



# Protocolo de Atención Clínica para la prevención y detección temprana de cáncer bucal.

**Código PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 011.191023**

***Versión: 01***

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Área de Regulación y Sistematización al Diagnóstico y Tratamiento

Coordinación Nacional de Odontología

2023

CONSTRUIDO POR:

- Dra. Ana Lucía Herrera Jiménez, Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento (ARSDT), Coordinadora Nacional de Odontología.
- Dra. Dylana Mena Camacho, ARSDT, Asistente de Coordinación.
- Dra. Jocelyn Núñez Chavarría, ARSDT, Asistente de Coordinación.
- Dra. Mireya Solórzano Rodríguez. ARSDT, Asistente de Coordinación.
- Dr. Juan Carlos Obando Hernández, ARSDT Asistente de Coordinación.
- Dr. Gonzalo Azúa Córdova, Director Ejecutivo, Coordinación Técnica del Cáncer
- Dr. Esteban Cantillo Quirós, Coordinación Técnica del Cáncer.
- Dr. Rodolfo Gamboa Montes de Oca, Jefatura, Cirujano Maxilofacial, Hospital Nacional San Juan de Dios.
- Dr. Juan Carlos Ruiz Guevara, Jefatura, Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia.
- Dra. Ingrid Quesada Zamora, OGA, Hospital Nacional Geriátría y Gerontología
- Dr. Giovanni Vaglio Cascante. Cirujano Maxilofacial. Hospital Nacional México.
- Dra. Lizbeth Marie Chavarría Gutiérrez, Odontopediatra, Hospital Nacional de Niños.
- Dr. José Carlos Vásquez Meléndez, Prótesis Maxilofacial, Hospital México.
- Dr. Wilfredo Mena Segura, Prótesis Maxilofacial, Hospital Dr. Calderón Guardia.
- Dra. Ana Gabriela Retana Chaves, OGA, Hospital Calderón Guardia.
- Dra. Alexandra Ramírez Segura, OGA, Hospital Escalante Pradilla.
- Dr. Rodrigo Hernández Montero, OGA, Hospital San Vicente de Paul
- Dra. Siany Alejandra Valverde Rojas, OGA, Hospital San Carlos.
- Dr. Carlos Sequeira Campbell, OGA, CAIS Siquirres.
- Dra. Karen Sobalvarro Mojica, Jefatura Hospital San Vicente de Paul
- Dra. Margarita Vásquez Castro, Jefatura Área de Salud Tibás-Uruca Merced.
- Dra. Andrea Brenes Trigueros, Área de Salud de Poas.
- Dra. Ana Cristina Sotomayor Aguilar, Área de Salud de San Rafael de Puntarenas
- Dr. Huberth Araya Rodríguez, Área de Salud Alajuela Oeste
- Dra. Daniela Zamora Portuguesa, Coordinadora Subárea Bioética Clínica y en Gestión, Área Bioética.
- Dr. Alejandro Alfieri Marín Mora. Área Bioética.
- Dra. Laura Esther Céspedes Bonilla, Área Bioética.
- Dr. Alfonso Villalobos Pérez, Asistente, Coordinación Nacional de Psicología.
- Dra. Mariela Fletes Brenes, Asistente, Coordinación Nacional de Psicología.
- Dra. Sara Cubillo Escalante, Asistente, Coordinación Nacional de Psicología.
- MSc. Celenia Corrales Fallas, Asesora, Coordinación Nacional de Trabajo Social.
- Dra. Grace Murillo Loaiza, Coordinadora, Coordinación Nacional de Nutrición.
- Dra. Maricruz Ramírez Di Leoni, Asistente, Coordinación Nacional de Nutrición.
- Dra. Cecilia Vargas Hernández, Asistente, Coordinación Nacional de Nutrición.

VALIDADO POR:

**Áreas de Salud Tipo 1**

- Área de Salud Turrialba- Jiménez
- Área de Salud Montes de Oro
- Área de Salud Esparza
- Área de Salud Golfito
- Área de Salud Liberia
- Área de Salud San Ramón
- Área de Salud Guatuso
- Área de Salud Poas

**Hospitales Periféricos**

- Hospital San Francisco de Asís
- Hospital de Upala.
- Hospital de La Anexión
- Hospital Max Terán Valls
- Hospital Juana Pirola
- Hospital William Allen Taylor

**Hospitales Regionales**

- Hospital Monseñor Sanabria.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Salud Atenas</li> </ul> <p><b>Áreas de Salud Tipo 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Salud Alajuelita</li> <li>• Área de Salud La Unión</li> <li>• Área de Salud San Rafael, Puntarenas</li> <li>• Área de Salud Santa Cruz</li> <li>• Área de Salud Barranca</li> </ul> <p><b>Áreas de Salud Tipo 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de Salud Atenas</li> <li>• Área de Salud Coronado</li> <li>• Área de Salud Desamparados 1</li> <li>• Área de Salud Buenos Aires, Puntarenas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital San Vicente de Paul.</li> <li>• Hospital de San Carlos.</li> <li>• Hospital Dr. Enrique Baltodano.</li> <li>• Hospital Dr. Toni Facio</li> <li>• Hospital Dr. Escalante Pradilla</li> </ul> <p><b>Hospitales Nacionales y Especializados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Dr. Max Peralta Jiménez.</li> <li>• Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia.</li> <li>• Centro Nacional de Rehabilitación</li> <li>• Hospital Nacional de Niños.</li> <li>• Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología.</li> <li>• Hospital Nacional Salud Mental.</li> </ul>
APROBADO POR:	<p>Mario Mora Ulloa, Jefe Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento</p>	
AVALADO POR:	<p>Dr. Wilburg Díaz Cruz, Gerente, Gerencia Médica</p> <p>MEDIANTE OFICIO #.</p>	
Fecha revisión y aprobación	<p>NOVIEMBRE— 2023</p>	
Próxima revisión:	<p>NOVIEMBRE – 2025</p>	
Observaciones	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>Se utilizan las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARSDT: Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento</li> <li>• DDSS: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</li> <li>• HCG: Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia</li> <li>• HM: Hospital México.</li> <li>• HSJD: Hospital San Juan de Dios</li> </ul> <p>Consultas al: <a href="mailto:arsdtod@ccss.sa.cr">arsdtod@ccss.sa.cr</a></p> <p><b>Declaración de Intereses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, el cual fue analizado por el ETCM y tomó las debidas acciones; los formularios serán custodiados por 5 años.</li> </ul>	

## Índice

Índice	4
Presentación	5
Introducción	6
Definiciones, abreviaturas y símbolos	8
Metodología	10
Referencias normativas	10
Alcance y campo de aplicación	12
Objetivos	13
Población Diana	13
Personal que interviene	13
Contenido	14
Procedimiento	14
Sección I. Prevención y Tamizaje de Cáncer Oral	15
Criterios de Referencia	19
Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos	21
Declaración de Intereses	24
Herramientas de Aplicabilidad	24
Contacto para consultas	25
Anexos	26
Referencias	39
Bibliografía de Consulta	41

## Presentación

La Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) requiere de herramientas que faciliten y permitan proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad. Basándose en el uso de la evidencia científica, para obtener un insumo fundamental que permite el desarrollo de una gran cantidad de aplicaciones requeridas para el buen devenir de los servicios de salud.

El Protocolo de la Atención Clínica es un documento de consulta con una descripción detallada de la secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud o área a mejorar en un entorno determinado, con la actuación de los profesionales en salud ante determinada situación que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica (GPC).

El presente protocolo hace especial énfasis en la prevención y la detección temprana del cáncer bucal, siendo uno de los tipos de cáncer que se pueden presentar en cabeza y cuello, por lo que es indispensable por medio de la educación y buenas prácticas, minimizar los riesgos o bien orientar al usuario como al personal de salud a su detección oportuna para un tratamiento menos invasivo y de mejor pronóstico. Sin embargo, son múltiples factores determinantes a lo interno como externo del ser humano que pueden inducir a la formación de lesiones precancerosas y cancerosas que sin duda requieren un diagnóstico temprano con un manejo institucional interdisciplinario.

**Dr. Wilburg Díaz Cruz**

**Gerente- Gerencia Médica**

## Introducción

El cáncer es uno de los principales problemas de salud con que se enfrenta la sociedad actual y, por lo tanto, es un tema obligado en la salud pública, ya que es una enfermedad que amenaza y atenta contra la vida.

Docel et al, mencionados por Duarte, Romero y Montero (2015) “señalan que es importante apreciar qué conoce la población acerca del cáncer oral y sus factores de riesgo, para establecer estrategias de trabajo que nos permitan aumentar sus conocimientos y por consiguiente la prevención de tan penosa enfermedad” (pp. 50-51).

Duarte, Romero y Montero (2015) enfatizan la necesidad de difundir y concientizar a la población acerca de la necesidad de la visita al odontólogo, ya que por simple observación se pueden detectar los cambios en la mucosa de manera precoz y evitar así evolución de lesiones potencialmente malignas. Los mismos autores afirman que los odontólogos y médicos de la familia “deberán estar muy bien preparados para identificar pequeñas alteraciones, comienzo de síntomas y signos de cáncer, pero también deberán tener suficientes conocimientos científicos para brindar la educación sobre medidas preventivas contra el cáncer” (p.53)

La OMS (2020) establece con respecto a la prevención del cáncer en términos generales aplicables al cáncer oral:

“Una actividad física regular y el mantenimiento de un peso corporal saludable, junto a una dieta sana, reducirán considerablemente el riesgo de contraer cáncer. Deberían ponerse en práctica políticas y programas nacionales para promover una mayor conciencia y reducir la exposición a los factores de riesgo y para asegurarse de que las personas reciban la información y el apoyo que necesitan para adoptar estilos de vida saludables”.

Por su parte, la Federación Dental Internacional (2018) establece algunos factores de riesgo que podrían ayudar a la aparición de cáncer oral como:

- VPH: La infección oral con VPH aumenta unas 15 veces el riesgo de cáncer orofaríngeo.
- Exposición a rayos UV: La exposición a rayos ultravioleta es un factor de riesgo del cáncer de labio.
- Factores traumáticos crónicos: Factores traumáticos crónicos pueden promover la transformación de las células epiteliales. Factores ambientales e infecciosos: Una higiene bucodental deficiente, candidiasis crónica, infecciones por el virus del herpes y enfermedades inmunosupresoras (como VIH, síndrome de Fanconi) pueden desencadenar el desarrollo de tumores orales, aunque las pruebas todavía no son concluyentes.

Los mismos se podrían disminuir con cambios en los hábitos sexuales y educación en la salud bucodental, lo cual ayudaría a prevenir la aparición de cáncer oral.

Las tumoraciones pueden aparecer en cualquier estructura anatómica y la cavidad oral no es la excepción. Dentro de estas tumoraciones existen un gran número de posibles diagnósticos; sin embargo, resulta básico distinguir entre lesiones del tipo benigno o maligno y el diagnóstico temprano es esencial para la expectativa de vida de los usuarios.

La CCSS ofrece la prestación de atención odontológica a la población nacional en los tres niveles de atención, con el grado de complejidad según competencias, los cuales según requerimientos de atención como condición sistémica que demande el usuario, es referido a los servicios odontológicos especializados de los niveles superiores. De lo anterior, el odontólogo general y/o especialista es el primer clínico en contacto con la cavidad bucal, por lo tanto, está en su quehacer, prevenir y detectar lesiones benignas o presuntivas, malignas y canalizar a estos pacientes para brindar el tratamiento oportuno según corresponda por Nivel de Atención.

