

# BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 10:  
**CIRUGÍA CABEZA, CUELLO Y MAMA**

Tema 10.2:  
**PATOLOGÍA ORAL**

Profesor. Ángel Ortiz



## **INTRODUCCION**

La cavidad oral es el área en que se localiza el sentido del gusto, constituye la puerta de entrada al sistema digestivo, tiene un rol importante en la fonación y también influye en nuestra vida de relación condicionando en parte el aspecto de nuestra cara, por lo tanto normalmente a lo largo del día está cumpliendo alguno de estos roles. En el cumplimiento de estas diversas funciones está expuesta a diversos traumatismos, al efecto de agentes patógenos biológicos y cancerígenos y a sufrir fenómenos degenerativos. También es importante considerar su examen rutinario, que por demás es muy accesible, dado que la cavidad oral puede presentar signos que alertan al clínico acerca de la presencia de una enfermedad sistémica (hematológicas, VIH-sida, desnutrición, etc.).

## **-ANATOMIA .**

La así llamada cavidad oral está compuesta por los labios, el piso de la boca, la lengua oral o móvil (2/3 anteriores), la mucosa, encías superior e inferior, el paladar duro y el trígono retromolar. Por lo tanto es un área expuesta y accesible fácilmente al examen clínico básico, sin requerir equipos de apoyo mayores (inspección, palpación).

Esta cavidad virtual, topográficamente se puede subdividir en el vestíbulo (espacio entre la cara interna de los labios y las arcadas dentarias) y la cavidad bucal (entre las arcadas y la V lingual).

Esta área anatómica tiene funciones tan disimiles como caracterizar estéticamente el rostro por el aspecto y tamaño de los labios, hasta ser asiento del sentido del gusto y participar activamente de la fonación, masticación y deglución.

Los labios están compuestos por el musculo orbicular (funcionalmente un esfínter) recubierto por piel en su cara externa y de mucosa por su cara interna. La transición entre piel y mucosa es el bermellón del labio, una capa delgada de epitelio escamoso de color rosado, por la vascularización

subyacente. El aporte sanguíneo proviene de la arteria labial, rama de la facial y la innervación motora corresponde al VII par craneal.

El piso de la boca corresponde a un área semilunar rodeada por la encía inferior y la lengua oral, su límite posterior es la inserción del pilar amigdalino anterior en la lengua. Bajo la mucosa se encuentran las dos glándulas sublinguales, separadas por los músculos genioglosos y genihioideos que confluyen la apófisis homónima en la línea media mandibular. El musculo milohioideo se inserta en el reborde mandibular homónimo y es el suelo muscular de la cavidad oral, su desarrollo hacia posterior alcanza la altura de los terceros molares. La glándula submandibular ocupa la porción externa y posterior del milohioideo, rodeada por el digastrico, su conducto excretor (Wharton) tiene un largo de 5 cm y un trayecto ascendente-interno y anterior transitando entre la sublingual y el geniogloso para desembocar cerca de la línea media del piso de la boca.

La lengua es un órgano muscular de gran plasticidad, compuesto por una musculatura extrínseca que la ancla a las estructuras óseas vecinas y otra intrínseca. La musculatura extrínseca tiene acción protusora (geniogloso) depresora (hiogloso) retractora y elevadora (estilogloso). Los músculos intrínsecos son responsables de los cambios de forma de la lengua. Todos los músculos de la lengua son innervados por el nervio hipogloso. La aspereza y rugosidad característica del dorso lingual se debe a la presencia de las papilas fungiformes, filiformes y caliciformes, estas últimas de mayor tamaño dispuestas en V desde el agujero ciego hacia adelante y afuera determinan el límite de la lengua móvil u oral. La irrigación lingual procede de las arterias linguales. El drenaje linfático de la punta de la lengua va hacia linfonodos .

submentonianos y submaxilares bilaterales, el resto de la lengua móvil drena a linfonodos submaxilares, yugulodigástricos y yugulo-omohioideos

La encía inferior comprende la mucosa que recubre el reborde mandibular desde el canal gingivobucal hasta el inicio de la mucosa móvil del piso de la boca, no contiene glándulas salivales menores. Por detrás del tercer molar existe una superficie triangular que recubre la rama ascendente y se denomina trigono retromolar, hacia arriba se continúa con la tuberosidad maxilar. El paladar duro constituye el techo de la cavidad oral, es la continuidad insensible en forma de bóveda desde la encía superior hacia la línea media y está constituida por las apófisis horizontales del maxilar superior y los palatinos. Su irrigación principal está dada por la palatina superior y también recibe aportes de la palatina inferior, la faríngea inferior y la esfenopalatina. El aspecto característico es un rafe que combina con rugosidades oblicuas o transversales que corresponden a acúmulos de glándulas salivales menores, la mucosa es firme y resistente. A nivel de la línea media una sobreexpresión no tumoral del rafe puede ser muy pronunciada configurando el torus palatino.

