

Maidana, Andrea

**Hallazgo de carcinoma
epidermoide en paladar:
relevancia en la práctica
odontológica diaria**

**Trabajo final de la práctica profesional
supervisada de Odontología**

Director: Becerra, Mauricio

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

TRABAJO INTEGRADOR

HALLAZGO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN PALADAR

Relevancia en la práctica odontológica diaria

ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Autor: Andrea Maidana

Tutor: Od. Mauricio Becerra

Prof. Titular Responsable: Dra. Claudia Bonnin

2024



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

Índice

4	Resumen
4	Palabras claves
5	Introducción
6	Objetivos
8	Caso clínico
10	Informe anatomopatológico
10	Macroscopia
10	Microscopia
10	Diagnóstico de certeza
12	Diagnóstico diferencial
16	Discusión
18	Tratamiento alternativo
19	Conclusión
21	Referencias bibliográficas
22	Anexos



A series of white, wavy, concentric lines that curve upwards from the bottom left towards the right side of the page, creating a sense of movement and depth.

Resumen

Palabras claves

Introducción

Objetivos

RESUMEN

En los países occidentales los carcinomas epidermoides de la cavidad oral representan el 2-3% de todos los tumores malignos y el 10-20% de los situados en la cabeza y el cuello, su etiopatogenia es desconocida, pero tiene una relación directa con ciertos factores de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol. Aún no se tiene completo conocimiento de todos los factores de riesgo y no siempre las asociaciones son de causa-efecto, pero con frecuencia los factores relacionados con los estilos de vida son más importantes en la predisposición al cáncer. El reporte del caso clínico tiene como finalidad el conocimiento de las manifestaciones orales, como así también de la fisiopatogenia y de los factores etiológicos que inciden en la aparición del carcinoma epidermoide bucal, lo que resulta indispensable para lograr el diagnóstico y la derivación precoz y oportuna a un especialista; con lo cual contribuye a la disminución de la incidencia de dicha enfermedad y así alcanzar opciones de tratamiento menos invasivas para el paciente. También para concientizar al estudiante, como así también al odontólogo general, quienes deben orientar y educar al paciente para concurrir en forma temprana a instituciones o profesionales especialistas ante cualquier cambio de la estructura normal de la cavidad bucal.

PALABRAS CLAVES:

carcinoma epidermoide, paladar, cavidad oral, factores de riesgo, alcohol, tabaco.

ABSTRACT

In Western countries, oral squamous cell carcinomas account for 2-3% of all malignant tumors and 10-20% of those located in the head and neck. Their etiopathogenesis is unknown, but it has a direct relationship with certain risk factors, such as tobacco and alcohol consumption. Not all risk factors are fully known and associations are not always cause-effect, but factors related to lifestyle are often more important in the predisposition to cancer. The purpose of the clinical case report is to understand the oral manifestations, as well as the pathophysiology and etiological factors that influence the appearance of oral squamous cell carcinoma, which is essential to achieve an early and timely diagnosis and referral to a specialist, thereby contributing to the reduction of the incidence of this disease and thus achieving less invasive treatment options for the patient. Also to raise awareness among students, as well as general dentists, who must guide and educate patients to seek prompt medical attention from specialist institutions or professionals in the event of any change in the normal structure of the oral cavity.

KEY WORDS:

squamous cell carcinoma, palate, oral cavity, risk factors, alcohol, tobacco.

INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es uno de los tumores más comunes en todo el mundo y representa aproximadamente el 3% de todas las neoplasias malignas en ambos sexos.¹ La Organización Mundial de la Salud estima mayor prevalencia de cáncer oral en lugares como: Asia sudoriental, Europa, Mediterráneo oriental, América, África y la región del Pacífico Occidental.¹ En los países occidentales los carcinomas epidermoides de la cavidad oral representan el 2-3% de todos los tumores malignos y el 10-20% de los situados en la cabeza y el cuello.² La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro.³

Al abordar cualquier cuestión en relación con los tumores de cabeza y cuello hay que tener presente la gran diversidad, tanto histológica como territorial, de neoplasias que podemos observar. Según el tipo histológico del tumor y su localización o región anatómica donde asiente este, intervendrán unos determinados factores etiológicos o de riesgo, serán distintas las características epidemiológicas, sintomatología, forma de progresión de la enfermedad, estrategia terapéutica y pronóstico.²

El carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas es una neoplasia maligna derivada del epitelio escamoso estratificado que tiene capacidad de crecimiento destructivo local y metástasis a distancia.³ Es la neoplasia maligna más común y representa el 90% de todos los cánceres de la cavidad oral.¹ Se presentan fundamentalmente en varones entre 50 y 70 años. Las localizaciones donde asientan son: lengua oral (55%), suelo de la boca (25%), mucosa oral (10%), encías (5-10%) y finalmente paladar duro (0,5- 1%).² Su etiopatogenia es desconocida.¹ Los factores de riesgo conocidos son: edad, consumo de tabaco y alcohol, irritación crónica producida por piezas dentarias o prótesis mal ajustadas, mala higiene bucal, avitaminosis A y E, virus del papiloma humano (sobre todo el subtipo HPV-16), compuestos químicos empleados en algunas profesiones (níquel, ácido sulfúrico, algunas fibras textiles), lesiones premalignas de la boca (leucoplasias, eritroplasias) y otras enfermedades menos frecuentes como el liquen plano erosivo, la fibrosis oral submucosa o el síndrome de Plummer-Vinson.² La incidencia a nivel mundial está directamente relacionada con los hábitos de consumir tabaco y alcohol.¹

Las formas precoces pueden presentarse clínicamente como placas leucoplásicas o eritroleucoplásicas, puede tener un pequeño crecimiento tumoral, o más frecuentemente como una ulceración que cura fácilmente. En su periodo inicial es local y curable, pero conforme avanza el tiempo se disemina a tejidos adyacentes sanos, invade los ganglios linfáticos del cuello disminuyendo enormemente la posibilidad de curación. Todas las tumoraciones o ulceraciones de la cavidad oral que no desaparezcan en dos semanas deben ser biopsiadas y enviadas para un diagnóstico histológico.¹

OBJETIVOS

El presente reporte de este caso clínico tiene como objetivo evidenciar información científica sobre el correspondiente carcinoma epidermoide o carcinoma espinocelular y las distintas opciones de tratamiento que se puedan realizar. También se resalta la importancia del diagnóstico precoz de carcinomas orales en consultas de rutina, así como el rol fundamental que cumple el estudiante de odontología y el odontólogo general para reconocer, orientar y derivar al paciente a un especialista, evitando así el avance y metástasis de la patología hacia demás estructuras, logrando así tener opciones de tratamiento menos invasivas y que no afecten su calidad y estilo de vida.

El hallazgo de este tipo de patologías representa un desafío para las Instituciones, Facultades de Odontología y docentes, quienes deben concientizar tanto a los estudiantes como a los odontólogos generales para orientar y educar al paciente, de modo que, ante cualquier cambio de la estructura normal de la cavidad bucal, concurra en forma temprana a instituciones o profesionales especialistas.

A series of white, wavy, concentric lines that curve upwards from the bottom left towards the right side of the page, creating a sense of movement and depth against the teal background.

Caso Clínico

Informe anatomopatológico

Macroscopia

Microscopia

Diagnóstico de certeza

Diagnóstico diferencial

CASO CLÍNICO



Paciente de sexo masculino de 25 años de edad, acude a la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Córdoba para tratamiento odontológico. El mismo fue derivado de inmediato a la cátedra de Medicina Bucal de la Universidad Católica de Córdoba, por presentar una lesión tumoral en paladar duro, de 8 años de evolución.

Al realizar la historia clínica el paciente informó no presentar antecedentes personales patológicos, pero sí refirió como factor de riesgo haber fumado tabaco durante 10 años en una cantidad de 5 a 10 cigarrillos por día y también haber fumado marihuana durante 13 años variando el consumo diario a una vez a la semana. Además, relató ser fumador pasivo por parte de familiares. Otro factor de riesgo es el consumo de bebidas alcohólicas desde los 14 años, con una frecuencia de una vez por semana y también la ingesta de mate y otras infusiones a temperaturas elevadas. Como antecedentes heredo familiares indicó historia de diabetes, patologías cardíacas y cáncer de próstata.

El paciente refirió antecedentes de haberse realizado una biopsia hace 4 años en una institución pública, pero sin obtener resultados de la misma.

