

Capítulo 31

Carcinoma de células escamosas de la cavidad oral

Fernando García Marín

María José Moran

José Ignacio Salmerón

José Ignacio Iriarte Ortabe

Gabriel Forteza González

Carlos Navarro Vila

CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 435 |
| 1.1. Definición del problema | 435 |
| 1.2. Repercusión social..... | 435 |
| 1.3. Gestión sanitaria del problema..... | 435 |
| 1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica | 436 |
| 2. PREVENCIÓN | 436 |
| 2.1. Factores etiológicos | 436 |
| 2.2. Medidas preventivas..... | 436 |
| 3. DIAGNÓSTICO..... | 437 |
| 4. INDICADORES PRONÓSTICOS..... | 438 |
| 5. TRATAMIENTO | 439 |
| 6. RESULTADOS..... | 442 |
| 6.1. Seguimiento | 442 |
| 6.2. Indicadores de resultado favorable..... | 443 |
| 6.3. Indicadores de resultado desfavorable | 443 |
| 7. INFORMACIÓN PARA PACIENTES | 443 |
| APÉNDICE 1.- VIAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ORAL | 444 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 447 |

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

Se incluyen aquellos carcinomas de células escamosas que se originan en el interior de la cavidad oral, desde el límite posterior del bermellón labial hasta el paladar blando, pilares anteriores y base de la lengua. Incluyendo, por tanto, las siguientes áreas específicas:

- mucosa vestibular y yugal
- encías superior e inferior
- suelo de la boca
- triángulo retromolar
- paladar duro
- lengua móvil.

1.2. Repercusión social

El cáncer oral es uno de los diez tipos de cáncer más frecuentes en el mundo, constituyendo alrededor del 3% de todos los tumores malignos en los países occidentales. Se estimó una cifra de 378.500 casos nuevos diagnosticados en el mundo en 1980, y de 412.000 en 1985 (estas cifras incluyen oro e hipofaringe). En 1992 se diagnosticó cáncer oral en aproximadamente 26.000 personas en USA y produjo 7.000 muertes. El 70 % de estos casos se consideraron atribuibles al tabaco y el 31% también al alcohol.

Según los datos de registros de cáncer de base poblacional en España correspondientes al año 1993 la tasa bruta de incidencia de cáncer oral (CIE-9 141, 143, 144 y 145) era de 8'6 casos por 100.000 varones, y 1'44 casos por 100.000 mujeres. El cáncer oral comprendía el 2'74% de los tumores malignos en los varones y el 0'7% en las mujeres.

El tratamiento del cáncer oral no ha conseguido apenas mejorar globalmente sus resultados durante las últimas décadas, a pesar de años de investigaciones y avances en cirugía, radioterapia y quimioterapia, con una supervivencia a dos años en los estadios III y IV que raramente supera el 30%.

1.3. Gestión sanitaria del problema

- 1.- Todos los pacientes deben tener acceso a un tratamiento de la máxima calidad en el hospital de referencia de su área, independientemente del lugar donde vivan. El tratamiento debe ser proporcionado tan cerca de la casa del paciente como sea posible de manera compatible con el máximo estándar de calidad, seguridad y efectividad.
- 2.- El paciente diagnosticado de cáncer oral debe ser evaluado en un Comité multidisciplinario que incluya la colaboración de todos los especialistas implicados en su manejo: cirujano oral y maxilofacial, oncólogo, radioterapeuta, anatomopatólogo, etc.

Esto resulta difícil cuando el cirujano se encuentra lejos de un gran centro con todas las especialidades, pero se puede suplir con los modernos medios de comunicación. Existe evidencia de que la ausencia de un manejo multidisciplinario del cáncer oral afecta negativamente a los resultados.