### **SIGNOS Y SINTOMAS DE PATOLOGIA ORAL**

La boca puede reflejar en primer lugar la existencia de una afección sistémica o distante, situación evidente en avitaminosis y desnutrición, infecciones (sarampión, tifoidea, VIH, sífilis), leucemias, gingivitis por diabetes o uso de antiepilépticos, manifestaciones de hipersensibilidad, macroglosia por depósito amiloide, hipotiroidismo o acromegalia entre las más frecuentes.

En lo tocante a patologías locales, las manifestaciones habituales son cambios de color de la mucosa (leuco, eritroplaquias o manchas melánicas), erosiones, úlceras, aumentos de volumen nodulares, verrucosos o vesiculosos, halitosis, movilidad anormal o caída de piezas dentarias, alteración de la movilidad lingual, dolor local u otalgia referida. Esta situación es de la mayor importancia ya que puede ser el único motivo de consulta en neoplasias de laringe supraglótica, base de lengua, trigono retromolar o lengua móvil, se produce por estimulación del nervio auricular (Arnold) desde el laríngeo superior, del nervio timpánico (Jacobson) desde el glossofaríngeo o del auriculotemporal desde el lingual.

## **PATOLOGIA BENIGNA**

Las infecciones virales agudas se manifiestan por dolor, erosiones más o menos extensas y vesículas pequeñas de corta evolución. La etiología habitual son los virus herpes simple, más raramente también citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus varicela zoster y VIH. La herpangina debida generalmente a virus coxsackie afecta con igual presentación a la parte posterior de la boca y faringe y tiene periodo prodrómico. El herpes zoster puede localizarse en la boca y al igual que en todas sus localizaciones es un marcador de inmunodepresión y/o anteceder la presentación clínica de una neoplasia en evolución. El herpes simple bucal o labial puede ser recurrente y asociarse esta reactivación a cuadros febriles, resfrío común y exposición al sol. Las infecciones bacterianas específicas de la cavidad oral son raras. Una forma grave es la gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) también conocida como angina de Vincent o boca de trichera, es producida por infecciones invasoras de tipo fuso-espirilar anaeróbica, la necrosis extensa que se inicia en las papilas interdentes se puede extender produciendo una halitosis intensa, puede haber fiebre y adenopatías regionales. Es una infección oportunista, asociada a personas que comparten un ambiente común con alto nivel de stress y la favorecen la desnutrición, el tabaquismo, el cáncer, la inmunodepresión y la deficiencia de ácido ascórbico. El tratamiento requiere un aseo quirúrgico, antibióticos, corrección de los factores predisponentes, uso de antisépticos locales y detención de la alimentación por boca. La NOMA o estomatitis gangrenosa es la forma más grave de la estomatitis es propia de pacientes muy desnutridos o en quimioterapia, tiene un curso fulminante y desde allí progresa a toda la región facial. La escarlatina puede tener manifestación oral siendo una de las causas de la “lengua de fresa”. La sífilis puede afectar la cavidad oral en sus tres fases, a nivel primario el chancro (que se ubica en el 10% de los casos en la boca) es sugerente de neoplasia por su aspecto ulcerado, la firmeza de su consistencia y ser indoloro. En la fase secundaria pueden aparecer en la cavidad oral eritema maculo-papular similar al cutáneo y la placa mucosa (una lesión necrótica de color plateado con capacidad infectante) también con aspecto neoplásico. En la etapa terciaria la cavidad oral presenta una glositis atrófica y puede ser asiento de un GOMA, una ulcera que no cicatriza, habitualmente palatina y que progresa invadiendo y destruyendo el tejido circundante.

La tuberculosis oral se presenta como úlceras, masas granulomatosas o nodulares y tiene un curso lentamente progresivo, la biopsia eventual debe acompañarse de cultivo de Koch de una porción de la muestra ya que la histología no siempre es patognomónica.