Por consiguiente, el presente protocolo tiene como objetivo la elaboración de una guía para el personal de salud, como a la población en general, acerca de la importancia del tamizaje, promoviendo la detección temprana de lesiones pre malignas y malignas, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad de esta patología, así como estandarizar los procesos de prevención, diagnóstico, interconsulta y referencia en pro de la atención de la salud oral e integral oportuna, con criterios de calidad a los pacientes dentro del curso de vida.



## Definiciones, abreviaturas y símbolos

- **Biopsia:** procedimiento mediante el cual se toma o extrae una porción de tejido de un órgano u otra parte del cuerpo, para la realización de un estudio microscópico anatomopatológico, con la finalidad de llegar a un cito o histo diagnóstico, estimar un pronóstico, seguir el curso de una enfermedad o establecer el debido tratamiento. (Aguado, et al, 2010)
- **Biopsia Excisional:** Procedimiento en el cual se remueve la lesión de manera total, incluyendo bordes periféricos de tejido normal. Se utiliza para diagnóstico y tratamiento de la lesión. (Aguado, et al, 2010)
- **Biopsia Incisional:** Procedimiento en el cual se remueve de forma parcial una parte representativa de la lesión. Generalmente, es utilizada para el diagnóstico de tal manera que ayude al clínico a decidir o establecer el tratamiento definitivo. (Aguado, et al, 2010)
- **Biopsia por aspiración de aguja fina (BAAF):** Procedimiento en el que se emplea la presión negativa creada por una jeringa y como resultado en la diferencia de presión se arrastra material hacia el interior de la luz de la aguja. Dicho material se considera la biopsia en estudio. (Aguado, et al, 2010)
- **Cáncer Bucal:** Es la transformación de las células normales a anormales que aparece secundario a una mutación genética. Las células anormales tienen una multiplicación desordenada e invaden tejidos cercanos y logran diseminarse a otras regiones a través del sistema circulatorio y linfático. Según la OMS es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas.
- **Citología:** Procedimiento no invasivo en el cual se logra el arrastre del epitelio por medio de hisopos, instrumentos romos o cepillos y se emplea en muchos casos para determinar la benignidad o malignidad de una lesión. (OMS, 2013)
- **Examen clínico:** Es un instrumento de trabajo que tiene por objetivo recabar información básica e indispensable del paciente para que se identifique las necesidades y problemas con el fin de elaborar un diagnóstico y plan de tratamiento.
- **Eritroplasia:** Es una lesión considerada en principio como premaligna. Aparece como una mancha o lesión roja en la cavidad oral y que no es específica de alguna causa o enfermedad y que requiere de una biopsia para un examen histológico. Dichas lesiones muestran a nivel histológico algún grado de displasia, generalmente por arriba del 50% pueden ser invasivas y cerca del 40% corresponde a carcinomas in situ. (Sapp, et al 2004)
- **Especificidad:** La especificidad de una prueba es la probabilidad de que la prueba en un sujeto sano resulte negativa, en otro sentido, que la enfermedad no esté presente.
- **Factores de riesgo:** Condiciones extrínsecas o intrínsecas que incrementan la probabilidad de desarrollar una enfermedad.
- **Falsos Positivos:** Sujetos sanos diagnosticados como enfermos.



- **Ganglios:** Son agregados celulares que forman un órgano con una morfología ovoide o esférica. Es importante determinar el número de ganglios afectados en el momento de determinar el pronóstico y evolución de la enfermedad.
- **Leucoplasia:** Placa blanca, muchas veces irregular, no específica de alguna causa o enfermedad y que requiere una biopsia para un examen histológico. Cuando se localiza en la zona de piso de boca o lengua existe una mayor prevalencia de transformación maligna. (Sapp, et al 2004)
- **Mácula:** Lesión en piel o mucosa que consiste en una mancha o alteración circunscrita de un color diferente al resto del tejido adyacente. (Sapp, et al 2004)
- **Seguimiento:** Vigilancia clínica que permite la observación continua y programada, la cual incluye, además del examen físico, imágenes radiográficas, exámenes de laboratorio.
- **Sensibilidad:** Capacidad de una determinada prueba o método diagnóstico para determinar una enfermedad.
- **Tamizaje:** Presunta identificación de una enfermedad o trastorno no diagnosticado mediante la realización de pruebas, exploraciones o exámenes que se pueden efectuar con rapidez. (OMS, 2013)
- **Tumor:** Es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo. (Sapp, et al 2004)
- **Valor predictivo:** Los valores predictivos (positivo y negativo) miden la eficacia real de una prueba diagnóstica. **Valor predictivo negativo (PV-):** probabilidad de no tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es negativo. **Valor predictivo positivo (PV+):** probabilidad de padecer la enfermedad si se obtiene un resultado positivo en la prueba.
- **Xerostomía:** La xerostomía es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales y se encuentra condicionado por factores del desarrollo, alteraciones metabólicas, enfermedades sistémicas, efectos secundarios a medicamentos, factores locales, quimioterapia y radioterapia. (Sapp, et al 2004)

#### Abreviaturas:

- **ATM.:** Articulación Temporo Mandibular
- **CCSS:** Caja Costarricense de Seguro Social
- **CCDCR:** Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica
- **CBC:** Comité de Bioética Clínica
- **CI:** Consentimiento Informado.
- **EDUS:** Expediente Digital Único en Salud
- **EISAA:** Equipos Interdisciplinarios en Salud para la Atención en Adicciones (Patología Dual).
- **LOM:** Lista Oficial de Medicamentos, CCSS.
- **OGA:** Odontología General Avanzada



- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPG: Ortopantomografía
- VPH: Virus Papiloma Humano

## Metodología

Para la actualización de este Protocolo de Atención Clínica el grupo elaborador revisó documentación institucional, realizó múltiples búsquedas avanzadas de evidencia científica nacional e internacional y seleccionó la mejor información disponible para la actualización de los diferentes apartados. Además, se consideró como contenido base la información incluida en el Manual Metodológico para la confección de Protocolo Clínico, Código M.GM. DDSS.010813, Versión 02.

Este documento se validó por medio del método Delphi modificado, enviado a 36 funcionarios del nivel operativo, de los tres niveles de atención, que se muestran en la contraportada; en el período del 30 de agosto al 29 de setiembre del año 2023; las respuestas fueron recolectadas por medio de formulario Forms, con el compromiso expreso del silencio positivo, dando el resultado para la presentación y claridad de este Protocolo.

Los ítems evaluados vinculados con: Presentación, Introducción, Definiciones, Abreviaturas, Símbolos y Referencias Normativas, Alcance y campo de aplicación, Objetivos, Población diana y Personal que intervienen, Prerrequisitos, Procedimientos, Criterios de Referencia, Aspectos de Bioética y Derechos Humanos, Declaración de Intereses, Herramientas de aplicabilidad, Contacto para consultas, Anexos, Referencias bibliográficas.

## Referencias normativas

Cuadro #1: Referencia de la Normas que se aplican en este documento

Número	Nombre de normativas y año
<b>Leyes</b>	
	Constitución Política Costa Rica, 1949
No.5395	Ley General de Salud
N0.8292	Ley General de Control Interno, 2002
No.7494	Ley de la Contratación Administrativa
No.7771	Ley General sobre el VIH-SIDA
No. 8220 y 8990	Ley sobre Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos.
No.7600	Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en Costa Rica.
No.8239	Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios Públicos y Privados.



L-8239	Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud
L-8600 Modificación de la Ley No. 7756	Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal
No. 7739	Código de la Niñez y la Adolescencia
	Código de Ética del Servidor del Seguro Social, 1999
<b>Reglamentos</b>	
No. 1743-SPPS, 1971	Reglamento General de Hospitales Nacionales.
	Reglamento del Seguro de Salud, 2006.
	Reglamento del Sistema de Seguridad Radiológica de la C.C.S.S., 2002.
	Reglamento para el otorgamiento de incapacidades y licencias a los beneficiarios del seguro de salud. C.C.S.S., 2011.
	Reglamento del Expediente Digital Único en Salud, 2018
	Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social. 2012
<b>Decreto</b>	
N°30965-S	Reglamento sobre la gestión de los desechos infectocontagiosos que se generan en establecimientos que presten atención a la salud y afines, 2002
<b>Documentos normativo-administrativos, entre otros</b>	
	Normas de Prestaciones Odontológicas. CCSS, junio 1997.
	Normas Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, CCSS, 2002.
	Manual de Procedimientos para Control de Infecciones en Odontología, 2003.
	Plan Nacional de Atención en Salud Bucodental. CCSS, 2004.
	Manual para la gestión de los servicios de consulta externa en el marco de un plan de atención oportuna, 2018.
	Manual Instructivo: Sistema Estadístico de Odontología, CCSS, 2014
IT.GM.DDSS. ARSDT-OD-050820 Versión 01	Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Odontología SIVEO 2020.
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 001 Versión: 02	Protocolo de Atención Clínica en Red de Cirugía Oral Menor, Mayor y Maxilofacial.
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD-002 Versión: 03	Protocolo de Atención Clínica para las personas usuarias de la prestación en Cirugía Ortognática en Función de Red.
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD-003 Versión: 02	Protocolo de Atención Clínica en Red de Ortopedia Funcional Correctiva, Interceptiva y Preventiva
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 004 Versión: 02	Protocolo de Atención Clínica en Red de Periodoncia
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 005 Versión: 02	Protocolo de Atención Clínica en Red de Endodoncia
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 006 Versión: 02	Protocolo de Atención Clínica en Red de Odontopediatría.
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD-007 Versión: 02	Protocolo de Atención Clínica en Red de Prostodoncia Removible.
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 008 Versión: 02	Protocolo de Atención Clínica en Red de Prostodoncia Especializada.
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 009 Versión: 01	Protocolo de Atención Clínica en Red de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial.
PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 010 Versión: 01	Protocolo de Atención Clínica en Red de Operatoria Dental.



LGM.DDSS-ARSDT-OD-002-2013	Lineamiento para ejecutar tratamiento de Endodoncia en los Servicios de Odontología de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención de la CCSS.
L.GM. DDSS.ARSdT.OD.002-03-2014	Lineamiento para el correcto desecho de los residuos líquidos de revelador y fijador de radiografías para ejecutarse en los Servicios de Odontología del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención de la CCSS.
L.GM.DDSS.ARSdT.CNO.150216	Lineamiento Atención odontológica obligatoria en pacientes diagnosticados con Cáncer que reciben tratamientos de quimioterapia, radioterapia u otros, con el propósito de evitar riesgos antes, durante y después de estos procedimientos, para proteger el estado general de la condición sistémica del paciente.
M.GM. DDSS. ARSDTOD.310519 Versión 01	Lineamiento sobre la atención clínica de pacientes con tratamiento de medicamentos que alteran el metabolismo óseo (bifosfonatos) en los servicios de Odontología.
L.GM. DDSS.070519 Versión 01	Lineamiento sobre regulación de Equipos de Imágenes Diagnósticas en los tres niveles de atención para Odontología de CCSS.
L.GM.CTC.12052020 Versión 02	Lineamiento Intervención de las Personas Consumidoras de Tabaco Atendidas en el Primer Nivel de Atención de la CCSS.
	Lista Oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social (LOM)- Sección O
IT.GM.DDSS.ARSdT.CNO. 23062022 Versión 01	Instrucción de Trabajo para la atención a las personas con discapacidad en los Servicios de Odontología de los tres niveles de atención.
<b>Circulares</b>	
GM-7779-2020	Aprobación de exámenes de laboratorio para los servicios de Odontología según Nivel de Atención
DFE-AMTC-0489-03-2020	Criterio Técnico de Uso de botiquín para los profesionales de Odontología.
GM-MDA-6088-2020	Catálogo de procedimientos con tiempos por Nivel de Atención autorizados en Odontología para conformar agendas en el SIAC
GM-17333-2021	Instrucción cantidad máxima días de incapacidad a otorgar por Odontología General y Odontología Especializada

Fuente: Creación propia CNO-ARSDT-DDSS.