1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

Todavía existen importantes dudas respecto al mejor tratamiento y las decisiones clínicas y quirúrgicas son con frecuencia difíciles. Esta guía de práctica clínica puede resultar valiosa en la ayuda al clínico y al cirujano a la hora de tomar decisiones, y puede contribuir a mejorar los resultados para sus pacientes.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

- 1.- Existen abundantes pruebas que establecen una fuerte e independiente relación causal entre el carcinoma escamoso de la cavidad oral con el hábito de fumar y el consumo excesivo de alcohol. Además, el efecto de ambos factores de riesgo se combina de forma multiplicativa.
- 2.- El consumo de alcohol por encima de 60 g./día aparece como el factor de riesgo individual más potentemente asociado al cáncer oral.
- 3.- Existe una asociación estadísticamente significativa entre el mayor abuso de alcohol y el diagnóstico de cáncer oral en estadios más avanzados, es decir, el alcohol no sólo aumenta el riesgo de padecer cáncer oral, sino que, además, los más alcohólicos acuden al especialista en un estadio más avanzado de la enfermedad.
- 4.- El riesgo asociado al hábito de fumar aumenta de manera proporcional al nº de cigarrillos diarios, al nº de años fumando y a la cantidad absoluta de tabaco fumado en toda la vida.
- 5.- El cáncer oral se presenta de forma predominante en varones, en una relación de 4:1. El 95'1% de los casos se producen por encima de los cuarenta años de edad y la edad media en que aparece es a los 60'6 años.

2.2. Medidas preventivas

- 1.- Las medidas preventivas más importantes para el cáncer oral están dirigidas a la lucha contra el consumo de tabaco y el alcoholismo.
- 2.- Una exploración para detectar lesiones cancerosas y precancerosas en la cavidad oral debe incluirse en los exámenes periódicos de salud de personas con exposición al tabaco y a cantidades excesivas de alcohol, especialmente en personas de edad avanzada.

3. DIAGNÓSTICO

- 1.- Las lesiones menores de 4 cm (T1-T2) son, en un alto porcentaje, curables, por lo que la detección precoz es, actualmente, la herramienta más útil en la lucha contra este tipo de cáncer.
- 2.- Aunque la mayoría de médicos y dentistas verán pocos enfermos con cáncer de la cavidad oral durante su actividad profesional, es esencial que tengan en mente la posibilidad de su existencia cuando observen cualquier área de ulceración o induración en esa zona, y especialmente entre fumadores y bebedores severos.
- 3.- Diagnóstico de sospecha que obliga a referir a un paciente al cirujano oral y maxilofacial o cirujano de cabeza y cuello:
 - Úlcera que no cura después de 15 días de observación, tras eliminar o descartar posibles causas específicas (trauma, infección...).
 - Induración o masa que persiste después de 15 días de observación.
 - Dolor local o irradiado a estructuras cercanas.
 - Masa o nódulo cervical.
- 4.- Un paciente referido por su médico de cabecera u odontólogo con diagnóstico de sospecha de cáncer oral debe ser atendido sin retrasos injustificados por un cirujano oral y maxilofacial o cirujano de cabeza y cuello con suficiente cualificación, experiencia e interés en el manejo del cáncer oral, y en un centro hospitalario adecuadamente dotado. Sería deseable que el tratamiento definitivo haya comenzado dentro de las tres semanas siguientes a la primera consulta del paciente con el especialista.
- 5.- En el examen clínico inicial del paciente se debe inspeccionar sistemáticamente cada rincón de la cavidad oral y palpar cuidadosamente cualquier lesión sospechosa. Posteriormente se procederá a una palpación cervical muy cuidadosa y exhaustiva. Aunque un tejido sospechoso no tiene por que ser obligatoriamente biopsiado en una primera visita, se le debe dar un plazo limitado de tratamiento médico, transcurrido el cual se efectuará la biopsia si no se ha producido mejoría.
- 6.- Las áreas de leucoplasia deben ser mantenidas bajo observación regular con el fin de detectar posibles cambios que podrían indicar malignidad. Las zonas de induración o eritroplasia deben ser biopsiadas, y en este caso, de acuerdo con el patólogo, valorar el grado de displasia de la lesión : si es moderada o severa se deberá tratar quirúrgicamente.
- 7.- La única prueba diagnóstica definitiva para el carcinoma de células escamosas es el estudio histológico de los tejidos afectados, y el método más utilizado y seguro es la biopsia abierta. El tipo incisional se realiza generalmente en el borde de la lesión, con el fin de incluir un fragmento de tejido sano y evitar zonas necróticas casi siempre centrales. La biopsia excisional se debe realizar sólo excepcionalmente cuando se pretende al mismo tiempo curar lesiones muy pequeñas, incluyendo los márgenes suficientes. En general la biopsia excisional no se debe realizar, pues es difícil realizar posteriormente cirugía para ampliación de márgenes en una lesión que no se ve.