El mucocèle es un fenómeno de retención mucosa secundario a un traumatismo mucoso que afecta las glándulas salivales menores. Son muy frecuentes, su aspecto es nodular perlado, se ubican inmediatamente bajo la mucosa, miden desde algunos milímetros (lo habitual) hasta más de 1 cm. El lugar preferente de aparición es el labio inferior en personas jóvenes. No corresponde a un quiste verdadero y no suelen sufrir infecciones agregadas. El tratamiento cuando no hay resolución espontánea es la resección quirúrgica local.

La ránula es un mucocèle grande del piso de la boca y corresponde a una alteración obstructiva de una glándula sublingual, generalmente empuja la lengua y ocasionalmente puede penetrar el milohioides y también crecer hacia el cuello. Está indicada la resección junto con la glándula afectada o la simple marsupialización. A nivel del piso de la boca también puede evidenciarse un nódulo firme blanquecino, con signos de inflamación aguda circundantes, en el trayecto del conducto de Wharton o en su ostium, generalmente asociado a tumefacción y dolor de la glándula submandibular correspondiente. Esta es la típica presentación de un cálculo impactado en ese conducto. En la fase aguda la extracción del cálculo por el ostium ("parto") o por ostomía del conducto, forzar la hidratación y el tratamiento antibiótico serán suficientes. Si la situación ha pasado a etapa crónica con inflamación e infecciones recurrentes e instalación de fibrosis e induración de la glándula, sólo la submandibulectomía será curativa. La rx simple puede demostrar el cálculo habitualmente radio-opaco, una ecografía demostrará el cálculo, la dilatación del conducto y las eventuales alteraciones morfológicas e inflamatorias de la glándula submandibular.

Las infecciones micóticas frecuentes en la cavidad oral corresponden a la candidiasis, su aspecto blanquecino grumoso es altamente orientador, su presencia se asocia a uso de antibióticos de amplio espectro, inmunodepresión, diabetes, VIH, pacientes en radioterapia del área de cabeza y cuello. La placa blanquecina se puede remover mecánicamente o por

lavado de la mucosa. Otras infecciones micóticas son muy raras y suelen ser profundas, presentándose como úlceras que no tienden a la curación, su diagnóstico se basa en la biopsia y los cultivos más que en el aspecto clínico.

El traumatismo puede ser un agente etiológico en su forma mecánica, química, térmica o eléctrica. Lejos lo más frecuente es el elemento mecánico, generalmente por prótesis mal ajustadas, aparatos ortodóncicos, mordedura accidental o mal hábito personal (roce repetitivo de la lengua contra una pieza dental defectuosa, etc.). La manifestación aguda traumática es la úlcera y la crónica será la fibrosis plana o un fibroma localizado. El traumatismo químico se produce por la aplicación de sustancias como por ejemplo enjuagues bucales sin diluir, la aspirina tópica (usada como calmante de caries sintomáticas) causa quemaduras de la mucosa, el nitrato de plata tópico también produce lesiones que pueden llegar a la necrosis de la mucosa. Las lesiones térmicas se relacionan clásicamente con la ingesta de alimentos, más frecuentemente líquidos, pero también el queso caliente es un frecuente agresor (la pizza se asocia a una quemadura profunda del paladar que se presenta como una úlcera). Las lesiones eléctricas son las más graves, frecuentemente deformantes, afortunadamente son poco frecuentes y corresponden a accidentes típicamente infantiles. Una lesión característica en cuya génesis se asocia el trauma con la infección crónica, son las épulis, aumento de volumen friable, rojizo, del reborde alveolar o la encía, histológicamente pueden corresponder a granulomas piógenos, fibroma, hemangioma o tejido de granulación. También se presentan en el embarazo y en el alveolo dental post extracción.