## Alcance y campo de aplicación

Este protocolo va dirigido al personal de odontología general y especializada que labora en los servicios de Odontología de los tres niveles de atención de la C.C.S.S. así como a todo el personal en salud que interviene en el abordaje interdisciplinario de personas usuarias con riesgo de cáncer bucal.



## Objetivos

### General

Estandarizar las prestaciones odontológicas para la prevención y detección temprana de cáncer bucal en personas usuarias según factores de riesgo, que permita su atención integral y oportuna en la red de servicios de la CCSS.

### Específicos:

1. Incorporar temas de prevención del cáncer bucal en la consulta odontológica en los tres niveles de atención y otros escenarios definidos institucionalmente a fin de minimizar la exposición a factores de riesgo causantes de cáncer oral.
2. Educar a las personas usuarias en la realización del autoexamen bucodental a fin de identificar lesiones premalignas.
3. Diagnosticar tempranamente el cáncer oral, mediante el ejercicio del tamizaje inmerso en el examen físico que se debe realizar en toda consulta odontológica de primera vez en el año.
4. Estandarizar los criterios de referencias y contrarreferencias por nivel de atención según normativa institucional para la atención oportuna y detección temprana de lesiones premalignas en cavidad oral.
5. Prevenir el cáncer oral induciendo a la población que se identifica como fumadora, que asiste a la consulta odontológica, a la cesación del tabaco mediante la intervención breve y la referencia respectiva, según lo indicado en el Lineamiento para Intervención de las Personas Consumidoras de Tabaco Atendidas en el Primer Nivel de Atención de la CCSS, vigente.

## Población Diana

1. Todos los Pacientes que asistan a la consulta odontológica de primera vez en el año en los tres niveles de atención.
2. Pacientes subsecuentes con algún factor de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, VPH) o que presentan lesiones con crecimiento anormal dentro de sus tejidos de la mucosa oral y cabeza y cuello. (a quienes se les debe realizar el examen clínico de la cavidad oral semestral (Tamizaje).
3. Pacientes referidos de especialidades médicas y no médicas para la atención odontológica integral.

## Personal que interviene

Funcionarios de los tres niveles de atención que participan en la prevención y detección temprana del cáncer bucal.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b>	Página 14 de 44
<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</b>	<b>PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER BUCAL</b>	<b>CÓDIGO PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 011.191023</b> <b>VERSIÓN: 01</b>

## Contenido

### Requisitos para la atención

- Aseguramiento en cualquier de las modalidades disponibles por la institución mediante la instancia denominada “Validación de Derechos”.
- Incluir o corroborar la historia clínica de la persona usuaria en su expediente de salud, donde se describan los antecedentes sistémicos, patológicos, traumáticos, farmacológicos, radiológicos y otros, lo cuales permiten conocer los factores de riesgo. Además, en el EDUS, **los profesionales de salud** deben aplicar en las consultas la herramienta para determinar consumo de tabaco.
- En caso de requerir referencia o interconsulta posterior al tamizaje, se deben llenar todos los espacios solicitados en el formulario, para la atención oportuna, en concordancia con la simplificación de trámites para el usuario.
- Actividades de valoración: Corresponde a las diferentes actividades que se pueden realizar según escenario de atención, tales como: anamnesis, revisión de historial clínico registrado en expediente físico o digital, verificación de pruebas de laboratorio o radiológicas como recursos de apoyo que complementen la impresión diagnóstica o corroboren el estado de salud general del paciente aunado al proceso de tamizaje en cavidad oral. En caso de dudas o contraindicaciones debe realizarse las respectivas interconsultas al especialista en medicina tratante.
- A su vez, el respectivo agendamiento en consulta externa como en procedimientos se debe realizar según lo estipulado en el oficio GM-MDA-6088-2020 sobre “Catálogo de procedimientos con tiempos por nivel de atención autorizados en Odontología para conformar agendas en el SIAC” según corresponda por nivel de atención y especialidad.

### Procedimiento

Todo profesional de Odontología debe de manera rutinaria realizar al menos un tamizaje para la detección de cáncer bucal, en todo paciente en la consulta de primera vez, para establecer un diagnóstico temprano por medio de un examen clínico extraoral e intraoral, además dentro de las prestaciones odontológicas deberá de incluirse la prevención de dichas patologías como parte de las que normalmente se brindan a la población.

Cuando se detecte una lesión sospechosa de malignidad deberá ser diagnosticada según la capacidad instalada, o referirse con carácter prioritario al segundo o tercer nivel de atención para el tratamiento oportuno dependiendo de la complejidad sistémica de la persona usuaria, sin poner en riesgo la salud, o la vida.



## Sección I. Prevención y Tamizaje de Cáncer Oral

La Prevención con referencia al tabaco y alcohol es una actividad incluida en la oferta de servicios de los EISAA (avalado mediante oficio GM-8353-2020) en el apartado de clínicas de cesación de tabaco o del Programa de Prevención del primer nivel de atención reguladas por el Programa de Cáncer.

Es importante considerar que, a nivel local, en algunos establecimientos de salud existen ofertas multidisciplinarias de servicios EISAA que, según su manual de funcionamiento, están organizados con un modelo interdisciplinario (psicología, enfermería en salud mental, trabajo social y medicina), principalmente para el abordaje de consumo de sustancias y comorbilidad con otras alteraciones mentales y del comportamiento.

El hábito de consumo de tabaco y alcohol pueden provocar alteraciones en la mucosa oral, las cuales pueden ser lesiones benignas (melanosis del fumador y paladar del fumador) o en patologías potencialmente fatales como es el cáncer bucal.

Según la OMS (2022) "El consumo de tabaco, alcohol y nuez de areca se cuentan entre las principales causas de cáncer bucal. En América del Norte y Europa, un porcentaje cada vez mayor de cánceres bucales entre los jóvenes se debe a las infecciones por el virus del papiloma humano".

### Con respecto a la alimentación se describe:

La mayoría de los estudios hacen referencia al cáncer orofaríngeo o el tracto aéreo digestivo superior sin hacer una distinción clara con el cáncer oral. Son pocos los estudios de calidad que identifican la asociación entre la dieta y el cáncer oral y se requiere de más investigaciones específicas que los relacionen. (Rodríguez-Molinero, J et al 2021). A pesar de esto, Crespo, L et al (2021) señala que la salud oral y la dieta interaccionan de muchas maneras; por ejemplo, la nutrición influye en el desarrollo de la mucosa oral, en el inicio de enfermedades dentales y periodontales y se relaciona con un tercio de los casos de carcinogénesis de la mucosa oral y que una ingesta adecuada de alimentos se relaciona con el impacto del consumo de nutrientes sobre el desarrollo, mantenimiento y reparación de los dientes y tejidos orales y tiene incidencia en la salud en general.

Con base en lo anterior y para mantener una salud bucodental adecuada, se hace necesario emitir mensajes sobre alimentación saludable, utilizando como referencia las Guías Alimentarias basadas en sistemas alimentarios para la población adolescente y adulta en Costa Rica (2022) en las cuales se recomienda:

1. Consumir una alimentación variada, colorida, natural y fresca.
2. Consumir diariamente frutas y vegetales de diferentes colores.
3. Consumir frijoles, garbanzos o lentejas todos los días.
4. Elegir productos de origen animal con moderación y reducir el consumo de embutidos como salchichas, jamones, mortadela, salami, ya que son productos que contiene una alta cantidad de sal y grasas.
5. Consumir productos lácteos diariamente y preferir los quesos tiernos en la alimentación.
6. Evitar el consumo de alimentos con alto contenido de sal como las sopas instantáneas, salsas, cubitos, snacks en bolsitas, repostería, mieles de frutas, miel de abeja, comidas rápidas, bebidas embotelladas con azúcar y bebidas energéticas.



7. Evitar el consumo de azúcares: azúcar blanco, azúcar moreno, tapa de dulce, jaleas, mermeladas, leche condensada, dulce de leche, confites, gelatinas, cereales de desayuno azucarados, caramelo, entre otros.
8. Disminuir el consumo de grasas saturadas y de origen animal. Las grasas saturadas se encuentran en los productos de origen animal como en la grasa y la piel de todo tipo de carnes y embutidos. También se encuentran en la manteca, mantequilla, crema dulce, natilla, queso crema, helados y quesos maduros (gouda, cheddar, quesos pizzeros, queso americano, parmesano). El aceite de coco se debe consumir con moderación, porque aporta gran cantidad de grasas saturadas a la alimentación.
9. Disminuya el consumo de alimentos preenvasados y comida rápida porque tienen un alto contenido de sal, azúcares y grasas. Los alimentos preenvasados son aquellos que vienen en paquetes, latas o botellas. Se debe revisar la lista de ingredientes reportados en el empaque de estos alimentos y asegurarse de que los primeros tres no sean azúcar, sal o grasa. Si en los primeros tres ingredientes se encuentra azúcar, sal (sodio) o grasa, limite el consumo de estos alimentos.
10. Consuma de 6 a 8 vasos de agua por día

En todos los niveles de atención debe brindarse la prevención al cáncer oral pero prioritariamente en el I Nivel de Atención, enfocada en:

1. **Temas de prevención de cáncer oral vinculado con:**
  - Alimentación saludable
  - Factores de riesgo principalmente asociados a tabaco y alcohol
  - Autoexamen de cavidad oral
  - Importancia del control odontológico
2. **Aplicar Guía de Tamizaje y Atención Temprana en Cáncer Oral (Ver Anexo 2) que debe ser realizado por odontólogos, especificando todas sus etapas:**
  - Examen extraoral
  - Exploración de ganglios
  - Examen intraoral
3. **Como acciones de prevención en el ámbito social:**
  - Hábitos saludables para la salud bucodental individual y familiar.
  - Riesgos e impacto del cáncer bucodental en la persona y su entorno.
  - Adherencia a las recomendaciones y tratamientos en salud para la prevención del cáncer bucodental.
  - Reducción del daño en el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

Los profesionales en Odontología deben diseñar materiales divulgativos y charlas de información que puedan incluir los aspectos citados supra y son útiles para los pacientes con estas condiciones, ya que son estrategias preventivas y de mitigación de riesgos. En cualquier caso, estas iniciativas deben entrar dentro de los tiempos y capacidad instalada local, para que no se afecten los procesos atencionales directos.



A continuación, se brinda una secuencia de pasos para realizar la exploración extraoral e intraoral, según Antón & Somacarrera (2015).