- 8.- La valoración del estado de los ganglios linfáticos regionales es esencial para un diseño óptimo del tipo de tratamiento. Esta valoración se realiza generalmente mediante palpación. Sin embargo, algunos estudios de correlación clínico-patológica han demostrado que tanto los falsos positivos como los falsos negativos alcanzan un nivel altamente insatisfactorio con este método (sensibilidad 70%; especificidad 65%) por lo que la estadificación del cuello debe completarse con el uso de TC o RM, y PAAF guiado por ecografía. Aquellas adenopatías mayores de 11 mm en TC o RM deben considerarse probablemente metastásicas, o el agrupamiento de 3 o más de ellas (aunque sean 1 ó 2 mm menores). Tanto mediante TC como mediante RM con contraste, se pueden detectar fiablemente focos necróticos o de tumor queratinizante mayores de 3 mm, ambos característicos de metástasis. Sin embargo, estudios de sensibilidad otorgan una sensibilidad del 66% al CT y del 64% a la RM.
- 9.- En aquellos carcinomas en vecindad con una superficie ósea, especialmente la mandíbula, resulta difícil decidir preoperatoriamente la extensión de hueso que debe ser reseçada en contigüidad con el tumor. El cirujano se guía por la inspección clínica y la imagen radiológica. La ortopantomografía y la radiografía periapical son útiles en la evaluación inicial de todos los tumores en la región de la mandíbula, pudiendo mostrar lesiones osteolíticas cercanas al tumor (el cambio de señal de la esponjosa mandibular en la RM, unido a la OPG puede afinar el diagnóstico de infiltración ósea).
- 10.- La TC o RM son muy útiles para conocer la profundidad de la lesión primaria y la infiltración de estructuras vecinas, además de la existencia y extensión de metástasis ganglionares. La TC es mejor que la RM para valorar el estado del cuello.
- 11.- Las metástasis a distancia son raras en el cáncer oral, por lo que una búsqueda demasiado exhaustiva de metástasis es innecesaria. Unas Rx PA y L de tórax, y unas pruebas de función hepáticas son suficientes.

4. INDICADORES PRONÓSTICOS

Diversos factores pronósticos condicionan el comportamiento del cáncer oral y por tanto, la opción de tratamiento. Para planificar un tratamiento adecuado deben investigarse detalladamente en cada paciente, incluyendo: estadio TNM, grado de diferenciación histológica, márgenes de resección positivos o insuficientes, existencia de infiltración perineural del tumor y extensión extracapsular ganglionar. El factor pronóstico más importante de manera aislada es el estadio N o existencia de metástasis ganglionares.

5. TRATAMIENTO

Principios generales

- 1.- El objetivo del tratamiento es curar completamente el cáncer, y reducir las secuelas funcionales y estéticas al mínimo posible mediante las técnicas de reconstrucción adecuadas.
- 2.- El objetivo principal de un tratamiento quirúrgico es eliminar el tumor mediante exéresis del mismo. Es de gran importancia que se utilicen técnicas de reconstrucción adecuadas para la restauración de la función y la estética *ad maximum*, y ello será tenido en cuenta en la fase de planificación quirúrgica. De manera general se procederá a la reconstrucción primaria del defecto. El tratamiento quirúrgico es efectivo como tratamiento único en estadios iniciales, y suele utilizarse en combinación con radioterapia en estadios avanzados.
- 3.- Las ventajas del tratamiento quirúrgico son: 1) Es efectivo frente a lesiones cancerosas iniciales con una mínima morbilidad y una recuperación rápida, 2) Permite el análisis histológico de los tejidos y de la extensión tumoral en el cuello, lo cual proporciona información pronóstica importante que ayuda a planificar el tratamiento. 3) Queda intacta la opción de la radioterapia para ser incluida en el tratamiento de posibles recidivas. Las desventajas de la cirugía incluyen: 1) secuelas funcionales y estéticas, 2) posibles complicaciones quirúrgicas (hemorragia, dehiscencia, infección, etc.), y 3) afectación del estado general.
- 4.- El objetivo principal de la radioterapia es eliminar el tumor con el mínimo daño posible para los tejidos sanos y con los mínimos efectos secundarios adversos posibles. La radioterapia puede ser utilizada como único tratamiento en estadios iniciales o como tratamiento complementario en estadios avanzados.
- 5.- Las ventajas de la radioterapia son: 1) Evita secuelas quirúrgicas, 2) Es efectiva frente a lesiones cancerosas iniciales, y 3) Es efectiva frente a la extensión tumoral cervical oculta y puede acceder a regiones no tratables quirúrgicamente como los ganglios retrofaríngeos y prevertebrales. Sus desventajas principales son: 1) Tiene efectos secundarios posibles como: alteraciones dentarias, inflamación y sequedad de las mucosas, osteorradionecrosis, alteraciones cutáneas; 2) Tiene una dosis máxima que impide la reirradiación de pacientes con recidivas. 3) Tumores radio-inducidos.
- 6.- Quimioterapia: aunque algunos regímenes quimioterápicos pueden producir tasas de respuesta completa o parcial en un 25-50% de pacientes no tratados previamente, el cáncer oral se puede considerar todavía un tumor resistente a quimioterapia sola. La quimioterapia por sí sola no tiene impacto en la supervivencia, incluso aunque pueda controlar los síntomas en bastantes pacientes por meses o, más raramente, por años.
- 7.- El plan de tratamiento depende fundamentalmente de factores como la localización del tumor, su estadio TNM, el estado general del paciente y sus deseos y circunstancias personales y familiares. De manera muy resumida, se puede decir que las lesiones ini-