Leucoplaquia es un término clínico que define una lesión blanquecina intraoral, adherida a la mucosa. El 60% de los cánceres intraorales surgen o se acompañan de una lesión de este tipo. Su aspecto blanquecino y sollevantado, de tamaño, forma y consistencia variable, desde delgadas y casi transparentes hasta rugosas. Frecuentemente se tiñen con tabaco, café o té. Histológicamente puede encontrarse desde simple hiperqueratosis, hasta displasia o cáncer, sin importar el aspecto clínico de presentación. Son habitualmente asintomáticas. En general se considera una lesión pre-maligna, dado que existe una alta tasa de progresión hacia lesiones cancerosas. La hiperqueratosis puede ser secundaria a trauma repetido y al tabaquismo especialmente por puro y pipa, también por infecciones a virus Epstein-Barr asociadas a VIH, menopausia y deficiencia de vitamina A. El tratamiento debe considerar la eliminación o mitigación de cualquier agente

causal evidente, la biopsia representativa (incisional o excisional según el tamaño y ubicación) y la resección completa de toda lesión con displasia. Los fármacos antioxidantes han sido usados en prevención primaria de la progresión desde hiperqueratosis a cáncer escamoso.

El liquen plano es una afección cutánea, con frecuente compromiso intraoral. Pero puede presentarse como lesión exclusivamente oral. Las lesiones consisten en pápulas blancas pequeñas adoptando distintos patrones reconocibles (encaje, lengua geográfica y leucoplasica). Habitualmente asintomático, excepto en su forma erosiva. Tiene una base inmunológica, suele desencadenarse por situaciones estresantes y tiene mayor incidencia en diabéticos. La biopsia está indicada en la presentación leucoplasica. No tiene tratamiento específico aunque los corticoides son muy útiles. Habitualmente remite espontáneamente en plazos variables, incluso años.

Finalmente afecciones dermatológicas como el pénfigo, el penfigoide y el eritema multiforme pueden presentar expresión oral destacada.

### **NEOPLASIAS BENIGNAS**

Son bastante más frecuentes que las malignas, excepción hecha de los tumores primarios de glándulas salivales menores y de la piel de los labios. Pueden originarse en cualquier tejido de la cavidad oral. Su presentación habitual es la masa que se proyecta sobre el plano mucoso de forma nodular, pediculada o sésil. El fibroma es una lesión frecuente, su ubicación preferente es en la mucosa lateral, labio inferior, encías y lengua. Su aspecto característico es una tumoración rosada o blanquecina, firme, lisa, pediculada o sésil y medir de milímetros hasta más de 1 cm. Se relaciona con irritación y traumatismo crónicos. Su tratamiento es la resección con resolución del elemento promotor asociado, como siempre que se reseca cualquier tejido o lesión, el estudio histopatológico es inexcusable. El hemangioma es la lesión benigna más frecuente de la mucosa de la boca en niños, pueden ser congénitos o aparecer en la niñez o más raramente en adultos. Tienden a crecer lentamente con remisión espontánea ocasional, su aspecto es rojizo o purpúreo plano o elevado y de tamaño variable. Su ubicación preferente es lengua, mucosa o labios. El tratamiento de elección es la resección cuando el tamaño es pequeño y no se prevee secuela, en caso contrario la embolización es un excelente medio de control con mínimas secuelas. El linfangioma es un tumor raro de la cavidad oral, suele ser



congénito. La lengua es su principal ubicación y puede causar macroglosia. Esta lesión puede tratarse mediante resección quirúrgica cuando el tamaño es pequeño y no se prevee riesgo de secuela, en caso contrario se prefiere la esclerosis. Otras lesiones más raras son neuromas o neurofibromas, lipomas y papilomas. El paladar duro es la ubicación típica del tumor mixto benigno de las glándulas salivales menores, se presenta como una tumoración lisa, sésil o nodular fija. Dada su tendencia a recurrir localmente se debe tratar mediante resección amplia. A nivel óseo puede presentarse osteomas generalmente asintomáticos, de crecimiento lento y manifestarse por aumento de volumen progresivo. El tumor pardo de origen osteoclastico generalmente asociado a hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal de larga data, junto a la deformidad facial progresiva y notoria presenta dolor persistente. Los tumores que derivan de líneas celulares constitutivas de una pieza dentaria o algún componente, son generalmente benignos y llamados genéricamente odontogénicos, el más frecuente es el odontoma que aparece antes de los 20 años y corresponde al secuestro de un diente completo generalmente supernumerario, suele ser un hallazgo radiológico y el tratamiento es la remoción quirúrgica. Otras lesiones de este grupo son los fibromas odontogénicos, los ameloblastomas y los cementomas.