**Tabla 1.** Secuencia de pasos para realizar la exploración extraoral e intraoral (Ver Anexo 1 y 2)

Exploración extraoral en cabeza y cuello
Palpación bimanual de los nódulos linfáticos y de glándulas salivales. Inspeccionar y palpar labio y zona del bermellón labial.
Exploración intraoral
<i>Inspección y palpación de zona labial interna.</i> <i>Inspección de encía vestibular y palatino/ lingual, tanto adherida y libre, en maxilar superior e inferior.</i> <i>Inspección y palpación de mucosa yugal.</i> <i>Inspección y exploración de la lengua</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para explorar el dorso de la lengua, se le indica al paciente que protruya la lengua.</li><li>• Para explorar la zona ventral, se le indica al paciente que lleve la punta de la lengua hacia el paladar</li><li>• Para explorar los bordes laterales de la lengua, el paciente deberá protruir la lengua y con la ayuda de una gasa estéril se tira suavemente hacia los lados para inspeccionar y palpar la zona.</li></ul> <i>Inspección y palpación de zona de paladar duro.</i> <i>Inspección de paladar blando y orofaringe.</i>  Se recomienda usar un espejo de exploración para bajar con éste la lengua del paciente.

Fuente: Antón & Somacarrera, 2015.

A nivel Institucional en cumplimiento al LINEAMIENTO INTERVENCIÓN DE LAS PERSONAS CONSUMIDORAS DE TABACO ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CCSS LGM.CTC.12052020 versión 2, páginas 10 y 11, donde el odontólogo es el responsable del llenado y aplicación de este, el cual debe preguntar a todos los pacientes si es fumador en cada consulta. En el caso de ser fumador, se procede a dar una intervención mediante la explicación breve de los posibles riesgos como consecuencias de este hábito para su salud integral, y aplicar el "Flujograma de abordaje para establecer las etapas de cambios según Prochaska y DiClemente". Posterior a la determinación del Índice se insta a la población fumadora para su anuencia a ser referido a la Clínica



de Cesación de Tabaco. En las consultas subsecuentes, darle seguimiento y continuar con los consejos de salud para la cesación de fumado. Todas las anteriores deben quedar consignadas en el expediente.

Por consiguiente, se debe completar la información solicitada en el EDUS, y aplicar las sugerencias contenidas en el mismo (ver ícono de tabaco en antecedentes) que incluye:

- a. Consignación de cálculo de paquetes año de paciente
- b. Clasificar etapa de fumador según Prochaska y DiClemente
- c. Realizar la intervención Breve.
- d. Invitar a clínica de cesación de tabaco o consulta de intervención intensiva según recursos de la red.
- e. Realizar la referencia respectiva.
- f. Hacer las anotaciones pertinentes, sobre todo si el paciente rechaza la referencia a la clínica de cesación de tabaco.

#### 4. Detección oportuna de lesiones premalignas y malignas en cabeza y cuello.

Es esencial para disminuir la mortalidad por cáncer oral. La mayoría de los cánceres se desarrollan en zonas visibles o palpables, por lo que la detección temprana debería ser posible. Los signos claves son: ulceración, induración, infiltración, sangrado y la presencia de nódulos (Burket L. et al, 2008).

La lesión puede ser plana o elevada y puede ser mínimamente palpable o indurada. El diagnóstico se basa en el examen clínico y la biopsia, que es el procedimiento estándar para seguir. La biopsia debería realizarse entre tejidos sanos y patológicos hasta el nivel de la capa basal, según apartado específico sobre estos procedimientos en el Anexo 6.

**Localización más frecuente de las lesiones en cavidad oral corresponde en:**

- ✓ Bordes laterales de lengua
- ✓ Piso de boca
- ✓ Encía
- ✓ Trígono retromolar

#### 5. Atención de referencias y contra referencias para una comunicación asertiva y oportuna con el abordaje integral del paciente.

- Si al tamizaje se encuentran elementos que sugieran algún tipo de lesión; permite establecer acciones previas al tratamiento que se deben realizar como parte de la atención integral, en busca de una intervención que aminore los efectos de la enfermedad detectada, inclusive brindar o reforzar, recomendaciones de alimentación y de higiene oral, entre otras.



- Si al tamizaje no se encuentran elementos de riesgo, y por ende su resultado es negativo; permite continuar con el tratamiento que se está realizando y descartar un diagnóstico presuntivo.

#### 6. Atención odontológica prioritaria a solicitud de niveles superiores:

- Aplicación del consentimiento informado según lo dictado en el Reglamento para este fin con el propósito de dar la debida explicación del procedimiento al paciente sobre la magnitud y complejidad de cualquier acción que se vaya a ejecutar, beneficios y posibles complicaciones o efectos adversos que se puedan presentar.
- Colaborar en el tratamiento integral del paciente según indicaciones, para rehabilitar la salud oral.
- Conocer incidencia de casos que se presentan en la comunidad de adscripción o red, para el establecimiento de estrategias de prevención según factores internos y externos de cada población.

### Criterios de Referencia

En caso de que el I Nivel tenga la competencia técnica para realizar una biopsia según capacidad instalada y experiencia del profesional que garantice la calidad y seguridad de esta prestación y el control de infecciones, aunado del estado de salud del paciente, compensado sistémicamente (al menos un hemograma e imágenes diagnósticas), podrá realizarse, de lo contrario se referirá al nivel correspondiente según los siguientes criterios.

#### 1. CRITERIOS DE REFERENCIA DEL I NIVEL AL II NIVEL DE ATENCIÓN

El motivo por el cual los establecimientos de Odontología del I Nivel de Atención requieren realizar referencia al II Nivel de Atención se debe a que:

- Los pacientes con lesiones que no desaparecen posterior a 3 semanas de que se elimine el foco probable que las está produciendo, ya sea biológico, mecánico, físico o químico y, por lo tanto, requiera la toma de una biopsia. Lesiones tales como máculas o placas blancas, rojas o úlceras en la mucosa oral que según características clínicas no presenten evolución correspondiente al proceso de sanado esperado.
- Dolor local o irradiado a las estructuras cérvico-faciales y que no evoluciona con tratamientos farmacológicos convencionales.
- Induración o masa cervical que persiste después de 15 días de observación, sin asociación con patologías vinculadas que generen estas manifestaciones.



Pacientes con lesiones tipo liquenoides en cavidad oral debe de ser monitoreado tanto por el I Nivel como por el II Nivel en caso de que se observe algún cambio que advierta alguna transformación del tipo maligna.

## 2. CRITERIOS DE REFERENCIA DEL I NIVEL AL III NIVEL DE ATENCIÓN

En caso de pacientes donde se detecten lesiones con potencial de malignización o se tenga la certeza por diagnóstico de lesiones malignas, se realizará la referencia inmediata de forma prioritaria con comunicación asertiva entre los Encargados de Odontología y Jefatura de Odontología en el III Nivel de Atención.

## 3. CRITERIOS DE REFERENCIA DEL II AL III NIVEL DE ATENCIÓN

Ante la presencia de un diagnóstico histopatológico que sugiera malignidad como Carcinoma in situ, Carcinoma Epidermoide, Displasia Severa, entre otros, los servicios de Odontología del II Nivel de Atención deberán referir a un III Nivel de Atención, en calidad de “prioridad”.

## 4. CRITERIO DE CONTRA REFERENCIA DEL II NIVEL AL I NIVEL DE ATENCIÓN

El motivo por el cual los servicios de Odontología del II Nivel de Atención requieren hacer contrarreferencia al I Nivel de Atención es debido a:

- Cuando el resultado de la biopsia o la citología descarte Displasia o Carcinoma in situ.
- Eliminación de focos infecciosos o seguimiento profiláctico en la salud oral del paciente.

## 5. SEGUIMIENTO DE CASOS SOSPECHOSOS POR NIVELES DE ATENCIÓN

El motivo por el cual los establecimientos de Odontología solicitan seguimiento de caso es porque:

- El I Nivel de Atención detecta una persona usuaria con una lesión incipiente, se debe de retirar el posible factor irritativo, ya sea químico, mecánico, ambiental o traumático. Se mantendrá en vigilancia por tres semanas, si hay remisión se da de alta. En caso de que no haya remisión de la lesión detectada una vez que es eliminado el foco irritativo debe de ser referido a un II Nivel de Atención.
- El II o III Nivel de atención, las personas usuarias en las cuales el diagnóstico final no indica malignidad, pero cuentan con factores de riesgo asociados a cáncer bucal, se deberán contra referir a su I Nivel según red de adscripción y se mantendrán en seguimiento según los factores de riesgo presentes.
- En el II Nivel de Atención, revaloración para decidir vigilancia o biopsia.



- En el II Nivel de Atención, posterior al diagnóstico la persona usuaria debe continuar en vigilancia realizándose tamizaje de manera semestral durante el primer año y consecutivamente, de forma anual, durante los siguientes dos años, en caso de no haber cambios clínicos de las lesiones o sin recidiva de estas, puede ser contra referido al I Nivel de Atención. En caso de identificarse nuevamente lesiones premalignas o recidivas debe continuarse la atención o referirse al tercer nivel según capacidad instalada.

## Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos

Los principios Bioéticos y los Derechos Humanos son inherentes a los procesos de atención en salud. Su reconocimiento es base primordial para garantizar la dignidad humana de las personas que son atendidas en los centros de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En esa línea, la atención enfocada en la prevención de cáncer bucal enmarcada dentro de los servicios de salud que brinda la Institución debe ser accesible, oportuna, continua y segura, con pertinencia cultural e inclusiva; se debe desarrollar de acuerdo con los principios que se detallan en los apartados que se desglosan en este protocolo.

1. **Autonomía:** Durante el proceso de atención, se desarrollarán actividades educativas individuales dirigidas a las personas usuarias y sus cuidadores/familiares sobre la prevención de cáncer bucal.

La educación será integral, por lo que incluirá aspectos biológicos, psicológicos y nutricionales relacionados.

La información comprenderá elementos relacionados con la utilización, higiene, ajustes, complicaciones, complejidad, hallazgos de signos y síntomas clínicos, tratamientos, que pueden presentarse durante el proceso de atención en salud.

Entre las personas usuarias que requieran de las prestaciones en los tres niveles de atención se divulgarán los derechos y deberes que les asisten y los mecanismos administrativos de reclamación de estos.

2. **Proceso de consentimiento informado según el Reglamento de Consentimiento Informado (CI) de la CCSS:** El odontólogo general y/o especialista, de manera oportuna, propondrá a la persona usuaria, encargado o responsable, el o los procedimientos a realizar según las necesidades bucodentales de este, a fin de que autorice la intervención propuesta, firmándose el formulario de CI de manera previa a las intervenciones.

Debe explicarse todas las etapas del tratamiento. Este consentimiento se debe aplicar una única vez para el tratamiento y seguimientos en caso de requerir intervención, en el caso de los controles indistintamente del nivel de atención, lo que corresponde es corroborar con el paciente y en el expediente de salud su realización previa. Será necesario un nuevo consentimiento en



caso de que la persona usuaria requiera intervenciones adicionales a las inicialmente consentidas.

Con respecto al Artículo 17.- **El consentimiento por delegación.** El consentimiento informado por delegación se aplicará cuando exista voluntad libre y manifiesta de la persona usuaria capaz para que, en su lugar, otra persona a ella vinculada, por razones de consanguinidad o afinidad, otorgue el consentimiento informado. De ello se dejará constancia en el expediente de salud o registro respectivo, mediante la firma de dos testigos mayores de edad y con plena capacidad. En caso de que la decisión de la persona delegada sea contraria a los intereses de la persona usuaria, se deberá solicitar la medida cautelar pertinente, a la autoridad judicial correspondiente. El consentimiento por delegación puede ser revocado por el otorgante en cualquier momento. De la anterior situación, el profesional responsable del procedimiento clínico deberá dejar constancia en el expediente de salud o registro respectivo.

