

01473

24/1

" DETECCION DE CANCER ORAL EN PUEBLA "

POR

C. D. LUIS ANTONIO GONZALEZ SALAZAR

TESIS

PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA EN ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1989

TESIS CON
FALLA DE COLEGIO



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION Y REVISION DE LA LITERATURA.....	1
MATERIALES Y METODOS.....	14
RESULTADOS.....	25
DISCUSION.....	27
CONCLUSIONES.....	29
SUMARIO.....	30
SUMMARY.....	31
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	32
APENDICE.....	37
CURRICULUM VITAE.....	51

INDICE DE TABLAS

1.- EXPOSICION DE EXPEDIENTES EXAMINADOS Y PORCENTAJE DE CANCER ORAL.....	38
2.- RELACION DE EDAD Y SEXO EN LA OCURRENCIA DE CANCER...	39
3.- FRECUENCIA Y FRECUENCIA RELATIVA DE CANCER EN RELACION A ORIGEN DEL PACIENTE.....	40
4.- OCURRENCIA DE CANCER EN RELACION A OCUPACION Y CLASE SOCIOECONOMICA.....	41
5.- FRECUENCIA DE TIPO HISTOPATOLOGICO DE CANCER ORAL....	42
6.- FRECUENCIA DE CANCER ORAL SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA Y SEXO.....	43
7.- PROPORCION DE CASOS CON TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO.....	44

INDICE DE GRAFICAS

1.- RELACION DE OCURRENCIA DE CANCER ORAL SEGUN LA EDAD.....	46
2.- DETECCION DE CASOS DE CANCER ORAL EN RELACION A LUGAR DE ORIGEN.....	47
3.- OCURRENCIA DE CANCER ORAL EN RELACION A OCUPACION..	48
4.- GRAFICA QUE MUESTRA LA PROPORCION DE CANCER ORAL SEGUN TIPO HISTOPATOLOGICO.....	49
5.- OCURRENCIA DE CANCER ORAL SEGUN TOPOGRAFIA.....	50

" DETECCION DE CANCER.

ORAL EN PUEBLA"

C.D. GONZALEZ SALAZAR LUIS A.

1985

El presente estudio: Detección de Cáncer Oral en Puebla, es una investigación metodológica, descriptiva, retrospectiva y transversal, que fue diseñada para determinar la frecuencia del cáncer oral y establecer un panorama inicial de la situación de éste, en la captación de casos en diferentes hospitales de la Ciudad de Puebla, para, además de contribuir al incremento de datos e información Nacional, motivar y concientizar al Cirujano Dentista de la importancia de su diagnóstico precoz, y por tanto su tratamiento oportuno, lo que reduciría la tasa de mortalidad por esta patología y aumentaría la calidad de la práctica odontológica en nuestro País.

INTRODUCCION Y REVISION DE LA LITERATURA

Actualmente, el cáncer es uno de los padecimientos más severos que afligen a la humanidad, tanto por su elevada tasa de mortalidad como por las secuelas que su tratamiento produce (8). En cualquier parte del cuerpo pueden originarse grupos de células que proliferen en forma anormal -- (2), estas células que crecen en forma irregular desarrollan tumores que comprimen, invaden y destruyen tejidos normales (6), los que no pueden invadir los tejidos vecinos y permanecen estrictamente localizados reciben el nombre de tumores benignos; los que se diseminan desde el lugar de origen y pueden alcanzar el torrente circulatorio y el sistema linfático reciben el nombre de tumores malignos o cánceres (2).

En general, los tipos de cáncer se encuadran en tres -- extensos grupos; Carcinomas, Sarcomas y Leucemias. Los carcinomas se originan en los epitelios, capas de células que recubren la superficie del cuerpo y tapizan las diferentes glándulas: Los sarcomas se originan en las estructuras de sostén, mientras que las leucemias y linfomas se originan en las células hematopoyéticas de la médula -- ósea y de los linfonodos. Los distintos tipos de cáncer se clasifican principalmente por el órgano en que se han originado por la clase de células interesadas, de esta manera se cuenta hasta de un centenar de variedades de ésta enfermedad, cuya incidencia cambia de

forma autónoma cuando se induce una alteración en el ambiente (2).

Casi todas las clases de cáncer se dan con mayor frecuencia en la vejez, y la incidencia aumenta en relación directa con la edad, aunque el conocimiento de la relación entre edad y cáncer no es un factor que sirva para determinar la causa de éste, si informa de los pasos que a él conducen y que probablemente se han ido acumulando durante muchos años. (I,2).

En la presencia del cáncer existe una influencia sociocultural y sexual, pues se ha visto que los hombres están expuestos a éste, probablemente por relacionarse más a ciertos factores como exposición yatrogénica, tabaquismo y alcoholismo - (I,5).

Según la literatura, hay regiones geográficas donde existen más altas tasas de mortalidad, mientras que en otras la muerte por cáncer es menor, por lo tanto es importante el conocimiento de si las causas o factores predisponentes son ambientales y, por tanto, potencialmente evitables (I,2).

Aún cuando se relacionan factores diversos a la aparición, su etiología real se ignora (5,9), por lo que no se ha podido dar un remedio eficaz, ni las medidas que se deben adoptar -- para evitar su ocurrencia; no obstante, para encontrar la causa de éste, el primer paso es determinar que grupos de población muestran la incidencia más alta y que los distingue del resto (2).

Situación demográfica se comprende como un conjunto de circunstancias en que la distribución o las características del cáncer en una población dada son tales que permiten estudiar la causa de la enfermedad. En realidad no existe lo que pueda decirse -- una situación demográfica especial, porque virtualmente cualquier información sobre la distribución del cáncer en una población - sirve para estudiar la etiología (29).