### **NEOPLASIAS MALIGNAS**

Más del 95% de ellas son neoplasias escamosas en las que los antecedentes de tabaquismo, ingesta excesiva de alcohol y mala higiene son característicos. Así como referimos la leucoplasia como una lesión que debe llamar la atención, también es importante destacar la llamada eritroplaquia o mancha rojiza que sugiere fuertemente la presencia de cáncer escamoso in situ. Menos frecuentes son los tumores malignos de glándulas salivales menores, melanoma y raramente linfoma. El sarcoma de Kaposi ha emergido como lesión intraoral de la mano de la infección por vih.

Los labios dan cuenta de un 40% de todos los cánceres de esta región, el 90% de ellos en el labio inferior, lo que da cuenta de la incidencia de la exposición solar como factor predisponente. La leucoplasia es un hallazgo habitual y puede anteceder largamente al cáncer. Su presentación clínica es una lesión exofítica que crece y progresa a la ulceración, momento en el que se agrega dolor local y sangrado. La palpación demostrara la induración. En casos más avanzados aparecerá, anestesia local, incompetencia labial, sialorrea y halitosis. El drenaje linfático regional corresponde a la región

submentoniana, submandibular y yugular. El diagnóstico solo puede confirmarse por biopsia. En lesiones in situ el tratamiento puede ser la resección del bermellón reparando la zona con mucosa vestibular. En lesiones invasoras de hasta 2 cm. la resección quirúrgica asegurando márgenes libres de lesión en biopsia intra operatoria, puede ser seguida de una reparación con cierre primario. Lesiones mayores requieren una reparación mediante colgajos. La disección ganglionar regional está indicada siempre en presencia de adenopatías clínicamente evidentes y facultativamente en lesiones de gran tamaño o mal diferenciadas sin ellas. La radioterapia también puede complementar a la cirugía en estas situaciones. El pronóstico general es favorable con 90% de control a 5 años para lesiones de 3 cm. o menos y 75% en lesiones más avanzadas.

Los cánceres del piso de la boca, de baja frecuencia, corresponden en un 95% a lesiones escamosas y el restante 5% a cánceres de glándulas salivales. Más del 90% de estas lesiones asientan en los 2 cm. anteriores de la línea media del piso de la boca y rápidamente progresan a través de la mucosa hacia la sublingual, los músculos genioglosos y genihioideos la encía y el periostio mandibular. Más de un 30% de los pacientes tienen linfadenopatías regionales al momento del diagnóstico. La lesión inicial suele ser una leuco o una eritroplaquia, que progresa hacia un nódulo que produce efecto de masa y termina ulcerándose, el dolor es tardío así como la pérdida de piezas dentales, la halitosis, el sangrado y la limitación de la movilidad lingual. Una evaluación clínica debe incluir la palpación bimanual que nos demostrará la extensión de la infiltración. El diagnóstico incluirá la biopsia preferentemente incisional y una TAC que proporcionará información anatómica fundamental para el planeamiento del tratamiento y aclarará el eventual compromiso óseo y linfático regional. El tratamiento de las lesiones pequeñas localizadas es la resección amplia con cierre primario. En lesiones moderadamente avanzadas en las que hay invasión de mandíbula o lengua, la resección oncológica con intención curativa es posible asegurando los márgenes de resección con biopsia intraoperatoria y reparando el defecto mediante algún tipo de colgajo, el control quirúrgico incluirá la disección linfática regional y su resultado se asegurará con la adición de radioterapia post operatoria. En lesiones masivas con invasión que fija la lengua o destruye la mandíbula o alcanza la piel submentoniana sólo la paliación estará indicada. La supervivencia a 5 años en lesiones pequeñas supera el 90%, llega a 60% en lesiones intermedias y es muy pobre en los casos avanzados localmente.

A nivel de la lengua oral también la incidencia de cánceres escamosos supera el 95% de los casos, casi todos ellos asientan en los bordes y la cara inferior. Es frecuente la coexistencia de leucoplasia. Las lesiones de la punta (1/3 anterior) suelen diagnosticarse en etapas más tempranas. Un 35% de los pacientes tienen linfadenopatías regionales al momento del diagnóstico, situación que es bilateral en uno de cada 7 casos. El compromiso linfático subclínico alcanza otro tercio de los casos. El paciente puede consultar por otalgia acompañada o no de malestar o dolor lingual. La infiltración extensa se asocia a disartria y halitosis propia de lesiones ulcero-necróticas. El tratamiento usualmente consiste en la resección con cierre primario de lesiones pequeñas asegurando márgenes microscópicamente sanos mediante biopsia intra operatoria. Lesiones más grandes pero que no pasan la línea media pueden ser tratadas con hemiglosectomía y reconstrucción con la lengua residual asociada a disección linfática regional y radioterapia externa post operatoria. Lesiones más extensas deben ser sometidas a decisiones terapéuticas caso a caso por un comité multidisciplinario. Los resultados de sobrevida a 5 años para lesiones pequeñas se acercan al 100% y caen a un 70% en lesiones intermedias.