ciales (estadios I y II) se pueden tratar con eficiencia similar mediante cirugía o radioterapia, y las lesiones avanzadas (estadios III y IV) requieren generalmente un tratamiento combinado de cirugía y radioterapia. La afectación ósea y la presencia de adenopatías metastásicas indican generalmente tratamiento quirúrgico primario. Pacientes con mal estado general y lesiones irresecables quirúrgicamente pueden ser tratados sólo con radioterapia con/sin quimioterapia.

- 8.- En estadios iniciales (menor de 4 cm), sin afectación ganglionar T1 T2 N0 M0, el tratamiento mediante alguna forma de radioterapia o mediante cirugía obtienen resultados equivalentes. Sin embargo, en muchos centros la radioterapia se reserva para las recidivas o para el tratamiento de estadios avanzados.
- 9.- La opción quirúrgica –mediante escisión radical local, osteotomías parciales o totales, y reconstrucción– es preferible en aquellas lesiones con signos de infiltración de estructuras óseas.
- 10.- Los tumores más avanzados, a partir de estadio III con N⁺, si son resecables se someten a tratamiento quirúrgico y radioterapia postoperatoria en todos los casos. Si no se consideran resecables deben someterse a radioterapia con o sin quimioterapia (y nueva valoración en comité de tumores tras el tratamiento para valorar rescate quirúrgico).
- 11.- Alternativas generales de tratamiento según TNM:
 - Tumores en estadios iniciales T1N0, elegir una de las dos opciones:
 - Cirugía local, preferentemente
 - Radioterapia local
 - T2 N0, elegir una de las dos opciones:
 - Cirugía local + disección cervical, preferentemente
 - Radioterapia local y cervical
 - T3 N0:
 - Cirugía local + disección cervical
 - Lesiones localmente avanzadas (más de 4 cm o con invasión ósea) T4 N0, T1-T4 N+ M0:
 - Cirugía local + disección cervical radical modificada + radioterapia externa complementaria si pN⁺.
- 12.- En tumores de encía superior y paladar duro se debe realizar una exploración clínica y radiológica cuidadosa para determinar la extensión superior de estos tumores. Podrían resultar ser una prolongación inferior de un tumor primario del seno maxilar o de la vía nasal.

- 13.- La alta morbilidad quirúrgica asociada a la extirpación del carcinoma escamoso que afecta al paladar blando, pudiendo producir secuelas como incompetencia velofaríngea, con cambio de voz y reflujo nasal, pueden, en ocasiones, hacer preferible la modalidad radioterápica en estas localizaciones.
- 14.- Aquellos casos en los que resulten márgenes quirúrgicos afectados o dudosos en el estudio histopatológico postquirúrgico se someterán a radioterapia complementaria. Se consideran afectados los márgenes inferiores a 5 mm de tejido sano peritumoral. Otro criterio de irradiación postoperatoria es la presencia de infiltración perineural.

