

58
20/1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza

FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

Islas Rodríguez Guillermina

Neri Vallejos Lily Christobell



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | |
|-------------------------|----|
| PROTOCOLO | I |
| INTRODUCCION | 1 |
| ANTECEDENTES HISTORICOS | 2 |
| CLASIFICACION | 7 |
| METODOLOGIA | 9 |
| RESULTADOS | 12 |
| DISCUSION | 26 |
| CONCLUSIONES | 29 |
| PROPUESTAS | 30 |
| BIBLIOGRAFIA | 32 |
| ANEXOS | 36 |

PROTOCOLO

TITULO DEL PROYECTO:

"FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL"

AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO:

PATOLOGIA

ASESOR:

C.D. ROBERTO A. PACHECO ZUÑIGA

APOYO ESTADISTICO:

C.D. MARCO ANTONIO MONOBE H.

ALUMNAS:

ISLAS RODRIGUEZ GUILLERMINA

NERI VALLEJOS LILY CHRYSTOBELL

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Las neoplasias malignas en cavidad oral dentro del ámbito epidemiológico suscitan relativa frecuencia, motivo por el cual se torna acción prioritaria que las escuelas y facultades de Odontología, al diseñar sus planes y programas de estudio las incluyan en los mismos, con el fin de capacitar a los futuros odontólogos en la detección oportuna de las características que posee este tipo de patologías.

Se ha demostrado que la morbi-mortalidad por neoplasias malignas se ha incrementado en los últimos años, pudiendo concluirse que esto se debe no sólo al notable incremento poblacional observado en la casi totalidad del orbe, sino también en forma preponderante al uso y contacto de los individuos con sustancias cancerígenas.

Los estudios que se han realizado por diversos autores en diferentes partes del mundo, han determinado que los productos que con mayor frecuencia pueden ocasionar alteraciones de tipo maligno, son el hábito de fumar y mascar tabaco, la ingesta de bebidas alcohólicas, los conservadores de alimentos, el uso indebido de medicamentos, las radiaciones solares, las fibras sintéticas y los fertilizantes, entre otros.

Asimismo, se incluyen dentro de este grupo a las enfermedades sistemáticas crónicas, los traumatismos frecuentes, las lesiones que no cicatrizan en el tiempo esperado para ello y la contaminación ambiental.

A su vez, existe información al respecto, difundida por los diferentes medios de comunicación, sobre los posibles agentes cancerígenos y debido a que ésta se menciona a la población de una manera somera, no es considerada casual que se prohíba su uso, lo anterior debido, por una parte, a que no todos los individuos son susceptibles en la misma medida al contacto con dichos agentes y por otra, al desequilibrio económico-político que esto representará para todas aquellas empresas que se dedican a la fabricación de estos elementos y que son los que promueven en gran proporción la contaminación atmosférica.

El estudio de los factores que predisponen al desarrollo de las neoplasias malignas ha sido paralelo a la investigación de la frecuencia con que esta enfermedad se manifiesta en la población, siendo lo anterior con el objeto de establecer la correlación existente entre la causa y el efecto desarrollado.

Por otra parte, se ha determinado que la frecuencia de una neoplasia no es la misma en diferentes partes del mundo, lo que traduce una gran variabilidad en lo concerniente a raza, sexo, edad, lugar geográfico, hábitos y características alimenticias.

Existen neoplasias que se presentan con mayor frecuencia en determinadas partes del cuerpo.

En cavidad bucal las neoplasias malignas que denotan relevante incidencia, son el carcinoma epidermoide, el adenocarcinoma y el

linfocarcinoma; sin embargo, cabe agregar que estas entidades muestran - especial predilección por determinadas partes de la boca.

En un estudio publicado por el Instituto de Oncología y Radiología de la Habana Cuba, en el año de 1981, se estudiaron 391 casos de carcinoma oral, observándose que la lengua fue el sitio principalmente afectado.

Según Thomas Mc. Caffrey, H. Bryan Neel y Thomas A. -- Gaffrey, comprobaron mediante un estudio realizado en Carolina del Norte, en 1981, que el melanoma maligno oral, representa el 1% con respecto a otras partes del cuerpo y que el sitio de predilección lo ocupa el -- paladar.

Tiecke y Bernier estudiaron la incidencia de neoplasias malignas afirmando consecuentemente que el carcinoma de lengua es sólo ligeramente inferior al carcinoma labial y que supera o iguala la frecuencia total de todas las demás localizaciones intraorales juntas.

De acuerdo a las investigaciones de Ackerman y del Regato, el carcinoma de labio es una lesión bastante frecuente que incluye del 25 al 30% de todos los carcinomas de la región oral.

Ash y Miller determinaron que el carcinoma de lengua es - el más frecuente y comprende entre el 25 y 50% de la frecuencia con respecto a otras neoplasias de cavidad oral.

En un estudio publicado por el Instituto Nacional de Cancerología, en el año de 1983 (Dr. Sergio Rodríguez, Dra. Sonia Labastida, Dr. José Luis González, Dr. Fernando Gómez, Dr. Javier Ortiz, Dr. Felipe Torres, Dr. Luis Yanajara), se concluyó que la neoplasia maligna - más frecuente, es el carcinoma epidermoide de lengua, ya que de 165 casos estudiados, se presentaron 43 de este tipo de cáncer, lo cual representa el 26.1% de la totalidad de los casos.

En otro artículo publicado por el mismo Instituto, en 1982, por los doctores Juan López, Silvano Pérez, Georgina Rodríguez, se comprobó que de 153 casos, 97 fueron de carcinoma epidermoide de antro- - maxilar.

En un estudio publicado por la Dirección de Lucha Contra - el Cáncer en México, en el año de 1982, se observó que de 16 366 casos, 153 correspondían a cáncer de boca, lo que representa el 0.9% de la generalidad, ocupando el 23avo. lugar con relación a otras estructuras del cuerpo.

Ahora bien, específicamente en la cavidad oral, se determinó que 96 casos fueron de cáncer de lengua, con un 0.5% que corresponde al 29avo. lugar y 58 de cáncer de labio, lo que constituyó el 0.3%, lo que lo ubica en el 36avo. lugar.

Con respecto a lesiones precancerosas, los autores Khin Maung Lay, Kyaw Sein, Aung Myint, realizaron un estudio en 6 000 al-

deanos en Burna y determinaron que la lesión precancerosa más frecuente fue la leucoplasia, siendo los hombres afectados en relación de 3 a 1 con respecto a las mujeres y el cáncer oral ocupa el último lugar con 0.3%, - como resultado de este tipo de lesiones.

De acuerdo a la opinión de dichos investigadores, la India - constituye el lugar de más alta incidencia de cáncer bucal en el mundo.

Los autores Irene Rodríguez, Julio Santana, José Sanabria y Jolan Banocz, en un estudio realizado en 1983 en la Habana Cuba, en 934 trabajadores de aluminio, determinaron que la lesión precancerizable que más alta incidencia tuvo, fue la leucoplasia y la preleucoplasia, en personas entre 31 y 40 años, siendo el sitio predilecto de asiento de estas alteraciones, la mucosa oral y la comisura labial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la neoplasia maligna de la cavidad oral que con mayor frecuencia se presentó en pacientes tratados en los hospitales de la zona metropolitana, del año de 1980 a junio de 1983 ?

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la frecuencia de neoplasias malignas de la cavidad oral, en los hospitales de la zona metropolitana, de enero de 1980 a junio de 1983.
- 2.- Completar la información que al respecto existe en el país, ya que la mayoría de las estadísticas con que se cuenta, son efectuadas en otros países, siendo que sus condiciones físicas, culturales, nutricionales y geográficas, entre otras, no concuerdan con las nuestras.
- 3.- Concientizar al Odontólogo sobre la importancia de que adquiriera la información necesaria, la cual permita estar en posibilidad de diagnosticar precozmente la malignidad de una neoplasia, ya que el Cirujano Dentista constituye el primer contacto en condiciones de identificar un cáncer oral, antes que cualquier otro especialista o profesional de la salud.
- 4.- Estructurar un trabajo de recopilación bibliográfica actualizada que funga como manual de consulta para estudiantes y profesionales de odontología.

