



**UNIVERSIDAD LATINA
DE COSTA RICA**
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES®

LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA

**INCIDENCIA Y MANEJO DE LOS DESÓRDENES ORALES
POTENCIALMENTE MALIGNOS EN CAVIDAD BUCAL TRATADOS POR
ODONTÓLOGOS GENERALES AVANZADOS Y CIRUJANOS
MAXILOFACIALES EN EL ÁREA DE SAN JOSÉ CENTRO, UNIVERSIDAD
LATINA DE COSTA RICA, ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2020**

SUSTENTANTE:

PRISCILLA PEREIRA ROYO

Tutor: Dr. Roberto Gerber Mora

San José – Costa Rica

2021

TRIBUNAL EXAMINADOR

Esta tesis es aprobada por el Tribunal Examinador, como requisito para optar por el grado académico de Licenciatura en Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica.



Dr. Roberto Gerber Mora

Tutor



Dra. Elena Guzmán Ordóñez

Lectora



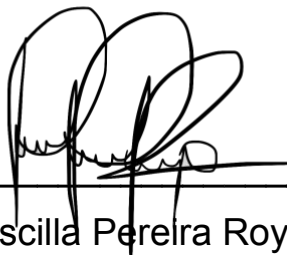
Dra. Catalina Jiménez Ramírez

Lector

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Priscilla Pereira Royo cédula 1 - 1536 - 0231, estudiante de la Universidad Latina de Costa Rica, declaro bajo la fé de juramento y consciente de las responsabilidades penales de este acto, que soy autora intelectual de la tesis titulada **INCIDENCIA Y MANEJO DE LOS DESÓRDENES ORALES POTENCIALMENTE MALIGNOS EN CAVIDAD BUCAL TRATADOS POR ODONTÓLOGOS GENERALES AVANZADOS Y CIRUJANOS MAXILOFACIALES EN EL AREA DE SAN JOSÉ CENTRO, UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA, ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2020**. Por lo que libero, a la Universidad Latina de Costa Rica, de cualquier responsabilidad en caso de que mi declaración sea falsa.

Brindada en San Pedro, Montes de Oca, San José, Costa Rica en el día seis de octubre del año 2021.



Priscilla Pereira Royo

Cédula: 1 - 1536 - 0231

Licencia De Distribución No Exclusiva (carta de la persona autora para uso didáctico)

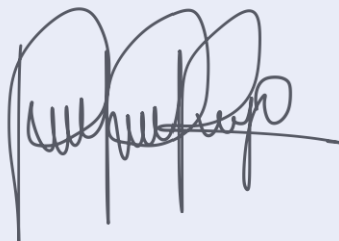
Universidad Latina de Costa Rica

Yo (Nosotros):	Priscilla Pereira Royo
De la Carrera / Programa:	Licenciatura en Odontología
Modalidad de TFG:	Tesis
Titulado:	INCIDENCIA Y MANEJO DE LOS DESÓRDENES ORALES POTENCIALMENTE MALIGNOS EN CAVIDAD BUCAL TRATADOS POR ODONTÓLOGOS GENERALES AVANZADOS Y CIRUJANOS MAXILOFACIALES EN EL AREA DE SAN JOSÉ CENTRO, UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA, ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2020.

Al firmar y enviar esta licencia, usted, el autor (es) y/o propietario (en adelante el “**AUTOR**”), declara lo siguiente: **PRIMERO:** Ser titular de todos los derechos patrimoniales de autor, o contar con todas las autorizaciones pertinentes de los titulares de los derechos patrimoniales de autor, en su caso, necesarias para la cesión del trabajo original del presente TFG (en adelante la “**OBRA**”). **SEGUNDO:** El **AUTOR** autoriza y cede a favor de la **UNIVERSIDAD U LATINA S.R.L.** con cédula jurídica número 3-102-177510 (en adelante la “**UNIVERSIDAD**”), quien adquiere la totalidad de los derechos patrimoniales de la **OBRA** necesarios para usar y reusar, publicar y republicar y modificar o alterar la **OBRA** con el propósito de divulgar de manera digital, de forma perpetua en la comunidad universitaria. **TERCERO:** El **AUTOR** acepta que la cesión se realiza a título gratuito, por lo que la **UNIVERSIDAD** no deberá abonar al autor retribución económica y/o patrimonial de ninguna especie. **CUARTO:** El **AUTOR** garantiza la originalidad de la **OBRA**, así como el hecho de que goza de la libre disponibilidad de los derechos que cede. En caso de impugnación de los derechos autorales o reclamaciones instadas por terceros relacionadas con el contenido o la autoría de la **OBRA**, la responsabilidad que pudiera derivarse será exclusivamente de cargo del **AUTOR** y este garantiza mantener indemne a la **UNIVERSIDAD** ante cualquier reclamo de algún tercero. **QUINTO:** El **AUTOR** se compromete a guardar confidencialidad sobre los alcances de la presente cesión, incluyendo todos aquellos temas que sean de orden meramente institucional o de organización interna de la **UNIVERSIDAD** **SEXTO:** La presente autorización y cesión se regirá por las leyes de la República de Costa Rica. Todas las controversias, diferencias, disputas o reclamos que pudieran derivarse de la presente cesión y la materia a la que este se refiere, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez, se resolverán por medio de los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, a cuyas normas se someten el **AUTOR** y la **UNIVERSIDAD**, en forma voluntaria e incondicional. **SÉPTIMO:** El **AUTOR** acepta que la **UNIVERSIDAD**, no se hace responsable del uso, reproducciones, venta y distribuciones de todo tipo de fotografías, audios, imágenes, grabaciones, o cualquier otro tipo de

presentación relacionado con la **OBRA**, y el **AUTOR**, está consciente de que no recibirá ningún tipo de compensación económica por parte de la **UNIVERSIDAD**, por lo que el **AUTOR** haya realizado antes de la firma de la presente autorización y cesión. **OCTAVO:** El **AUTOR** concede a **UNIVERSIDAD.**, el derecho no exclusivo de reproducción, traducción y/o distribuir su envío (incluyendo el resumen) en todo el mundo en formato impreso y electrónico y en cualquier medio, incluyendo, pero no limitado a audio o video. El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD.** puede, sin cambiar el contenido, traducir la **OBRA** a cualquier lenguaje, medio o formato con fines de conservación. **NOVENO:** El **AUTOR** acepta que **UNIVERSIDAD** puede conservar más de una copia de este envío de la **OBRA** por fines de seguridad, respaldo y preservación. El **AUTOR** declara que el envío de la **OBRA** es su trabajo original y que tiene el derecho a otorgar los derechos contenidos en esta licencia. **DÉCIMO:** El **AUTOR** manifiesta que la **OBRA** y/o trabajo original no infringe derechos de autor de cualquier persona. Si el envío de la **OBRA** contiene material del que no posee los derechos de autor, el **AUTOR** declara que ha obtenido el permiso irrestricto del propietario de los derechos de autor para otorgar a **UNIVERSIDAD** los derechos requeridos por esta licencia, y que dicho material de propiedad de terceros está claramente identificado y reconocido dentro del texto o contenido de la presentación. Asimismo, el **AUTOR** autoriza a que en caso de que no sea posible, en algunos casos la **UNIVERSIDAD** utiliza la **OBRA** sin incluir algunos o todos los derechos morales de autor de esta. **SI AL ENVÍO DE LA OBRA SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA U ORGANIZACIÓN QUE NO SEA UNIVERSIDAD U LATINA, S.R.L., EL AUTOR DECLARA QUE HA CUMPLIDO CUALQUIER DERECHO DE REVISIÓN U OTRAS OBLIGACIONES REQUERIDAS POR DICHO CONTRATO O ACUERDO.** La presente autorización se extiende el día 27 de Noviembre de 2021 a las 3:00

Firma del estudiante(s):



DEDICATORIA

Esta tesis y mi carrera se la dedico primeramente a Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno más de mis propósitos que en este caso es ser Odontóloga.

Le dedico con todo el corazón, todo mi esfuerzo y la conclusión de mis estudios, a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad. A mi padre, ya que sin sus sacrificios, esfuerzo, apoyo incondicional y sin su ayuda desinteresada, no lo hubiera logrado y espero el también tome este logro como suyo, no existen palabras para agradecerle todo su apoyo. A mi madre por su apoyo, palabras de aliento y confianza. A mi abuela paterna quien siempre se preocupo por apoyarme cuando lo necesité. A mis abuelos maternos quienes me dieron sostén cuando pudieron, así como palabras de aliento. A mi familia en general quienes también me brindaron su ayuda de una u otra manera.

Asimismo, le dedico esta tesis a mi novio, quien también ha estado incondicionalmente apoyándome en todo este proceso, quien compartió conmigo traspasadas de estudio y siempre estuvo brindándome amor y palabras de aliento cuando sentía que no lo iba a lograr. A mis amigos y compañeros cercanos que siempre me han brindado principalmente su amistad, soporte y compañerismo, por todas las traspasadas que en algún momento de la carrera pasamos juntos, son parte de lo mejor que me dejó la Universidad.

A mi tutor y lectores por brindarme su confianza y soporte para realizar esta investigación. A mis profesores les tengo gratitud infinita por que siempre me brindaron su conocimiento y exigieron buscar la excelencia. A tío Quincho el Dr. Ulloa, que de Dios goce, por ser mi fuente de inspiración para realizar esta investigación.

Por último pero no menos importante a todos mis pacientes quienes confiaron en mi, su salud buco dental a lo largo de mi práctica y a la Universidad Latina de Costa Rica por brindarme las herramientas necesarias para poder realizarme profesionalmente.

Contenido

Contenido

CAPÍTULO I	9
INTRODUCCIÓN	9
1.1 Antecedentes	9
1.2 Justificación.....	14
1.3 Planteamiento del Problema	15
1.3.1 Cuestionamiento del problema	15
1.4 Objetivos	16
1.5 1.4.1 Objetivo General.....	16
1.6 1.4.2 Objetivos específicos	16
1.7 Alcances y límites	17
1.8 1.5.1 Alcances.....	17
1.5.2 Límites	17
1.9 1.5.3 Limitaciones	18
1.10 Hipótesis.....	18
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1 La célula.....	20
2.1.1 Concepto.....	20
2.1.2 Tipos.....	20
2.2 Epitelio.....	21
2.2.1 Concepto.....	21
2.3 Epitelio oral.....	21
2.4 Desórdenes orales potencialmente malignos.....	22
2.4.1 Concepto.....	22
2.5 Cáncer oral.....	22
2.5.1 Concepto	22
2.5.2 Características.....	23
2.6 Leucoplasia oral	23

2.6.1	Concepto	23
2.6.2	Etiología.....	24
2.6.3	Varianzas.....	25
2.6.3.1	Leucoplasias homogéneas	25
2.6.3.2	Leucoplasias no homogéneas.....	25
2.6.4	Diagnóstico.....	25
2.6.5	Tratamiento	26
2.6.6	Pronóstico.....	26
2.7	Eritroplasia oral	26
2.7.1	Concepto	26
2.7.2	Etiología.....	27
2.7.3	Tipos.....	27
2.7.4	Diagnóstico.....	27
2.7.5	Pronóstico.....	28
2.8	Queilitis actínica.....	28
2.8.1	Concepto	28
2.8.2	Etiología.....	29
2.8.3	Clasificación.....	30
2.8.3.1	Tipos.....	30
2.8.3.2	Severidad.....	30
2.8.4	Diagnóstico.....	31
2.8.5	Pronóstico.....	31
2.9	Liquen Plano.....	31
2.9.1	Concepto	31
2.9.2	Etiología.....	32
2.9.3	Clasificación.....	32
2.9.3.1	Tipos.....	32
2.9.4	Diagnóstico.....	33
2.9.5	Pronóstico.....	34
2.6.6	Tratamiento	34
2.10	Displasia epitelial.....	34
2.10.1	Concepto	34

2.10.2	Clasificación.....	35
2.10.3.1	Niveles.....	35
2.10.3	Diagnóstico.....	36
2.10.5	Pronóstico.....	36
2.11	Virus del papiloma humano.....	36
2.11.1	Concepto	36
2.11.2	Clasificación.....	37
2.11.2.1	Bajo riesgo.....	37
2.11.2.2	Alto riesgo.....	37
2.11.3	Incidencia.....	37
2.11.4	Diagnóstico.....	38
2.11.5	Tratamiento.....	38
CAPÍTULO III	39
MARCO METODOLÓGICO	39
3.1	Tipo de investigación.....	40
3.1.1	Metodología de la investigación	41
3.2	Fuentes de investigación	41
3.2.1	Fuentes materiales	41
3.2.2	Fuentes humanas.....	41
3.3	Población.....	42
3.3.1	Muestra	42
3.4	Definición de variables	42
3.4.1	Incidencia de Leucoplasia oral en cavidad bucal.....	43
3.4.1.1	Definición conceptual.....	43
3.4.1.2	Definición instrumental.....	43
3.4.1.3	Definición operacional.....	43
3.4.2	Incidencia de Queilitis actínica en cavidad bucal.....	43
3.4.2.1	Definición conceptual.....	43
3.4.2.2	Definición instrumental.....	44
3.4.2.3	Definición operacional.....	44
3.4.3	Incidencia de Eritroplasia en cavidad bucal.....	44

3.4.3.1 Definición conceptual.....	44
3.4.3.2 Definición instrumental.....	45
3.4.3.3 Definición operacional.....	45
3.4.4 Incidencia de Liquen plano en cavidad bucal.....	45
3.4.4.1 Definición conceptual.....	45
3.4.4.2 Definición instrumental.....	46
3.4.4.3 Definición operacional.....	46
3.5 Descripción de instrumento.....	46
3.5.1 Prueba de jueces	46
3.6 Tratamiento de la información.....	47
CAPÍTULO IV	48
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	48
Prueba de hipótesis	56
CAPÍTULO V.....	58
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	60
CAPÍTULO VI	61
BIBLIOGRAFÍA	61
Anexos.....	67

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

A continuación, se mencionan algunos artículos y estudios que se han realizado globalmente y que se relaciona con el tema de investigación que se desarrolla en esta tesis.