Cuello

- 1.- El plan de tratamiento para el cuello puede ser electivo o terapéutico, dependiendo de los hallazgos preoperatorios.
 - 1.1 Ganglios operables.

En pacientes con evidencia clínico-radiológica de afectación ganglionar, la disección cervical es el tratamiento más ampliamente aceptado, generalmente complementado con radioterapia cuando las adenopatías se comprueban histológicamente. El examen histopatológico de la pieza quirúrgica sirve para estadiar y valorar esa posibilidad de radioterapia postquirúrgica.
 - 1.2 Ganglios adheridos a los grandes vasos, raíces nerviosas cervicales o a la base del cráneo.

Estos pacientes son tratados paliativamente con alguna modalidad de radioterapia con/sin quimioterapia.
 - 1.3 Cuello clínicamente negativo.
 - 1.3.1.- Las opciones para el tratamiento de estos casos incluyen generalmente las siguientes: 1) observación, 2) disección cervical ganglionar, o 3) irradiación cervical.
 - 1.3.2.- La decisión de proceder a tratamiento del cuello NO, o adoptar una actitud de expectancia vigilante, depende del riesgo existente de metástasis ocultas, y este riesgo está en función de factores pronósticos en relación con el tumor primario. En general, se tiende a tratar el cuello en todos aquellos tumores mayores de 2 cm.
 - 1.3.3.- Las metástasis cervicales clínicamente ocultas se pueden curar en un alto porcentaje, bien mediante radioterapia o bien mediante cirugía. La alternativa entre radioterapia o disección cervical para el manejo del cuello NO depende del tratamiento elegido para el tumor primario. Ambas modalidades han demostrado ser igualmente eficaces en la erradicación de la enfermedad microscópica en estos cuellos cuando el tumor primario está controlado.
 - 1.3.4.- Ventajas y desventajas de radioterapia y cirugía en el cuello NO: La radioterapia para el tratamiento profiláctico del cuello negativo NO limita el uso

posterior de radioterapia en caso de recidiva, hace la exploración cervical más difícil, y puede complicar la cirugía posterior en caso de que sea necesaria. Todas estas razones favorecen la elección de la disección ganglionar como tratamiento profiláctico si se considera indicado. El tratamiento quirúrgico del cuello clínicamente negativo permite, además, la estadificación anatómopatológica de ese cuello.

- 2.- El hallazgo de más de una adenopatía metastásica, o de extensión extracapsular en la disección ganglionar es indicación de radioterapia postquirúrgica complementaria. Lo mismo ocurre con la existencia de márgenes quirúrgicos inferiores a 5 mm.
- 3.- En tumores cercanos a la línea media el tratamiento cervical inicial debe ser siempre bilateral.

Tratamiento de las recidivas

- 1.- Si inicialmente se utilizó radioterapia, la cirugía es el tratamiento preferido.
- 2.- Si se empleó cirugía para tratar la lesión inicialmente, la recidiva se someterá electivamente a cirugía más radioterapia.
- 3.- Recidiva T1N0: cirugía local. Cualquier otro TN: cirugía + disección cervical radical + radioterapia (si no se le administró antes).

6. RESULTADOS

6.1. Seguimiento

- 1.- Es esencial que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sean vigilados cuidadosamente después del tratamiento inicial. Las recidivas ocurren generalmente (75%) durante el primer año, y en ocasiones se pueden curar con el tratamiento adecuado. Además, estos pacientes tienen una elevada tendencia a presentar segundos tumores primarios en el tracto aerodigestivo superior.
- 2.- El seguimiento debe realizarse:
 - Primer año: cada mes.
 - Segundo y tercer año: cada tres meses.
 - Cuarto año: cada seis meses.
 - Quinto año y posteriores: anualmente.
- 3.- En cada visita se realizará un examen exhaustivo de la zona del tumor primario y de las regiones de posible extensión ganglionar. Además, una vez al año se realizará CT cervicofacial y Rx tórax.

6.2. Indicadores de resultado favorable

- Estudio anatomopatológico postquirúrgico que indica eliminación de todo el tejido tumoral con márgenes suficientes.
- Restauración de la función y la apariencia facial, con cicatrización completa de las heridas sin infección.
- Restauración en un período razonable de la oclusión dentaria, habla, masticación y deglución.