HIPOTESIS

El carcinoma epidermoide de lengua es la neoplasia maligna que con más frecuencia se presentó en cavidad oral, en los pacientes tratados en los hospitales de la zona metropolitana, del año de 1980 a junio de 1983.

MATERIAL Y METODO

- 1.- Artículos de revistas científicas de caracter internacional que tengan información sobre este tema y que hayan sido publicadas de 1980 a la fecha, sin importar el país e idioma de publicación.
- 2.- Libros que incluyan información sobre este tema y que hayan sido editados de 1980 a la fecha.
- 3.- Expedientes clínicos de los hospitales de la zona metropolitana.
- 4.- Comunicación verbal con profesionales, en este tema.

La recopilación bibliográfica se llevó a cabo a través del material proporcionado por los bancos de información programada - - (CENIDS); una vez obtenidas las fichas bibliográficas, se realizará la búsqueda de los artículos señalados por el banco de información. Esta información se recabó en la Biblioteca del Centro Médico Nacional, Biblioteca de Ciudad Universitaria, Hospital 20 de Noviembre, Escuela de Salud Pública, Hospital de la Raza, Asociación Dental Mexicana, - - - E.N.E.P. Zaragoza, Biblioteca del Instituto Nacional de Cancerología y Dirección de Lucha Contra el Cáncer.

Una vez obtenida la información, se procederá a la traducción de los artículos y al análisis respectivo de la información mediante

tarjetas de trabajo, agrupándose en base al tema o subtemas; lo mismo se hace con la información de los libros. El integrar los grupos por -- tarjetas de trabajo por subtemas, permitirá emitir conclusiones por me -- dio del método inductivo, otorgando de esta manera las premisas que -- servirán al desarrollo del trabajo.

El practicar el análisis de la información, generará la selección de premisas científicas, mismas que serán consignadas en -- tarjetas de trabajo.

Para determinar la frecuencia de neoplasias malignas en el área metropolitana, fueron seleccionados aquellos centros hospitalarios en los cuales se observa con relevante frecuencia este tipo de pato -- logías.

Estos hospitales de zona son: Oncología del Centro Médico Nacional (I.M.S.S.), Instituto Nacional de Cancerología (S.S.A.), -- Hospital General GEA González, Instituto Nacional de Enfermedades -- Pulmonares, Hospital General Netzahualcoyotl, Hospital General de Zo -- na Troncoso (I.M.S.S.) y el Hospital Ignacio Zaragoza (I.S.S.S.T.E.).

En las instituciones mencionadas anteriormente, la acti -- vidad corresponderá a la recopilación de los expedientes de aquellos pa -- cientes que ingresaron al servicio médico con diagnóstico de neoplasia -- maligna, de enero de 1980 a junio de 1983.

El período se determinó en base a la realización de una investigación con datos recientes.

Una vez obtenidos los expedientes, se especificará el tipo de neoplasia maligna y su localización en la cavidad bucal, con el objeto de determinar cuál es la neoplasia maligna más frecuente en cavidad bucal, dentro del área metropolitana.

El número de casos estará determinado estrictamente por la información contenida en cada uno de los expedientes clasificados en este rubro patológico, es decir no se tomará una muestra al azar.

La información se recopilará en un formato realizado especialmente para el proyecto que nos ocupa y que especifica: edad del paciente, sexo, tipo de neoplasia y localización.

Los resultados que se obtengan, se compararán con la información obtenida de la bibliografía, lo que traducirá la comprobación o modificación de la hipótesis.

El desarrollo del trabajo escrito se conformará mediante una introducción, la cual otorgará al lector una visión amplia y generalizada de lo que esta investigación pretende.

INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- PROTOCOLO
 - 2.1.- FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA
 - 2.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
 - 2.3.- OBJETIVOS
 - 2.4.- HIPOTESIS
 - 2.5.- MATERIAL Y METODO
 - 2.6.- BIBLIOGRAFIA QUE APOYA EL PROYECTO
 - 2.7.- CRONOGRAMA
- 3.- ANALISIS DE LA INFORMACION
- 4.- RESULTADOS
- 5.- DISCUSION
- 6.- CONCLUSIONES
- 7.- PROPUESTAS
- 8.- ANEXOS (GRAFICAS)
- 9.- BIBLIOGRAFIA GENERAL

CRONOGRAMA

- ENERO. - INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA
(RECOPIACION DE INFORMACION)
- FEBRERO. - ELABORACION DEL PROTOCOLO
- MARZO,
ABRIL,
MAYO. - DESARROLLO DE LA INVESTIGACION
- JUNIO. - OBTENCION DE RESULTADOS
- JULIO. - CONCLUSIONES E IMPRESION

BIBLIOGRAFIA QUE APOYA EL PROYECTO

1. - Alert J. et al., Results of radiation treatment in carcinoma of the oral cavity., ACTA RADIOLOGICA ONCOLOGY. Vol. 20, Fasc. 5, 1981., Habana, Cuba. Págs. 295-298.
2. - Blanchard G. Cristina et al., Attitudes toward Cancer., AMERICAN CANCER SOCIETY. Vol. 47., 1981. New York, U.S.A. Págs. 2756-2762.
3. - Khin Maung et al., Epidemiologic study of 6 000 villagers of oral precancerous lesions in bilugyn preliminary report., COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL. Vol. 10. 1982. Copenhagen, Denmark. Págs.152-155.
4. - López Cueto Juan Dr. et al., Carcinoma epidermoide de entre maxilar Revista INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Vol. 28., 1982. México, D.F. Págs. 25-32.
5. - Olper Palacci Ricardo., México. Mortalidad por neoplasias. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 91 (4). 1981. México, D.F. Págs. 318-323.
6. - Rodríguez Cuevas Sergio Dr. et al., Cáncer de cavidad oral., Revista INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Vol. 29. 1983. México, D.F. Págs. 19-25.
7. - Rodríguez Irene et al., Prevalence of oral leukoplakia in Habana, City, Cuba. COMMUNITY DENT ORAL EPIDEMIOL. Vol. 11. 1983. Habana, Cuba. Págs. 379-383.
8. - Shaffer William G. et al., Tratado de Patología Bucal., 3era. edición, Editorial Interamericana. 1981. México, D.F. Págs. 82-213.

INTRODUCCION

La palabra neoplasia proviene del griego: neo = nuevo, plastein = formación.

Las neoplasias, dependiendo de su comportamiento biológico, se dividen en benignas y malignas.

Willis la define como: "Una neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede y no se coordina con el de los tejidos normales y que persiste de la misma manera excesiva después de que cesa el estímulo que la ha producido". (17)

NEOPLASIA BENIGNA. - Es aquella cuyo crecimiento es lento, no invade los tejidos vecinos; su estructura es frecuentemente típica del tejido de origen; su modo de crecimiento es expansivo, con formación de cápsula, generalmente lento, pocas mitosis; su progresión puede detenerse o regresar; no da metástasis y sólo compromete la vida del enfermo por su posición o por sus secreciones internas.

NEOPLASIA MALIGNA. - Es aquella que crece rápidamente, invade los tejidos que la rodean; su estructura es frecuentemente atípica o sea poco diferenciada; su modo de crecimiento es infiltrativo, no encapsulado, rápido, muchas mitosis anormales; su progresión raramente cesa, casi siempre es rápida y progresiva hasta la muerte; metástasis generalmente presentes y si no recibe un tratamiento efectivo ocasiona la muerte del enfermo. (15)

ANTECEDENTES HISTORICOS

El origen de la palabra cáncer se ha perdido en cierta medida en la antigüedad. Hipócrates llamó a las masas malignas macizas, carcinoma, palabra que proviene del nombre griego del cangrejo. Después la palabra latina cangrejo "cancrum", se aplicó a estas neoformaciones malignas, cabe suponer que desde este origen haya llegado a usarse por primera vez la palabra cáncer, en el siglo XVII, de esta manera. -- "Pero algunos dicen que se llamó así porque se adhiere a cualquier sitio al que se ha sujetado de una manera obstinada como el cangrejo". (16)

Se ha descubierto un osteoma, o sea un neoplasma óseo, en la vértebra de un dinosaurio que vivió hace aproximadamente 50 millones de años.