Al examen clínico intraoral, es dentado bimaxilar con presencia de procesos cariosos macropenetrantes, restos radiculares y gingivitis marginal crónica en ambos maxilares. A nivel palatino se observa una lesión tumoral única de 2,5 cm aproximadamente, de coloración pardo azulado, en forma redondeada, con base pediculada y superficie lobulada y granulomatosa, que se extiende en el tercio medio y posterior del paladar duro, con localización en la hemiarcada derecha a la altura de los premolares. A la palpación no se presentó dolor ni sangrado. No se palparon adenopatías cervicales (*Figura 1*).



Figura 1. Lesión tumoral en paladar duro.

Según el relato del paciente, la lesión se inició como una pequeña tumefacción de contenido purulento y con el paso del tiempo fue aumentando de tamaño. También refirió dolor esporádico y cuando la lesión incrementaba de tamaño.

Se solicitó tomografía Cone Beam del maxilar superior, en la cual se observa una imagen hiperdensa próxima a fosas nasales. Sin embargo, es necesario realizar una valoración quirúrgica para determinar con certeza si la lesión tumoral está invadiendo piso de fosas nasales (*Figura 2*).

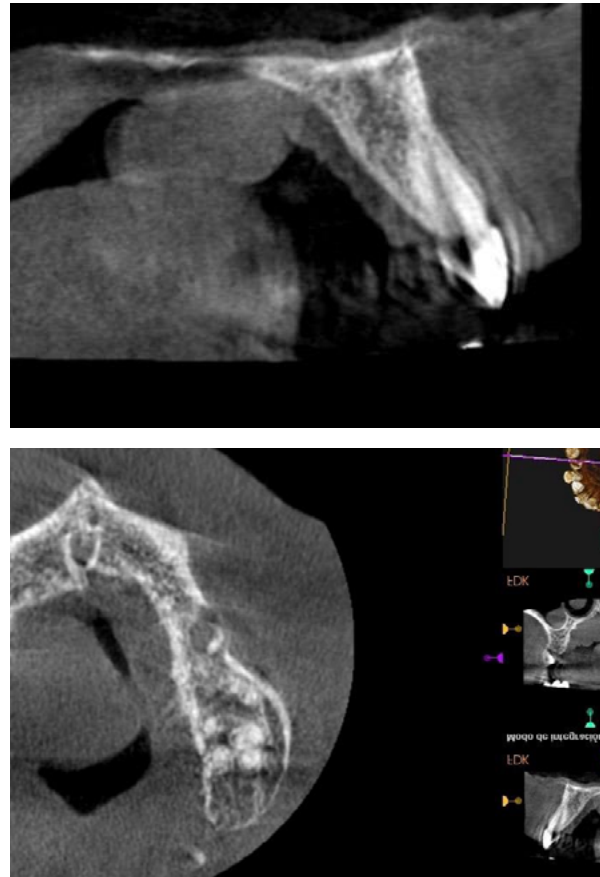


Figura 2. Tomografía Cone Beam en diferentes cortes.

Ante la sospecha de una lesión clínica de malignidad, el paciente fue intervenido bajo anestesia local realizándole una biopsia excisional con electrobisturí y se optó por la remoción total de la masa tumoral, obteniéndose así, una muestra de 2,5cm aproximadamente. Las muestras fueron remitidas para estudio anatomopatológico (*Figura 3*).

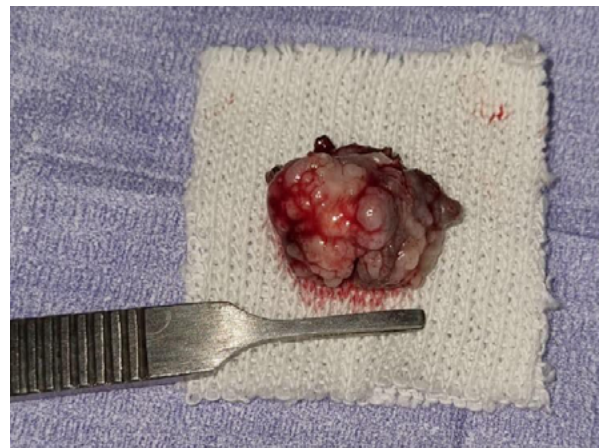


Figura 3. Toma de la biopsia de la lesión tumoral.



Figura 4. Periodo de cicatrización: dos meses posteriores a la biopsia.

Se observó una buena evolución y cicatrización postquirúrgica a dos meses del estudio de biopsia (Figura 4).