En caso de las personas con discapacidad, la información que se brinde se ajustará a la condición del usuario, con la colaboración de quien ejerza como “garante”. Según lo indicado en el Reglamento Consentimiento Informado.

En las consultas sucesivas se deberá corroborar la anuencia de la persona usuaria de continuar con la intervención, anotando en el expediente de salud dicha anuencia; asimismo, se debe brindar la información pertinente, según sea la evolución.

En caso de revocatoria, se deberá completar la sección del formulario de CI correspondiente a ese aspecto. El profesional en salud debe informar al usuario que el CI podrá ser revocado en cualquier momento sin que ello implique ninguna sanción, medida en su contra o desatención de su salud. Es deber ético del profesional indagar las causas de la revocatoria y explicar al paciente las consecuencias de su decisión, sin coaccionarle.

De producirse una posible discrepancia entre seguir las recomendaciones del profesional de la salud versus los deseos de la persona usuaria, se puede solicitar la asesoría del Comité de Bioética Clínica (CBC) del centro, utilizando el formulario ACA-I o el formulario de interconsulta.

- 3. Respeto a la confidencialidad y la privacidad durante la atención:** Fundamentado en este principio ético, se tiene la prohibición de compartir información y datos sensibles con terceras personas no relacionadas con la atención de la persona usuaria, así como de capturar imágenes, fotografías o videos sin el consentimiento previo; en su defecto, estas últimas solo se podrán realizar con fines de atención clínica, académicos, de investigación biomédica o judiciales, siendo responsabilidad de todos los funcionarios, velar por el cumplimiento de este principio. La Jefatura del servicio o Encargado de Odontología deberá coordinar con el CBC del centro o el Área de Bioética una charla sobre este punto, con la periodicidad que estime conveniente, según la rotación del personal a su cargo.



4. **Beneficencia / no maleficencia:** Con respeto a este punto, a través de todo el protocolo se rescatan acciones dirigidas al resguardo de estos dos principios. Siendo un deber del profesional tratante verificar la ejecución con respecto a:

- Reducir al máximo la variabilidad de la prestación de los servicios de salud, de ahí que debe circunscribirse a las prestaciones definidas por cada nivel de atención y perfil de contratación.
- Mejorar la calidad de la atención en salud en concordancia con la oferta vigente de la Seguridad Social, relacionada con la capacidad instalada, equipamiento, insumos, suministros, entre otros que sean sostenibles a través del curso de vida de la persona.
- Establecer los procedimientos clínicos a realizar con base en la mejor evidencia científica disponible.
- Identificar beneficios y daños potenciales de los procedimientos clínicos (balance beneficio/riesgo).
- Adaptarse a las costumbres socioculturales y condiciones de vulnerabilidad de grupos poblacionales específicos.

5. **Reducir al máximo la variabilidad de la prestación de los servicios de salud:** La Jefatura de servicio o Encargado de Odontología deberá divulgar el PAC entre el personal a su cargo, de acuerdo con la estrategia institucionalmente definida para ese propósito. Será también el responsable de que el personal a su cargo reciba la capacitación referente a dicho protocolo.

Asimismo, deberá implementar los mecanismos de control y seguimiento de la aplicación del protocolo conforme a los instrumentos definidos en este PAC y analizar junto con el equipo de trabajo los indicadores de cumplimiento establecidos en este documento.

6. **Mejorar la calidad de la atención en salud:** El PAC identifica los procedimientos que contribuyen a promocionar, prevenir, dar tratamiento, rehabilitar o brindar cuidados paliativos a fines a la prestación atención al cáncer bucal, orientando, estandarizando, resolviendo los problemas de variabilidad y disminuyendo los riesgos, a fin de mejorar la calidad de la atención en salud que se brinda a las personas usuarias.

De lo anterior, se insta que cada servicio sea garante del mejoramiento continuo de la calidad de la atención que se brinda mediante la aplicación del PAC y la medición de la satisfacción de las personas usuarias respecto de la atención recibida.

7. **Priorización según requerimientos sistémicos y condiciones de vulnerabilidad:**

- Pacientes con discrasias sanguíneas.



- Pacientes con infecciones de transmisión sexual.
- Pacientes con discapacidad física, motora, neurológica, mental, entre otras.

Con respecto a estos pacientes se debe anotar en el expediente de salud las actividades o acciones especiales para garantizar la seguridad y la protección de sus derechos según corresponda.

### Declaración de Intereses

Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, el cual fue analizado por el ETCM y tomó las debidas acciones; los formularios serán custodiados por 5 años.

### Herramientas de Aplicabilidad

Para estas prestaciones deben utilizarse los formularios institucionales que deben estar incluidos en el expediente de salud o sus homólogos en el expediente digital único en salud (EDUS), siendo indispensable para la disciplina propiamente los siguientes:

- a. Historia de Odontología 4-70-06-1020
- b. Sección de EDUS, antecedentes, llenar lo correspondiente al ícono de tabaco
- c. Evolución, indicaciones y tratamiento 4-70-03-0090
- d. Consentimiento Informado 4-70-03-0560
- e. Hospitalización – Egreso 4-70-07-0020
- f. Historia de operatoria 4-70-05-0180
- g. Requisitos preoperatorios 4-70-06-0480
- h. Controles pre y postoperatorios
- i. Verificación de las Prácticas Quirúrgicas Seguras 4-70-03-1610
- j. Anestesia y Recuperación 4-70-05-0020

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b>	Página 25 de 44
<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</b>	<b>PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER BUCAL</b>	<b>CÓDIGO PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 011.191023</b> <b>VERSIÓN: 01</b>

## Monitoreo y auditoría del Protocolo de Atención

La evaluación de la aplicación del protocolo se realizará al año siguiente del respectivo aval e implementación en el nivel local por medio del Instrumento de Supervisión (ISUP) y Fiscalización de SIAC-SIES (EDUS) que para el I y II Nivel les corresponde a los supervisores de Odontología y en los Hospitales Nacionales como Especializados, quedará a cargo de la Coordinación Nacional de Odontología.

En el ISUP se evalúa de forma integral: Recurso Humano, infraestructura, equipamiento, capacidad instalada y aprovechamiento de esta. Aunado de Índices hospitalarios, consulta externa y sala de operaciones, de los cuales el presente protocolo incide directamente para otorgar esta prestación según nivel y complejidad de intervención a tratar en función de red establecida.

Por su parte, en el proceso de fiscalización de expedientes de salud se verifica y da seguimiento a la identificación del paciente fumador por parte del personal de Odontología, que, en concordancia a los monitoreos realizados por la Coordinación Técnica de Cáncer, bajo el concepto de prevención y cumplimiento al Lineamiento vigente.

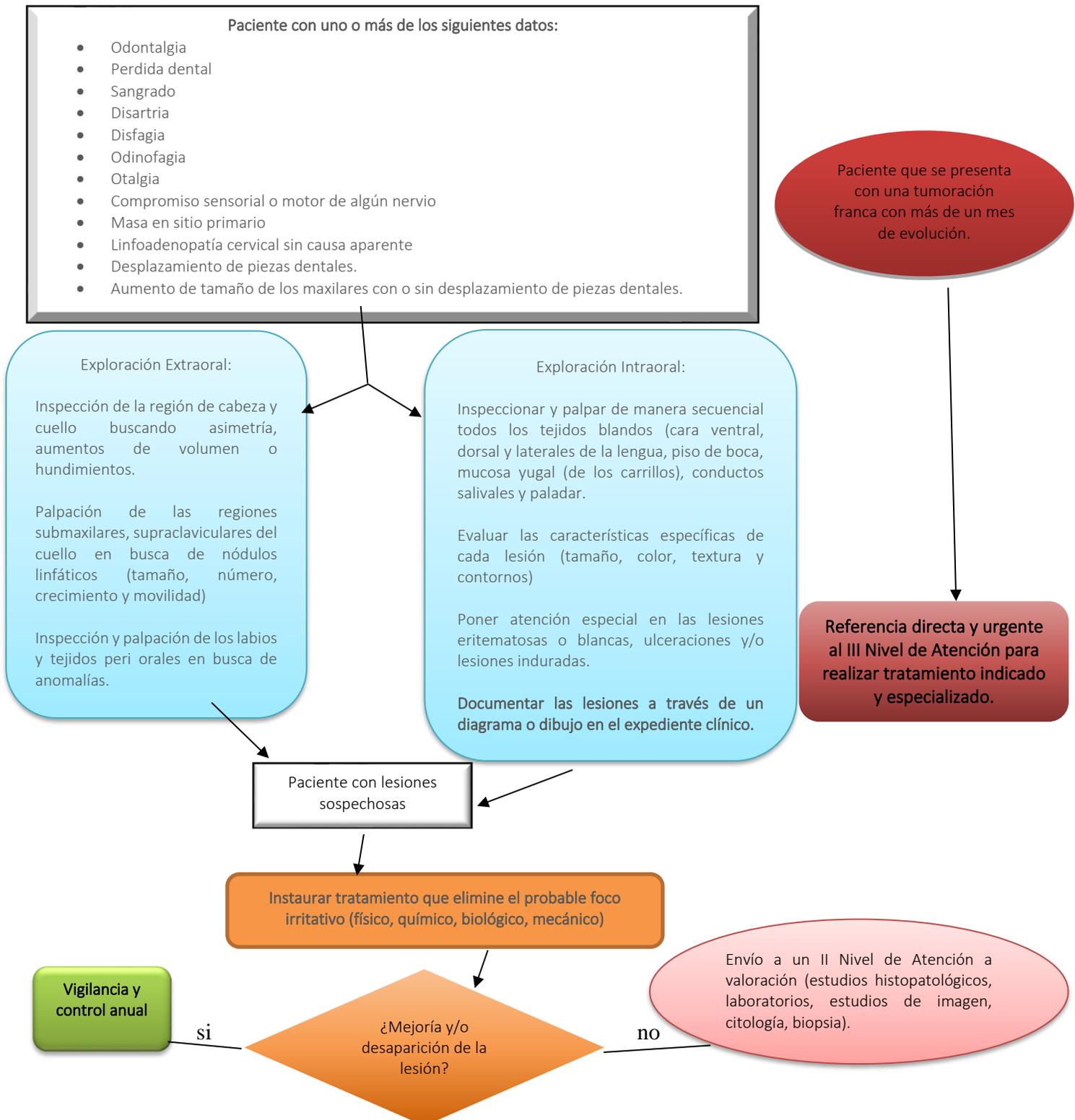
El año 2023 será considerado de transitorio para dar la oportunidad de cada uno de los servicios para su implementación de conocerlo, ajustar la capacidad instalada, adquisición de equipo como suministros y subsanar a corto como mediano plazo las condiciones necesarias para su correcto uso, aunado para generar observaciones como recomendaciones al mismo.

## Contacto para consultas

Gerencia Médica, Dirección Desarrollo Servicios de Salud.  
Área Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento.  
Coordinación Nacional de Odontología [arsdtod@ccss.sa.cr](mailto:arsdtod@ccss.sa.cr)  
Teléfono 2539-0601.