En 1976 un artículo del “Australian dental Journal” define lesión pre maligna y el uso del término leucoplasia. Además, este describe las lesiones bucales más comúnmente asociadas a una transformación maligna, factores etiológicos que ya están establecidos y algunos que se mantienen en duda para el desarrollo del cáncer oral. Indica que estas lesiones se pueden detectar clínicamente de manera temprana y de esta manera eliminar la lesión presente buscando evitar su recurrencia. (Jolly, 1976)

También, en un estudio que involucra 600 pacientes, de los cuales 391 son mujeres y 209 son hombres y tomando en cuenta un rango de edad desde los 35 años hasta los 85 años, tiene como objetivo establecer la prevalencia de lesiones potencialmente malignas en la mucosa bucal en una población adulta mayor e identificar lesiones que se identifican como potencialmente malignas o pre malignas y de esta manera evitar una posible transformación maligna a cáncer o dar un diagnóstico anticipado, al mismo tiempo, de relacionar factores predisponentes y lesiones de la mucosa bucal más frecuentes. (Santos, Ortega, Zimbrón y Reyes, 2000)

Según, el artículo, *El papel del cirujano dentista en la detección del cáncer bucal*. Es considerado un factor predisponente a todo aquello que pueda aumentar el riesgo de desarrollar algún tipo de enfermedad, aunque estos no necesariamente sean los causantes de dicha enfermedad. Algunos pacientes desarrollan lesiones malignas sin necesidad de haber estado expuestos a algún factor de riesgo conocido. La detección temprana del cáncer oral es de suma importancia y el rol que tenga el cirujano dentista para con sus pacientes es clave, ya que este debe realizar un examen clínico exhaustivo y motivar a los pacientes a realizarse revisiones regularmente. Algunos procedimientos que puede realizar el cirujano dentista con

el fin de descartar cualquier lesión que pueda ser considerada maligna o alguna lesión oral potencialmente maligna son: biopsia, tomografía computarizada, ultrasonido y resonancia magnética nuclear. (Santos, Velásquez y Alba, 2001)

Para un estudio realizado en el noreste de Inglaterra, se compara el conocimiento que tienen los médicos y dentistas sobre el cáncer oral en la atención primaria. Los resultados proyectaron que los odontólogos eran significativamente más propensos a tener casos diagnosticados con cáncer oral que los médicos. Ambos grupos mostraron conocimiento de hábitos que predisponen al cáncer oral. También mostro que los odontólogos tenían más conocimiento sobre lesiones pre malignas y las formas en las que podría presentarse el cáncer oral que los médicos. (Greenwoodand, Lowry y Dent, 2001)

En otro artículo se menciona la realización de un taller coordinado por el Centro Colaborador de la OMS para el cáncer oral y el cáncer en el Reino Unido. Expertos discutieron temas en relación al tratamiento con respecto a pacientes afectados con leucoplasia oral, que es una lesión potencialmente maligna. Eliminar la lesión mediante métodos quirúrgicos es el más preferido por la mayoría de profesionales en salud, aunque no ha sido probada la creencia de que retirar la lesión influya en gran medida y vaya a disminuir el potencial de malignidad de dicha lesión.

Los resultados que ellos observan en su workshop indican que, aunque la cirugía pueda ser beneficiosa, no es definitivo ni comprobado que se reduzca el riesgo de recurrencia luego de la escisión de la lesión, ni hay seguridad respecto al peligro de malignización en la misma zona anatómica o bien en cualquier otro sitio. Se dice que el riesgo de recurrencia o de malignización se puede disminuir mediante el cese de hábitos y factores de riesgo significativos para este tipo de lesiones. Sin embargo, no existen estudios que lo comprueben. (Lodi y Porter, 2008)

La eritroplasia que es una mancha roja que se forma en la mucosa bucal, que para algunos autores es considerada como una lesión potencialmente maligna y puede llegar a transformarse en carcinoma de células escamosas en la cavidad bucal. La leucoplasia por el contrario es una mancha o placa blanca en la mucosa bucal que tiene seis subtipos diferentes y que aproximadamente un 6 % de las Leucoplasias orales se convierten en lesiones malignas. La displasia epitelial es una alteración en el epitelio que puede causar que la mucosa se torne

roja o blanca y es considerada una lesión potencialmente maligna ya que puede llegar a ser progresiva, hay clasificaciones de displasias como lo son las leves o suaves que pueden llegar a ser reversibles. (Prado, Guadalupe, López, Granado y Aparicio , 2009)

De la misma manera, en Santiago, Cuba, se realiza un estudio descriptivo y transversal en 15 pacientes basado en pacientes que se presentaron a la consulta de estomatología del Politécnico de especialidades del Hospital provincial docente Saturnino Lora. El estudio cuyo objetivo es evaluar los resultados del diagnóstico histopatológico y clínico de la Eritroplasia vinculándola con el tabaquismo, de manera que logran determinar que el sexo que presenta mayor incidencia es el sexo masculino y la ausencia de síntomas prevalece sobre todo en los pacientes fumadores con más años de consumo de tabaco. Además, logran evidenciar que la zona en donde se presenta susceptibilidad es en el paladar duro predominantemente presentando displasia epitelial moderada en los pacientes fumadores con más años de consumo de tabaco. (Estrada, Gladys et al, 2010,)

También, en Cuba, se lleva a cabo una investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones potencialmente malignas en boca, en una población de adultos mayores en el que se toman en cuenta a 4,362 adultos mayores. Los resultados advierten que, según el sexo los adultos mayores, los hombres son los más afectados, representando un 58,2 % y el factor de riesgo que es predominante en esta población es la ingesta de alcohol en un 75,7 %. En el caso de los adultos mayores de sexo femenino el factor predisponente con más predominio en este estudio es el uso de prótesis, con un 73,3 %, seguido del consumo de tabaco. Las lesiones que se presentan con más frecuencia es la épuis fisurado y estomatitis protésica y leucoplasia. Por lo que se evidencian que estos resultados pueden ser producto de la falta de educación para la salud y estilos de vida perjudiciales. (Ramos, Herrera, Núñez y Madrazo, 2010)

En otro estudio realizado con pacientes remitidos por el programa de detección de cáncer bucal en la facultad de estomatología en la Habana, Cuba, obtiene como resultado que en cuanto a la localización anatómica de lesiones que se pueden considerar potencialmente malignas, las áreas que se presentan con mayor afectación son: carrillos, encía y paladar,

aunque otros autores señalan el labio superior como la región mas afectada. (Tarragó, Ramírez, Heredia, Pérez y Miranda, 2010)

Asimismo, se realiza un estudio descriptivo de cáncer bucal, en los egresos hospitalarios de la Caja Costarricense de Seguro Social en los años 2001 a 2008, indican que según estadísticas mundiales el cáncer oral es el cáncer más común tomando el lugar número ocho a nivel mundial, para esta investigación se consideran los registros por cáncer bucal, registrándose 878 egresos con este diagnóstico, mencionando que esta patología afecta aproximadamente a 109 personas al año y mata al 4 % de los que lo padecen.

El estudio del mismo modo, hace mención que casi la mitad de los casos ya presentan metástasis en ganglios linfáticos y a distancia al momento de ser diagnosticados, y es por esta razón la tasa de supervivencia de cinco años para un cáncer localizado es del 67 %, si tuviera metástasis distancia la tasa disminuiría al 30 %. Además, mencionan que el cáncer oral en Costa Rica representa el 3 % de los tumores malignos. (Lao, Meléndez y Herrera, 2010)

Una investigación realizada en el departamento de medicina oral en la Escuela de Odontología de la Universidad de Murcia en España, se analiza si el diagnóstico temprano del cáncer oral es un objetivo factible. La evidencia muestra que el diagnóstico temprano en ocasiones disminuye significativamente la tasa de morbilidad asociada con el tratamiento y puede mejorar la supervivencia general a largo plazo. (Gómez, Warnakalasuriya, Varela, López, Suárez, Diz y Seoane, 2010)

Un estudio en el que se analizan las historias clínicas de pacientes diagnosticados con carcinoma de células escamosas de cavidad oral del centro Javeriano de Oncología en Bogotá, Colombia, llega a la conclusión que, al analizar el antecedente de tabaquismo, los resultados que se encuentran es que el 58 % de los pacientes compartían este hábito. Se encuentra también, que el tabaco actúa como un irritante local por el mecanismo químico, físico y mecánico que genera y por esta razón es el principal factor predisponente para la aparición de lesiones potencialmente malignas que pueden posteriormente malignizar y causar cáncer oral. (Patiño, Rodríguez y Umaña, 2014)

Por otro lado, un análisis del conocimiento sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología proyecta que el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer bucal, el 62.2 % de los encuestados no conocía los factores de riesgo, el 34.8 % atribuyen al tabaco como el principal factor de riesgo, el 4,3 % al alcoholismo, el 3.5 % a los factores irritantes y el 0.7 % a la dieta escasa en frutas y vegetales.

El hecho de que más de la mitad de las personas a las que se le realiza la encuesta manifieste no haber recibido información sobre el cáncer bucal es preocupante, tomando en consideración que actualmente existe la promoción y educación para la salud bucal a través de distintos medios. (Doncel, Méndez, Betancourt y Castillo, 2014)

En un artículo de investigación se analiza el conocimiento que tienen los futuros profesionales de la odontología con respecto al cáncer oral en una universidad pública en Malasia. Los resultados de este estudio indican que el 67.5 % de los estudiantes no tienen oportunidad de examinar lesiones orales y más del 90 % de los participantes prefieren referir a los pacientes que presentan lesiones orales a algún centro especializado de medicina oral en lugar de referirlo a un médico. (Srikanth, Bin y Qasim, 2015)

Existen factores predisponentes que pueden desencadenar alteraciones sistémicas como lo son los agentes químicos, el consumo de tabaco, drogas y alcohol, situaciones como la ansiedad, el estrés y exposición continua a radiaciones. Los desórdenes potencialmente malignos componen el 3 % del cáncer bucal, pueden generar la aparición de carcinomas orales. (Tovío, Carmona, Díaz, Harris y Lanfranchi, 2018)

En otro artículo, se explica que existe evidencia que el estilo de vida, incluido el uso de tabaco, alcohol, nuez de betel y el virus del papiloma humano adquirido mediante prácticas sexuales, causarían la gran mayoría de los casos de carcinoma de células escamosas oral. Por esta razón no sería raro pensar que las lesiones epiteliales potencialmente malignas pueden ser causadas por estos factores o bien estar directamente asociados con ellos y no solamente al Virus del papiloma humano (VPH). (Porter, Stephen 2018)

Un artículo es sobre la actualización del manejo de lesiones epiteliales orales potencialmente malignas. La prevención primaria es el mejor método en el tratamiento de la premalignidad. El objetivo es prevenir la premalignidad y su progresión a malignisarse. De la misma manera, es preferible estratificar el riesgo de todos los pacientes y proveer asesoramiento y evaluación apropiados para personas de mayor riesgo. (Awadallah et al., 2018)

1.2 Justificación

Con este estudio se intenta determinar cuál es la incidencia y el manejo de desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal tratados por odontólogos generales avanzados y cirujanos maxilofaciales que se detecten en los últimos dos años a la fecha de contestación de la encuesta realizada en julio 2021.

A pesar que el riesgo de transformación maligna en la mayoría de estas alteraciones es bajo, es de vital importancia que, tanto los cirujanos orales y maxilofaciales, odontólogos generales avanzados como los odontólogos en general, logren identificar estas patologías a través de una correcta examinación clínica extra e intraoral, con la intención de mejorar los tiempos diagnósticos, disminuyendo la comorbilidad asociada a las distintas modalidades del tratamiento oncológico.

Es necesario comprender la relevancia de los distintos métodos diagnósticos como lo es la biopsia, con el fin de confirmar el diagnóstico clínico y valorar la presencia de los distintos grados de displasia, carcinoma in situ o incluso establecer el diagnóstico de un carcinoma invasor, mejorando y personalizando la planificación del tratamiento.

De esta forma, la investigación es de suma importancia para instar tanto a los odontólogos generales como a los odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales a tomar en cuenta a las distintas disciplinas de la odontología, para que de esta manera se complemente de forma multidisciplinaria e integral el diagnóstico y tratamiento, beneficiando a la población costarricense con la detección temprana de este tipo de lesiones.

1.3 Planteamiento del problema

¿Cuál es la incidencia y el manejo de los desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal tratados por odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales en el área de San José centro (Universidad Latina de Costa Rica) entre enero y agosto del 2020?

1.3.1 Cuestionamiento del problema

¿Cuál es la incidencia de los desordenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal tratados por odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales?

¿Cuáles son las zonas más propensas a desarrollar desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal?

¿Cuáles son los diferentes desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal y tratados por odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales?

¿Cuál es el principal factor predisponente para el desarrollo de los desórdenes orales potencialmente malignos?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar la incidencia y el manejo de desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal tratados por odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales en el área de San José centro, Universidad Latina de Costa Rica, entre enero y agosto del 2020

1.4.2 Objetivos Específicos

Analizar la incidencia de desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal tratados por odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales.

Determinar qué zonas son más propensas a desarrollar desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal y cuáles son los tipos de desarreglos orales potencialmente malignos.

Valorar el manejo de desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal tratados por odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales.

Definir cuál de los desórdenes orales potencialmente malignos tienen mayor prevalencia.

1.5 Alcances y Límites

1.5.1 Alcances

Este trabajo busca beneficiar a la población costarricense en general, al investigar la incidencia y el manejo de los distintos tipos de desórdenes orales potencialmente malignos que se pueden desarrollar a nivel de la mucosa bucal.

De este modo, se incentiva a la población de odontólogos generales avanzados, Cirujanos maxilofaciales y odontólogos generales quienes cumplen un rol importante en la detección temprana de este tipo de alteraciones, así como informar y direccionar al paciente. También, la relación que presentan con la transformación maligna, igualmente como comprender los posibles factores etiológicos asociados a estos.

También, se busca fortalecer el conocimiento de los estudiantes de odontología de la Universidad Latina de Costa Rica para que puedan identificar los diferentes tipos de lesiones orales potencialmente malignas, factores de riesgo asociados a estas, que logren adoptar medidas preventivas lo que facilita su manejo y detección temprana, al recibir pacientes en la clínica de odontología de la Universidad Latina de Costa Rica.

1.5.2 Límites

El enfoque se realiza de manera cuantitativa.

El problema de investigación se basa en la incidencia y el manejo de desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal tratados por odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales.

La población la componen los odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales.

El tiempo se realiza en el periodo de enero a agosto del 2020.

El lugar donde se realiza el estudio es en San José centro.

El diseño que presenta la investigación es descriptivo

La metodología está estructurada, por medio de encuesta de análisis y respuesta virtual.

1.5.2.1 Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones.

Por pandemia y por limitaciones de acceso se presenta una restricción a participar del estudio la población de odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales.

La disponibilidad tanto de tiempo de los odontólogos generales avanzados y Cirujanos maxilofaciales en su consultorio como por horarios por consultas con pacientes.

La pandemia que se sufre en la actualidad contribuye a la dificultad para acceder a la población y de esta manera limita la recolección y análisis de datos, por lo que se obtienen 39 evaluaciones (81,25 %).

El tiempo es otra limitación, ya que, la recolección de datos se tiene que realizar en julio 2021 por motivo de pandemia.