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

Material remitido: mucosa oral, cortes seriados.

Macroscopía: se recibe trozo de tejido de paladar que mide 2,5 x 2 x 1 cm y presenta superficie irregular.

Microscopia: las secciones histológicas muestran una proliferación de células neoplásicas de estirpe epitelial invasoras de la estroma. Las células conforman nidos sólidos y cordones irregulares. Presentan diferenciación escamosa, con macronúcleos lobulados e hipercromáticos y citoplasmas amplios eosinófilos. Se observan por sectores cantidad regular de perlas córneas, junto con algunas células en queratinización individual. La estroma es fibrosa densa, con un moderado infiltrado inflamatorio linfocitario, la lesión posee un espesor de por lo menos 1 cm. Se observa compromiso focal del margen profundo (Figura 5).

Diagnóstico de certeza: lesión de paladar, carcinoma epidermoide invasor, queratinizado, moderadamente diferenciado y límite profundo comprometido.

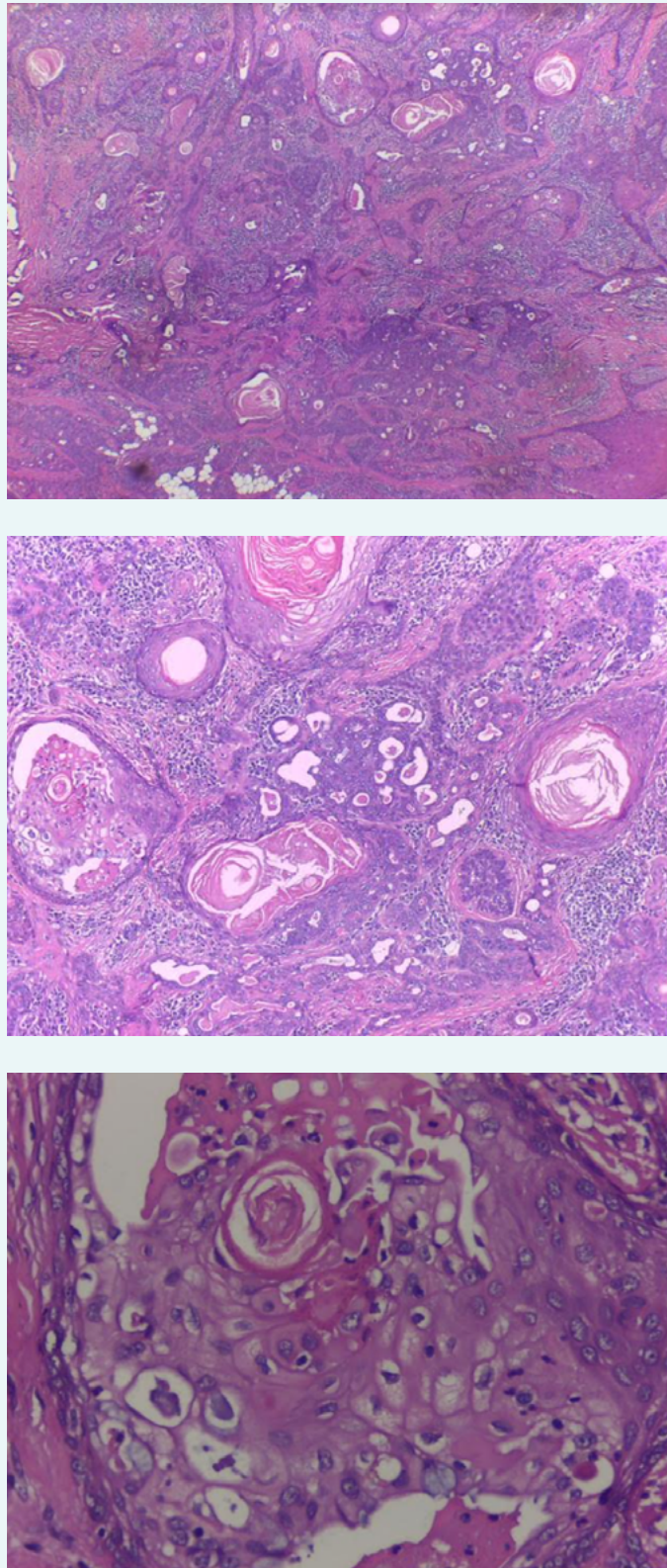


Figura 5. Corte histopatológico.