Los conceptos modernos de esta enfermedad tienen probablemente su origen en los trabajos de Johannes Muller, en 1938, quien observó que los neoplasmas estaban compuestos de tejidos celulares. Virchow, 20 años después, dió nuevo impulso a esta idea y describió las alteraciones celulares características del cáncer.

Hace apenas 70 años, en 1989, se inició el primer trabajo experimental de importancia sobre las neoplasias, cuando Hanau trasplantó un cáncer de una rata a otra.

La significación de esta primera producción experimental de cáncer, no fue debidamente apreciada durante años, hasta que Loeb comunicó, en 1901, una serie de experimentos que demostraban que el cáncer espontáneo de la rata podía ser transplantado a otra.

La importancia de los factores genéticos comenzó a advertirse cuando Tyzzer produjo, en 1907, varias cepas de ratas de gran pureza y observó notables diferencias en la frecuencia del cáncer; Sir Persivall Pott observó, en 1875, la elevada frecuencia del carcinoma del escroto, en los limpiadores de chimeneas y formuló las relaciones causales entre profesión y cáncer. Semejantes relaciones habían sido observadas antes, aunque su plena significación no fue apreciada al principio.

En las montañas Herz, de Sajonia, se encontraban las ricas minas de Schneeberg y Joachimsthal, de plata, níquel, cobalto, uranio y arsénico.

A comienzos del siglo XVI, se advirtió que la mayor parte de los trabajadores de estas minas, presentaban al cabo de algunos años, una enfermedad progresiva de los pulmones, invariablemente mortal. Transcurrieron muchos años antes de que dicho padecimiento fuera identificado como cáncer, en 1879 y varias décadas más antes de que se advirtiera que la elevada frecuencia del carcinoma del pulmón no dependía de los efectos del cobalto, ni del arsénico presente en el mineral, sino del contenido relativamente elevado de peblanda y radio de la mina. - -

Los mineros recibían en los pulmones, radiaciones ionizantes por inhalación de radón o sea, emanación gaseosa del radio.

Hace menos de 50 años, en 1916, se descubrió el primer agente carcinógeno, por estudios de producción experimental del cáncer, Yamagiwa e Ichikawa, hicieron la observación histórica de que cuando las orejas de los conejos se untaban con alquitrán de hulla, durante mucho tiempo, se producían papilomas, algunos de los cuales terminaban por hacerse cancerosos. Esto desencadenó una intensa investigación a fin de encontrar la naturaleza química de la sustancia carcinógena y, en 1930, Kennaway y Cook, por primera vez identificaron químicamente un agente carcinógeno, el 1,2,5,6-Dibenzpantraceno. Otro modo de abordar el problema de la etiología del cáncer se inició en 1911, cuando Peyton Rous, describió un virus transmisible que producía cáncer en los pollos. En los años siguientes se han descubierto muchos otros neoplasmas de etiología viral. (6)

En los últimos años se ha observado un notable aumento en las cifras de mortalidad por cáncer en México. La tasa bruta de mortalidad ascendió de 14 a 17.5 por 100,000 habitantes y el porcentaje de 0.50; en cambio la mortalidad global experimentó un descenso muy importante de 2 550 a 750 por 100,000 habitantes.

A partir de 1954, las neoplasias malignas ocupan uno de los 10 primeros lugares de mortalidad en México y se encuentran en el

sexto lugar en los últimos 8 años.

Por otra parte, en la población de 45 a 75 años de edad, dichas neoplasias ocupan el segundo lugar de mortalidad. (14)

En Estados Unidos, el cáncer es el causante de aproximadamente el 10% de todas las muertes entre los 40 y 80 años de edad; una de cada seis muertes dependen de cáncer y cerca de un millón de casos nuevos aparecen cada año, este número aumenta cada día que pasa. (17)

Desde hace un decenio se reconoce cada vez más la suma importancia de los factores ambientales en el cáncer humano, gracias en gran parte a estudios geográficos, migratorios y ocupacionales.

Los "factores ambientales" incluyen todos los riesgos de origen exógeno, no sólo los agentes físicos y químicos extrínsecos, sino también factores del comportamiento como los baños de sol, la dieta, el hábito de fumar y la bebida.

Estamos en una era química, en la cual, las aplicaciones de nuevos productos químicos (tejidos, combustibles, fertilizantes, aditivos alimentarios, etc.), se han multiplicado asombrosamente en los últimos 10 años. (22)

Anteriormente el cáncer se trataba mediante medicamentos, el tratamiento se concentraba en el diagnóstico temprano, seguido

de la remoción quirúrgica, agregando el tratamiento con radiación, en algunos enfermos.

Todo esto empezó a cambiar con las observaciones realizadas en los últimos años, después de 1950 y en los primeros años de la siguiente década, cuando se produjo la curación de las metástasis de los tumores raros mediante quimioterapia. (8)

CLASIFICACION

La O.M.S. ha determinado una clasificacion internacional de las neoplasias:

I. - Tumores de epitelio escamoso

A. - Malignos

1. - Carcinoma intraepitelial (carcinoma in situ)
2. - Carcinoma espinocelular
3. - Variedad del carcinoma espinocelular
 - a. - Carcinoma verrucoso
 - b. - Carcinoma fusocelular
 - c. - Linfoepitelioma

II. - Tumores del epitelio glandular

III. - Tumores de los tejidos blandos

A. - Malignos

1. - Fibrosarcoma
2. - Liposarcoma
3. - Leiomioma sarcoma
4. - Rabdomyosarcoma
5. - Condrosarcoma
6. - Hemangioendotelioma maligno (Angiosarcoma)
7. - Hemangiopericitoma maligno

8.- Linfangioendotelioma maligno (Linfangiosarcoma)

9.- Schwannoma maligno.

IV.- Tumores del sistema melanogeno

A.- Melanoma maligno

V.- Tumores de histiogenesis insegura o controvertida

1.- Sarcoma alveolar de las partes blandas

2.- Sarcoma de Kaposi

VI.- Tumores no clasificados

METODOLOGIA

El primer paso que se realizó, fue la revisión bibliográfica acerca del tema. No sólo de la frecuencia de neoplasias malignas, sino de diversos artículos que de alguna forma apoyaran nuestra investigación.

Las bibliotecas consultadas fueron:

Biblioteca del Centro Médico Nacional; Biblioteca de Ciudad Universitaria; Biblioteca del Hospital 20 de Noviembre; Escuela de Salud Pública; Asociación Dental Mexicana; E.N.E.P. Zaragoza; -- Instituto Nacional de Cancerología y Dirección de Lucha Contra el Cáncer.

Las bibliotecas mejor documentadas al respecto fueron:

Biblioteca del Centro Médico Nacional; Instituto Nacional de Cancerología y Escuela de Salud Pública, por lo cual la mayoría de nuestra bibliografía fue obtenida de ellas.

Cabe el comentario de que la bibliografía existente con respecto a la frecuencia de neoplasias malignas en cavidad oral, es escasa y de origen extranjero.

La revisión bibliográfica nos permitió además, planear los criterios para la revisión de expedientes.

Los resultados finales de la investigación apoyaron nuestra hipótesis en cuanto a que el carcinoma epidermoide es el más frecuente.

Nuestra segunda etapa consistió en corroborar estos datos bibliográficos con la información obtenida de la investigación estadística de los hospitales:

Instituto Nacional de Cancerología (S.S.A.); Oncología de Centro Médico Nacional (I.M.S.S.); Hospital GEA González; -- Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares; Hospital General Netza hualcoyotl; Hospital General de Zona Troncoso (I.M.S.S.); Hospital - Ignacio Zaragoza (I.S.S.S.T.E.).