6.3. Indicadores de resultado desfavorable

- Defectos en el cierre de las heridas incluyendo dehiscencias e infecciones.
- Fallo o respuesta incompleta a la radioterapia
- Estudio anatomopatológico postquirúrgico que indica márgenes invadidos o próximos
- Hemorragia, linforragia o hematomas, fistula orocervical postoperatorios
- Dolor intenso mantenido postoperatorio
- Necrosis de colgajos o injertos reconstructivos
- Complicaciones en zonas donantes de injertos
- Osteorradionecrosis
- Defectos funcionales: maloclusión, incapacidad para deglutir o hablar.

7. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Una buena comunicación entre el paciente y los profesionales sanitarios supone un factor esencial para el tratamiento del cáncer oral, y puede influir en la calidad de vida del paciente, y en las fases de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Para ello se deben:

- dedicar suficiente tiempo para explicaciones
- identificar claramente las alternativas, riesgos, complicaciones y secuelas
- explicar cuál es el curso previsible de la enfermedad y el programa de tratamiento
- dar posibilidades de elección al paciente cuando se siente suficientemente informado
- evitar la falta de continuidad en el o los profesionales que atienden al paciente
- evitar la falta de información o información incoherente
- obtener un consentimiento informado
- comunicar el diagnóstico con un familiar presente en un lugar adecuado

APÉNDICE 1. VÍAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ORAL

Es aconsejable que los Departamentos hospitalarios de Cirugía Oral y Maxilofacial cuenten con Vías Clínicas como instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial. Como ejemplo

A continuación se presenta un ejemplo de Vía Clínica para un carcinoma oral T2 NO M0:

VIA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CÁNCER ORAL (T2 NO M0):

Resección local más disección supraomohioidea funcional.

| | Primera visita. | Segunda visita. | Comité oncológico | Ingreso día 1. Planta. | Ingreso día 2. Intervención quirúrgica. Reanimación/UCl. |
|----------------------------|---|---|--|--|--|
| EVALUACIONES Y ASISTENCIAS | Atención por el Cirujano Oral y Maxilofacial: historia clínica y exploración. | Atención por el Cirujano Oral y Maxilofacial: confirmación diagnóstico. Evaluación de extensión y estadificación. | Evaluación de opciones terapéuticas. Decisión terapéutica. | -Atención por el Cirujano Oral y Maxilofacial: Verificación del estudio preoperatorio, preanestésico y medicación previa. -Valoración de enfermería. Historia de enfermería y plan de cuidados. | -Atención por el Cirujano Oral y Maxilofacial: Intervención quirúrgica. -Cuidados de enfermería quirúrgica. -Atención en Reanimación/UCl. -Cuidados enfermería UCl. |
| DETERMINACIONES O PRUEBAS | - Tomar muestra biopsia. - Solicitar CT - Solicitar PAAF si precisa. | - Solicitar estudio preoperatorio. | | -Cruzar sangre (2 ó 3 unidades de concentrado de hemafies) | Comprobación de grupo sanguíneo. - Control de Hcto, Hb, e iones postintervención (en UCl). - Control de glucemia y tiempo de coagulación si procede. |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| TRATAMIENTOS MÉDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA | | | | -Ctes. Vitales (F:C., Tº, T.A.) -Peso y talla. -Protocolo prequirúrgico de enfermería. | Intervención quirúrgica - Via central - Sonda nasogástrica - Sonda vesical. - Drenajes lecho quirúrgico (Redon con vacío). - Constantes cada 30 a 60' en Reanimación. Después cada 4 h. - Medición de diuresis y drenajes por turno. |
| MEDICACIÓN | - Analgesia si precisa. | | | -Continuar medicación previa. -AntiH ₂ si procede. -Profilaxis antimicrobiana. - Benzodiacepina oral a las 24 h. | - Concentrado de hemafés si procede. - Profilaxis antimicrobiana. -Profilaxis tromboembólica. - Analgesia. - AntiH ₂ . - Fluidoterapia. |
| ACTIVIDAD | | | | - Habitual | -Reposo en cama. |
| DIETA | | | | -Habitual hasta la noche. - Después ayuno (sólidos y líquidos). | - Dieta absoluta. - Ó h. tras la intervención comenzar con líquidos por SNG |
| INFORMACIÓN Y APOYO | - Información a paciente y familiares. | - Información a paciente y familiares. | - Información a paciente y familiares. | -Consentimiento informado: quirúrgico y anestésico. -Información a paciente y familia. | - Información a familiares. |

Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

| | Ingreso día 3. UCI. Planta. | Ingreso día 4. Planta. | Ingreso día 5. Planta. | Ingreso día 6. Planta. | Ingreso día 7. Planta. | Ingreso día 8. Planta. |
|---|--|--|---|---|---|--|
| EVALUACIONES Y ASISTENCIAS | - Traslado UCI a planta. - Atención Intensivista. - Atención Cirujano Oral y Maxilofacial - Cuidados de enfermería UCI y planta. | - Atención Cirujano Oral y Maxilofacial - Cuidados de enfermería | - Atención Cirujano Oral y Maxilofacial - Cuidados de enfermería | - Atención Cirujano Oral y Maxilofacial. - Cuidados de enfermería. | - Atención Cirujano Oral y Maxilofacial. - Cuidados de enfermería. | - Atención Cirujano Oral y Maxilofacial. - Cuidados de enfermería. |
| DETERMINACIONES O PRUEBAS | - Hb, Hcto, e iones. - Glucemia si procede. | | | | | |
| TRATAMIENTOS MÉDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA | - Lavados intraorales con suero y aspiración por turno o cuando precise. - Ctes y diuresis por turno. - Retirar fluidoterapia. - Mantener vía heparinizada. - Vigilancia y medición de drenajes por turno. | - Lavados intraorales con suero y aspiración por turno o cuando precise - Retirada de drenajes si < 50 ml/ 24 h. - Retirada de sonda vesical. - Destapar herida cutánea, cura y apósito. - Retirar vía central. - Ctes por turno. | - Lavados intraorales con suero y aspiración por turno o cuando precise - Ctes por turno. - Cura de heridas. | - Ctes por turno. - Cura de heridas. | - Ctes por turno. - Cura de heridas. - Retirar SNG. | - Ctes por turno. - Cura de heridas. - Retirar puntos de sutura. |
| MEDICACIÓN | - Analgesia - Profilaxis antimicrobiana. - AntiH ₂ . - Continuar medicación previa si la tenía. - Profilaxis tromboembólica | - Analgesia - Profilaxis antimicrobiana. - AntiH ₂ . - Continuar medicación previa si la tenía. - Retirar profilaxis tromboembólica. | - Analgesia - Profilaxis antimicrobiana. - AntiH ₂ . - Continuar medicación previa si la tenía. | - Analgesia - Profilaxis antimicrobiana. - AntiH ₂ . - Continuar medicación previa si la tenía. | - Analgesia - Profilaxis antimicrobiana. - AntiH ₂ . - Continuar medicación previa si la tenía. | Alta. - Pautar analgesia domicilio |
| ACTIVIDAD | - Sentar en sillón. - Aseo personal en cama. | - Iniciar deambulación. - Aseo personal con ayuda. | - Deambulación. - Aseo personal. | - Deambulación. - Aseo personal. - Higiene oral con ayuda. | - Deambulación. - Aseo personal. - Higiene oral con ayuda. | - Habitual. - Higiene oral con ayuda. |
| DIETA | - Dieta por SNG. | - Dieta por SNG. | - Dieta por SNG. | - Comenzar con líquidos orales. | - Dieta líquida o pastosa oral. | - Dieta blanda. |
| INFORMACIÓN Y APOYO | - Información a paciente y familiares. | - Información a paciente y familiares. | - Información a paciente y familiares. | - Información a paciente y familiares. | - Información a familiares. - Comunicación de prealta. - Encuesta de satisfacción de enfermo/familiares | - Recomendaciones médicas al alta. - Informe definitivo de alta tras datos de A. Patológica. - Revisión en una semana. |