Diagnóstico Diferencial

Al confundirse clínicamente con otras lesiones se realiza el diagnóstico diferencial con absceso palatal, tumores de glándulas salivales, hiperplasia adenomatoide de glándulas salivales menores, neurofibroma o mucocele (*Tabla 1*).

Lesiones	Características clínicas	Localización más frecuente en cavidad oral
Absceso palatal	Aumento de volumen de consistencia fluctuante asociado con diente no vital o con enfermedad periodontal avanzada.	Mucosa de zona palatina de molares
Tumores de glándulas salivales <i>(especialmente adenoma pleomórfico, carcinoma adenoide quístico, adenocarcinoma polimorfo)</i>	Tumor de consistencia blanda o firme, pueden tener color similar a mucosa normal o un tono azulado.	Paladar
Hiperplasia adenomatoide de glándulas salivales menores	Tumor de base sésil, indoloro, blando o firme a la palpación, con color similar a mucosa normal o tono rojo o azulado.	Paladar duro o blando
Neurofibroma	Tumor de consistencia blanda a firme, cubierto por mucosa de aspecto normal.	Lengua y mucosa bucal
Mucocele/quiste del conducto salival	Tumor de consistencia blanda y/o fluctuante, puede tener tono azulado o color similar a mucosa normal.	Mucosa de zona de labio inferior y paladar (raro)

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales de carcinoma epidermoide en paladar.⁴

Se deriva al paciente a un cirujano especialista para su tratamiento y seguimiento a largo plazo. Después de cuatro meses de los resultados de la biopsia, se procedió a realizar la extirpación total de la masa tumoral con márgenes de seguridad. En relación al procedimiento quirúrgico, teniendo en cuenta las características del carcinoma y su gran avance, se realizó la remoción ósea de la zona palatina en íntimo contacto con fosas nasales.

También se llevó a cabo la reconstrucción del paladar, mediante un colgajo de fosas nasales y la unión de los márgenes de la lesión por medio de suturas. El pronóstico de la intervención quirúrgica es reservado y se determinarán los resultados en un periodo de tres meses. Una vez efectuada la cirugía, el paciente debe utilizar una placa de protección bucal en todo momento, con el propósito de cubrir la zona de la herida.

El posquirúrgico del paciente fue bueno, pero un mes después de la intervención, las suturas se soltaron, lo que provocó la apertura de la lesión (Figura 6). Otro inconveniente fue la ruptura de la placa de protección bucal, lo que causó la desadaptación de la misma provocando filtraciones en la zona de la lesión y también lesiones traumáticas en mucosa yugal (Figura 7), por lo que se optó realizar un nuevo protector bucal rígido y flexible para preservar la calidad de vida del paciente (Figura 8).



Figura 6. Remoción de lesión tumoral con márgenes de seguridad y periodo de cicatrización a los 43 días posquirúrgicos.



Figura 7. Placa de protección bucal rasgada y desadaptada.