1.6 Hipótesis

Hi: La incidencia del desorden oral potencialmente maligno llamado, Leucoplasia oral es mayor que la Eritroplasia, Liquen plano y Queilitis actínica.

Ho: No existe incidencia de desórdenes orales potencialmente malignos.

Ha:

Ha1: La incidencia del desorden oral potencialmente maligno llamado Eritroplasia mayor que la Leucoplasia oral, Liquen plano y Queilitis actínica.

Ha2: La incidencia del desorden oral potencialmente maligno llamado Liquen plano es mayor que la Eritroplasia, Leucoplasia oral y Queilitis actínica.

Ha3: La incidencia del desorden oral potencialmente maligno llamada Queilitis actínica es mayor que la Eritroplasia, Leucoplasia oral y Liquen plano.

Hie:

X: Incidencia de los desórdenes orales potencialmente malignos

Y: Manejo de los desórdenes orales potencialmente malignos

X <

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 La célula

2.1.1 Concepto

Según, (Audesirk, Teresa., Audesirk, Gerald., Byers, Bruce E.,2013) Define la célula como:

La célula es la unidad funcional de los organismos multicelulares. (2013, p55)

La célula es microscópica, esto significa que solamente se pueden visualizar a través de un microscopio. No obstante, suelen variar mucho su tamaño. Las células se diferencian más en su forma que en su tamaño, y estas diferencias guardan una relación con la función que cumplen. (Gerber Roberto, 2020, p.5).

2.1.2 Tipos

Las células se diferencian en dos grupos celulares, eucariotas y procariotas. A las células eucariotas pertenecen los organismos unicelulares como lo son los protozoos y los organismos pluricelulares como son los metazoos y se agrupan en dos tipos son células animales y células vegetales. Estas células son organismos que varían de tamaño y son más grandes que las procariotas, en estas el material genético está separado del resto de la célula por una membrana.

A las células procariotas pertenecen los organismos unicelulares como son las bacterias y las algas verdeazuladas. Estas células son organismos pequeños, tienen una pared celular que genera una protección y las hace resistentes a varias presiones con respecto al medio externo, en estas el material genético no se encuentra separado del resto de la célula. (Gutiérrez, F.,2010).

2.2 Epitelio

2.2.1 Concepto

Según, (Gerber, Roberto, 2020):

El epitelio un tejido que forma la superficie de la mucosa oral, que a su vez es conformado por queratinocitos. Estas células se mantienen unidas unas a otras a través de unas estructuras un poco complejas que se llaman desmosomas. Estas estructuras son un conjunto de proteínas que permiten la unión extracelular entre queratinocitos con otros componentes intracelulares, generando un anclaje y así se adhiere de una manera compacta célula a célula, lo que va a evitar que se produzca una separación del epitelio. (2020 P.6)

2.3 Epitelio Oral

El epitelio oral tiene una barrera física que está compuesta por millones de células unidas de una manera estrecha, formando estratos o capas, manteniendo su integridad por medio de procesos de continuo recambio, en este proceso de recambio las células basales se dividen a través de procesos mitóticos para luego migrar y ascender, formando estratos superiores y reemplazando a las células más antiguas que se descaman hacia la cavidad bucal, esto manteniendo un número constante de células. Pero, existen algunos eventos patológicos que pueden llegar a alterar la homeostasis

generando un aumento en el número de células y en su función. (Gerber Roberto, 2020, p.6-7)

2.4 Desórdenes orales potencialmente malignos

2.4.1 Concepto

Según, (Iparraguirre et al, 2020)

Los DOPMs son alteraciones sobre el tejido oral, las cuales pueden asumir características de tumor maligno y posteriormente transformarse en cualquier momento. (2020, p. 217)

La OMS define los DOPM como tejidos alterados morfológicamente y que son los tejidos en los que es más probable que se genere cáncer. Entre los DOPM más comunes están: Leucoplasia, Eritroplasia, Liquen plano, Queilitis Actínica, entre otras. Diagnosticar e identificar de manera temprana este tipo de lesiones es de mucha importancia para la prevención y de esta manera evitar una malignización de la lesión.

2.5 Cáncer oral.

2.5.1 Concepto

Con respecto al cáncer oral, de acuerdo con los doctores Rojas Duarte. y Marinkovic Gómez, B. Definen el cáncer oral como:

Aquella neoplasia maligna que se desarrolla en cualquiera de los subsitios de la cavidad oral. (2020, P.362)

2.5.2 Características

Globalmente, el cáncer oral representa del 2-4 % de los casos de cáncer. El cáncer oral son parte del grupo de enfermedades que afectan cualquier área de la cavidad oral incluyendo áreas faríngeas y glándulas salivales. El tipo de cáncer más frecuente en la cavidad oral es el Carcinoma de células escamosas y puede estimar que representa más del 90 % las neoplasias orales. Además, El factor etiológico más común para este carcinoma es el uso de tabaco. (Alqhtani Nasser et al, 2020.P 456).

2.6 Leucoplasia oral

Las lesiones orales blancas incluidas las Leucoplasias son comúnmente encontradas en la práctica oral por odontólogos, especialmente por cirujanos orales y maxilofaciales.

2.6.1 Concepto

Según, (Bermejo y Martínez, 2009):

El término Leucoplasia fue utilizado por primera vez por E. Schwimmer a finales del siglo XIX, y procede de las palabras griegas “leuco” que significa blanco y “plakos” que significa placa. (2009, P.1)

Leucoplasia es el término que se utiliza para definir una lesión blanca, pre maligna y es definida por World Health Organization (WHO) como: Placa de color blanco que no se desprende al raspado, de riesgo cuestionable, excluyendo otras enfermedades o desordenes conocidos que no conllevan mayor riesgo de cáncer. (Villa, Alessandro., Sook, Bin Woo., 2016)

2.6.2 Etiología

El consumo de tabaco es el factor predisponente comúnmente asociado a la aparición de Leucoplasias orales. No obstante, un porcentaje más reducido no se asocia con alguna causa conocida lo que se conoce como leucoplasia idiopática. Esta teoría sobre que el tabaco es uno de los principales factores predisponentes se confirma dada la mejoría y/o desaparición dichas lesiones con la disminución o eliminación del consumo del mismo.

Al mismo tiempo, este tipo de Leucoplasias asociadas al tabaco parecen presentar menos malignidad que el de las no asociadas a este hábito. En fumadores esta lesión se encuentra más comúnmente en el piso de boca mientras que en personas no tabaqueras es más frecuente encontrarlas en los bordes laterales de la lengua. (Bermejo. M, Martínez. A 2009)

La *Cándida Albicans* se asocia con el riesgo de malignización de la Leucoplasia ya que se relaciona con la Leucoplasia no homogénea y también con la presencia de displasia epitelial, ya que, en algunos estudios que se han realizado en la mucosa oral de animales como las ratas, la *cándida* ha producido carcinomas en la mucosa oral por medio de la producción de nitrosamidas carcinogénicas. (Bermejo. M, Martínez. A 2009)

El virus del Papiloma Humano (VPH) es uno de los virus que más ha sido estudiado en relación a la Leucoplasia. Sin embargo, los resultados de estos análisis han sido muy variables por lo que no son suficientes para establecer el VPH como un factor etiológico en la transformación maligna de las Leucoplasias orales. (Bermejo. M, Martínez. A 2009)

2.6.3 Varianzas

2.6.3.1 Leucoplasias homogéneas

Las características más comunes que estas presentan son lesiones blancas, uniformemente planas, puede presentar grietas con poca profundidad y no son induradas. Pueden presentarse asintomáticas. (Bermejo. M, Martínez. A 2009).

2.6.3.2 Leucoplasias no Homogéneas

Este tipo de Leucoplasias se presentan como lesiones blancas o rojas, irregulares, nodulares o exofíticas. Pueden generar escozor y ardor. (Bermejo. M, Martínez. A 2009)

2.6.4 Diagnóstico

El diagnóstico de una Leucoplasia se realiza clínicamente sin necesidad de realizar un estudio histopatológico, ya que, el diagnóstico se realiza basado en las características clínicas y/o morfológicas que la lesión presente. El diagnóstico definitivo se da cuando se hayan eliminado los posibles factores etiológicos, realizando controles de la lesión y si al cabo de dos a cuatro semanas aun habiendo eliminado esos factores etiológicos posibles, la lesión no disminuye, se procede a realizar un estudio histopatológico para dar un diagnóstico más certero y así poder realizar una clasificación del estadiaje de la Leucoplasia. (Bermejo. M, Martinez. A 2009)

2.6.5 Tratamiento

El tratamiento de las Leucoplasias se basa en tres acciones que deben ser adecuadas a los hábitos del paciente: modificación y/o eliminación de los hábitos del paciente manteniendo en observación y dándole seguimiento, tratamiento farmacológico, ya sea, tópico o sistémico y tratamiento quirúrgico como lo es la cirugía de control de los márgenes. (Bermejo. M, Martínez. A 2009)

2.6.6 Pronóstico

El pronóstico de estas lesiones depende de la evolución de la misma, puede verse modificada en el aspecto clínico o por una malignización por lo que es muy importante realizar controles clínicos e histopatológicos. (Bermejo. M, Martínez. A 2009)

2.7 Eritroplasia Oral

2.7.1 Concepto

Según, la definición de (Estrada, Gladys et al 2010):

Se define la eritroplasia como lesión preneoplásica, que aparece como una mancha o placa eritematosa (roja), aislada, de superficie lisa y aterciopelada, cuyo desarrollo no responde a un trastorno sistémico con manifestación bucal. (2010, P.2).

La Eritroplasia que es una mancha roja de aspecto aterciopelado que se forma en la mucosa bucal, que para algunos autores es considerada como una lesión potencialmente maligna y puede llegar a transformarse en carcinoma de células escamosas en la cavidad

bucal y puede cursar asintomático. (Prado, Guadalupe, López, Granado y Aparicio , 2009).

Esta lesión en ocasiones puede cursar con ardor o dolor y los sitios en los que más frecuentemente suelen verse más afectados son el piso de boca, paladar blando, mucosa yugal, cara ventral de la lengua y amígdalas. (Tovío EG, Carmona MC, Diaz AJ, Harris J, Lanfranchi HE, 2018)

2.7.2 Etiología

La etiología de esta lesión aún no es específica. Pero, se asocia al consumo de alcohol y tabaco, infecciones virales, por exposición a agentes carcinógenos, factores genéticos y una dieta baja en antioxidantes. Se presenta mayormente en personas de sexo masculino y entre los 40 a y 60 años. (Tovío EG, et al 2018).

2.7.3 Tipos

Para la Eritroplasia no existe una tipificación como tal. Sin embargo, cuando en una lesión de este tipo presenta un componente Leucoplásico se denomina Eritroleucoplasia. (Tovío EG, et al 2018)

2.7.4 Diagnóstico

El diagnóstico de este tipo de lesiones es de suma importancia, ya que, presentan una frecuencia elevada de Displasia Epitelial, son lesiones asintomáticas por lo que el paciente no

muy frecuentemente se percata que la tiene, además de presentar ausencia de signos clínicos que representan malignización. (Estrada, Gladys et al, 2010).

Además, clínicamente, es posible varíe según el grado de inflamación el aspecto granular, puede sangrar con facilidad y normalmente no se encuentran en zonas donde hayan presencia de lesiones con úlceras, duras o que presenten crecimiento exofítico. Histológicamente, suele observarse un epitelio delgado atrófico con cambios displásicos y al mismo tiempo un infiltrado inflamatorio. También, muestran microscópicamente algunos cambios, desde una displasia moderada hasta un Carcinoma de Células Escamosas. (Tovío EG, et al 2018)

2.7.5 Pronóstico

El pronóstico de estas lesiones es la malignización en un 14 a 50 %. (López-Castro, et al, 2016)

2.8 Queilitis Actínica

2.8.1 Concepto

Es un desorden potencialmente maligno del labio que ocurre como respuesta a una exposición prolongada a la radiación ultravioleta. (Tovío EG, et al 2018)

Según, la definición de (Carolina Hernández O, et al 2016):

El término queilitis (del griego, kheilos: labio, itis: inflamación) fue descrito por primera vez en 1923, corresponde a una inflamación de los labios provocada

por diversas causas entre ella se incluyen la exposición al sol, reacción alérgica, infección, cáncer, y enfermedad sistémica. La palabra actínica hace alusión a la propiedad de la energía radiante (luz visible y UV) de producir cambios químicos.

2.8.2 Etiología

La etiología de esta lesión depende de muchos factores como lo son:

- La exposición UV, pues, la radiación UV actúa como un carcinógeno produciendo un daño celular que si no se trata puede desarrollar un carcinoma escamocelular.
- La fototipia, que es la capacidad de adaptación a los rayos UV que posee cada persona desde su nacimiento.
- El consumo de tabaco se convierte en un factor de riesgo que aumenta el riesgo de causar carcinoma de células escamosas sobre todo en pacientes que ya presentan queilitis actínica. Igualmente, si se suma el consumo de tabaco, la exposición solar, la Queilitis Actínica y le adiciona el virus del Papiloma Humano puede causar alteraciones citogenéticas adicionales y aumentar el riesgo que la queilitis actínica se convierta en carcinoma de células escamosas.
- La edad, y el tiempo en la que la persona se ha expuesto a la radiación UV también se ha visto asociada a la aparición de Queilitis Actínica.
- Ocupación, los trabajadores que efectúan sus labores al aire libre forman parte de un grupo de riesgo bastante importante ya que están expuestos durante más directamente a la radiación UV que los que no trabajan al aire libre. (Carolina Hernández O, et al 2016)

2.8.3 Clasificación

2.8.3.1 Tipos:

Queilitis Actínica Exfoliativa o Descamativa

Esta clasificación es caracterizada por presencia de escamas sangrantes. (Tovío EG, et al 2018)

Queilitis Actínica Abrasiva o Erosiva

Esta clasificación es caracterizada por presentar lesión erosiva, bien delimitada, lisa y brillante. (Tovío EG, et al 2018)

2.8.3.2 Severidad:

Leve: Apenas se palpan, presentan resequedad y descamación.

Moderada: Se palpan fácilmente, presentan resequedad, descamación exacerbada y grietas.

Severa: Lesiones gruesas, presentan úlceras y costras, pérdida del borde del bermellón y endurecimiento del labio. (López-Castro, J. G. et al 2016)

2.8.4 Diagnóstico

El diagnóstico de este desorden oral potencialmente maligno se obtiene de una evaluación clínica exhaustiva que se le realiza al paciente como la anamnesis. Normalmente presentan clínicamente sequedad, disminución del margen del bermellón del labio inferior, lesiones escamosas, úlceras y costras en la zona, eritema, entre otras. Generalmente, los pacientes no acuden a consulta cuando presentan este tipo de lesiones ya que suelen confundirlo con etapas iniciales de su envejecimiento y no es cuando ya la lesión logra alcanzar una etapa más avanzada que se distinguen y van a consulta.