Se revisaron el total de expedientes que registraron algún tipo de neoplasia maligna en cavidad oral, los cuales fueron 705, de enero de 1980 a junio de 1983.

La información que se pretendía obtener era: edad del paciente, sexo, localización de la neoplasia, diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico, para lo cual se decidió aplicar un formato de vaciado de información, por la localización concreta de las neoplasias encontradas.

El formato fue el siguiente:

LOCALIZACION

| | EDAD | SEXO | DX.CLINICO | DXHISTOPATOLOGICO |
|----------|------|------|------------|-------------------|
| PACIENTE | | | | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

La información fue obtenida de los hospitales antes mencionados, para lo cual fue necesario que la Universidad nos proporcionara una carta de presentación, en la cual se especificara que se iba a realizar una tesis sobre "Frecuencia de Neoplasias Malignas en Cavidad Oral", la cual se debería presentar en la Dirección de los Hospitales, para tener acceso a los archivos clínicos.

Dado que el estudio es de tipo descriptivo, los criterios fueron con fines de clasificación, descripción y porcentual, por sexo, por edad, por tipo de neoplasia, por localización, por edad promedio y desviación standard, además se hizo un cuadro cruzando edad con tipo de neoplasia.

Para hacer más ilustrativos los resultados, se elaboraron gráficas.

RESULTADOS

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

TESIS: "FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL"

TITULO: DISTRIBUCION DE NEOPLASIAS MALIGNAS POR GRUPO ETAREO

CUADRO: N°1

1^{er} Renglon N° de Cuenta
 2^o Renglon % por Renglon
 3^{er} Renglon % por Columna
 4^a Renglon % Total

NEOPLASIA

| Edades en Años | 0-10 | 11-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | 81-90 | 91-100 | TOTAL |
|--------------------------|------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1.-Ca. epidermoide | | 1 0.183 25 0.18 | 9 1.66 46 1.28 | 32 567 68.08 4.64 | 58 1064 72.5 8.22 | 143 2623 80.33 20.26 | 142 2734 91.42 21.10 | 178 1982 81.20 15.20 | 39 716 81.25 5.53 | 6 1.11 86.66 0.85 | 545 100 % 77.22 % |
| 2.-Ca. basocelular | | | | 7 3.63 4.25 0.29 | 5 9.02 6.25 0.70 | 14 2545 7.86 1.99 | 13 2364 7.10 1.85 | 13 2364 9.77 1.85 | 5 9.09 10.41 0.70 | 3 6.46 33.33 0.43 | 55 100 % 7.81 % |
| 3.-Ca. mucoepidermoide | | 1 4.36 18 0.15 | 4 17.39 20 0.67 | 1 4.34 2.12 0.15 | 2 8.69 2.50 0.29 | 7 30.44 3.93 0.99 | 5 21.74 2.73 0.70 | 3 13.05 2.28 0.43 | | | 23 100 % 3.28 % |
| 4.-Ca. adenoquistico | | 1 4.54 25 0.18 | 1 4.54 5 0.18 | 3 13.63 8.38 0.43 | 4 16.18 5 0.87 | 6 27.27 7.69 0.86 | 7 31.81 3.82 0.99 | | | | 22 100 % 3.14 % |
| 5.-Adenocarcinoma | | | 1 7.14 5 0.15 | 1 7.14 2.12 0.14 | 4 28.57 5 0.56 | 8 21.43 1.68 0.42 | 2 14.29 1.09 0.28 | 3 21.43 2.25 0.42 | | | 14 100 % 1.97 % |
| 6.-Linfoma de linfocitos | | | | | 2 16.66 2.5 0.28 | 3 25 1.68 0.42 | 2 16.66 1.09 0.28 | 4 33.34 3 0.66 | 1 8.34 20.83 0.14 | | 12 100 % 1.68 % |
| 7.-Melanoma maligno | | | | 1 12.5 2.12 0.14 | 2 25 2.5 0.28 | | 4 50 2.18 0.66 | 1 12.5 0.78 0.14 | | | 8 100 % 1.12 % |
| 8.-Linfoma histiocitico | | | 2 28.88 10 0.28 | 3 42.88 6.38 0.42 | | | 1 14.28 0.64 0.14 | 1 14.28 0.75 0.14 | | | 7 100 % 0.98 % |
| 9.-Sarcoma maligno | | | | 1 33.33 2.12 0.14 | 1 33.33 1.25 0.14 | 1 33.33 0.68 0.14 | | | | | 3 100 % 0.42 % |
| 10.-Ca. de cels acinares | | | | | 1 50 1.25 0.14 | | 1 80 0.64 0.14 | | | | 2 100 % 0.28 % |
| 11.-Sarcoma esteogénico | | | 2 100 10 0.28 | | | | | | | | 2 100 % 0.28 % |
| 12.-Schwannoma maligno | | | 1 60 6 0.14 | 1 60 2.12 0.14 | | | | | | | 2 100 % 0.28 % |
| 13.-Histiocitoma maligno | | 1 100 25 0.14 | | | | | | | | | 1 100 % 0.14 % |
| 14.-Cistoadenoma papilar | | | | | | | 1 100 0.64 0.14 | | | | 1 100 % 0.14 % |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|----|----|-------------------|-------------------|-----|-------------------|----|--------------------|-----|---|
| 15.- Tumor de Burkitt | | | | 100 212 014 | | | | | | | 014 % |
| 16.- Tumor mixto maligno | | | | | | | | | 100 2083 014 | | 100 % 014 % |
| 17.- Ca. epidermoide foveolar | | | | | | | 100 066 014 | | | | 100 % 014 % |
| 18.- Hemangioendoteloma | | | | | | | 100 064 014 | | | | 100 % 014 % |
| 19.- Linfoma de Hodgkin | | | | | 100 126 014 | | | | | | 100 % 014 % |
| 20.- Sarcoma de Ewing | | | | 100 212 014 | | | | | | | 100 % 014 % |
| 21.- Adenobasocelular | | | | | | | 100 064 014 | | | | 100 % 014 % |
| 22.- Ca. metastático | | | | | | | | | 100 2083 014 | | 100 % 014 % |
| 23.- Linfoma mixto adiposo | | | | | | | | | 100 2083 014 | | 100 % 014 % |
| TOTAL | 4 | 20 | 47 | 80 | 178 | 187 | 13 | 48 | 9 | 706 | 0.57 % 2.84 % 6.66 % 11.34 % 25.22 % 26.48 % 18.63 % 6.79 % 1.27 % 100 % |

FUENTE: Archivos de los Departamentos de Patología de los Hospitales GEA Gonzalez, Instituto Nacional de Cancerología Centro Médico Oncología, Hospital Zaragoza I.S.S.T.E., Hospital General Netzahualcoyotl, Hospital General de Zona Trancoso del I.M.S.S.
Número de casos identificados: 706, de Enero de 1980 a Junio de 1983

En el cuadro número 1, se observa la distribución de neoplasias malignas por grupo etáreo.

El cuadro está compuesto por una serie de columnas verticales y horizontales.

En la parte superior derecha del cuadro se pueden observar cuatro renglones que corresponden a la información concentrada en el mismo.

El primer renglón se refiere al número de casos identificados por lesión específica, en los hospitales de la zona metropolitana, esto es, la frecuencia cuantitativa.

El segundo renglón se refiere al por ciento por renglón, éste se obtuvo tomando en cuenta cuántos casos por cada grupo de edad se encontraron, por ejemplo, en el carcinoma epidermoide, en el grupo de edades de 11 a 20 años se encontró un caso, el número de casos en total de carcinoma epidermoide fue de 545, entonces se toma el número total de casos encontrados por lesión, como el cien por ciento y con el caso encontrado por edad, en éste caso 1, se efectúa una regla de tres, dándonos un porcentaje.