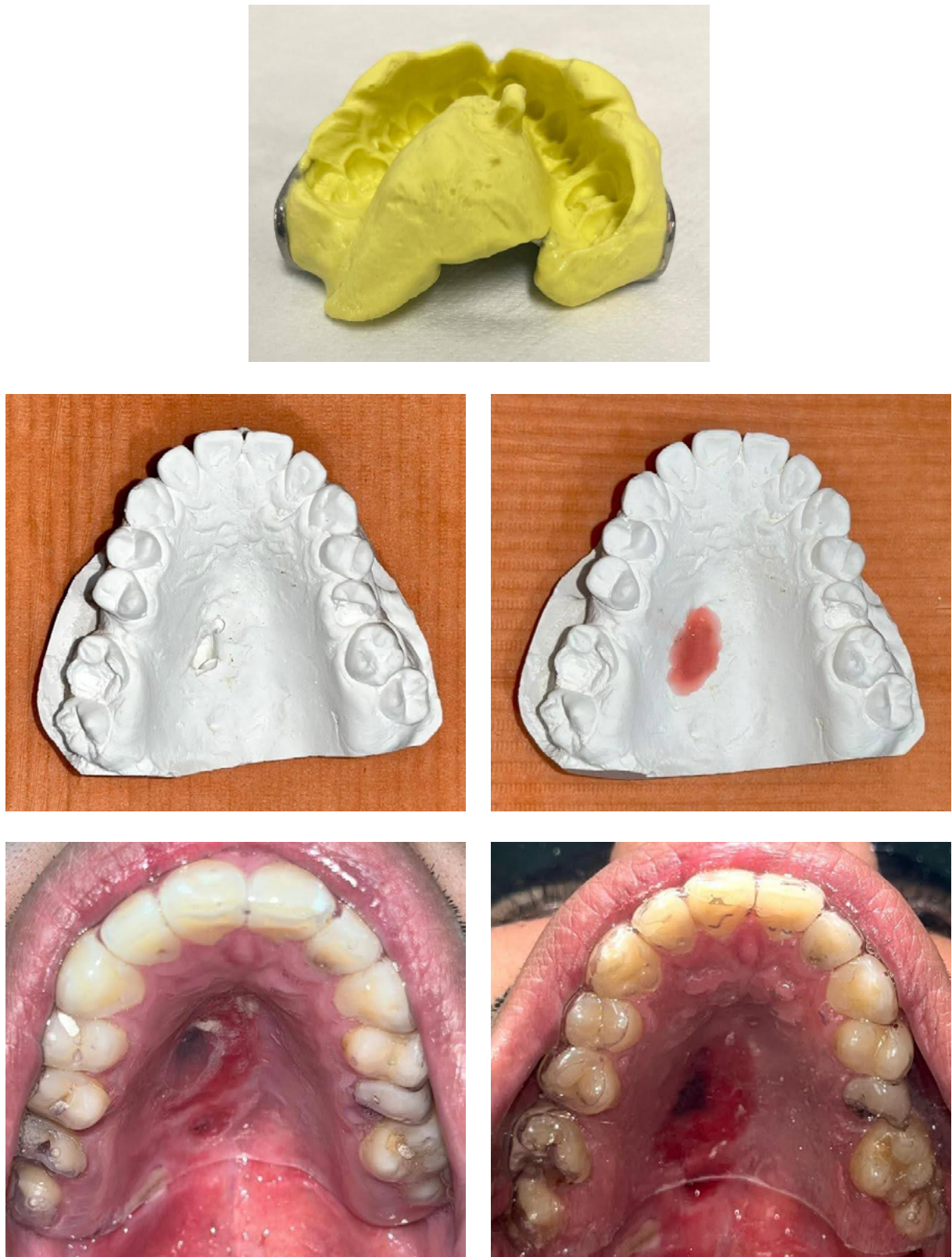


Figura 8. Nueva placa de protección bucal.

The bottom of the page features a series of white, wavy, concentric lines that curve upwards from the left and right edges towards the center, creating a sense of movement and depth against the teal background.

Discusión

Tratamiento alternativo

Conclusión

DISCUSIÓN

El cáncer es una enfermedad multifactorial causada por alteraciones en los genes mediante una amplia gama de mecanismos que involucran también factores no genéticos. Las alteraciones genéticas son específicas de cada tipo de tumor, aunque presentan características comunes. Las mutaciones del ADN ocurren espontáneamente, en especial por oxidación de radicales libres, aunque la tasa se incrementa por efecto de otros factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinogénicos y esto favorecer el desarrollo de la enfermedad.⁵

Con frecuencia los factores relacionados con los estilos de vida son más importantes en la predisposición al cáncer, si bien en algunos casos los factores genéticos o ambientales pueden jugar algún papel en grado variable. No se conocen aún todos los factores de riesgo y no siempre las asociaciones son de causa-efecto.⁵

Como se mencionó anteriormente el paciente presenta como factores de riesgo el consumo de tabaco y alcohol, por lo que es importante conocer el mecanismo de acción de los mismos.

A - Hábito de fumar

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo del cáncer bucal. El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal.⁵

Los fumadores exponen su aparato aerodigestivo superior a la acción de los carcinógenos del humo de tabaco, lo que provoca cambios en esa mucosa que persiste años, aun si el paciente deja de fumar. Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, cigarros, pipa o mascado o aspirado o por fumar de manera invertida (fumador pasivo).⁵

Desde el punto de vista anátomo-patológico el humo del tabaco puede considerarse un estímulo subletal cuya actuación prolongada sobre las células de la mucosa oral provocan el desarrollo de una adaptación por parte de las mismas. El epitelio de la cavidad oral cambia de epitelio estratificado plano no queratinizado a queratinizado, es decir de un epitelio menos resistente a uno de mayor resistencia a fin de hacer frente al estímulo lesivo.

