



METODOLOGÍA DEL EXAMEN DEL COMPLEJO BUCAL PARA ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA

Dra. Yohana Morgado Lastres¹, MSc. Dr. Daniel Enrique Reyes Romagosa², Dra. Marina Elvira Oliva Vázquez¹, Dra. María Rosa Paneque Gamboa²

¹Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Docente " René Vallejo Ortiz", Manzanillo, Granma.

²Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Granma.

Correspondencia a: Daniel Enrique Reyes Romagosa. Correo: dromagosa@ucm.qrm.sld.cu

Recibido: 21 de noviembre de 2014

Aceptado: 13 de enero de 2015

RESUMEN

Actualmente, el cáncer bucal constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no sólo en el ámbito de la salud pública sino también para las ciencias en general. Algunos tipos de cánceres se consideran enfermedades prevenibles en virtud de que muchos de los factores relacionados con el estilo de vida de las personas se han asociado a su incidencia. El estomatólogo desempeña un papel fundamental en el diagnóstico oportuno y la prevención de esta afección pues su tarea es detectar cualquier lesión en estado incipiente y así simplificar el tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente; pero mucho más importante que detectar la lesión es prever su desarrollo orientando a la población y eliminando los factores de riesgo. En este sentido, es necesario dotar al estudiante de estomatología de una metodología que le permita diagnosticar precozmente esta enfermedad con vistas a disminuir sus efectos nocivos para la salud.

Palabras clave: neoplasias de la boca, estudiantes, examen físico

ABSTRACT

At the moment, the buccal cancer constitutes one of the biggest problems that the humanity faces, not only in the environment of the public health but also for the sciences in general. Some types of cancers are considered prevent illnesses by virtue of that many of the factors related with the lifestyle of people have associated to their incidence. Dentistry plays a fundamental part in the opportune diagnosis and the prevention of this since affection its task it is to detect any lesion in incipient state and this way to simplify the treatment and to improve the quality of the patient's life; but much more important that to detect the lesion is to foresee its development guiding the population and eliminating the factors of risk. In this sense, it is necessary to endow the dentistry student of a methodology that allows him to diagnose this illness precociously with a view to diminishing their noxious effects for the health.

Key words: mouth neoplasms, students, physical examination

INTRODUCCIÓN

La detección clínica temprana del cáncer del complejo bucal depende del examen oportuno del paciente, constatando la neoplasia. En la actualidad, ha quedado demostrado en diversos estudios que la medida más eficaz para la curabilidad del cáncer bucal es la terapéutica temprana, resultado de un examen minucioso y sistemático.^{1,2}

En nuestro país, desde 1985 se puso en práctica el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB), respaldado por el Ministerio de Salud Pública, único en el mundo por su cobertura nacional, cuya acción radica en el examen anual del complejo bucal a los sujetos de 15 años y más por parte del Estomatólogo y Médico de Familia.^{3,4}

La preparación del estudiante de Estomatología en los aspectos clínico-epidemiológicos de esta afección es importante para ejecutar las medidas de prevención en sus distintas etapas; es imprescindible que ellos interioricen los objetivos del programa y la necesidad de desarrollar métodos educativos específicos dirigidos a la comunidad, para obtener la participación activa de esta en el enfrentamiento al problema del cáncer bucal.⁵

Con la implementación del PDCB en Cuba se ha logrado mantener la curabilidad del cáncer bucofaríngeo al más alto nivel internacional. El desarrollo del mismo ha constituido un gran avance en el conocimiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales, sobre todo, en relación con las lesiones y estados premalignos y las neoplasias malignas de localización bucal, en amplia concordancia con las directrices sobre política y gestión de los programas nacionales de lucha contra el cáncer dictados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁶⁻⁸

Dado el aumento global del número de casos de cáncer bucal, la factibilidad de realizar el examen y detección temprana conjuntamente al tratamiento oportuno y la aplicación de acciones de promoción y prevención de salud,^{2,8,9} tales como las normadas por el PDCB, los estudiantes deben tener una guía para la realización del examen físico que a su vez les permita enseñar a sus pacientes a practicar el autoexamen bucal.

DESARROLLO

Interrogatorio

Pueden presentarse los casos de pacientes asintomáticos que acuden a realizarse un tratamiento de atención general o especializada, o bien tratarse de un paciente con conocimiento de presentar una lesión o síntomas subjetivos. En el primer caso, el interrogatorio va dirigido a buscar datos que se relacionen con el grupo de alto

riesgo de padecer cáncer; sin embargo, en la segunda posibilidad el paciente acude a consulta por una molestia o lesión específica, para lo cual se le interroga con el objetivo de relacionar los hallazgos clínicos con la evolución y los síntomas requeridos.^{10,11}

En todas las situaciones, se debe valorar: la edad del paciente, los hábitos tóxicos como tabaquismo, alcoholismo, así como la ocupación, los padecimientos, las enfermedades crónicas y los antecedentes familiares.¹¹⁻¹³

Examen físico

Estomatólogos y clínicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes. La exploración puede ser realizada en el mismo local de trabajo del médico o estomatólogo como una actividad permanente del trabajo diario e incluso durante la visita al hogar o centro de trabajo.¹⁴