A nivel de la mucosa oral las lesiones malignas son casi exclusivamente escamosos con su clásica asociación a leucoplasia, ocasionalmente se presentan como lesiones verrucosas. Casi todos surgen de la pared lateral y rápidamente tienden a invadir el musculo subyacente. El dolor es un síntoma tardío. Lesiones de 1 cm. o menos se tratan adecuadamente con resección quirúrgica y cierre primario. Lesiones mayores o invasoras requerirán cirugía radical, reconstrucción y radioterapia. Estas lesiones son poco frecuentes y su pronóstico general es pobre con cifras de sobrevida global a 5 años bajo el 40%.

En las encías los cánceres escamosos, que son casi monopólicos, también pueden presentar forma verrucosa y ocasionalmente pueden aparecer en un alveolo dental o incluso en el propio hueso. Debe tenerse presente la aparición de un cáncer del seno maxilar por la cavidad oral a través de la propagación alveolar.

El triángulo retromolar es una pequeña área anatómica pero que se acompaña de rica sintomatología con dolor local precoz, otalgia referida y dolor

preauricular a lo que se agrega trismus en concordancia con el compromiso muscular. El tratamiento más aceptado es la cirugía con intención curativa seguida de radioterapia.

Una mención especial merece la aparición de melanomas en la cavidad oral, en este caso habitualmente relacionados a una mancha melanica pre-existente, salvo que corresponda a la poco frecuente variedad amelanica en la que la presentación será más bien de tipo eritroplaquica. El diagnóstico diferencial más frecuente corresponde a tatuajes por amalgamas de obturaciones a nivel de encía. La biopsia esta siempre indicada, dada la dramática diferencia pronostica entre las lesiones in situ y las invasoras en las que la curación es incierta.

Es necesario destacar la relación entre la cavidad oral y la enfermedad por vih que siempre la afecta. Son particularmente sugerentes la aparición de una candidiasis sin factores predisponentes evidentes, también la leucoplasia en su forma vellosa sugiere vih-sida y finalmente la presencia de sarcoma de Kaposi tumor vascular maligno inicialmente macular-equimotico que progresa a una lesión nodular hemangiomatosa, suele ocupar el paladar y/o las encías.

### **CASO CLINICO**

Paciente de 68 años, diabético e hipertenso conocido pero poco adherente a terapia, fumador, consulta por otalgia de 15 días de duración, de instalación progresiva y que no cede a tratamientos caseros y gotas analgésicas. Al examen paciente enflaquecido, normotenso. El examen auricular incluyendo otoscopia es normal. En boca se aprecia paciente con dentadura incompleta, portador de prótesis removible mal ajustada, hay aéreas blanquecinas en placas aisladas con leve tinte café, sin otros hallazgos. El hemoglucotest en ayunas informa 190 mg.

Su conducta seria.

- A. Ajustar el tratamiento de la diabetes, ya que puede tratarse de una neuropatía.
- B. Indicar analgesia e insistir en le necesidad de observar el tratamiento y citar a control en 1 mes.
- C. Derivar a otorrino

**D. Completar el examen clínico removiendo la prótesis**

E. Derivar a odontólogo para revisar prótesis.

**Respuesta correcta D.**

Considerando lo accesible de la cavidad oral al examen clínico, su examen siempre debe incluir el retiro de prótesis removible para asegurar una adecuada inspección. En este paciente en particular, que consulta por un síntoma que obliga a descartar una neoplasia intraoral o laríngea y que además tiene un tabaquismo demostrado y lesiones consideradas premalignas, el examen no puede considerarse completo sin la remoción de la prótesis.

**BIBLIOGRAFIA**

- Harrison. Principios de medicina interna
- Schwartz. Principios de cirugía
- De Vita. Principios y practica de oncología
- Rubin. Oncología clínica
- <http://www.cancer.gov/espa%C3%B1ol>