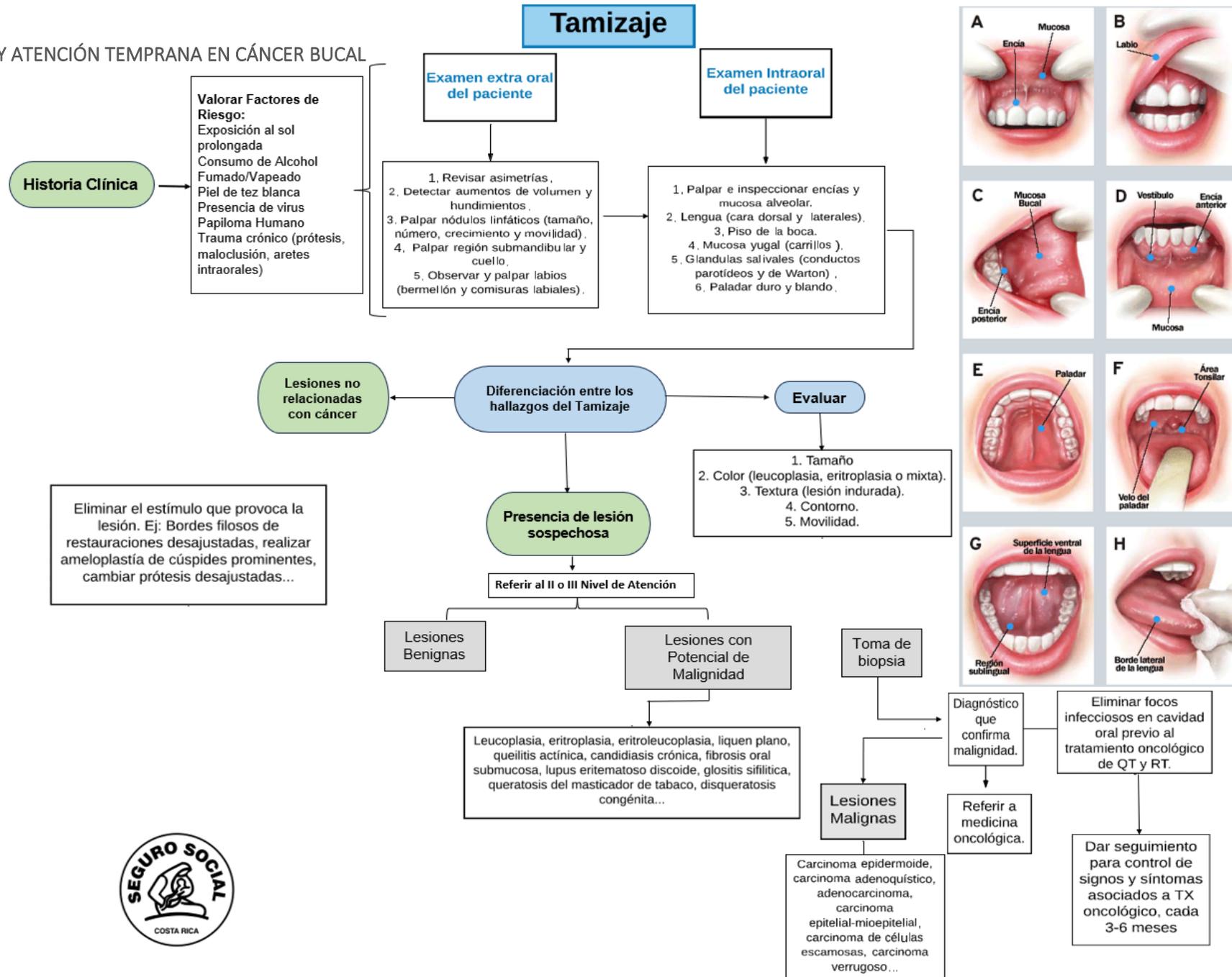
## Anexos

### ANEXO 1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO CÁNCER ORAL EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN





ANEXO 2. TAMIZAJE Y ATENCIÓN TEMPRANA EN CÁNCER BUCAL



ANEXO 3. Autoexamen



# 5 PASOS DE AUTOEXAMEN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER ORAL



Con tus manos limpias y frente a un espejo ...

**1**

Palpa tu cuello en busca de bultos anormales (ganglios).



**2**

Palpa tus labios por dentro y por fuera



**3**

Palpa tus encías, paladar y mucosas de tus mejillas, observando cambios en el color, forma o consistencia.



**4**

Saca tu lengua, obsérvala y palpa la parte superior (dorso) y sus bordes



**5**

Levanta la lengua y toca el paladar, así observarás y palparás su cara inferior y el piso de la boca.



**"Si detectas alguna lesión sospechosa, acude de inmediato al odontólogo del centro de salud más cercano de la C.C.S.S"**

ANEXO 4. Medidas Preventivas



# CÁNCER ORAL

## MEDIDAS PREVENTIVAS

- 1** Protege tus labios a la exposición solar.



- 2** Elimina el consumo de tabaco y alcohol.



- 3** Visita a tu dentista periódicamente.



- 4** Mantén buena higiene oral.



- 5** Realiza los 5 pasos del autoexamen para la detección temprana del cáncer oral





ANEXO 5. Signos Frecuentes



# CÁNCER ORAL

## SIGNOS FRECUENTES

- 1** Cambio de color en los tejidos orales (lesiones blancas, rojas o mixtas)
- 2** Úlceras en labios o en boca que no sanan después de 15 días
- 3** Superficies ásperas o costras en la encía.
- 4** Dolor, sensibilidad o sensación de adormecimiento.
- 5** Protuberancias o abultamientos.
- 6** Dificultad al hablar, masticar o tragar.
- 7** Cambios en la voz.



## ANEXO 6 Biopsias adaptado de Aguado, et al, (2010)

### *Objetivos:*

- 1-Establecer pautas generales para la toma de biopsias de la cavidad oral.
- 2-Estandarizar los procedimientos para asegurar la calidad de las muestras.
- 3-Promover la detección temprana de patologías orales.
- 4- Brindar tratamientos más tempranos y eficaces a las diferentes patologías diagnosticadas.
- 5-Mejorar la accesibilidad de los pacientes a los procedimientos para diagnósticos histopatológicos.

### *Las razones para la realización de una biopsia:*

- 1- Búsqueda y/o confirmación de un diagnóstico mediante el estudio histopatológico.
- 2- Establecer el curso de un tratamiento.
- 3- Descartar o confirmar la presencia de enfermedad local o sistémica.
- 4- Control preventivo y seguimiento de lesiones con potencial de malignización.
- 5- Confirmar ausencia de enfermedad.
- 6- Establecer un pronóstico sobre la evolución de la lesión o enfermedad.
- 7- Evaluar el avance y resultado de los tratamientos aplicados.
- 8- Establecer un documento diagnóstico con valor medicolegal.

A pesar de que la biopsia es un gran método para llegar a un diagnóstico, no se deben descuidar otros métodos de estudio, ya que las variaciones en la disposición histológica de una lesión pueden hacer que se requirieran otros estudios complementarios.

Muchas veces se hace necesaria la repetición de la biopsia, la toma de varias muestras de una misma lesión, un certero diagnóstico clínico, entre otros, para llegar a un buen resultado.

Por regla, toda lesión que presente un paciente debe ser biopsiada, sin embargo, cada profesional debe tomar consciencia de la responsabilidad de la realización de un procedimiento, que bien realizado puede mejorar el pronóstico de la enfermedad de un paciente y mal realizado puede empeorar como retrasar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente; una decisión que debe basarse en la experiencia, conocimientos sobre patología, destreza como cirujano, accesibilidad al sitio de toma de la muestra, conocimientos anatómicos, accesibilidad a los servicios de patología y facilidad para coordinar el pronto tratamiento y atención de los pacientes que resulten con biopsias positivas por malignidades y la facilidad para complementar el estudio con otros estudios de laboratorio e imagenológicos que pueden facilitar llegar a un pronto correcto resultado y por tanto, a un eficaz tratamiento.

Existe la posibilidad de que ocurra metástasis por manipulación inadecuada de los tejidos o de la muestra, en consecuencia, se debe tener mucho cuidado para reducir al mínimo estos peligros y manipular los tejidos con extrema precaución, procurando una detección temprana de las lesiones



con potencial de malignización o malignas, que permita al paciente un acceso rápido y oportuno a los correspondientes tratamientos.

### ***Referencias y contra indicaciones para la toma de biopsias***

Básicamente, se recomienda referir en dos casos específicos: lesiones pigmentadas con sospecha de melanoma o con certeza de malignidad y lesiones de origen vascular que pueden ser susceptibles de provocar hemorragias difíciles de controlar.

El conocimiento formal sobre patología oral y anatomía son de importancia fundamental en el buen resultado de un examen por biopsia de la cavidad oral, por consiguiente, el cirujano debe en todo momento orientar y ayudar al patólogo a llegar a un diagnóstico certero y para esto es de gran valor la información que aporte con las muestras enviadas. Aunado, debe tomar en cuenta que según la región anatómica de la cavidad oral de donde se extraiga el tejido para biopsiar, así serán los cuidados y requisitos a cumplir para que la muestra sea suficiente, representativa para su estudio, pero que a la vez asegure que con la extracción de la muestra no se ocasionen lesiones innecesarias a los pacientes.

### ***Pasos para la realización de una biopsia:***

1. Identificación o reconocimiento de un cambio anormal (lesión) en los tejidos de la cavidad oral.
2. Establecimiento de diagnóstico provisional o diferenciales de la lesión.
3. Informar al paciente de los posibles diagnósticos a confirmar o descartar y obtener un consentimiento para la realización del procedimiento.
4. Identificación de límites de la lesión y comparación con los tejidos circundantes.
5. Identificación de las estructuras anatómicas que pueden ser afectadas con la toma de la muestra para biopsiar.
6. Valoración del riesgo, beneficio, estética, funcionabilidad.
7. Realización de una completa historia médica que incluya datos como edad del paciente, hábitos, oficio, exposición a elementos y/o agentes químicos o fuentes de radiación, medicamentos o drogas, exposición a contaminantes o desechos de cualquier tipo, incluyendo los orgánicos y cualquier otro dato que según la experiencia clínica del odontólogo pueda relacionarse u ofrecer una orientación al patólogo de las posibles causas de la lesión.
8. Descripción detallada y científica de la lesión en el expediente y boleta de biopsias (utilizando términos apropiados, con medidas aproximadas, descripción detallada de su ubicación, color, tiempo de evolución, presencia de dolor o ausencia, semejanza con los tejidos circundantes o diferenciación, si es indurada, elevada, pedunculada, móvil o sésil, indurada, forma y cambios o crecimiento a lo largo del tiempo de evolución, presencia de ulceraciones o zonas necróticas, forma de los bordes, si



es lesión única o hay varias y en qué zonas se localizan, descripción de síntomas y signos, pigmentaciones, entre otros).

9. Establecimiento de los exámenes complementarios necesarios: laboratorio (valores séricos de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, entre otros), Imagenología (radiografías, ultrasonido, TAC, resonancia).

10. Identificación de la zona o zonas de la lesión o lesiones, de las que se va a extraer el tejido, diseño del tamaño, forma de la muestra o tipo de biopsia. Es importante tomar una cantidad adecuada de tejido, ya que el tejido al cortarse se encoje, al menos de 1cm por 1/2cm, la muestra debe incluir tejido sano y tejido representativo de la lesión (tejido a ambos lados de la unión macroscópica) pero no debe incluir tejidos necróticos.