El instrumental que se debe utilizar es el habitual del estomatólogo o en su defecto un depresor de lengua. Lo más importante es una buena iluminación (natural o artificial). El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la última radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.¹⁵

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos. Su propósito es detectar: nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables.¹⁵

El examen se ha simplificado en siete pasos aprovechando al máximo las habilidades del examinador y dirigiendo el proceder a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica. Colóquese al paciente sentado frente al examinador y pídale que retire cualquier prótesis antes de comenzar el examen, así como gafas, pañuelos o cualquier otro aditamento que dificulte la correcta realización del mismo.¹⁵

Después de realizar la inspección general de la cara y el cráneo del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, rasgos, tipo facial, expresión,

inspección de la piel, cambios de color, aumento de volumen, cambios de textura, asimetrías, presencia de cicatrices, lunares u otras lesiones, se procede a examinar el labio.¹⁵

1. Labio

Se comienza la exploración desde la piel hasta la mucosa (línea de Klein), desde una a otra comisura y en altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina.^{15,16}

La palpación bimanual (bidigital con los dedos índice y pulgar) evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos, los gránulos de Fordyce y la consistencia normal de la encía y el labio.^{15,16}

2. Mucosa del carrillo

Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía vestibular superior e inferior. Se palpa en toda su extensión de forma bimanual.^{15,17}

Deben recordarse las estructuras normales como: la terminación del conducto de la glándula parótida (Stenon), la línea alba, las glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona que pueden confundirse con procesos patológicos; la maniobra se repite en el lado izquierdo.¹⁵

3. Paladar duro y blando

En este caso se incluye en un bloque de exploración: el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores (palatogloso), así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y, ocasionalmente, el torus palatino.

El paladar blando es móvil y depresible, para comprobar su movilidad se le indica al paciente que pronuncie la letra A de forma continua (aaaaaaaaa), se palpa con el dedo índice de forma rápida, para evitar el reflejo nauseoso.¹⁵

4. Lengua móvil

Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones. Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones.

Para ello se puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente: las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.^{15,16}

5. Cara ventral de la lengua y suelo de la boca

Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro.

Para la palpación bidigital del piso de la boca, el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares (Rivinus y Wharton), frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.^{15,16}

6. Raíz o base de la lengua y bucofaringe

Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucofaringe auxiliándose del espejo bucal o laríngeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal (para que no se empañe). Este calentamiento se puede realizar con un mechero, frotándolo o con la luz de la lámpara, mientras se tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo.

Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U de forma rápida por el reflejo de náuseas que provoca. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de la base de la lengua y las valéculas.¹⁵

7. Examen del cuello y ATM

La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación, comenzando por el lado izquierdo, incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la maniobra; repita el proceder en el lado derecho invirtiendo sus manos.

Palpe atentamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria así como los grupos submentonianos, parotídeos, preauricular, retroauricular y occipital. Palpe las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación témporomandibular.^{8,15}

Cadenas ganglionares

Submandibular: situada dentro del triángulo digástrico, a lo largo de la cara interna de la mandíbula, tiene 3 grupos (anterior, medio y posterior) que reciben el drenaje linfático de la cara y parte anterior de la boca.

Yugular interna: situada por delante del músculo esternocleidomastoideo, tiene 3 grupos (superior, medio e inferior) que reciben el drenaje linfático de la parte anterior de la cabeza y el cuello, fosas nasales, faringe, oídos, lengua, paladar duro y blando, glándulas salivales y tiroides.

Cervical transversa: situada en relación con la fosa supraclavicular, recibe el drenaje de la región lateral del cuello, de la región mamaria y de la cadena espinal.

Espinal accesoria: situada por detrás del músculo esternocleidomastoideo, recibe el drenaje linfático de los grupos occipitales, región de la nuca, zona lateral del cuello y hombro.

Para completar la exploración del cuello, sitúese por detrás del paciente y utilizando ambas manos realice la palpación detectando las posibles diferencias entre las estructuras contralaterales. Aún en ausencia de síntomas, un nódulo cervical unilateral en un paciente de mediana edad es sospechoso de malignidad.

Cuando se note xerostomía (sequedad bucal) o aumento de volumen de algunas de las glándulas salivales debe extraerse y evaluarse la calidad, cantidad y consistencia de la saliva. Para ordeñar la glándula parótida coloque un dedo en el área preauricular y desplácelo hacia delante siguiendo el camino del conducto. La

glándula submaxilar es ordeñada colocando un dedo en el triángulo submandibular del cuello con un movimiento hacia el mentón.

La saliva proveniente de las glándulas submandibulares es drenada por el conducto de Wharton localizado por detrás de los incisivos inferiores. Las glándulas salivales con funcionamiento normal producirán al menos una gota de saliva clara y acuosa.⁸

Articulación témporomandibular (ATM)

El examen se realiza por delante o por detrás del paciente. Se coloca el dedo índice en la región preauricular y se le indican la paciente realizar movimientos de apertura y cierre, propulsión, retropulsión y de lateralidad.