Una manera de corroborar el diagnóstico de Queilitis Actínica es si el paciente presenta queratosis solar en otras áreas de su cuerpo como lo son la cara, nariz, cuero cabelludo y orejas.

El diagnóstico definitivo debe darse por medio de los resultados de los hallazgos histopatológicos por medio de una biopsia incisional. (Carolina Hernández O, et al 2016)

2.8.5 Pronóstico

El pronóstico de estas lesiones es la malignización de un 11 a 36 %. (López-Castro, et al, 2016)

2.9 Liquen Plano

2.9.1 Concepto

Según, la definición de (López-Castro, J. G. et al 2016):

Es una enfermedad crónica autoinmune de carácter inflamatorio con una incidencia de 0.1 % a 2.2 % en la población; se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre la tercera y quinta décadas de la vida, pero también puede aparecer raramente en jóvenes y niños.

2.9.2 Etiología

La etiología de esta lesión es desconocida, sin embargo, se estima que puede estar asociada a factores inmunológicos y además a factores externos como consumo de tabaco, alcohol, Virus del Papiloma Humano, Radiación UV, inmunosupresión, estrés, ansiedad, entre otros. (López-Castro, et al, 2016)

Es una reacción autoinmune, mediada por linfocitos T que va dirigida en contra de los queratinocitos basales. (Vergara Hernández, Clara Inés. Díaz Caballero, Antonio. Barrios García, Lía. 2011).

2.9.3 Clasificación

2.9.3.1 Tipos:

Típico (Reticular):

Se fundamenta en la presencia de líneas blancas ramificadas entrelazadas (líneas de Wickham) y presenta eritema. Normalmente no presenta síntomas y es bilateral. (López-Castro, et al, 2016)

Atípico (erosivo):

Consiste en presencia de zonas atróficas eritematosas con úlceras, además muestran un borde circunscrito por estrías blancas. Normalmente causa dolor moderado a severo cuando consumen ciertos tipos de alimentos y se presentan con más frecuencia en lengua, encía, mucosa yugal, piso de boca, fondo del saco. (López-Castro, et al, 2016)

2.9.4 Diagnóstico

Clínicamente presentan lesiones papilares blanquecinas, circunscritas y de tamaños pequeños, también pueden presentar úlceras eritema y erosiones por lo que es muy difícil realizar un diagnóstico, sin embargo, se guían por algunos diagnósticos diferenciales dependiendo de los signos clínicos que presente el paciente.

Algunos diagnósticos diferenciales del Liquen plano pueden ser pénfigo, penfigoide y gingivitis descamativa, ya que, la descamación de la encía es un signo importante, que puede encontrarse en práctica clínica. Por esta razón es importante utilizar como método diagnóstico certero una citología exfoliativa o una biopsia incisional. (Vergara Hernández., et al 2011)

Además, histológicamente, se presenta una Hiperqueratosis con un engrosamiento de la capa celular granular, también se presenta una degeneración de la lámina basal celular y una infiltración de la capa subepitelial del tejido conjuntivo por células inflamatorias mononucleares. (Vergara Hernández., et al 2011).

2.9.5 Pronóstico

La Organización Mundial de la Salud indica que el riesgo que presenta a transformación maligna el liquen plano a cáncer oral de células escamosas se encuentra por debajo del 1 %. (Dávila, Lucía. et al 2019)

2.9.6 Tratamiento

Existen muchas opciones de tratamientos para el Liquen plano, pero, ningún tratamiento es cien por ciento efectivo, así que se debe de clasificar e individualizar cada lesión con base a cada caso de cada paciente. (López-Castro, et al, 2016)

También, el tratamiento depende del resultado Histopatológico, el Liquen plano no tiene cura sin embargo en los pacientes que presenten síntomas se le pueden suministrar corticoesteroides para mitigar y controlar la sintomatología. (Gerber, Roberto, 2020)

2.10 Displasia Epitelial

2.10.1 Concepto

Según, la definición de (Morales Morán, Et al, 2019).

El concepto actual de displasia epitelial, es un concepto global que señala la existencia de una combinación variable de fenómenos microscópicos indicativos de un desorden de la maduración epitelial y de una alteración de la proliferación celular. La Displasia Epitelial (DE) de la mucosa oral constituye en la actualidad una alteración morfológica que traduce una serie de modificaciones de la normalidad histológica y que

se correlaciona con la capacidad de malignización de su epitelio escamoso.

El término displasia, significa literalmente crecimiento desordenado, por trastornos en el crecimiento normal, proliferación, maduración y organización de las células. Se plantea que cerca de un 25 % de las lesiones leucoplásicas muestran displasia Epitelial o Carcinoma in situ en el primer reconocimiento histológico

La Displasia Epitelial es una alteración en el epitelio, la cual causa, que la mucosa se torne roja o blanca y es considerada una lesión potencialmente maligna ya que puede llegar a ser progresiva, hay clasificaciones de displasias como lo son las leves o suaves que llegan a ser reversibles. (Prado, Guadalupe, López, Granado y Aparicio , 2009).

2.10.2 Clasificación

2.10.2.1 Niveles

Leve: Son cambios morfo celulares y arquitecturales que normalmente se encuentran en el tercio inferior del epitelio.

Moderada: Son cambios morfo celulares y arquitecturales que se encuentran dentro de los dos tercios inferiores del epitelio.

Severa: Son cambios morfo celulares y arquitecturales que normalmente se encuentran en la totalidad del Epitelio Oral. (Gerber, Roberto, 2020)

2.10.3 Diagnóstico

El diagnóstico se basa en realizar una biopsia y el análisis histopatológico. (Aguirre Echebarría P, Aguirre Urizar, 2008)

2.10.4 Pronóstico

Se indica que un paciente que en su análisis histopatológico presente displasia epitelial, tiene cinco veces más posibilidades de riesgo de desarrollar malignización mas no una malignización segura. (Aguirre Echebarría P, Aguirre Urizar, 2008)

2.10 Virus del Papiloma Humano (V.P.H)

2.11.1 Concepto

Según, la definición de (Alfaro castro, Alejandro., Fournier Pérez, Michelle., 2013):

V.P.H, es un virus ADN de doble cadena circular con 8000 pares de bases, el cual no cuenta con envoltura si no con un núcleo cápside proteica icosaédrica con 72 capsómeros, que proviene de la familia Papovaviridae que afecta células escamosas del epitelio del tracto genital bajo (como vagina, vulva, cuello uterino y ano), así como epitelio oral y nasal. (3, 6, 15).

2.11.2 Clasificación

En la actualidad, se tienen identificados aproximadamente 200 genotipos del VPH.

2.11.2.1 Bajo riesgo

Genotipos identificados como de bajo riesgo según, su potencial de malignización son: VPH6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55, 57, 61, 62, 64, 69, 70, 71, 72, 81, 83, 84 y CP6108 (9, 16). (Alfaro castro. et. al. 2013)

2.11.2.2 Alto riesgo

Genotipos identificados como de alto riesgo según, su potencial de malignización son: VPH, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67, 68, 73, 82; probablemente carcinogénicos a los VPH 26, 53 y 66. (Alfaro castro. et. al. 2013)

2.11.3 Incidencia

El VPH ha ido en aumento sobre todo en pacientes mas jóvenes, entre la segunda, tercera y cuarta década de vida, debido a que cada vez son más las personas que inician su práctica sexo buco-genital, buco anal y besos con varios individuos a edades muy tempranas, esto aumenta el riesgo de transmisión del VPH boca-boca y boca-genital. (Gerber, Roberto. 2020)

2.11.4 Diagnóstico

El diagnóstico del VPH en boca va ligado a la presencia clínica de lesiones papilomatosas, se debe realizar una exploración de características como lo que es la localización, tamaño, aspecto y grado de invasión. Además, se debe realizar pruebas histopatológicas (biopsia) para realizar una tipificación del virus y así poder identificar el genotipo del mismo. (Roca A. et al. 2019)

2.11.5 Tratamiento

No existe una cura para el virus del Papiloma Humano, tampoco existe un tratamiento específico contra el virus, lo que se realiza es una serie de procedimientos que ayudan a controlar las manifestaciones sintomáticas que causa el VPH. Estos procedimientos varían dependiendo de el tipo de lesión, la malignidad y la localización de las lesiones.

Entre estos se encuentran la terapia química, tópica, agentes antimicóticos y algunos otros que van a permitir la eliminación o destrucción del tejido dañado por el virus como lo son la escisión quirúrgica, crioterapia, electrocoagulación, entre otros.

Además, antivirales e inmunomoduladores que su función es reforzar los mecanismos de defensa inmunológicos y de esta manera modifican la respuesta biológica. (Roca A. et al. 2019)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

El estudio tiene un enfoque cuantitativo con un paradigma positivista. Este presenta un diseño descriptivo, tipo transeccional y observacional.

De acuerdo con, Hernández, Fernández y Baptista en 2010, un estudio cuantitativo es un tipo de investigación, el cual es secuencial y probatoria ya que la perspectiva del investigador es externa, busca ser objetivo y su meta va a ser describir explicar y predecir los fenómenos, también va a generar las teorías y probarlas. Esto significa que sus etapas son secuenciales y van a llevar un orden específico. Ninguna de ellas se puede evadir.

Primero se tiene que crear una idea, luego se realiza el planteamiento del problema, revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico, se visualiza el alcance del estudio seguido de la elaboración de hipótesis y definición de variables desarrollo del diseño de investigación, definición y selección de la muestra, también deben de realizarse la recolección de datos, se analizan los datos y se elabora un reporte de resultados.

Se efectúa el estudio bajo un paradigma positivista debido a la generalización de resultados y la tangibilidad del estudio, de igual forma, porque va a ser un aporte de conocimiento, recolección de datos, se toman hipótesis y consiste en producir algo a partir de la investigación y de resolver algo que no está resuelto. La relación del sujeto-objeto es una relación neutral, independiente y distante. (Sampieri y col 2010)

Los estudios descriptivos según, lo que define (Hernández et al 2010):

Se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno

que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar como se relacionan estas. (2010, P.92)

El tipo de estudio que se va a desarrollar es transeccional debido a que se toman y se miden las variables única vez a lo largo de todo el periodo que comprende el estudio. (Hernández et al 2010)

Ahora bien, para la metodología de este estudio, se realiza una encuesta, es importante mencionar que este estudio es un estudio observacional y no un estudio experimental.

Se cumple con este cuestionario para así analizar en él la incidencia y el manejo de los odontólogos generales avanzados y los cirujanos maxilo faciales con respecto a los desordenes orales potencialmente malignos y factores predisponentes.

Con el fin de identificar si es necesario realizar diagnósticos o consultas multidisciplinarias entre odontólogos generales avanzados, cirujanos maxilo faciales, odontólogos generales y patólogos orales. Hecho esto y mediante este cuestionario de análisis y preguntas realizadas de manera virtual de la misma forma una vez respondidas, de esta manera seleccionando una o varias opciones, se realiza la recolección de datos del estudio.

3.1.1 Metodología de la investigación

- 1- Se realiza la creación de una encuesta en donde se realizan preguntas para lograr analizar la incidencia y el manejo de los desórdenes orales potencialmente malignos recibidos por odontólogos generales avanzados y cirujanos maxilo faciales en el área de San José.
- 2- Se efectúa la aprobación de jueces mediante una revisión del instrumento por parte de un profesional que aprueba la utilización de dicha herramienta para esta investigación.

- 3- Se determina el rango de profesionales a consultar.
- 4- Se realizan encuestas a especialistas que participen del estudio
- 5- Se procede a realizar el análisis de los datos obtenidos de la encuesta para obtener cuál es la incidencia y el manejo de los desórdenes orales potencialmente malignos.
- 6- Se efectúa la interpretación de resultados y se procede a realizar los gráficos estadísticos.

3.2 Fuentes de Investigación

3.2.1 Fuentes Materiales

- Biblioteca virtual Universidad Latina de Costa Rica.
- Artículos.
- Internet
- Libros.
- Tesis

3.2.2 Fuentes Humanas

- Profesores del departamento de Patología.
- Especialistas en hospitales Nacionales.
- Especialistas en clínicas privadas.

- Profesores del departamento de Cirugía y hospitales nacionales.
- Tutor
- Prueba de Jueces
- Filóloga
- Estadístico (a)

3.3 Población

La unidad de análisis para estudio es la creación de encuestas.

La población que se analizan son los Odontólogos generales avanzados y Cirujanos orales y maxilofaciales de San José centro.

El tipo de población es finita, ya que, todos los sujetos tienen la probabilidad de ser elegidos en la muestra, existe un nivel de error y grado de confianza de la muestra, y esta es establecida por medio de un cálculo estadístico.

3.3.1 Muestra

Con 5 % de rango máximo aceptable de error con un porcentaje estimado del 50 % y con un nivel deseado de confianza del 95 % la muestra corresponde a 48 personas.

Tipo de muestra probabilística estratificada

La muestra corresponde a 55 profesionales odontólogos generales avanzados y cirujanos orales y maxilofaciales ubicados en la zona central.

3.4 Definición de Variables

3.4.1 Variable #1

Incidencia de Leucoplasia oral en cavidad bucal.

3.4.1.1 Definición conceptual

Se define como: *una placa blanca de riesgo cuestionable excluyendo otras enfermedades o desordenes conocidos que no conllevan mayor riesgo de cáncer.* (Villa, Alessandro., Sook, Bin Woo., 2016)

3.4.1.2 Definición Instrumental

Observación Cuantitativa

3.4.1.3 Definición Operacional

Indicador	Subindicador	Evaluación
Incidencia de desordenes potenciales malignos (Leucoplasia) en cavidad bucal	> 20 %	Alto
	1% > 19 %	Bajo
	0 %	Nulo

3.4.2 Variable #2

Incidencia de Queilitis actínica en cavidad bucal.

3.4.2.1 Definición conceptual

Se define como desorden potencialmente maligno del labio que ocurre como respuesta a una exposición prolongada a la radiación ultravioleta. (Tovío EG, et al 2018)

3.4.2.2 Definición Instrumental

Observación cuantitativa

3.4.2.3 Definición Operacional

Indicador	Subindicador	Evaluación	
Incidencia de desordenes potencialmente malignos actínicos en cavidad bucal	de orales	> 20 %	Alto
	(Queilitis en cavidad bucal)	1% > 19 %	Bajo
		0 %	Nulo

3.4.3 Variable #3

Incidencia de Eritroplasia en cavidad bucal.