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BC Cancer Agency. Cancer Management Guidelines. www.bccancer.bc.ca www.bccancer.bc.ca
- Boyle P, Macfarlane GJ, Blot WJ, Chiesa F, Lefebvre JL, Mano Azul A, de Vries N, Scully C. European School of Oncology Advisory Report to the European Commission for the Europe Against Cancer Programme: Oral Carcinogenesis in Europe. *Oral Oncol Eur J of Cancer* 1995;31B:75-85.
- British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Guidelines. www.baoms.org.uk
- Cáncer en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
- Cancer Incidence in Five Continents, Volume VI. IARC Scientific Publications. Lyon, 1993.
- Carter RL, O'Brien CJ, Barr L, Bliss JM. Prognostic implications of perineural spread in squamous carcinomas of the head and neck. *Laryngoscope* 1986;96: 1145-8.
- Chen J. Changing trends in oral cancer in the United States, 1935-1985: A Connecticut Study. *J Oral and Maxillofacial Surg* 1991;49:1152-8.
- Cleary KR, Batsakis JG. Oral Squamous Cell Carcinoma and the Mandible. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995;104:977-979.
- Crosher R, Mitchell R. Incidence of Oral Cancer in Scotland 1971-1989. *Letter. Br J of Oral and Maxillofacial Surg* 1995;33:333-4.
- Field EA, Darling AE, Zakrzewska JM. Oral mucosal screening as an integral part of routine dental care. *Br Dental J* 1995;179:262-6.
- From the CDC. Examinations for oral cancer. United States, 1992. *JAMA* 1994. 271:1232.
- Gorsky M, Dayan D. Referral Delay in Diagnosis of Oro/Oropharyngeal Cancer in Israel. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1995;31B:166-8.
- Hart AAM. The importance of correct stage grouping in oncology. *Cancer* 1995;75:2656-62.
- Jovanovic A. Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma; a report from the Netherlands. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1992; 28B:37-8.
- Jullien JA, Zakrzewska JM, Downer MC, Speight PM. Attendance and Compliance at an Oral Cancer Screening Programme in a General Medical Practice. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1995;31B:202-6.
- López-Abente Ortega G, Pollán Santamaría M, Ruiz Tovar M, Jiménez Rodríguez M, Vázquez Vizoso F. La mortalidad por cáncer en España, 1952-1986. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992.
- López-Abente Ortega G y otros. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España, 1978-92. Fundación Científica de la AECC, ed. 1996.
- Macfarlane GJ, Evstifeeva TV, Robertson C, Boyle P, Scully C. Trends of oral cancer mortality among females and males worldwide. *Cancer Causes and Control* 1994;5:255-65.
- Marchetta FC, Sako K. Results of radical surgery for intraoral carcinoma related to tumor size. *Am J Surg* 1966;112:554-557 (citado en Virag et al).
- Marshall JR, Boyle P. Nutrition and oral cancer. *Cancer Causes and Control* 1996;7:101-111.
- Martínez Gimeno C, Moro Rodríguez E, Navarro Vila C, López Varela C. Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity: A Clinicopathologic Scoring System for Evaluating Risk of Cervical Lymph Node Metastasis. *Laryngoscope* 1995;105:728-33.
- Mashberg A., Samit A. Early Diagnosis of Asymptomatic Oral and Oropharyngeal Squamous Cancers. *CA Cancer J Clin* 1995;45:328-51.
- Mukherji SK, Weeks SM, Castillo M, Yankaskas BC, Krishnan LAC, Schiro S. Squamous Cell Carcinomas that Arise in the Oral Cavity and Tongue Base: Can CT Help Predict Perineural or Vascular Invasion? *Radiology* 1996;198:157-62.
- Poulsen M, Aldren C, Tripcony L, Walker Q. Is Surgery Necessary in Stage III and Stage IV Cancer of the Head and Neck That Responds to Induction Chemotherapy? *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1996; 122:467-71.
- Sciubba JJ. Alterations of mucosa at the premalignant level. *Surgical Pathology: Considerations in Diagnosis and Management. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* 1994;6:421-429.
- Van den Brekel M W M., Snow G B. Assessment of Lymph Node Metastases in the Neck. *Oral Oncol, Eur J Cancer* 1994; 30B: 88-92.

Van Es RJ, Van Nieuw Amerongen N, Slootweg PJ, Egyedi P. Resection Margin as a Predictor of Recurrence at the Primary Site for T1 and T2 Oral Cancers. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122:521-525.

Virag M, Uglesic V, Aljinovic N, Jurlina M. Are the New Staging Rules Better for T4 Oral Cancer? *Am J Surg* 1995;170:432-5.

Zätterström UK, Wennerberg J, Ewers S, Willén R, Attewell R. Prognostic factors in head and neck cancer: histologic grading, DNA ploidy, and nodal status. *Head and Neck* 1991;13:477-87.