11. Elección de sustancias coadyuvantes para localización e identificación de las lesiones y sus márgenes como son: azul de toluidina y ácido ascético.

12. Elección del instrumental básico según el tipo de biopsia a realizar.

13. Establecimiento temprano o coordinación para la accesibilidad pronta y oportuna a la cadena de atención de tercer nivel en las áreas de patología, cirugía y oncología, para asegurar una rápida atención de aquellas lesiones que requieran seguimiento o erradicación por su potencial de malignización o ser malignas.

14. Valorar el posible proceso de cicatrización, planificando en los casos necesarios la disponibilidad de materiales como apósitos quirúrgicos, cementos periodontales y placas protectoras para los casos de heridas grandes que cicatricen por segunda intención.

### ***Pasos para la toma de muestras***

***Instrumental:*** El instrumental debe ser elegido basándonos en el tipo, tamaño o extensión de la lesión y su localización dentro de la cavidad oral.

- Jeringa de aspiración para anestesia.
- Anestésicos locales
- Mango de bisturí y hojas 15,11
- Pinza atraumática para tejidos tipo Adson
- Porta agujas.
- Tijeras de cirugía
- Abrebocas
- Pinza B para biopsias
- Retractor de tejidos
- Regla milimétrica



- Punch
- Gasa
- Suturas
- Ácido acético
- Azul de toluidina
- Formalina 10%
- Frasco opaco para biopsias
- Tarjeta o boleta para biopsias
- Electrobisturí (no recomendable)
- Instrumental rotatorio para biopsias óseas

#### *Delimitación de la lesión y ubicación en la boca.*

Un exhaustivo examen visual y táctil de la lesión debe hacerse como primer paso y de acuerdo con el tamaño de la lesión, distribución o extensión en diferentes áreas de la boca, número de lesiones, ubicación por planos (tejidos superficiales o tejidos profundos óseos o blandos), se escogerá la técnica quirúrgica (tipo de biopsia), la técnica anestésica y el instrumental para la toma de la muestra histopatológica y también se decidirá el número de muestras a tomar.

En las lesiones de tejidos blandos superficiales y mucosas se puede recurrir a materiales como el ácido acético o el azul de toluidina como métodos de apoyo en la delimitación por medio de la pigmentación generada con estas soluciones.

El ácido acético al 5% en solución acuosa puede ser utilizado en la cavidad oral, principalmente para acentuar visualmente las lesiones blancas. Se aplica con gasa sobre la lesión y luego se seca durante 60 segundos, si la lesión cambia de aspecto a blanco opaco se considera positivo, puede ser utilizado solo o como paso previo a la aplicación de azul de toluidina.

El azul de toluidina tiñe selectivamente los componentes ácidos de los tejidos, principalmente incorporados al ADN y ARN celular y, ya que, las células anaplásicas contienen mayor cantidad de ácidos nucleicos, ello provoca la penetración coloración del tejido, mientras que no produce tinción en la mucosa normal.

Se debe recordar que el azul de toluidina no es un medio diagnóstico, sino solo una ayuda para determinar los sitios de mayor interés al tomar una muestra, especialmente en lesiones de gran tamaño difusas.



La luminiscencia o quimioluminiscencia ha querido utilizarse de la misma forma, pero se ha concluido que no es efectiva y que su valor no ha sido demostrado, ya que la evidencia científica no sustenta su utilización de momento.

### ***Recomendaciones generales para la toma de biopsias***

a) ***Técnica anestésica:*** En biopsias orales se recomienda la anestesia local, preferiblemente bloqueos tronculares o anestesia infiltrativa profunda y alejada de la lesión al menos 0,5 a 2 cm, puesto que la anestesia infiltrada cerca de la lesión puede alterar la integridad de los tejidos y, por tanto, alterar los resultados del estudio histopatológico.

b) ***Técnicas:*** Existen varias técnicas para la toma de muestras para biopsias de la cavidad oral: incisional, excisional, por aspiración, citología o cepillado, con punch o sacabocados. Superficial (directa) y profunda (indirecta), las que más nos interesan.

- ***Biopsia incisional:*** Se realiza cuando las lesiones son muy extensas y cuando el diagnóstico clínico de presunción es dudoso. Tiene la finalidad de obtener un diagnóstico preoperatorio removiendo o tomando solo una muestra de la lesión.

Debe incluir tanto tejido sano (se habla de 2 a 3 mm), como tejido afectado. No existen criterios estrictos sobre el tamaño de la muestra, sin embargo, unas muestras muy pequeñas, pueden impedir procesar e interpretar adecuadamente los especímenes; en cuanto a la profundidad de la muestra, esta varía de una lesión a otra y depende del grosor y ubicación de la lesión. La biopsia incisional puede realizarse en tejidos superficiales o profundos.

En los tejidos superficiales se toma una muestra de forma ojival de manera que permita cerrar la herida con facilidad, en cuanto a la extensión para profundidad se hacen cortes en uve (ángulo de 45) con el vértice hacia el fondo de los tejidos. En caso de que la lesión contenga tejidos necróticos, estos deben excluirse de la muestra.

Si la lesión a biopsiar es vesículo ampoloso, se deberá evitar incorporar úlceras con el epitelio que las recubre. En casos de seguimiento de liquen plano no se deben tomar muestras de las áreas con hiperqueratosis debido a que el estudio histopatológico puede resultar con alteraciones, por ejemplo, tomar una muestra a nivel de la línea alba.

La muestra de tejido obtenida debe manipularse con cuidado con pinzas atraumáticas para evitar alterar los tejidos de la muestra. Colocar la muestra lo más pronto posible en un frasco opaco con formalina al 10%.

Cuando se obtienen varias muestras de un mismo paciente, cada una de ellas, se coloca en un frasco diferente, debidamente rotulado e identificado según su lugar de procedencia en la boca. Si la lesión está en un plano submucoso, se hace una incisión con el bisturí hasta la submucosa y se obtiene de la misma manera una muestra de la lesión.



Si la lesión está en tejido óseo y erosionó la cortical, se realiza una incisión con bisturí en la totalidad del espesor y se toma una muestra con cincel o instrumental afilado.

Si la lesión tiene las paredes óseas íntegras se realiza una osteotomía de acceso, una vez expuesta se toma una muestra de la lesión.

- **Biopsia excisional:** Es un procedimiento en el que se toma como muestra la lesión entera. Se indica en lesiones pequeñas y donde los diagnósticos presuntivos son bastante claros y se dicen benignos. Se puede realizar en tejidos blandos o duros. La diferencia en la técnica con la biopsia incisional es que en este tipo se toma toda la lesión como muestra, pero se siguen los mismos principios básicos.
- **Biopsia por aspiración:** Se indica cuando no se puede realizar una biopsia incisional o se pueden dañar estructuras anatómicas importantes. Se indica en lesiones de tejidos blandos profundos (cuello, glándulas salivales mayores, masas parotídeas, piso de la boca, lesiones intraóseas radio translúcidas con contenido líquido, hemático o adenopatías). Se utiliza una aguja soportada por una jeringa (jeringa de 5 cc aguja de insulina) a la que se pueden adaptar aparatos que ejercen una gran presión negativa. Se realizan movimientos varios a través del tejido para recoger varias muestras tratando de no diseminar células contaminantes. El material recogido se envía al laboratorio en la jeringa con su aguja. Es una técnica poco invasiva, pero que puede dar falsos negativos.
- **Técnica con Punch o sacabocados:** Puede ser incisional o excisional se aplica a lesiones pequeñas ubicadas en sitios accesibles. El punch se coloca perpendicular a la lesión y se realizan movimientos rotacionales para que se produzca el corte, la base de la lesión se remueve con tijera curva o con bisturí. El punch no se utiliza para tomar muestras de lesiones vesículo bulosas.
- **Técnica con Electrobisturí y/o láser:** La técnica con electrobisturí o con láser para la toma de muestras puede producir ruidos o artefactos térmicos en la muestra que pueden alterar su interpretación histopatológica, por lo que deben ser utilizados con precaución, sobre todo cuando la información de los márgenes de la muestra es necesaria.  
El láser puede producir menos alteraciones que el electrobisturí (una zona de coagulación térmica menor) pero al menos 0.5 mm de tejido marginal debería mantenerse entre el borde del corte el área representativa que se piensa mandar a estudiar para minimizar los efectos distorsionadores. La mayoría de los clínicos no recomiendan la toma de muestras con estas técnicas ya que hay mayores posibilidades de éxito en los procedimientos con bisturí convencional.
- **Citología:** Es una técnica no invasiva en donde se obtiene células de la lesión mediante el raspado con un cepillo duro, aplicando una presión firme y un movimiento rotacional. La aparición de puntos de sangrado señala una profundidad suficiente en la colecta de la muestra celular.



La muestra obtenida con el cepillado se transfiere a un portaobjetos seco y se fija con alcohol al 96% o con citospray rociando a 20 cm de manera uniforme el portaobjetos y se envía al laboratorio. Existen cepillos para realizar la citología oral o se puede raspar el epitelio con espátulas de madera húmeda, metálica o bastoncillos de algodón. Esta técnica no resulta tan efectiva como la toma de muestras con bisturí. La precisión del análisis citológico depende del frotis consistente en células representativas de la lesión con un mínimo de material extraño y saliva, por tanto, es necesario tener cuidado al obtenerlo si se desea reducir al mínimo los falsos negativos.

### ***Recomendaciones generales***

- Planificar la biopsia.
- Establecer diagnósticos diferenciales.
- Planificar la anestesia.
- Identificar la lesión/lesiones y sus bordes
- Identificar estructuras anatómicas de interés
- Considerar si es posible preservación de la estética y funcionalidad.
- Establecer la zona de la toma de la muestra y la forma.
- Considerar dolor posoperatorio.
- Cicatrización por segunda intención: considerar uso de materiales, placas y apósitos quirúrgicos.

### ***Recomendaciones según ubicación de la lesión en la cavidad oral***

- ***Encía:*** Tratar de remover la lesión completa si es posible por su tamaño.
- ***Muestra de papila:*** hacer cortes que sigan el festoneado profundizando hasta la unión amelo cemento y extendiéndose de mesial de un diente a distal del otro, luego se corta la base.
- ***Piso de boca:*** Considerar referir al especialista.
  - Evitar sección completa de los músculos genioglosos
  - Evitar daño conducto de Wharton
  - Evitar dañar nervio lingual
  - Preferible anestesia troncular.
  - Hacer buena retracción estabilizando tejidos.
  - Evitar el uso del electrobisturí.
- ***Paladar:***
  - Coagular cauterizando.
  - Cicatrización por segunda intención
  - Utilizar placas /apósitos mejora la confortabilidad del paciente/proteger herida.
  - Mucosa yugal.
  - Evitar lesionar arteria, vena y nervio facial
  - Evitar lesionar el nervio bucal.
  - Considerar la presencia de la bola adiposa



- Evitar lesionar el ducto parotídeo.
- **Labios**
  - Corte profundo puede dañar arteria labial o nervios
  - Preservar estética.
  - Usar agujas finas
  - Lesiones del borde del bermellón dibujar el contorno de la elipse respetando las líneas de expresión.
  - Lesiones superficiales incluir borde sano y corte de 45° hacia el centro de la lesión.
  - Enuclear lesiones nodulares benignas.
  - Tumores de naturaleza incierta obtener muestra con cortes de 45.
- **Huesos**
  - Colgajo mucoperióstico espesor completo
  - Si hay acceso óseo situar los bordes de la incisión sobre hueso sano 4 a 5 mm
  - Si hay ventana ósea se puede ampliar con brocas redondas
  - Hacer ventana ósea con broca redonda.
- **Glándulas salivales menores**
  - Campo libre de saliva
  - Caras interna labio inferior
  - Buena tracción y eversión del labio
  - Incisión lineal horizontal de 1.5 a 2 cm
  - Profundizar hasta el epitelio
  - Tomar 4 a 5 glándulas.