3.4.3.1 Definición conceptual

Se define la Eritroplasia como lesión preneoplásica, que aparece como una mancha o placa eritematosa (roja), aislada, de superficie lisa y aterciopelada, cuyo desarrollo no responde a un trastorno sistémico con manifestación bucal. (Estrada, Gladys et al 2010, p2).

3.4.3.2 Definición Instrumental

Observación Cuantitativa

3.4.3.3 Definición Operacional

Indicador	Subindicador	Evaluación
Incidencia de desórdenes potenciales malignos (Eritroplasia) en cavidad bucal	> 20 %	Alto
	1% > 19 %	Bajo
	0 %	Nulo

3.4.4 Variable #4

Incidencia de Liquen plano en cavidad bucal.

3.4.4.1 Definición conceptual

Se define como una enfermedad crónica autoinmune de carácter inflamatorio con una incidencia de 0.1 % a 2.2 % en la población; se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre la tercera y quinta décadas de la vida, pero también puede aparecer raramente en jóvenes y niños. (López-Castro, J. G. et al 2016)

3.4.4.2 Definición Instrumental

Observación Cuantitativa

3.4.4.3 Definición Operacional

Indicador	Subindicador	Evaluación
Incidencia de desórdenes orales potencialmente malignos (Liquen plano) en cavidad bucal	> 20 %	Alto
	1% > 19 %	Bajo
	0 %	Nulo

3.5 Descripción del Instrumento

En el presente estudio la investigación se lleva a cabo apoyado por medio de un cuestionario virtual, para de esta manera facilitar la recolección de datos del estudio. El cuestionario consta de trece preguntas de opción múltiple en las que las preguntas corresponden a desórdenes orales potencialmente malignos y factores predisponentes a desórdenes orales potencialmente malignos, dichas preguntas hacen referencia a cuántos casos han recibido de este tipo de desórdenes, qué abordaje han tomado, características que toman en cuenta a la hora de decidir cuál abordaje es el más idóneo, cuál es el seguimiento que le dan a este tipo de casos y qué factores predisponentes consideran según su criterio son los más comunes.

3.5.1 Prueba de Jueces

La prueba de jueces está realizada con la ayuda de un profesional en odontología para que de esta manera evaluar la confiabilidad, validez y que se cumpla la objetividad del

instrumento de medición. La evaluación de este instrumento se realiza por medio de un profesional en el área de odontología al cual se entrega una copia del cuestionario.

3.6 Tratamiento de la Información

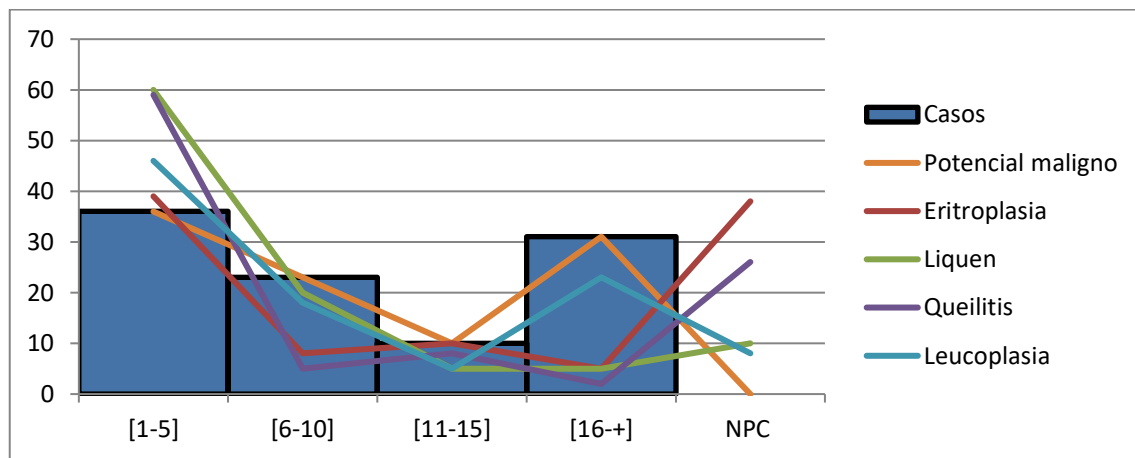
Una vez reunidos todos los datos para realizar esta investigación, estos son ordenados y colocados en una tabla realizada en Word realizando un registro detallado. En esta tabla se obtienen los resultados y con estos se cumplen los correspondientes gráficos en Excel.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Gráfico #1

Análisis de los casos de desórdenes orales potencialmente malignos.

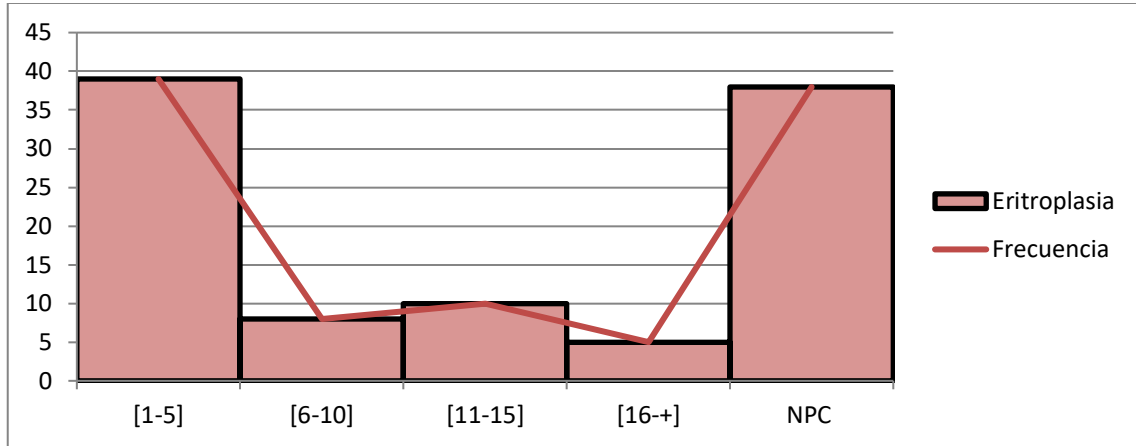


Fuente: Anexo 6, Imagen 3,4,5,6,7,13

En el gráfico #1, se observa por medio de un histograma; la distribución de los casos de desórdenes orales potencialmente malignos en un periodo de dos años, este demuestra la incidencia de los desórdenes orales potencialmente malignos en cavidad bucal, en ello se encuentra que se han recibido casos de DOPM en un porcentaje de (1-5) 36 %, (6-10) 23 %, (11-15) 10 %, (+16) 31 % y 0 % para (no presentó casos). Casos que se analizan en específico para conocer cuáles desordenen orales potencialmente malignos tienen mayor incidencia.

Gráfico #2

Análisis de los casos de Eritroplasia presentes en los últimos dos años.

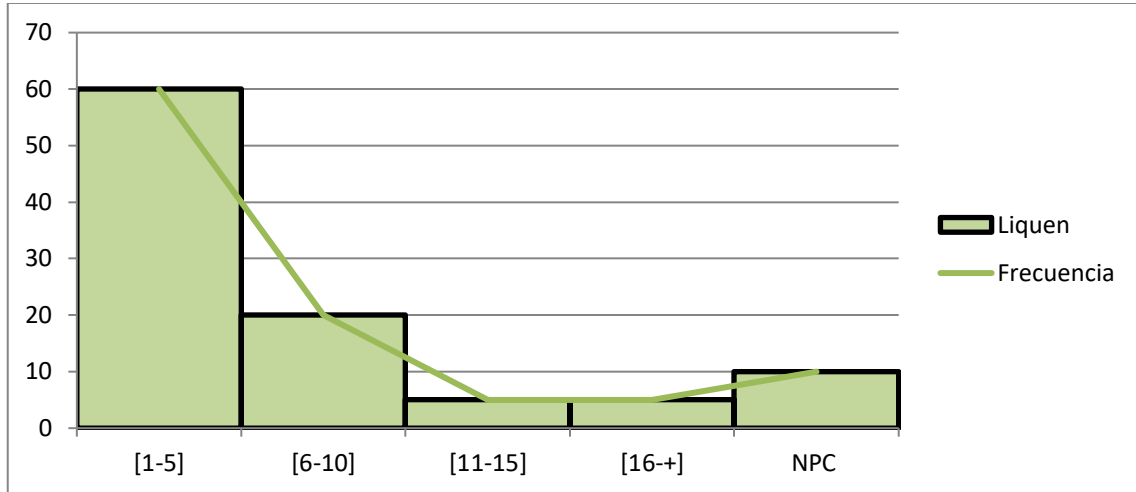


Fuente: Anexo 6, Imagen 4

En el gráfico #2, se observa que uno de los casos de desórdenes orales potencialmente malignos presentes en un periodo de dos años, es la Eritroplasia, la cual se encuentra presente en una incidencia y prevalencia en porcentajes de (1-5) 39 %, (6-10) 8 %, (11-15) 10 %, (+16) 5 %, así como el 38 %, valor que representa que no se presenta ningún caso de Eritroplasia en ese tiempo.

Gráfico #3

Análisis de los casos de Liquen plano presentes en los últimos dos años.

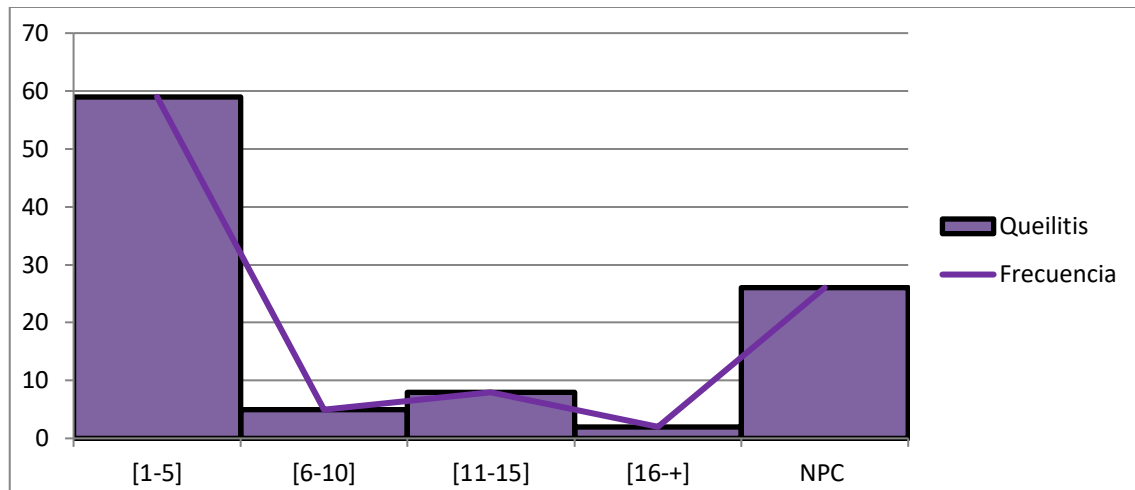


Fuente: Anexo 6, Imagen 5

En el gráfico #3, se observa que uno de los casos de desórdenes orales potencialmente malignos presentes en un periodo de dos años, el Liquen Plano, el cual se encuentra presente en una incidencia y prevalencia en porcentajes de (1-5) 60 %, (6-10) 20 %, (11-15) 5 %, (+16) 5 %, así como el 10 %, valor que representa que no se muestra ningún caso de Liquen Plano en ese tiempo.

Gráfico #4

Análisis de los casos de Queilitis Actínica presentes en los últimos dos años.

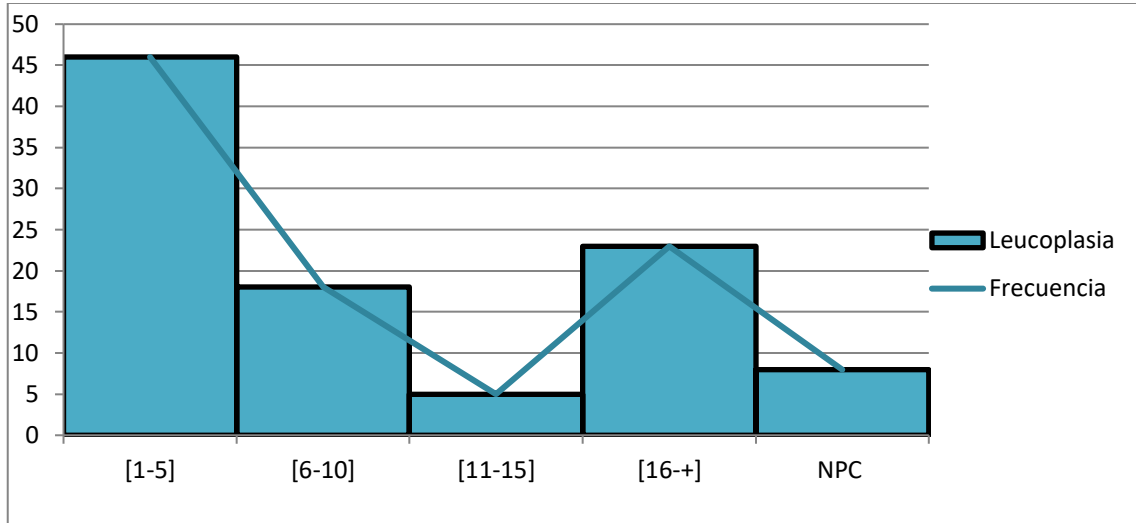


Fuente: Anexo 6, Imagen 6

En el gráfico #4 se observa que uno de los casos de desórdenes orales potencialmente malignos presentes en un periodo de dos años, es la Queilitis actínica, la cual está presente en una incidencia y prevalencia en porcentajes de (1-5) 59 %, (6-10) 5 %, (11-15) 8 %, (+16) 2 %, así como el 26 %, valor que representa que no se presenta ningún caso de Queilitis Actínica en ese periodo.

Gráfico #5

Análisis de los casos de Leucoplasia Oral presentes en los últimos dos años.

