regular y el 27,8% en el nivel Bueno con respecto a los estudiantes de la USS, no hay ninguno que este en el nivel malo sobre conocimiento de cáncer oral, 35,3 se encuentra en el nivel regular y el 64,7% en el nivel Bueno de conocimiento sobre cáncer oral.







## Escuela de Estomatología.-USS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_  
identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, estudiante del 9  
ciclo de la carrera profesional de Estomatología, realizando  
el internado clínico, acepto participar en la Investigación  
denominada\_“**Nivel de conocimientos sobre cáncer oral  
en estudiantes del noveno ciclo de la carrera  
profesional de Estomatología de dos universidades de  
la ciudad de Chiclayo – Lambayeque- Perú, 2017**”  
realizada por el Bachiller Cieza Julca Modesto.

Chiclayo, \_\_\_\_\_ de Mayo del 2017.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE



4. Uno de los principales factores de riesgo en el cáncer oral es:
- a) Hábito de fumar
  - b) Trauma físico por elementos irritantes
  - c) Consumo paralelo de tabaco y alcohol
  - d) Enfermedad periodontal
5. ¿Cuál es el porcentaje de riesgo de cáncer oral en pacientes con familiares que tienen antecedentes predisponentes?
- a) 20%
  - b) 30%
  - c) 40%
  - d) 50% a mas
6. Conoce usted que virus se asocia al cáncer oral :
- a) Virus de Epstein Bar
  - b) Herpes Tipo I
  - c) Papiloma virus
  - d) Virus de herpes simple
7. La exposición al sol no puede causar:
- a) Queilitis actínica
  - b) Cáncer de células basales
  - c) herpes labial
  - d) Cáncer de paladar
8. ¿Qué factor no influye de manera directa para tener cáncer de la cavidad oral?
- a) Fumar
  - b) Antecedes familiares
  - c) Prótesis mal adaptadas
  - d) Enfermedad periodontal
9. ¿Qué factor influye de manera directa en el desarrollo de cáncer oral?
- a) Caries dental
  - b) Enfermedad periodontal
  - c) Necrosis pulpar
  - d) Presencia de lesiones precancerosas



10. Una característica clínica de la leucoplasia es :
- a) Región macular plana, lisa y algo translúcida
  - b) Región elevada, granular y oscura
  - c) Región irregular sin bordes definidos
  - d) Región regular con bordes definidos
11. ¿Cuál de estas lesiones relacionadas al cáncer oral se presenta con mayor frecuencia?
- a) Leucoplasia
  - b) Eritroplasia
  - c) Hiperplasia
  - d) Hipertrofia
12. Conoce usted como es una lesión cancerosa :
- a) proliferativa
  - b) no proliferativa
  - c) pigmentada
  - d) hipertrófica
13. Clínicamente la lesión cancerosa en la cavidad oral puede presentarse como :
- a) ulcerada
  - b) sangrante
  - c) purulenta
  - d) exfoliante
14. Una lesión de cáncer oral es infiltrativa cuando:
- a) supura
  - b) presenta inflamación
  - c) presenta lesiones
  - d) invade tejidos y órganos adyacentes
15. ¿Cuál es la localización más frecuente de cáncer oral?
- a) Piso de boca y lengua
  - b) Área retromolar
  - c) Paladar
  - d) Carrillos
16. ¿Cuál de estas lesiones relacionadas al cáncer oral presenta una mayor agresividad y mayor riesgo a una transformación maligna?
- a) Leucoplasia
  - b) Eritroplasia
  - c) Hiperplasia
  - d) Hipertrofia

17. El tratamiento para cáncer oral avanzado es:

- a) Quimioterapia
- b) Cirugía y quimioterapia
- c) Cirugía y radioterapia
- d) Cirugía, radioterapia asociado a quimioterapia

18. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia de cáncer oral es:

- a) Mucositis
- b) Infecciones orales
- c) Hemorragia oral
- d) Sabor a metal

19. La Complicación crónica después del tratamiento del cáncer oral es:

- a) Desarrollo de neoplasia paralela al tratamiento
- b) Desarrollo de neoplasia después del tratamiento
- c) Desarrollo de otro tipo de neoplasia oral
- d) Desarrollo anormal de tejidos involucrados

20. De qué manera influye la dieta contra el cáncer oral.

- a) Elimina el cáncer
- b) Detiene el cáncer en células basales
- c) Protección por contener antioxidantes
- d) Previene la aparición de lesiones orales

21. Dentro de las interrogantes para el diagnóstico de cáncer oral una de las preguntas más requeridas es :

- a) Preguntar sobre hábitos orales
- b) Preguntar sobre consumo de alcohol y cigarrillos
- c) Preguntar sobre patologías persistentes
- d) Preguntar sobre causas de lesiones orales

22. El mejor tratamiento preventivo para el cáncer oral es :

- a) El diagnóstico tardío del cáncer oral
- b) El diagnóstico temprano del cáncer oral
- c) La identificación de hábitos nocivos
- d) La palpación y la auscultación

23. ¿Cuál podría ser signo de advertencia de una lesión cancerígena?

- a) Granulo de Fordyce
- b) Pigmentaciones melánicas en mucosa
- c) Ulceras crónicas
- d) Hinchazón

24. Un paciente que ha sido diagnosticado con cáncer oral en estadio temprano tiene mejor pronóstico cuando:

- a) Deja de exponerse a factores de riesgo
- b) Deja de tomar medicamentos
- c) Tiene una buena función masticatoria
- d) Toma vitaminas

|                      | MALO   | REGULAR | BUENO   |
|----------------------|--------|---------|---------|
| <b>Epidemiología</b> | 0 – 1  | 2 – 3   | 4       |
| <b>Etiopatogenia</b> | 0 – 1  | 2 – 3   | 4       |
| <b>Diagnostico</b>   | 0 – 1  | 2 – 3   | 4       |
| <b>Tratamiento</b>   | 0 – 1  | 2 – 3   | 4       |
| <b>Prevención</b>    | 0 – 1  | 2 – 3   | 4       |
| <b>GENERAL</b>       | 0 – 10 | 11 – 15 | 16 - 20 |