El tercer renglón se refiere al por ciento por columna, aquí se suman cuántos casos por grupo etáreo se encontraron de todas las neoplasias, por ejemplo, de 11 a 20 años se encontraron 4 neopla-

sias sin importar que lesión específica fue, ese 4 corresponde al 100% y el número de casos encontrados, de 11 a 20 años de Carcinoma epidermoide fue de 1, con ese 1 se efectúa una regla de 3 y se obtiene el porcentaje.

El cuarto renglón se refiere al por ciento con respecto al total de casos encontrados, aquí el número total de neoplasias encontradas, sin importar de que tipo, fue de 706, ese 706 corresponde al 100% y se efectúa una regla de tres, con el número de casos encontrados por edad y por lesión específica, se obtiene el porcentaje. (Véase cuadro número 1)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA.

TESIS: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL

CUADRO No. 2

TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS CON RESPECTO
AL NUMERO TOTAL

| NEOPLASIA | No. CASOS | % GENERAL |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| 1. - Ca. epidermoide | 545 | 77.19 |
| 2. - Ca. basocelular | 55 | 7.79 |
| 3. - Ca. mucoepidermoide | 23 | 3.25 |
| 4. - Ca. adenoquistico | 22 | 3.26 |
| 5. - Adenocarcinoma | 14 | 1.98 |
| 6. - Linfoma de linfocitos | 12 | 1.69 |
| 7. - Melanoma maligno | 8 | 1.14 |
| 8. - Linfoma histiocítico | 7 | 0.99 |
| 9. - Sarcoma maligno | 3 | 0.42 |
| 10. - Ca. de células acinares | 2 | 0.28 |
| 11. - Sarcoma osteogénico | 2 | 0.28 |
| 12. - Schwannoma maligno | 2 | 0.28 |
| 13. - Histiocitoma maligno | 1 | 0.14 |
| 14. - Cistoadenoma papilar | 1 | 0.14 |
| 15. - Tumor de Burkitt | 1 | 0.14 |
| 16. - Tumor mixto maligno | 1 | 0.14 |
| 17. - Ca. epidermoide fusocelular | 1 | 0.14 |
| 18. - Hemangioendotelioma | 1 | 0.14 |
| 19. - Linfoma de Hodking | 1 | 0.14 |
| 20. - Sarcoma de Ewing | 1 | 0.14 |
| 21. - Adenobasocelular | 1 | 0.14 |
| 22. - Ca. metatípico | 1 | 0.14 |
| 23. - Linfoma mixto adiposo | 1 | 0.14 |
| TOTAL | 706 | 100.00% |

FUENTE: Archivos de los Departamentos de Patología de los Hospitales GEA González, Cancerología, Centro Médico Oncología, Hospital Zaragoza ISSSTE, Hospital General Netzahualcōyotl, Hospital General de Zona Troncoso del IMSS.

Número de casos identificados: 706, de enero de 1980 a junio de 1983.

En el cuadro número 2, se observa la frecuencia de neoplasias malignas con respecto al número total.

Se puede ver que la lesión específica más frecuente fue el Carcinoma epidermoide, con 545 casos que corresponden al 77.19% con respecto al total de casos encontrados que fue de 706.

El segundo lugar se presentó en el Carcinoma basocelular con 55 casos, que corresponde al 7.79% con respecto al total de casos.

En tercer lugar, se presentó el Carcinoma mucoepidermoide, con 23 casos que corresponde al 3.25% del total.

Las neoplasias que con menor frecuencia se presentaron fueron 11, de las cuales se encontró un solo caso, que corresponde al 0.14%. (Véase cuadro número 2)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA
 TESIS: "FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL."
 TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS POR GRUPO E TAREO
 CUADRO: N° 3

| NEOPLASIA | 0-10 | | 11-20 | | 21-30 | | 31-40 | | 41-50 | | 51-60 | | 61-70 | | 71-80 | | 81-90 | | 91-100 | | EDADES EN AÑOS TOTAL |
|------------------------------|------|---|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|------|-------------------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | |
| 1- Ca. epidermeide | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 9 | 1.27 | 32 | 4.53 | 58 | 8.21 | 143 | 20.25 | 149 | 21.10 | 108 | 15.29 | 39 | 5.52 | 6 | 0.84 | 545 |
| 2- Ca. basocelular | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.28 | 5 | 0.70 | 14 | 1.98 | 13 | 1.84 | 13 | 1.84 | 5 | 0.70 | 3 | 0.42 | 55 |
| 3- Ca. mucoepidermoide | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 4 | 0.56 | 1 | 0.14 | 2 | 0.28 | 7 | 0.99 | 5 | 0.70 | 3 | 0.42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23 |
| 4- Ca. adenoquistico | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 1 | 0.14 | 3 | 0.42 | 4 | 0.56 | 6 | 0.84 | 7 | 0.99 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 |
| 5- Adenocarcinoma | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 1 | 0.14 | 4 | 0.56 | 3 | 0.42 | 2 | 0.28 | 3 | 0.42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| 6- Linfoma de linfocitos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.28 | 3 | 0.42 | 2 | 0.28 | 4 | 0.56 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 12 |
| 7- Melanoma maligno | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 2 | 0.28 | 0 | 0 | 4 | 0.56 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 8- Linfoma histiocitico | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.28 | 3 | 0.42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 9- Sarcoma maligno | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 1 | 0.14 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 10- Ca. de cels. acinares | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 11- Sarcoma osteogénico | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.28 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 12- Schwannoma maligno | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 13- Histiocitoma maligno | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 14- Cistadenoma papilar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 15- Tumor de Burkitt | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 16- Tumor mixto maligno | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 17- Ca. epidermoide foveolar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 18- Hemangiendoteloma | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 19- Linfoma de Hodgkin | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 20- Sarcoma de Ewing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 21- Adenobasocelular | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 22- Ca. metatípico | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 23- Linfoma mixto adiposo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| TOTAL | 0 | | 4 | | 20 | | 47 | | 80 | | 118 | | 167 | | 133 | | 48 | | 9 | | 706 |

FUENTE: Archivos de los Departamentos de Patología de los Hospitales GFA González, Instituto Nacional de Cancerología, Centro Médico Oncológico, Hospital Zaragoza I.S.S.I.E., Hospital General Nezahualcóyotl, Hospital General de Zona Francisco del I.M.S.S.

Número de casos identificados 706, de Enero de 1980 a Junio de 1983

En el cuadro número tres, se puede observar la frecuencia de neoplasias malignas por grupo etáreo.

El grupo de edad más afectado fue el de 61 a 70 años, -- con un total de 187 casos, en segundo lugar, el grupo de edad afectado fué de 51 a 60 años, con 178 casos, en tercer lugar las edades -- más afectadas fueron de 71 a 80 años, con 133 casos y el grupo de edades menos afectado fue de 0 a 10 años, ya que no se encontró ningún caso.

Con respecto a lesión específica, el Carcinoma epidermoide fue el más frecuente en las edades de 61 a 70 años, con 149 casos que corresponde al 21.10%, en segundo lugar, el Carcinoma epidermoide en las edades de 51 a 60 años, con 149 casos que corresponde al 20.25% y en tercer lugar, el Carcinoma epidermoide en la edad de 71 a 80 años con un 15.29%. (Véase cuadro número 3)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

TESIS: "FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL"

CUADRO No. 4

TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS POR SEXO.