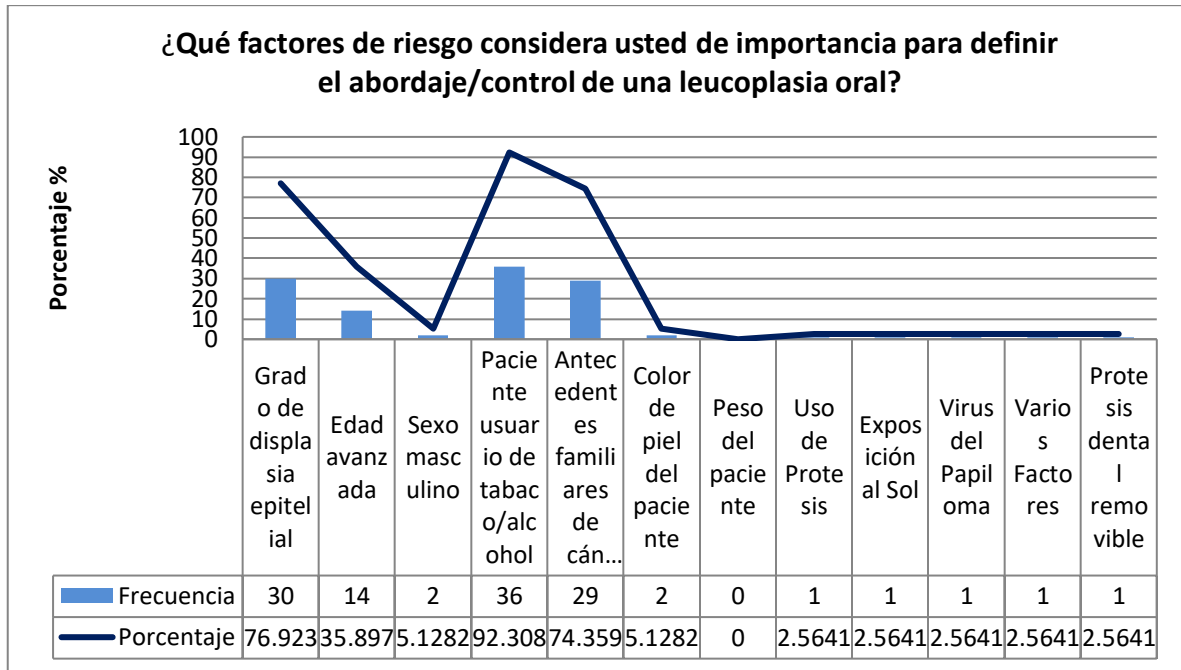


Fuente: Anexo 6, Imagen 7

En el gráfico #5 se observa que uno de los casos de desórdenes orales potencialmente malignos presentes en un periodo de dos años, es Leucoplasia oral, la cuál se encuentra presente una incidencia y prevalencia en porcentajes de (1-5) 46 %, (6-10) 18 %, (11-15) 5 %, (+16) 23 %, así como el 8 %, valor que representa que no se muestra ningún caso de Leucoplasia Oral durante ese tiempo.

Gráfico #6

Análisis de que factores de riesgo se consideran importantes para definir el abordaje o control de una Leucoplasia Oral.

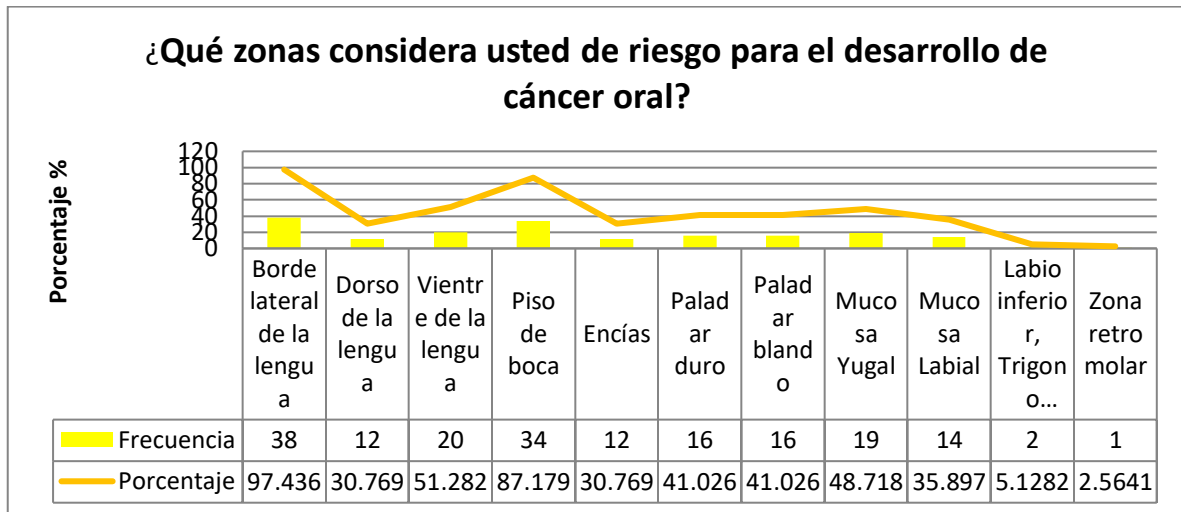


Fuente: Anexo 6, Imagen 8

En el gráfico #6 se representa cuáles son los principales factores de riesgo del desorden oral potencialmente maligno llamado Leucoplasia Oral, representados en porcentajes de (antecedentes familiares de cáncer) 74 %, (grado de displasia epitelial) 77 % y (pacientes usuarios de tabaco/alcohol) 92 % siendo este el principal factor predisponente.

Gráfico #7

Determina qué zonas considera usted de riesgo para el desarrollo de Cáncer Oral.

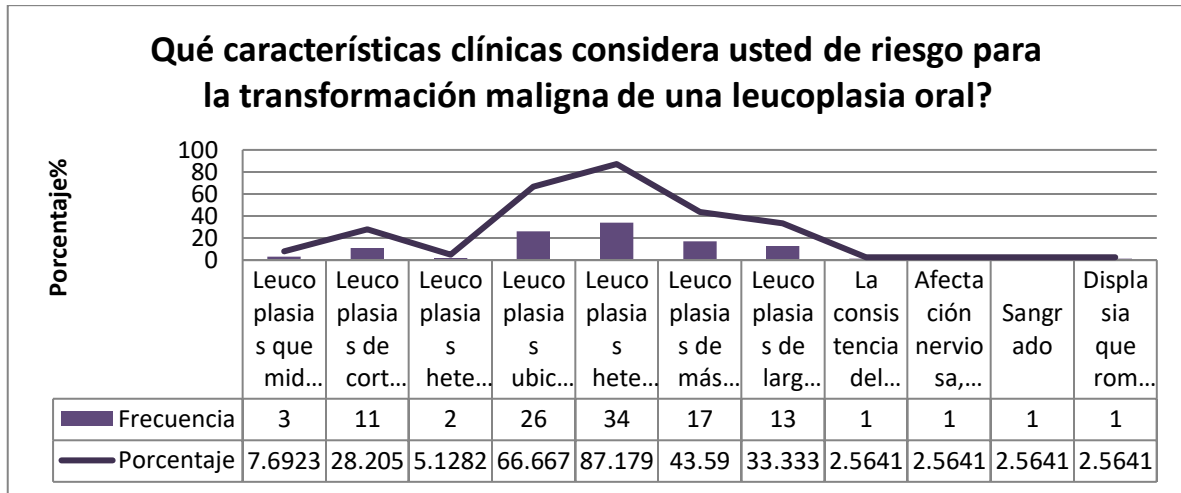


Fuente: Anexo, Imagen 15

En el gráfico #7 significa cuáles son las principales zonas de riesgo para el desarrollo de cáncer oral, representadas en porcentajes de (vientre de la lengua) 51 %, (Piso de boca) 87 % y (borde lateral de la lengua) 97 % siendo esta la principal zona de riesgo para el desarrollo de Cáncer Oral.

Gráfico #8

Análisis qué características clínicas son consideradas de riesgo para la transformación maligna de una leucoplasia oral.



Fuente: Anexo 6, Imagen 9

En el gráfico #8 se representa cuáles son las principales características clínicas consideradas de riesgo para la transformación maligna de una Leucoplasia Oral, representadas en porcentajes de (Leucoplasias ubicadas en piso de boca, vientre/bordes laterales de lengua.) 67 %, y (Leucoplasias Heterogéneas (superficie irregular, fisurada, verrugosa, etc.)) 87 % siendo esta la principal característica clínica considerada de riesgo para la transformación maligna de una Leucoplasia Oral.

Prueba de hipótesis

La prueba de la hipótesis, se realiza desde un enfoque de incidencia que establece el investigador.

Hi: La incidencia del desorden oral potencialmente maligno llamado Leucoplasia oral es mayor que la eritroplasia, Liquen Plano y Queilitis Actínica. Cumpliendo con lo expuesto en los indicadores definiendo como Subindicador un porcentaje mayor al 20 %. En las muestras realizadas, el porcentaje de incidencia resulta mayor al 20 % que corresponde a: Alto en incidencia de desordenes orales potencialmente malignos. (Indicador >20 % = Alto).

En referencia a los resultados de la evaluación de Incidencia de Leucoplasia Oral como desorden oral potencialmente maligno en cavidad bucal, se encuentra que, en una categoría de tiempo de dos años, se hallan en un porcentaje de (1-5) 46 %, (6-10) 18 %, (11-15) 5 %, (+16) 23 %, así como el 8 %, valor que representa que no se presentó ningún caso de Leucoplasia Oral en ese periodo de tiempo. Cumpliendo con la hipótesis investigativa en cuanto a que es mayor la incidencia del desorden oral potencialmente maligno llamado Leucoplasia Oral en los resultados analizados, como se visualiza en el Gráfico cinco.

En referencia a los resultados de la evaluación de Incidencia de Liquen Plano cómo desorden oral potencialmente maligno en cavidad bucal, se encuentra que, en un rango de tiempo de dos años, se descubre en un porcentaje de (1-5) 60 %, (6-10) 20 %, (11-15) 5 %, (+16) 5 %, así como el 10 %, valor que representa que no se presenta ningún caso de Liquen Plano en ese periodo, estableciendo que el Liquen plano es un desorden oral potencialmente maligno prevalente como se visualiza en el Gráfico tres.

En referencia a los resultados de la evaluación de Incidencia de Eritroplasia cómo desorden oral potencialmente maligno en cavidad bucal, se halla que, en un tiempo de dos años, se encuentran en un porcentaje de (1-5) 39 %, (6-10) 8 %, (11-15) 10 %, (+16) 5 %, así como el 38 %, valor que representa que no se presenta ningún caso de Eritroplasia en ese periodo de tiempo., estableciendo que la Eritroplasia es un desorden oral potencialmente maligno prevalente como se visualiza en el Gráfico dos.

En referencia a los resultados de la evaluación de Incidencia de Queilitis actínica como desorden oral potencialmente maligno en cavidad bucal, encontramos que en un rango de tiempo de 2 años, se encontraron en un porcentaje de (1-5) 59 %, (6-10) 5 %, (11-15) 8 %, (+16) 2 %, así como el 26 %, valor que representa que no se presenta ningún caso de Queilitis actínica en ese periodo de tiempo, estableciendo que la queilitis actínica es un desorden oral potencialmente maligno prevalente como se visualiza en el Gráfico cuatro.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Por medio de los resultados que han sido evidenciados en la investigación se logra demostrar que los especialistas han recibido en consulta en los últimos dos años lesiones orales potencialmente malignas con un porcentaje de (1-5 casos) 36 %, (6-10 casos) 23 %, (11-15 casos) 10 %, (+16 casos) 31 % (Imagen 3).

Además, se concluye que la Leucoplasia oral es desorden oral potencialmente maligno con más incidencia en los últimos dos años con un porcentaje de (1-5 casos) 46 %, (6-10 casos) 18 %, (11-15 casos) 5 %, (+16 casos) 23 % (Imagen 7).

Los especialistas en Odontología General Avanzada y Cirujanos Orales y Maxilofaciales consideran que las zonas con mayor riesgo de transformación maligna son el borde lateral de la lengua, piso de boca y vientre de la lengua en ese orden respectivamente. (Imagen 15).

Al mismo tiempo, que las características clínicas como lo son las Leucoplasias heterogéneas y Leucoplasias ubicadas en el piso de boca tienen mayor riesgo a transformación maligna en un porcentaje de 87 % y 67 % respectivamente (Imagen 9).

De la misma manera, se consideran que ante la presencia de una Leucoplasia Oral de un tamaño de más de tres centímetros de extensión que presentan alto riesgo de transformación maligna, el abordaje correcto es realizar una biopsia incisional y controlar clínicamente de por vida (imagen 5). En cuanto a las lesiones de una leucoplasia oral que presenten un tamaño menor a los dos centímetros de extensión que presentan bajo riesgo de transformación maligna el abordaje correcto es realizar una biopsia escisional y controlar clínicamente de por vida (Imagen 10). A todo esto, indican que el margen de seguridad para realizar una escisión de una leucoplasia oral es de tres milímetros en un 31 % (Imagen 12)

En cuanto a la presencia del Virus del papiloma humano, en caso de encontrar una lesión asociada a este, el 62 % de la población indica que sí efectúa pruebas de tipificación con el fin de determinar el riesgo a malignizarse que posee la lesión (imagen 14), lo cuál es muy importante ya que existen tipificaciones muy asociadas al riesgo de transformación a cáncer.

También, se logra determinar que los factores de riesgo más importantes para definir cuál es el abordaje ante una leucoplasia oral son: El paciente que consume tabaco/alcohol, seguido si el paciente presenta antecedentes familiares que padezcan o hayan padecido de cáncer (imagen 8).

En esta investigación se consigue establecer que la población ha logrado comprobar una transformación maligna a lo largo del tiempo en pacientes que ha presentado algún tipo de desorden oral potencialmente maligno (Imagen 13).

RECOMENDACIONES

Con el fin de beneficiar tanto a los pacientes que se ven a diario en consulta como a los Odontólogos generales, se recomienda realizar las interconsultas necesarias con especialistas, en presencia de alguna lesión oral potencialmente maligna.

También, se insta a todos los profesionales en el área de Odontología y a los futuros profesionales en Odontología, a profundizar más en el tema de lesiones potencialmente malignas, ya que, es una realidad que este tipo de casos se presentan diariamente en consulta.

Desde la perspectiva, de la investigadora se considera primordial que se logre crear un protocolo de abordaje y control en caso de presencia de algún tipo de lesiones orales potencialmente malignas que incluya a todos los profesionales en Odontología y que, además, los estudiantes de la misma carrera puedan aplicar en su práctica como estudiantes además se recomienda tanto a la Universidad Latina de Costa Rica, como al Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, realizar jornadas específicas de Patología donde se aborde este tema e investigar sobre cómo se puede determinar si una lesión es potencialmente maligna, que potencial de malignización tiene, factores de riesgo, tratamiento, abordaje y control de las mismas.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

6.1 Bibliografía citada

Audesirk, Teresa., Audesirk, Gerald., Byers, Bruce E., (2013) *Biología la vida en la tierra con fisiología* (Novena edición)

Estrada Pereira, Gladys Aída, Zayas Simón, Oscar Primitivo, González Heredia, Eugenia, González Alonso, César, & Castellanos Sierra, Georgina. (2010). *Diagnóstico clínico e histopatológico de la Eritroplasia bucal. MEDISAN.*

Rojas Duarte, M., & Marinkovic Gómez, B. (2020). Cirugía en Medicina General: *Manual de enfermedades quirúrgicas* (Primera ed.). Santiago, Chile: Centro de Enseñanza y aprendizaje, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Referencias de internet

Alfaro Castro A., Fournier Pérez M. (2013). Virus del papiloma humano. Revista médica de Costa Rica y centroamérica LXX. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132d.pdf>

Bermejo. M, Martínez. A (2009). Leucoplasia oral: conceptos actuales. Avances en estomatología (vol. 25, núm. 2). <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación. Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Iparraguirre, Marcos Felipe, Fajardo, Ximena, Carneiro, Everdan, & Couto, Paulo Henrique. (2020). *Desordenes orales potencialmente malignos-Lo que el odontólogo debe conocer. Revista Estomatológica Herediana.* <https://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i3.3826>
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400003&lng=es&tlng=pt.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400003&lng=es&tlng=pt)

6.2 Bibliografía consultada

Aguirre Echebarría P, Aguirre Urizar JM. (2008) Displasia epitelial. Concepto y significación. Av. Odontoestomatol.