A esta adaptación se le denomina metaplasia. Si el estímulo no es eliminado la metaplasia constituye un terreno fértil para el desarrollo de una displasia que pudiera evolucionar a una futura neoplasia.⁵

El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también influye la forma de consumo y el sinergismo con el alcohol. Si ambos factores de riesgo están combinados existen mayores posibilidades de aparición de cáncer.⁵

B - Consumo de alcohol

Aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado, es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico. Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto cáustico sobre la mucosa bucal y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que interfiere con la síntesis y reparación del ADN.⁵ De esto se induce que la mala higiene bucal favorece la fermentación bacteriana de los glúcidos y aumenta las concentraciones de etanol en la saliva, lo que incrementa el riesgo de cáncer bucal de las personas que consumen bebidas alcohólicas con regularidad.⁵

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

En la actualidad, los tratamientos del carcinoma oral de células escamosas incluyen principalmente radioterapia, quimioterapia y resección quirúrgica, o una combinación de estos tres métodos.³ La mayoría de las técnicas quirúrgicas utilizadas dejan expuesta una zona cruenta en la zona intervenida que requiere su reconstrucción. La bola adiposa de Bichat constituye un elemento anatómico a utilizar que ha demostrado su efectividad como alternativa de tratamiento al momento de cerrar un defecto palatino luego de una resección quirúrgica.⁶

El aspecto funcional del velo del paladar (fonación, deglución) debe tenerse en cuenta, por lo que la calidad de la reconstrucción en caso de resección quirúrgica extensa es fundamental. El tratamiento quirúrgico consiste en maxilarectomía parcial de infraestructura con resección de la lesión, margen oncológico y reconstrucción del defecto con bola adiposa de Bichat. En la actualidad su uso como colgajo pediculado, ha demostrado excelentes resultados en el tratamiento de reconstrucción de defectos postumorales de tejido blando en el paladar.⁶

Entre los factores a considerar en la cirugía está la necesidad o no de incluir hueso en la extirpación y en el grado de distorsión o pérdida del paladar blando esperado tras la extirpación del tumor. La reconstrucción con colgajos microquirúrgicos es la mejor elección en dicha reconstrucción. Dentro de los criterios que se utilizan para la elección de la técnica están: extensión y volumen del defecto, la localización del mismo, la necesidad de los distintos tipos tisulares: piel, tejido muscular, tejido óseo, etc.; disponibilidad de vasos receptores, morbilidad de la zona donante.⁶

El inconveniente que presentan es el escaso volumen de tejido que aportan y la poca adaptabilidad, lo que limita su utilización a regiones contiguas y de tamaño pequeño. En los defectos de gran tamaño, se precisa la utilización de un colgajo pediculado regional. Los mas utilizados son el de fascia temporo-parietal y el de músculo temporal. Estos colgajos son de fácil adaptabilidad y aportan volumen suficiente para cubrir defectos de moderado y de gran tamaño. Tienen el inconveniente de estar limitados por un pedículo, lo que reduce sus posibilidades reales. Asimismo, crean un defecto estético importante en la región donante que requiere la implantación de un material aloplástico para su corrección, aumentando la morbilidad.⁶

El desarrollo de las técnicas microquirúrgicas ha permitido realizar reconstrucciones post oncológicas de mayor tamaño y solventar los defectos de forma muy anatómica con unos resultados estéticos y funcionales muy aceptables.⁶

El elevado tiempo quirúrgico y la morbilidad en la zona donante que ocasionan los colgajos a distancia con microcirugía, lo excluyen en casos de pacientes con elevada patología de base, pacientes de edad avanzada y con alto riesgo anestésico.⁶

CONCLUSIÓN

Cabe destacar que una parte de los odontólogos o estudiantes de odontología en el examen clínico de los pacientes, no tienden a realizar el examen exhaustivo de todas las estructuras de la cavidad bucal porque se centran en estructuras específicas como dientes o encías. Razón que actualmente es un desafío y se trata de cambiar a través de la enseñanza de nuestros educadores desde el cursado de la clínica odontológica. El objetivo es darle importancia al examen clínico completo de la cavidad bucal para poder brindar en un futuro una atención completa y evitar pasar por alto ciertos hallazgos clínicos que puedan tener compromiso en nuestros pacientes.