### ***Alteraciones y errores que pueden distorsionar el estudio histopatológico***

Se deben evitar las siguientes situaciones con la finalidad de asegurar el éxito del procedimiento:

1. Uso de cremas y ungüentos sobre la lesión antes de tomar la muestra.
2. Aplicación de la anestesia cerca de la lesión.
3. Inclusión de fragmentos o basuras en la muestra.
4. Daños ocasionados por mala manipulación del tejido de la muestra.
5. Incluir malos cortes porque se escogió un sitio inadecuado para tomar la muestra.
6. Muestra muy pequeña.
7. Mala fijación.
8. Mal empaque.
9. Congelación de la muestra.



## Referencias

- Aguado, A., Bascones, A., et al. (2010). La biopsia oral. Ilustre Consejo General de Odontólogos Estomatólogos de España
- Antón, M. S., & Somacarrera Pérez, M. L. (2015). Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, 31(4), 247–259. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>
- Dirección Desarrollo de Servicios de Salud- Área Regulación Sistematización Diagnóstico y Tratamiento, C. N. de O. (2016). Lineamiento: Atención odontológica obligatoria en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamientos de quimioterapia, radioterapia u otros, con el propósito de evitar riesgos antes, durante y después de estos procedimientos, para proteger el estado general de la condición sistémica del paciente. (ddss-0257-16).
- Duarte, L., Romero, R. ., & Montero, S. . (2015). Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal. *16 de abril*, 54(260), 42-55. chrome- <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15260e.pdf>
- FDI. (2015). The Challenge of Oral Disease- A call for global action. In The Oral Health Atlas, second edition (Vol. 180). <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4808986>
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359–E386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
- Kadashetti, V., Shivakumar, K. M., Chaudhary, M., Patil, S., Gawande, M., & Hande, A. (2017). Influence of risk factors on patients suffering from potentially malignant disorders and oral cancer: A case–control study. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology: JOMFP*, 21(3), 455.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2022). *Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios para la población adolescente y adulta en Costa Rica*. Costa Rica.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b>	Página 40 de 44
<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</b>	<b>PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER BUCAL</b>	<b>CÓDIGO PAC.GM.DDSS. ARSDT.OD- 011.191023</b> <b>VERSIÓN: 01</b>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino*. Organización Panamericana de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/105132>

Organización Mundial de la Salud. (15 de marzo de 2022). *Informe Salud bucodental* World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20bucal%20abarca%20los,casos%20y%20177%20757%20muertes.>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud 2008: La atención primaria de la salud. Más necesaria que nunca*. Ginebra: Ediciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cuidados Paliativos*. World Health Organization. URL

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Prevención del cáncer* [Página web]. World Health Organization. <https://www.who.int/cancer/prevention/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2022, Noviembre). *Salud Bucodental [Hoja informativa]*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Philip Sapp, J., Eversole, L. R., & Wysocki, G. P. (2004). *Patología oral y maxilofacial contemporánea* (2a. ed.). Elsevier.

Rodríguez-Molinero, J., Migueláñez-Medrán, B. D. C., Puente-Gutiérrez, C., Delgado-Somolinos, E., Martín Carreras-Presas, C., Fernández-Farhall, J., & López-Sánchez, A. F. (2021). Association between oral cancer and diet: an update. *Nutrients*, 13(4), 1299. <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/4/1299/pdf>

Tam, S., Fu, S., Xu, L., Krause, K. J., Lairson, D. R., Miao, H., ... & Dahlstrom, K. R. (2018). The epidemiology of oral human papillomavirus infection in healthy populations: A systematic review and meta-analysis. *Oral oncology*, 82, 91-99. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837518301283>



## Bibliografía de Consulta

- Acuña, C. (2017). Cuidados Paliativos en Costa Rica. *Revista Terapéutica*, 11(2), 15-25.
- Araya, C. (2018). Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. *Revista médica clínica las condes*, 29(4), 411-418.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300890>
- Bagan, J., Sarrion, G., & Jimenez, Y. (2010). Oral cancer: clinical features. *Oral oncology*, 46(6), 414-417. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1368837510000989>
- Ben, I., & Anagnostou, F. (2018). *Cáncer oral prevención y gestión de pacientes*.  
[https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-oral\\_cancer-prevention\\_and\\_patient\\_management-a4-es.pdf](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-oral_cancer-prevention_and_patient_management-a4-es.pdf)
- Bulsara, Worthington, H. V., Glenny, A.-M., Clarkson, J. E., Conway, D. I., & Macluskey, M. (2007). Interventions for the treatment of oral and oropharyngeal cancers: surgical treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006205.pub4>
- Chimenes Küstner, E. (2008). Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. *Avances en odontoestomatología*, 24(1), 61-67. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000100006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000100006&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Chung, Bagheri, A., & D'Souza, G. (2014). Epidemiology of oral human papillomavirus infection. *Oral Oncology*, 50(5), 364–369. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.09.003>
- Cordoba Polo, M. L., & Tapias Vanegas, T. (2019). *Factores de riesgo asociado a desordenes potencialmente malignos en cavidad oral en individuos adultos* (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena).  
<https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/9479/FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADO%20A%20DESORDENES%20POTENCIALMENTE%20MALIGNOS%20EN%20CAVIDAD%20ORAL%20EN%20INDIVIDUOS%20AD.pdf?sequence=1>



- Cuenca, L. C., Rodríguez, N. Y. M., Enríquez, S. P., & González, D. E. G. (2021). Repercusión de la nutrición en la salud bucal. *Correo Científico Médico*, 25(3).  
<http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/download/3656/1951>
- de Jesús Pérez Brito, H. (2017). Herramientas invasivas y no invasivas para el diagnóstico de cáncer oral. Revisión de la literatura. *Revista ADM*, 74(6).  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/adm/2017/od176.pdf#page=34>
- Ettinger, R. L. (2012). The role of the dentist in geriatric palliative care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 367-368.  
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1532-5415.2011.03755.x>
- Gallardo, W. L., & Mojica, K. S. (2015). Cáncer bucal en Costa Rica, del 2006 al 2010. *Odontología Vital*, 1(22), 9-14.  
<https://revistas.ulatina.ac.cr/index.php/odontologiavital/article/download/277/286>
- Howard, M. (2010). El cáncer bucal y su asociación con el virus del papiloma humano. *Revista Científica Odontológica*, 6(2), 73-81. <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324227912005.pdf>
- Krishna Rao, S., Mejia, G. C., Logan, R. M., Kulkarni, M., Kamath, V., Fernandes, D. J., ... & Roberts-Thomson, K. (2016). A screening model for oral cancer using risk scores: development and validation. *Community dentistry and oral epidemiology*, 44(1), 76-84.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdoe.12192>
- Kutler, D. I., Auerbach, A. D., Satagopan, J., Giampietro, P. F., Batish, S. D., Huvos, A. G., ... & Singh, B. (2003). High incidence of head and neck squamous cell carcinoma in patients with Fanconi anemia. *Archives of otolaryngology-head & neck surgery*, 129(1), 106-112.  
<https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/483705>
- Lang Kuhs, K. A., Gonzalez, P., Struijk, L., Castro, F., Hildesheim, A., van Doorn, L. J., ... & Struijk, L. (2013). Prevalence of and risk factors for oral human papillomavirus among young women in Costa Rica. *The Journal of infectious diseases*, 208(10), 1643-1652.  
<https://academic.oup.com/jid/article/208/10/1643/839643>



- Lanza, D. G. (2011). Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico: Parte I. *Odontoestomatología*, 13(17), 14-25. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392011000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392011000100004&script=sci_arttext)
- Lao-Gallardo, W., Melendez-Bolaños, R., & Herrera-Jiménez, A. L. (2010). Estudio descriptivo de Cáncer Bucal, en los egresos hospitalarios de la Caja Costarricense de Seguro Social en los años 2001 a 2008. *Revista científica odontológica*, 6(2). <http://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/419/611>
- López Jornet, P., Seoane Lestón, J. M., & García-Caballero, L. (2019). Cáncer oral para dentistas. *Consejo General de dentistas de España, Madrid*.
- Marin, D. J. M. (2017). Cuidados paliativos buco-dentales. Un campo desatendido en odontología. *Acta Odontológica Colombiana*, 7(2), 33-47. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/download/66368/pdf>
- McAndrew, P. G. (1996). Oral disease. *British dental journal*, 180(3), 89-89. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4808986>
- McBride, K. A., Ballinger, M. L., Killick, E., Kirk, J., Tattersall, M. H., Eeles, R. A., ... & Mitchell, G. (2014). Li-Fraumeni syndrome: cancer risk assessment and clinical management. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 11(5), 260-271. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.41>
- Netuveli, G., Sheiham, A., & Watt, R. G. (2006). Does the 'inverse screening law' apply to oral cancer screening and regular dental check-ups?. *Journal of Medical Screening*, 13(1), 47-50. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/096914106776179836>
- Neville, B. W., & Day, T. A. (2002). Oral cancer and precancerous lesions. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4), 195-215. [www.cdc.gov/nchs/nhis.htm](http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm).
- Petti, S. (2003). Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. *Oral oncology*, 39(8), 770-780. [https://doi.org/10.1016/S1368-8375\(03\)00102-7](https://doi.org/10.1016/S1368-8375(03)00102-7)
- Ramadas, K., Lucas, E., Thomas, G., Mathew, B., Balan, A., Thara, S., & Sankaranarayanan, R. (2008). A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia. *Lyon, France: IARC*. [https://screening.iarc.fr/atlasoral\\_list.php?cat=B2&lang=1](https://screening.iarc.fr/atlasoral_list.php?cat=B2&lang=1)



Reichart, P. A., & Philipsen, H. P. (2005). Oral erythroplakia—a review. *Oral oncology*, 41(6), 551-561.

[https://exodontia.info/wp-content/uploads/2021/07/Oral Oncology 2004. Oral Erythroplakia - A Review.pdf](https://exodontia.info/wp-content/uploads/2021/07/Oral_Oncology_2004_Oral_Erythroplakia_-_A_Review.pdf)

Singh, M. P., Misra, S., Rathanaswamy, S. P., Gupta, S., Tewari, B. N., Bhatt, M. L. B., & Kumar, V. (2015).

Clinical profile and epidemiological factors of oral cancer patients from North India. *National journal of maxillofacial surgery*, 6(1), 21.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668727/>

Syrjänen, K., Syrjänen, S., Lamberg, M., Pyrhönen, S., & Nuutinen, J. (1983). Morphological and

immunohistochemical evidence suggesting human papillomavirus (HPV) involvement in oral squamous cell carcinogenesis. *International journal of oral surgery*, 12(6), 418-424.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300978583800337>