| NEOPLASIA | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL Casos |
|----------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|----------------|
| | No. casos | % | No. casos | % | |
| 1.- Ca. epidermoide | 180 | 25.49 | 365 | 51.69 | 545 |
| 2.- Ca. basocelular | 37 | 5.25 | 18 | 2.55 | 55 |
| 3.- Ca. mucoepidermoide | 15 | 2.13 | 8 | 1.14 | 23 |
| 4.- Ca. adenoquistico | 13 | 1.85 | 9 | 1.27 | 22 |
| 5.- Adenocarcinoma | 6 | 0.85 | 8 | 1.14 | 14 |
| 6.- Linfoma de linfocitos | 7 | 0.99 | 5 | 0.71 | 12 |
| 7.- Melanoma maligno | 2 | 0.29 | 6 | 0.85 | 8 |
| 8.- Linfoma histiocitico | 2 | 0.29 | 5 | 0.70 | 7 |
| 9.- Sarcoma maligno | 3 | 0.43 | 0 | 0 | 3 |
| 10.- Ca. de células acinares | 2 | 0.29 | 0 | 0 | 2 |
| 11.- Sarcoma osteogénico | 2 | 0.28 | 0 | 0 | 2 |
| 12.- Schwannoma maligno | 2 | 0.28 | 0 | 0 | 2 |
| 13.- Histiocitoma maligno | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 14.- Cistoadenoma papilar | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 1 |
| 15.- Tumor de Burkitt | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 16.- Tumor mixto maligno | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 17.- Ca. epidermoide fusocelular | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 1 |
| 18.- Hemangioendotelioma | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 19.- Linfoma de Hodking | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 20.- Sarcoma de Ewing | 0 | 0 | 1 | 0.14 | 1 |
| 21.- Adenobasocelular | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 22.- Ca. metastásico | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| 23.- Linfoma mixto adiposo | 1 | 0.14 | 0 | 0 | 1 |
| TOTALES | 279 | 39.54 | 427 | 60.46 | 706 |

FUENTE: Archivos de los Departamentos de Patología de los Hospitales GEA González, Instituto Nacional de Cancerología, Centro Médico Oncología, Hospital Zaragoza ISSSTE, Hospital General Netzahualcoyotl, Hospital General de Zona Troncoso IMSS.

Número de casos identificados: 706, de enero de 1980 a junio de 1983.

En el cuadro número 4, se observa la frecuencia de neoplasias malignas por sexo.

El sexo más afectado fue el masculino con 427 casos y con un 60.46% y el menor lo fue el femenino con 279 casos que corresponde al 39.54%.

Además se puede ver que la neoplasia maligna más frecuente por sexo, fue el carcinoma epidermoide, en el masculino, con 365 casos, que corresponde al 51.69%, en segundo lugar el carcinoma epidermoide en el sexo femenino con 180 casos, que corresponde al 25.49% y en tercer lugar fue el carcinoma basocelular en el sexo femenino con 37 casos que corresponde al 5.25%. (Véase cuadro número 4)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA
 TESIS: "FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL"
 CUADRO No. 5
 TITULO: FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS POR LOCALIZACION

| NEOPLASIA | LOCALIZACION | | | | | | | TOTAL |
|-----------------------------------|--------------|------------|---------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|------------|
| | Lengua | Labio | Glándulas Salivales | Encía | Paladar | Piso de Boca | Mucosa | |
| 1. - Ca. Epidermoj de | 184 | 95 | 49 | 70 | 53 | 61 | 33 | 545 |
| 2. - Ca. basocelular | 0 | 54 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 55 |
| 3. - Ca. mucoepidermoide | 0 | 0 | 12 | 8 | 3 | 0 | 0 | 23 |
| 4. - Ca. adenoquístico | 1 | 0 | 11 | 0 | 6 | 4 | 0 | 22 |
| 5. - Adenocarcinoma | 0 | 0 | 10 | 2 | 2 | 0 | 0 | 14 |
| 6. - Linfoma de linfocitos | 5 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 12 |
| 7. - Melanoma maligno | 0 | 1 | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 | 8 |
| 8. - Linfoma histiocítico | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 2 | 7 |
| 9. - Sarcoma maligno | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 10. - Ca. de células acinarias | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 11. - Sarcoma osteogénico | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 12. - Schwannoma maligno | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 13. - Histiocitoma maligno | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 14. - Cistoadenoma papilar | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 15. - Tumor de Burkitt | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 16. - Tumor mixto maligno | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 17. - Ca. epidermoide fusocelular | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 18. - Hemangioendoteloma | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 19. - Linfoma de Hodgking | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 20. - Sarcoma de Ewing | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 21. - Adenobasocelular | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 22. - Ca. metatípico | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 23. - Linfoma mixto adiposo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| TOTALES | 190 | 152 | 97 | 85 | 79 | 66 | 37 | 706 |

FUENTE: Archivos de los Deptos. de Patología de los Hospitales GEA González, Cancerología, Centro Médico Oncología, Hospital Zaragoza ISSSTE, Hospital General - Netzahualcoyotl, Hospital General de Zona Troncoso del IMSS.

Número de casos identificados: 706, de enero de 1980 a junio de 1983.

En el cuadro número 5, observamos la frecuencia de neoplasias malignas por localización.

Así podemos ver que la zona de la cavidad bucal más afectada fue la lengua, con 190 casos, en segundo lugar, el labio con 152, - en tercer lugar las glándulas salivales con 97, en cuarto lugar la encía con 85, el quinto lugar al paladar con 79 casos, en sexto lugar el piso de la boca con 66. La zona menos afectada fue la mucosa con 37 casos.

Además, en este cuadro se observa la zona de la cavidad bucal más afectada por lesión específica, así vemos que el Carcinoma epidermoide de lengua fue el más frecuente, con 184 casos, en segundo lugar el Carcinoma epidermoide de labio, con 95 y en tercer lugar el Carcinoma epidermoide de encía, con 70 casos. (Véase cuadro número 5)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA
 TESIS: "FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL"
 CUADRO No. 6
 TITULO: EDAD PROMEDIO Y DESVIACION STANDARD POR NEOPLASIA

| NEOPLASIA | EDAD PROMEDIO X | DESVIACION STANDARD S |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1.- Ca. epidermoide | 61.97 | 14.20 |
| 2.- Ca. basocelular | 65.86 | 14.40 |
| 3.- Ca. mucoepidermoide | 51.59 | 18.03 |
| 4.- Ca. adenoquístico | 50.95 | 14.38 |
| 5.- Adenocarcinoma | 54.79 | 15.42 |
| 6.- Linfoma de linfocitos | 64.67 | 13.11 |
| 7.- Melanoma maligno | 58.00 | 13.89 |
| 8.- Linfoma histiocítico | 42.64 | 19.76 |
| 9.- Sarcoma maligno | 45.50 | 10.00 |
| 10.- Ca. de células acinares | 55.50 | 14.14 |
| 11.- Sarcoma osteogénico | 25.50 | 0.00 |
| 12.- Schwannoma maligno | 30.50 | 7.07 |
| 13.- Histiocitoma maligno | 15.50 | 0.00 |
| 14.- Cistoadenoma papilar | 65.50 | 0.00 |
| 15.- Tumor de Burkitt | 35.50 | 0.00 |
| 16.- Tumor mixto maligno | 85.50 | 0.00 |
| 17.- Ca. epidermoide fusocelular | 55.50 | 0.00 |
| 18.- Hemangioendotelioma | 65.50 | 0.00 |
| 19.- Linfoma de Hodking | 45.50 | 0.00 |
| 20.- Sarcoma de Ewing | 35.50 | 0.00 |
| 21.- Adenobasocelular | 65.50 | 0.00 |
| 22.- Ca. metatípico | 85.50 | 0.00 |
| 23.- Linfoma mixto adiposo | 85.50 | 0.00 |

FUENTE: Archivos de los Departamentos de Patología de los Hospitales GEA González, Instituto Nacional de Cancerología, Centro Médico Oncología, Hospital Zaragoza ISSSTE, Hospital General Netzahuacoyotl, Hospital General de Zona Troncoso del IMSS.

Número de casos identificados: 706, de enero de 1980 a junio de 1983.

El cuadro número 6, se refiere a la edad promedio y desviación standard por neoplasia.

La lesión más frecuente fue el Carcinoma epidermoide, siendo la edad más afectada de 61 a 70 años, con una edad promedio de 61.97 y una desviación standard de 14.20.

En segundo lugar, el Carcinoma basocelular, siendo la edad más afectada de 51 a 60 años, con una edad promedio de 65.86 y una desviación standard de 14.40.