También se puede desarrollar introduciendo el dedo índice en el conducto auditivo externo. Recuerde que algunos de los signos de advertencia de cáncer bucal son:

- Úlcera que no cicatriza.
- Lesión roja o blanca persistente.
- Lesión que sangra fácilmente.
- Dificultad para masticar o tragar.
- Dificultad para mover la lengua o la mandíbula.

El dolor y la irritación pueden o no estar presentes en las lesiones incipientes. Las lesiones traumáticas desaparecen generalmente cuándo se suprime el agente etiológico, siendo las prótesis mal ajustadas su causa más común. Las lesiones que persistan después de dos semanas deben someterse a biopsia para confirmar su histología. Los pacientes con lesiones traumáticas sospechosas deben ser remitidos al especialista para su diagnóstico y tratamiento.^{8,15,16}

CONCLUSIONES

El cáncer bucal es una entidad prevenible por lo que la efectividad de la prevención, tanto primaria como secundaria así como la accesibilidad de la exploración por un facultativo previamente formado, son razones más que suficientes para justificar la implementación de programas permanentes de prevención y diagnóstico temprano de la enfermedad, lo cual justifica la necesidad de dotar al estudiante de pregrado de los conocimientos y herramientas necesarias para desarrollar acciones de prevención de esta afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintana JC, Ceja C, Gardón L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 1999 Dic [cited 2014 Nov 21]; 36(3):230-34. Spanish. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071999000300006&lng=es
2. Foulkes M. Oral cancer: risk factors, treatment and nursing care. Nursing Standard [Internet]. 2013 Oct 23, [cited 2015 Sept 18]; 28(8): 49-57.
3. Mora MC, Montenegro I, Pérez T, Rodríguez AL. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal: Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 Jun [cited 2014 Nov 21]; 17(3): 240-43. Spanish. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300006&lng=es.
4. Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002: 38-47.
5. Toledo BF, Cabañin T, Machado MC, Monteagudo MV, Rojas C, González ME. El empleo del autoexamen bucal como actividad educativa en estudiantes de Estomatología. Rev EDUMECENTRO [Internet]. [cited 2014 Nov 21]. Spanish. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000400004&lng=es.
6. Morales D, Rodríguez L, García M. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev Hab Cienc Méd [Internet]. 2009 Nov [cited 2014 Nov 21]; 8(4). Spanish. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400012&lng=es.
7. Sosa M, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, Santana JC. Programa nacional de atención estomatológica integral. In Programa nacional de atención estomatológica integral. DAMPSA; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Cuba; Ministerio de Salud Pública, 2013. [cited 2014 Nov 21]; 8(4). Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=688339&indexSearch=ID>
8. Martins S, Coelho C, de Araújo E, Bourget M, De Campos L, Sousa de Almeida C, *et al*. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. Revista Panamericana De Salud Pública [Internet]. 2012, Mar [cited 2015 Sep]; 31(3): 246-52. [Portuguese]
9. Oliveira L, Ozelame S, Philippi C, Bueno R, Bottan E. Agente comunitário de saúde e a prevenção do câncer bucal. Revista Salusvita [Internet]. 2012, May, [cited 2015 Sept]; 31(2): 141-51. [Portuguese]
10. Borhan K, Moradi A, Yazdabadi A. Evaluating the degree of knowledge on oral cancer among general practitioners and dentists in Qazvin. Journal of Evaluation in Clinical Practice [Internet]. 2012, Apr [cited 2015 Sept]; 18(2): 498-501.
11. Ordóñez D, Aragón N, Stella García L, Collazos P, Eduardo Bravo L. Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. Salud Pública de México [Internet]. 2014, Sep [cited 2015 Sept]; 56(5): 465-72. [Spanish]
12. Rebolledo M, Escalante M, Espitia S, Carmona Z. Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Reporte de dos casos. Salud Uninorte [Internet]. 2012 Sep [cited 2015 Sept]; 28(3): 438-44. [Spanish]
13. Boyle J, Gümüş Z, Kacker A, Choksi V, Bocker J, Zhou X, *et al*. Effects of Cigarette Smoke on the Human Oral Mucosal Transcriptome. Cancer Prev Res [Internet]. 2010 March [cited 2015 Sept]; 3(3). Available from: www.aacrjournals.org
14. Rwamugira J, Maree J. The findings of a nurse-lead intervention for detection and prevention of oral cancer. A pilot study. European Journal of Cancer Care [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept]; 21(2): 266-73.
15. Fernández T. Oral cancer. Nursing Standard [Internet]. 2013 Oct 23 [cited 2015 Sept]; 28(8): 60.
16. Santana JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2^{da} edición. La Habana: Ecimed; 2010.

17. Erdogan N, Bulbul E, Songu M, Uluc E, Onal K, Katilmis H, *et al*. Puffed-cheek computed tomography: A dynamic maneuver for imaging oral cavity tumors. ENT: Ear, Nose & Throat Journal [Internet]. 2012 Sep [cited 2015 Sept]; 91(9): 383-86.