<https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original7.pdf>

Alqhtani, Nasser et al (2020). KNOWLEDGE OF DENTAL PRACTITIONERS IN SAUDI ARABIA CONCERNING HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV) AND ITS CORRELATION WITH ORAL CANCERS (volume 24). EBSCO Universidad Latina de Costa Rica.

Alfaro Castro A., Fournier Pérez M. (2013). *Virus del papiloma humano. Revista médica de Costa Rica y centroamérica LXX*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132d.pdf>

Audesirk, Teresa., Audesirk, Gerald., Byers, Bruce E., (2013) *Biología la vida en la tierra con fisiología* (Novena edición).

Awadallah, Michael., Idle, Matthew., Patel, Ketan., Kademani, Deepak (2018). Management update of potentially premalignant oral epithelial lesions. Oral Surgery Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology (Volume 125). EBSCO Universidad Latina de Costa Rica [https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403\(18\)30848-4/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403(18)30848-4/fulltext)

Bello-Santos, P., Ortega-Ortiz, O., Zimbrón-Romero, A., & Reyes-Velásquez, J. O (2000). *Lesiones clínicas más frecuentes de la mucosa bucal en 600 pacientes mayores de 34 años. Investigación transversal, descriptiva, prospectiva y observacional*. Medicina Oral. EBSCO Universidad Latina de Costa Rica. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=25576193&lang=es&site=ehost-live>

Bermejo. M, Martínez. A (2009). *Leucoplasia oral: conceptos actuales. Avances en estomatología* (vol. 25, num. 2). <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

Bolaños, Rolando, & Herrera Jiménez, Ana Lucía (2010). *Estudio descriptivo de Cáncer Bucal, en los egresos hospitalarios de la Caja Costarricense del Seguro Social en los años 2001 a 2008. Revista Científica Odontológica.* <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324227912002>

Dávila, Lucía. Suárez, Tatiana. Pereira-Prado, Vanesa., Vigil, Gabriela., Tomasi, Ramiro. Tapia, Gabriel. Del Muro delgado, Rubén., Bologna-Molina, Ronell. (2019). *Inmunosupresión de biomarcadores Bax, Bcl-2, CD-138, H3, Ki-67, MCM3 y p53 en liquen plano oral.* *Odontoestomatología.* Vol. XXI - N° 34.

DOI: 10.22592/ode2019n34a3

Doncel Clara., Méndez, Maritza., Betancourt, Héctor & Castillo, Arturo. (2014). *Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. Revista Cubana de Medicina Militar.* [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007&lng=es&tlng=es)

Estrada Pereira, Gladys Aída, Zayas Simón, Oscar Primitivo, González Heredia, Eugenia, González Alonso, César, & Castellanos Sierra, Georgina. (2010). *Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. MEDISAN.*

Gerber, Roberto. (2020). *Desórdenes Orales Potencialmente Malignos*, segunda edición. Centro diagnóstico en Medicina Bucal & Maxilofacial. Recuperado el 7 de febrero.

Gómez, I., Warnakulasuriya, S., Varela-Centelles, P., López-Jornet, P., Suárez-Cunqueiro, M., Diz-Dois, P., & Seoane, J. (2010). *Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? Oral Diseases*

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1601-0825.2009.01642.x>

González, María., Herrera, Bárbara., Núñez, Osorio & Ordaz, Madrazo (2010). *Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología*. EBSCO Universidad Latina de Costa Rica. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=74314835&site=ehost-live>

Gutiérrez, F. (2010). *Biología: la célula*. Miami, FL, United States of America: Firms Press. Recuperado de <https://elibro.net/es/lc/ulatinacr/titulos/36344>.

Greenwood, M. Lowry, R.J., (2001). Primary care clinicians' knowledge of oral cancer: a study of dentists and doctors in the North East of England. *British Dental Journal* (volume 191, No. 9). <https://www.nature.com/articles/4801219.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Jolly, Mark., D.D. Dc. & F.R.A.C.D.S. (1976). Premalignant lesions of the oral Mucosa. *Australian Dental Journal* (volumen 21, No.5).

Lao, Gallardo William., Melendez, Bolaños Rolando., Herrera, Jimenez Ana Lucía., (2010)

Lodi, Giovanni., Porter Stephen (2008). Management of potentially malignant disorders: evidence and critique. *J Oral Pathol Med*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18197849>

López-Castro, J. G.; Guzmán-Gastélum, D. A.; Espinosa-Cristóbal, L. F. ; Cuevas-González, J. C.; Tovar-Carrillo, K. L.; Reyes López, S. Y.; Donohue-Cornejo, A. (2016) *Lesiones potencialmente malignas de la cavidad bucal. Revista de ciencia y tecnología de la UACJ*.

Manterola, Carlos, & Otzen, Tamara. (2014). *Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica*. *International Journal of Morphology*. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042

Morales Morán, Liseth., Lescay Mevil, Yamila., García , Jorge Luis., Mayan Reyna, Grisel. (2019). *Displasia epitelial, en adulto mayor*. Facultad de Estomatología. Raúl González Sánchez. La Habana Cuba.

Murillo, C Judith. (2008) *LEUCOPLASIA VERRUGOSA PROLIFERATIVA: ESTUDIO EN 32 CASOS*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, departamento de estomatología. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9746/murillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Patiño JC, Rodríguez A, Umaña RG. Recurrencia del carcinoma escamocelular de cavidad oral en pacientes del Centro Javeriano de Oncología, Bogotá Colombia, en el periodo 2000-2012. Universidad Javeriana de Colombia. Recuperado el 30 de octubre de <https://www.redalyc.org/pdf/2312/231242326021.pdf>

Patton Kevin (2021). Estructura y función del cuerpo humano, 16ª Edición. Recuperado el 10 de abril de <https://books.google.es/books?id=mbgZEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Porter, S., Gueiros, L. A., Carneiro, J. L., & Fedele, S. (2018). *Risk factors and etiopathogenesis of potentially premalignant oral epithelial lesions*. Recuperado el setiembre de 2019, de *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, (Volumen 125). [https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403\(18\)30846-0/references](https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403(18)30846-0/references)

Prado, S. D., Guadalupe, A. G., López-Cedrún, J. L., Granado, J. F., & Aparicio, L. A. (2009). *La ciclooxigenasa-2 (COX-2) y el factor de crecimiento epidérmico (EGF) en lesiones epiteales orales premalignas*. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. EBSCO Universidad Latina de Costa Rica. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=43480445&lang=es&site=ehost-live>

- Santos, P. B., Velásquez, J. O. R., & Alba, I. V. (2001). *El papel del Cirujano Dentista en la detección oportuna del cáncer bucal. Presentación de un caso. Medicina Oral*. EBSCO Universidad Latina de Costa Rica. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=25576231&site=ehost-live>
- Srikanth, Akshaya., Bin, Nazrin., & Qasim, Shazia (2015) Knowledge of Future Dental Practitioners towards Oral Cancer: Exploratory Findings from a Public University in Malaysia, *International Journal of Dentistry*, vol. 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/218065>.
- Tarragó, J. D. M., Ramírez, L. F., Heredia, G. L. G., Pérez, I. R., & Miranda, E. T. (2010). *Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana*. 1999-2006. *Revista Cubana de Estomatología*. EBSCO Universidad Latina de Costa Rica. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=58657106&site=ehost-live>
- Tovío EG, Carmona MC, Diaz AJ, Harris J, Lanfranchi HE (2018). *Expresiones clínicas de los desórdenes potencialmente malignos en cavidad oral*. Revisión integrativa de la literatura. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo37-78.ecdp>.
- Vergara Hernández, Clara Inés. Díaz Caballero, Antonio. Barrios García, Lía. (2011). Liquen plano en cavidad oral. *Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura*.
- Villa, Alessandro., Sook, Bin Woo. (2016). Leukoplakia – *A diagnostic and management Algorithm*. *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2016.10.012>

6.3 Anexos

Anexo 1: Cuestionario

Universidad Latina de Costa Rica

Tema: INCIDENCIA Y MANEJO DE LOS DESÓRDENES ORALES POTENCIALMENTE MALIGNOS EN CAVIDAD BUCAL TRATADOS POR ODONTÓLOGOS GENERALES AVANZADOS Y CIRUJANOS MAXILOFACIALES EN EL ÁREA DE SAN JOSÉ CENTRO.

Objetivo: Evidenciar cuál es la incidencia y manejo de los DOPM; A manera de colaboración y desarrollar una guía de abordaje para el diagnóstico y tratamiento de desordenes orales potencialmente malignas.

Consentimiento informado

Estoy de acuerdo en participar con esta investigación, sobre incidencia y manejo de desórdenes orales potencialmente malignos y factores predisponentes.

- Estoy de acuerdo

Pertenezco al grupo de especialistas colegiados de:

- Odontología General Avanzada
- Cirujanos Orales y Maxilofaciales

1. ¿Cuántos casos de lesiones potencialmente malignas ha recibido en consulta en los últimos dos años?

- a) 1-5
- b) 6-10
- c) 11-15
- d) Más de 16
- e) No he recibido casos de este tipo de lesión

2. ¿Cuántos casos de Eritroplasia ha recibido en consulta en los últimos dos años?

- a) 1-5
- b) 6-10
- c) 11-15
- d) Más de 16
- e) No he recibido casos de este tipo de lesión

3. ¿Cuántos casos de liquen plano ha recibido en consulta en los últimos dos años?
- a) 1-5
 - b) 6-10
 - c) 11-15
 - d) Más de 16
 - e) No he recibido casos de este tipo de lesión

4. ¿Cuántos casos de queilitis actínica ha recibido en consulta en los últimos dos años?
- a) 1-5
 - b) 6-10
 - c) 11-15
 - d) Más de 16
 - e) No he recibido casos de este tipo de lesión

5. ¿Cuántos casos de leucoplasia oral ha recibido en consulta en los últimos dos años?
- a) 1-5
 - b) 6-10
 - c) 11-15
 - d) Más de 16
 - e) No he recibido casos de este tipo de lesión

6. ¿Qué factores de riesgo considera usted de importancia para definir el abordaje/control de una leucoplasia oral? (Puede marcar varias opciones)

- Grado de displasia epitelial (reportado previamente por medio de una biopsia incisional)
- Edad avanzada
- Sexo masculino
- Paciente usuario de tabaco/alcohol
- Antecedentes familiares de cáncer
- Color de piel del paciente
- Peso del paciente
- Otra: (abierta)

7. ¿Qué características clínicas considera usted de riesgo para la transformación maligna de una Leucoplasia Oral? (Puede marcar varias opciones)

- Leucoplasias que midan entre 1cm a 2 cm
- Leucoplasias de corta evolución
- Leucoplasias heterogéneas
- Leucoplasias ubicadas en piso de boca, vientre/bordes laterales de lengua.
- Leucoplasias heterogéneas (superficie irregular, fisurada, verrucosa, etc.).

- Leucoplasias de más de 2cm de extensión
- Leucoplasias de larga data
- Otra: (abierta)

8. Al enfrentar una Leucoplasia Oral, qué considera usted de bajo riesgo de transformación a cáncer y que mide menos de 2 cm de extensión, ¿cuál es su abordaje? (Puede marcar varias opciones)

- Esperar y observar (no intervenir quirúrgicamente)
- Biopsia incisional cada seis meses
- Biopsia incisional y controlar clínicamente de por vida
- Biopsia escisional y dar de alta al paciente
- Biopsia escisional y controlar clínicamente de por vida
- Otra:

9. ¿Cuántos milímetros considera usted como margen de seguridad para realizar una escisión de una leucoplasia oral?

- 1mm
- 2mm
- 3mm
- 5mm
- No son necesarios márgenes de seguridad
- Otra:

10. Al enfrentar una leucoplasia oral, ¿qué considera usted sea de alto riesgo de transformación a cáncer y que mide más de 3 cm de extensión, ¿cuál es su abordaje? (Puede marcar varias opciones)

- Esperar y observar (no intervenir quirúrgicamente)
- Biopsia incisional cada seis meses
- Biopsia incisional y controlar clínicamente de por vida
- Biopsia escisional y controlar clínicamente cada año (de por vida)
- Biopsia escisional y dar de alta al paciente
- Biopsia escisional y controlar clínicamente cada dos meses (de por vida)
- Otra:

11. En su experiencia, ¿ha logrado evidenciar transformación maligna a lo largo del tiempo en alguno de estos pacientes con DOPM?

1) Si

- 2) No
3) Otro:

12. En caso de encontrar una lesión asociada el Virus del papiloma humano en boca, ¿realiza usted pruebas de tipificación para VPH con el fin de determinar su riesgo respecto a la transformación a cáncer?

- a) Si
b) No
c) Otra:

13. ¿Qué zonas considera usted de riesgo para el desarrollo de cáncer oral? (Puede marcar varias opciones)

- Borde lateral de la lengua
- Dorso de la lengua
- Vientre de la lengua
- Piso de boca
- Encías
- Paladar duro
- Paladar blando
- Mucosa Yugal
- Mucosa Labial
- Otro:

Anexo 2: Prueba de Jueces

Fecha: 18 junio 2021

Carta Prueba de Jueces

Por este medio, la Dra. Eliza Rodriguez Cheng, realizo el análisis de la prueba de jueces para el trabajo de investigación titulado:

“INCIDENCIA Y MANEJO DE LOS DESORDENES ORALES POTENCIALMENTE MALIGNOS EN CAVIDAD BUCAL TRATADOS POR ODONTOLOGOS GENERALES AVANZADOS Y CIRUJANOS MAXILOFACIALES EN EL AREA DE SAN JOSE CENTRO, UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA, ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2020”

Realizado por la estudiante Priscilla Pereira Royo, cédula 1 1536 0231 y cojmo tutor el Dr. Roberto Gerber Mora pertenecientes a la Universidad Latina de Costaa Rica.