El diagnóstico precoz de patologías bucales aún es un reto en la práctica clínica diaria, porque se puede evitar que el paciente pase por intervenciones quirúrgicas que afecten y/o sometan su calidad y estilo de vida, logrando tener la posibilidad de realizar tratamientos menos invasivos. Tampoco se tiene que restar importancia al modo de actuar del paciente de no acudir a la consulta odontológica para evitar el avance de la enfermedad, por esta razón se tiene que lograr educar y orientar al paciente para que, ante cualquier cambio de la estructura normal de la cavidad bucal, acuda a la consulta odontológica para una correcta evaluación clínica. Esto se debe a que el cáncer es una patología asintomática y los signos de alerta pueden ser fácilmente ignorados y pasados por alto.

También es esencial considerar el tiempo que transcurre desde un diagnóstico de certeza hasta el inicio del tratamiento definitivo y cómo esto influye en la sobrevida del paciente.

Es fundamental que tanto los estudiantes de odontología como los odontólogos tengan conocimiento de las manifestaciones orales, como así también de la fisiopatogenia y de los factores etiológicos que inciden en la aparición del carcinoma epidermoide bucal y de otras patologías, para lograr el diagnóstico y la derivación precoz y oportuna a un especialista estomatólogo; con lo cual contribuye a la disminución de la incidencia de dicha enfermedad.

Referencias bibliográficas

Anexos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1** Angel Frank Delesma Chumbe (2018). Prevalencia del carcinoma epidermoide en el Servicio de cirugía cabeza y cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2005-2016.
- 2** A. Muñoz Herrera, S. Santa Cruz Ruiz, E. Fonseca Sánchez, A. Nieto Palacios, P. Blanco Pérez, J. L. Gómez González (2001). Supervivencia en el carcinoma epidermoide de cavidad oral.
- 3** Yan Alberto Marichal-Martínez, Niorgy Rodríguez-Rodríguez, Lisandra Vázquez-Caravajal, Gustavo Hernández-Quezada, Yuliem Fernández-de Posada (2022). Perfil clínico, epidemiológico e histológico de pacientes con carcinoma epidermoide bucal.
- 4** Valentina Vergara G., Nicole Sabelle H., Iris Espinoza S., Marcelo Mardones M., Cristóbal Araya S., Andrea Maturana R. (2021). Desafío diagnóstico y terapéutico de carcinoma mucoepidermoide palatino: reporte de un caso.
- 5** Carla María García San Juan, Magalys S. Salas Rodríguez, José Manuel Gil Milá (2018). Algunas consideraciones sobre etiología y fisiopatogenia del carcinoma epidermoide bucal.
- 6** Juan Guillermo Sánchez Acuña, Orlando Hernández Fera (2019). Reconstrucción de defecto palatino por carcinoma epidermoide con bola adiposa de Bichat.

**Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Odontología
Practica profesional supervisada**

TRABAJO INTEGRADOR

HALLAZGO DE CARCINOMA EPIDERMOIDE EN PALADAR

Relevancia en la práctica odontológica diaria

Autor: Maidana Andrea

Realizado bajo la tutela del profesor/a: Od. Mauricio Becerra

Firma del tutor:



Fecha: 30/10/2024

**Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Odontología
Practica profesional supervisada**

Yo MAIDANA ANDREA, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado "HALLAZGO DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN PALADAR. RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA DIARIA" declaro que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.

Firma:

 Maidana Andrea

Córdoba, 30 de octubre de 2024



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 12 días del mes de junio del año 2024 siendo las 16 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Maldonado, Andrea DNI N° 41.529.415 que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: Tomás Rodríguez DNI: 41680021

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografíen las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención.

Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómico patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día/...../..... Hora

El/la que suscribe TOMÁS RODRÍGUEZ DNI N° 41680021
con domicilio en calle D. F. UNES Y SALINAS 3948 otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta.

Firma del paciente: Rodríguez

Firma del Profesional a cargo: Dr. Mauricio B. Berra
MP: CL O: FACULTAD DE ODONTOLÓGICA

Consentimiento informado firmado por el paciente para prácticas,
tomas fotográficas y uso de ese material para la confección de TI.