En tercer lugar, el Carcinoma mucoepidermoide, que se presentó con mayor frecuencia en las edades de 51 a 60 años, siendo la edad promedio de 51.59, con una desviación standard de 18.03.

(Véase cuadro número 6)

DISCUSION

De acuerdo a la investigación realizada, pudo comprobarse que el carcinoma epidermoide de lengua fue el más frecuente en el sexo masculino y en las edades entre 61 y 70 años, esto se ve apoyado por la bibliografía consultada, ya que en estudios realizados en la Habana, Cuba, en la Dirección de Lucha contra el Cáncer, en el Instituto Nacional de Cancerología, así como en investigaciones realizadas por Ash y Miller y Tiecke y Bernier, se coincide en que la neoplasia maligna más frecuente es el carcinoma epidermoide en lengua.

La segunda neoplasia más frecuente es el carcinoma basocelular y esto puede ser debido a las radiaciones ultravioleta (luz solar) y los ionizantes (rayos X, radioactividad), esto suele ocurrir en personas expuestas al sol, sobre todo en cara y dorso de las manos, otra causa posible es el envejecimiento. (20)

El tercer lugar en frecuencia lo ocupa el carcinoma mucoso epidermoide en glándulas salivales. La literatura consultada no reporta el por qué de su posible etiología.

No se puede hacer una comparación sobre las neoplasias encontradas, en relación con estadísticas de otros países, debido a que no existen, ya que sólo se plantean datos sobre casos clínicos aislados.

En relación a sexo, el más afectado fue el masculino y esto se debe probablemente, a que el hombre, por su perfil laboral histórico, está más expuesto al stress y a ciertos agentes contaminantes en su medio de trabajo (fábricas, inhalantes, exposición solar, combustibles, materiales de construcción y destilación de productos químicos, entre otros), tales condiciones intervienen también con hábitos sociales, como el alcohol que puede estar relacionado a efectos de la deshidratación que hace a la mucosa más susceptible a los carcinógenos contenidos en el alcohol como las nitrosaminas e hidrocarburos, y al hábito de fumar, ya que es conocido que hay agentes carcinogénicos en el tabaco. (13, 21)

Con relación a la edad, las neoplasias son más frecuentes entre los 60 y 70 años de vida y esto puede deberse al tiempo que necesitan los factores carcinógenos para acumularse y producir el trastorno celular que estimulará la multiplicación atípica de las células; otro factor puede ser que a estas edades el sistema inmunológico se encuentra disminuido. (21)

Con respecto a la localización de las neoplasias, la zona más afectada es la lengua, y esto puede deberse a que es una estructura orgánica de extraordinaria movilidad, lo que la hace estar en contacto permanente con las estructuras dentarias y prótesis mal adaptadas, lo que hace posible el desarrollo de las neoplasias, además de que por su irrigación linfática y sanguínea facilita la metastización.

En segundo lugar fue afectado el labio, posiblemente a causa de la exposición solar intensa, ya que se ha demostrado que esto es un factor predisponente al que se suman factores como el tabaco, alcohol, fumadores de pipa, entre otros. (20, 21)

La tercera zona afectada fueron las glándulas salivales, pero no es posible determinar el por qué ya que la literatura consultada no reporta la posible causa.

Con esto se puede afirmar que, a pesar de que las condiciones físicas, culturales y geográficas de otros países no concuerdan con las nuestras, la neoplasia más frecuente y la zona más afectada, son -- las mismas que las señaladas en estudios realizados en otras partes -- del mundo.

No obstante que México no se considera un país desarrollado, presenta las mismas enfermedades que otros países y esto puede deberse a la contaminación ambiental, al tipo de alimentos que se consumen, el tipo de fibras que se usan en el vestido, los hábitos cada vez -- más arraigados de fumar y consumir alcohol, entre otros. (20, 21, 22)

CONCLUSIONES

La realización de este protocolo de investigación, permitió establecer la frecuencia de las neoplasias malignas en cavidad oral y -- sus características, así como el ejercicio del análisis comparativo con las estadísticas emanadas de otros países.

Al finalizar la investigación realizada, se comprobó que la hipótesis dada anteriormente fue correcta, demostrándose que la neoplasia más frecuente fue el carcinoma epidermoide, siguiendo en orden de importancia, el carcinoma basocelular y el carcinoma mucoepidermoide.

La zona más afectada fue la lengua, siguiendo el labio, -- glándulas salivales, encía, paladar y piso de boca; siendo la menos com prometida la mucosa.

El sexo en el cual predominaron las neoplasias malignas, en cavidad oral, lo constituyó el masculino y la edad en la cual hubo una alta incidencia de neoplasias malignas fue de 61 a 70 años, siguiendo las edades entre 51 y 60 años y menos frecuentes de 71 a 80 años.

Factores biológicos, psicológicos y sociales están involucrados en la determinación del perfil patológico detectado, y ulteriores investigaciones deberán realizarse para identificar el peso específico de la participación de cada una en el establecimiento de la enfermedad.

PROPUESTAS

Al finalizar el trabajo de investigación, surgen necesariamente una serie de propuestas y recomendaciones, de entre las que destacan los siguientes conceptos:

El Cirujano Dentista deberá conferirle la importancia -- real a cualquier lesión que se presente en cavidad oral, y estrechar -- sus vínculos con el personal médico y de laboratorio para colaborar en la elaboración del diagnóstico o reconocer al paciente cuando haya necesidad de derivarlo a una institución especializada.

Consecutivo a que estas lesiones muestran preferencia -- por aquellas personas en edad avanzada, se deberá proporcionar mayor énfasis al elaborar la historia clínica y el examen oral de estos pacientes.

Se deben realizar estadísticas de neoplasias malignas, en la zona metropolitana anualmente, para determinar su incidencia, especificar la zona de la cavidad bucal en que son más frecuentes estas lesiones y el sexo predominante; todo esto con el fin de ejercer una adecuada atención y estar en posibilidad de implementar alternativas de solución.

El diseño de los diferentes planes de estudio, debe incluir, enfáticamente, la información y práctica referente a las características de las neoplasias malignas, con el objeto de capacitar y generar conciencia en los futuros profesionales de la salud, de la magnitud del problema por enfrentar.

Es importante también otorgar educación para la salud, a todas las áreas rurales de la República, debido a que éstas se ubican en zonas distantes a los centros de salud, por lo cual no existe una detección temprana de estas lesiones y el diagnóstico se realiza tardamente, con las consecuencias ya previstas, las cuales son poco favorables para la vida del paciente.

Los medios de comunicación masivos deberán ser los responsables de la difusión de los efectos nocivos de aquellos agentes carcinógenos distribuidos y empleados indiscriminadamente por la población, no importando los intereses económicos que se afecten. Dicha campaña constituirá una acción permanente auspiciada y regida por el sector gubernamental asignado a la salud, en la que deberá participar importante y directamente la profesión.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alert J. Beldarrain L. Rodríguez and Jiménez J.: Results of radiation treatment in carcinoma of the oral cavity.
Acta radiology. 1981; 20: 295-298
- 2.- Bertram Cohen, Ivory R.H. Kramer, Fundamentos Científicos de Odontología. Editorial Salvat, Edición Barcelona 1981; 259-303
- 3.- Blanchard G. Cristina, Actitudes Towar Cancer.
American cancer society. 1981; 47 : 2756-2762
- 4.- Passer Emil C. Dr. et al., Detección Temprana de Cáncer oral. Mundo Médico Vol. XI No. 119 febrero 1984; 37-41
- 5.- Harrison et al., Medicina Interna. Tomo I Editorial Prensa Médica Mexicana México 1973; 16-19
- 6.- Hopps Howard C. Patología. Segunda Edición, Editorial Interamericana-Panamericana, México 1966; 315-374