Agrediciendo su colaboración,



Dra. Eliza Rogriguez C.

28 de junio del 2021

Fecha

Anexo 3: Resultados de la encuesta.

Consentimiento informado y especialidad.

Estoy de acuerdo en participar de esta investigación, sobre incidencia y manejo de desordenes orales potencialmente malignos y factores predisponentes.



39 respuestas



Imagen 1

Pertenezco al grupo de especialistas colegiados de:

39 respuestas

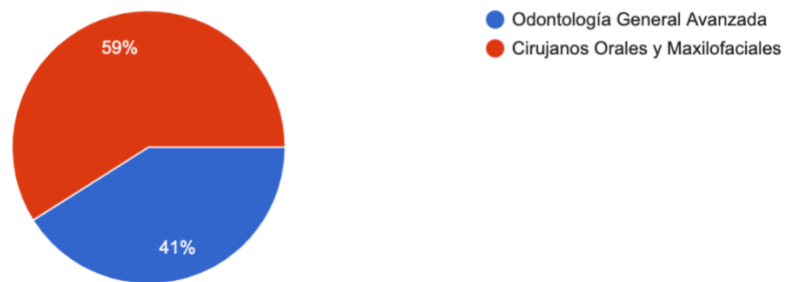


Imagen 2

Cuantos casos de lesiones potencialmente malignas ha recibido en consulta en los últimos 2 años?



39 respuestas

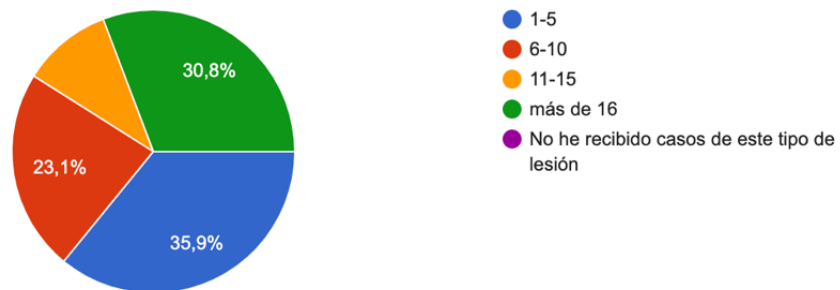


Imagen 3

Cuántos casos de eritroplasia ha recibido en consulta en los últimos 2 años?



39 respuestas

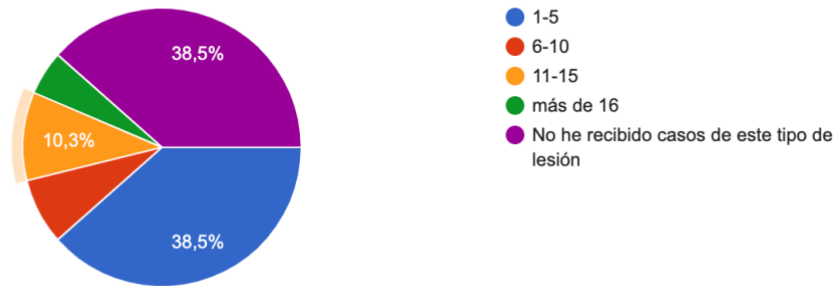


Imagen 4

Cuántos casos de liquen plano ha recibido en consulta en los últimos 2 años?

39 respuestas

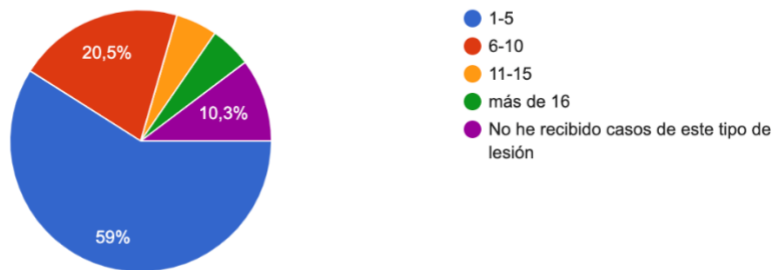


Imagen 5

Cuántos casos de queilitis actínica ha recibido en consulta en los últimos 2 años?

39 respuestas

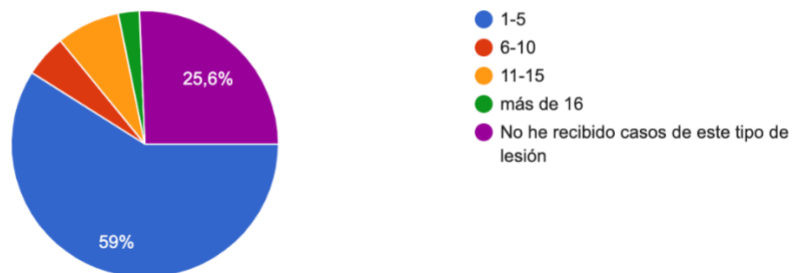


Imagen 6

Cuántos casos de leucoplasia oral ha recibido en consulta en los últimos 2 años?



39 respuestas

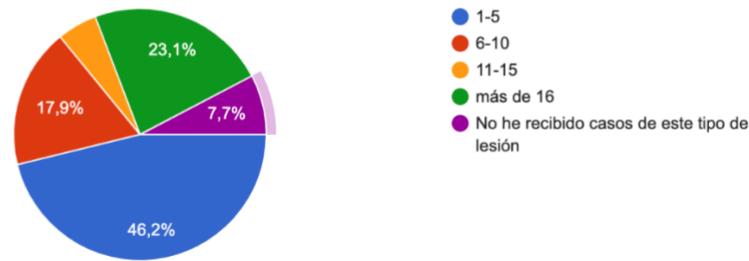


Imagen 7

Qué factores de riesgo considera usted de importancia para definir el abordaje/control de una leucoplasia oral? (Puede marcar varias opciones)

39 respuestas

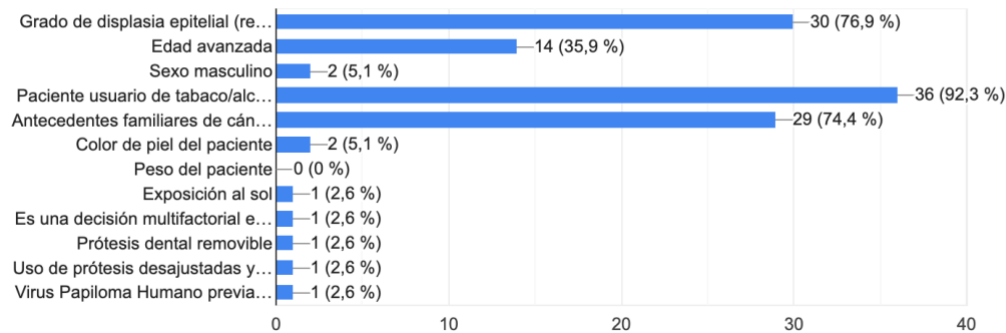


Imagen 8

Qué características clínicas considera usted de riesgo para la transformación maligna de una leucoplasia oral? (Puede marcar varias opciones)



39 respuestas

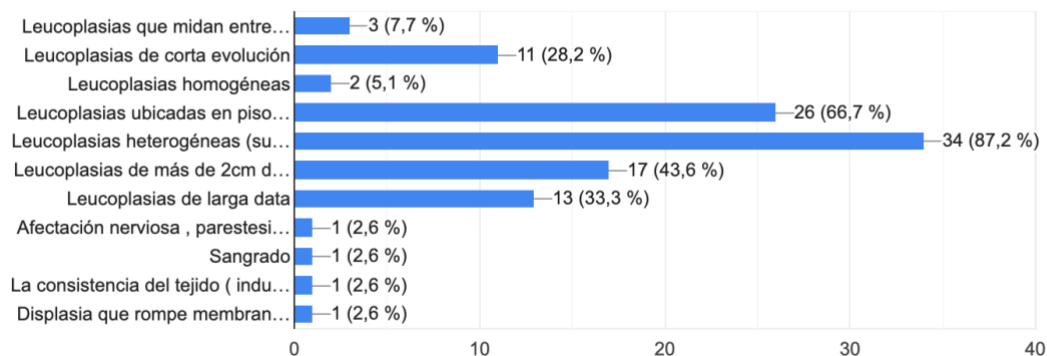


Imagen 9

Al enfrentar una leucoplasia oral, que usted considera de bajo riesgo de transformación a cáncer y que mide menos de 2 cm de extensión, cuál es su abordaje (Puede marcar varias opciones)



39 respuestas

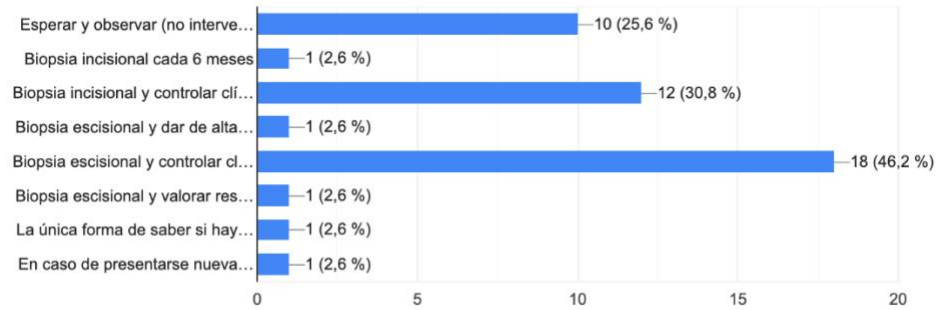


Imagen 10

Qué zor
opcione

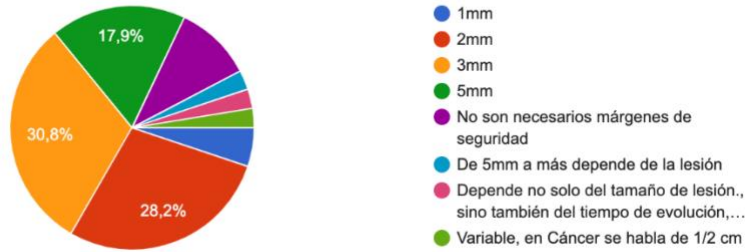
Cuántos milímetros considera usted como margen de seguridad para realizar una escisión de una leucoplasia oral?



39 respue:

39 respuestas

Bor



Labio infe

0 10 20 30 40

Imagen 11

Al enfrentar una leucoplasia oral, que usted considera de alto riesgo de transformación a cáncer y que mide más de 3 cm de extensión, cuál es su abordaje? (Puede marcar varias opciones)



39 respuestas

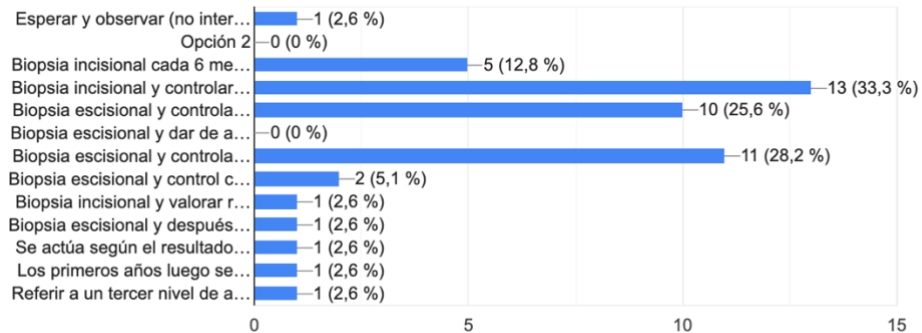


Imagen 12

En su experiencia, ha logrado evidenciar transformación maligna a lo largo del tiempo en alguno de estos pacientes con DOPM?



39 respuestas

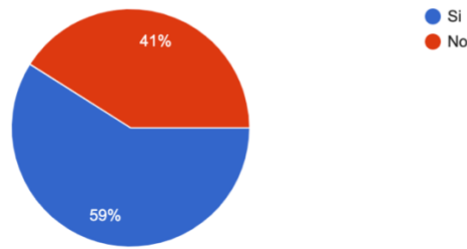


Imagen 13

En caso de encontrar una lesión asociada el Virus del papiloma humano en boca, realiza usted pruebas de tipificación para VPH con el fin de determinar su riesgo respecto a la transformación a cáncer?



39 respuestas



Imagen 14

Qué zonas considera usted de riesgo para el desarrollo de cáncer oral? (Puede marcar varias opciones)

39 respuestas

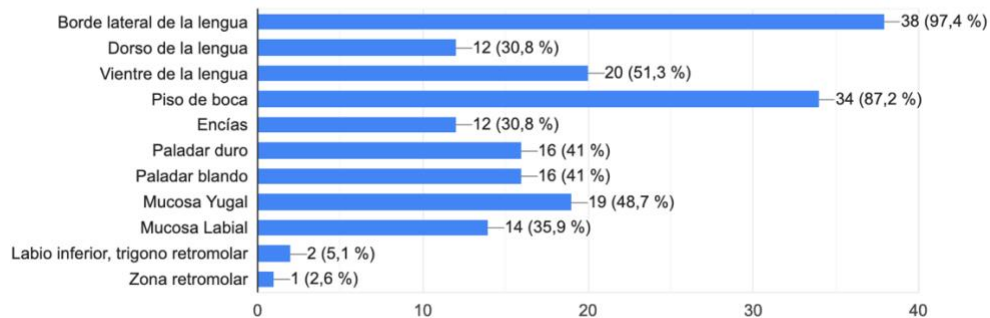


Imagen 15

Anexo: 4 Carta de Aprobación por parte de la Filóloga

UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA

San José 9 de setiembre de 2021

Facultad de Odontología
Sede San Pedro
Presente

Señores: Comité Examinador.

Lel y corregí la tesis titulada; *Incidencia y Manejo De Los Desórdenes Orales Potencialmente Malignos en Cavidad Bucal Tratados Por Odontólogos Generales Avanzados y Cirujanos Maxilofaciales en el Área de San José Centro, Universidad Latina de Costa Rica, entre enero y agosto de 2020*, elaborado por la sustentante, Priscilla Pereira Royo, cédula número 1-1536-0231 tesis de graduación para optar por grado académico de Licenciatura en Odontología.

Corregí el trabajo en aspectos tales como construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía y otros temas relacionados con el campo filológico y, desde ese punto de vista, considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto, cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Latina de Costa Rica.

Se suscribe de ustedes, cordialmente.



Lic. Yadira Murillo Guzmán.
Asociación de Costarricense de filólogos (ASOCFIL).
Carné: 0167
Cédula. 5 0204 0719
Teléfono.72 96 00 22
Correo: revisiontesis@gmail.com