- 7.- Kin Maug Lay, et al., Epidemiologic study of oral pre
cancerous lesions in Billugyun preliminary report.
Community Dent. Oral Epidemiol. 1982; 10: 152-155
- 8.- Lessner Hower E., Oncología Médica. Segunda edición,
Editorial el Manual Moderno, S.A. México 1980; 1-5
- 9.- Liceaga Escalera Carlos Dr., Quero Cisneros Mario A.
Dr. Rabdomiosarcoma (Revisión bibliográfica), A.D.M.
XL, 1-2 Ene.Feb.Mar. 1983; 3-9
- 10.- Liceaga Escalera et al., Rabdomiosarcoma Presentación
de un Caso Clínico. A.D.M. XXXVII/6 Nov.Dic. 1980;
335-339
- 11.- López Cueto Juan Dr. et al., Carcinoma Epidermoide de
Antro Maxilar. Instituto Nacional de Cancerología,
1982; 28: 318-323
- 12.- Newman et al., Carcinoma of the tongue in persons
younger than 30 years of age. Arch. Ptpñaryngol
Vol. 109, May 1983: 302-304

- 13.- Nieto Villaseñor Alberto, Tumores más frecuentes de la Orogaringe. Patol. Quir. Citol. Exfol. Vol. 8 (3) 1982; 113-117
- 14.- Olper Palacci Ricardo, Mortalidad por neoplasias. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. 1983; 29: 318-323
- 15.- Pérez Tamayo Ruy, Principios de Patología. Segunda edición, Editorial Prensa Médica Mexicana, México 1959: 90-152
- 16.- Robbins-Angell, Patología Básica. Primera edición México, Editorial Interamericana; 1973: 67-117
- 17.- Robbins L. Stanley Dr., Patología Estructural y Funcional. Sexta edición, Editorial Interamericana, México 1980; 105-139
- 18.- Rodríguez Cuevas Sergio et al., Cáncer de Cavidad Oral. Instituto Nacional de Cancerología, 1983; 29: 19-25

- 19.- Rodríguez Irene et al., Prevalence of oral leukoplakia in Habana City, Cuba. Community Dent Oral Epidemiol 1983; 11: 379-383

- 20.- Shaffer William G. et al., Tratado de Patología Bucal. Tercera edición, Editorial Interamericana, 1981; 82-235

- 21.- San Martín, Salud y Enfermedad. Editorial Fournier México 1975; 438-444

- 22.- Somera E., Agentes Físicos y Químicos y Riesgo Cancerígeno. Bol. of Sanit Panam, 1981; 90 (6) 478-489

- 23.- Surós J., Semiología Médica. Editorial Salvat, 1979; 376-384

A N E X O S

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

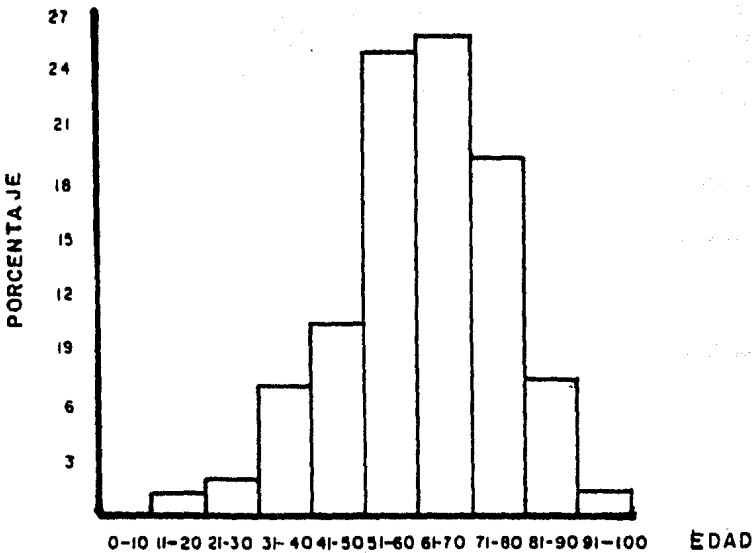
TESIS: "FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL"

GRAFICA: N° 1

TITULO: "FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN CAVIDAD ORAL"

POR GRUPO ETAREO

(PORCENTAJE)



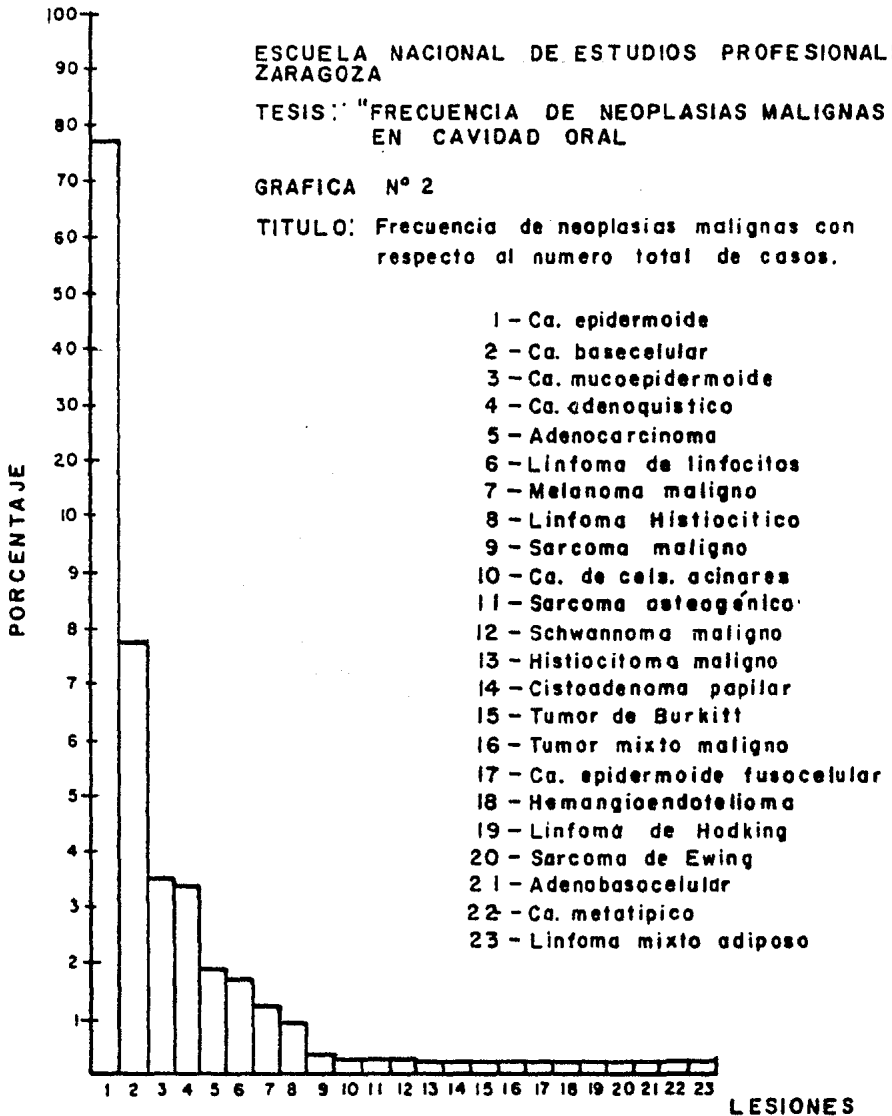
FUENTE: Archivos de los Departamentos de Patología de los Hospitales:
GEA Gonzalez, Cancerología, Centro Médico Oncología,
Hospital Zaragoza I.S.S.S.T.E., Hospital General Netzahuacoyotl,
Hospital General de Zona Trancoso del I.M.S.S.
Número de casos identificados; 706, de Enero de 1980 a Junio de 1983.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA

TESIS: "FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS
EN CAVIDAD ORAL

GRAFICA N° 2

TITULO: Frecuencia de neoplasias malignas con
respecto al numero total de casos.



FUENTE: Archivos de los Departamentos de patologia de los Hospitales:
GEA Gonzales, Cancerologia, Centro Medico Oncologia, Hospital
Zaragoza I.S.S.S.T.E., Hospital General Netzahuacoyatl,
Hospital General de Zona Trancoso del I.M.S.S.

Numero de casos identificados; 706, de Enero de 1980 a Junio de 1983