Lo mismo que cualquier otra rama de la ciencia, la demografía se basa en mediciones. El epidemiólogo busca variables demográficas como edad y sexo, índole de la población de pacientes-cáncerosos y de la población general de que forman parte, así - como la distribución geográfica de la enfermedad, e intenta --- explicar todo esto en términos de factores causales. Muchas --- otras ramas de la ciencia examinan las causa de las enfermedades; la epidemiología en cambio, se distingue de las demás en que -- utiliza la información sobre las pautas que las enfermedades -- que asumen las poblaciones (28).

Antes de que se hiciesen mediciones exactas, se reconoció - que la distribución del cáncer difiere según las regiones del - mundo. Estas primeras indicaciones surgieron principalmente de las series hospitalarias de cánceres diagnosticados con medios-clínicos y después de los registros de biopsias y necropsias, - comparando la frecuencia relativa de cáncer en distintos órganos con la que ocurría en otros países (25,27).

En algunos cánceres la incidencia parece ser más o menos la misma en el mundo entero: Se ha observado que si ingresan en el ambiente cancerígenos nuevos, los antiguos pueden desaparecer y 20 a 20 años después ocurre un descenso en la incidencia de cáncer en el órgano y órganos susceptibles. Si se observase un efecto así, esto constituiría un firme argumento de la importancia de los factores ambientales en el cáncer (29).

Un hallazgo demográfico concerniente a la distribución por edades de un cáncer en un País, es mucho más interesante al compararlo con el de otras naciones a lo largo del tiempo. Dentro de cualquier País pueden existir situaciones demográficas de considerable interés, que comprenden grupos locales de diverso carácter religioso o étnico. En Estados Unidos la población blanca de Utah tiene incidencias de cáncer bastante más bajas que las poblaciones blancas de otros estados, lo cual reflejaría la influencia de la religión mormona sobre hábitos personales como el tabaquismo. (29).

Las diferencias urbanas y rurales, como las que se ven en Noruega para el cáncer de pulmón (hombres urbanos 25,2 por 100.000 por año; hombres rurales 10,5 por 100.000 por año; mujeres 4,2 y 2,2, respectivamente) (22), con un tipo especial de diferencia dentro de un país. Tales discrepancias se atribuyeron en otras partes a los efectos de la contaminación atmosférica, pero bien podrían deberse a otros factores, como el tabaquismo. Sin embargo, la existencia de tales diferenciales de riesgo permite poner a prueba la hipótesis de contaminación atmosférica. (29).

Las neoplasias malignas de localización bucal constituyen parte muy importante de la patología de esta área del organismo, debido a la enorme gravedad que revisten (3), ya que es en la cavidad bucal donde se realizan; la recepción de los alimentos, su desintegración, masticación, mezcla con la saliva y fermentos digestivos así como la deglución, lo que le confiere una necesidad de conservación en buen estado, pues en ella se realiza una función vital, además de que tiene otras funciones, aunque no vitales, si indispensables como son; articulación del sonido, percepción del gusto (por medio de la lengua), autolimpieza y contribuye también en la función respiratoria (9).

Los tumores malignos que se ubican en la boca son, la mayor parte de las veces, malignos primarios, proviniendo de los tejidos blandos y huesos subyacentes. Los tumores malignos secundarios pueden ser el resultado de metástasis o también la consecuencia de propagación directa de cánceres de las estructuras vecinas (5).

El carcinoma epidermoide es el proceso maligno que más frecuentemente se presenta en la boca; le corresponden más del 90% de todos los casos de cáncer de boca. Excluyendo los labios, el cáncer epidermoide se descubre como lesión primaria sobre todo en lengua, suelo de boca, mucosa alveolar y mucosa bucal, en este orden de frecuencia. Son también comunes en la cavidad oral el carcinoma de célula basal, melanoma, tumores de glándulas salivales, mesenquimatosos, fibróseos y metastáticos; estos tumores integran el término genérico de Cáncer Bucal (4,6,9).

TASAS INTERNACIONALES

Las publicaciones que brindan un estudio de la epidemiología sobre la frecuencia del cáncer en un país determinado o en una zona geográfica, generalmente depende de una organización oficial especializada que tiene confiabilidad respaldada por una trayectoria científica investigativa y por el ejercicio de una experiencia de largos años en la computación de datos. (9).

Rubes (35) afirma que la tasa del cáncer por 100 -- mil habitantes, en Checoslovaquia, es 294,6 en el hombre: 255,4 en la mujer y 274,5 para todos.

La tasa de carcinoma de la lengua es 0,9 en el hombre 0,2 en la mujer y 0, 5 en todos, en total en cavidad bucal alcanza el 7,3 (41). Esta última cifra contrasta con lo informado por Paymaster (32) en la India que es de una -- tasa de 34,9 para la cavidad oral.

Es interesante analizar los datos del Registro Nacional del Cáncer de Noruega en 1978 (26) donde se ofrece -- una detallada relación de la frecuencia del cáncer de labiofaringe entre los años 1972 y 1976. Estas cifras difieren discretamente de las señaladas antes y demuestran la poca variación de los Países de Europa donde la población y la expectativa de vida son muy estables;

Tasa cruda y tasa ajustada del Carcinoma de boca
CIE-0 en Noruega;

			tasa cruda	ajustada
140	Labio	Masc.	5.6	6.3
		Fem.	0,4	0,4

			Tasa Cruda	Ajustada
141	Lengua	Masc.	1,4	1,6
		Fem	0,9	0,8
142	Glándulas	M	0,7	0,8
	Salivales	F	0,7	0,6
143	Encía	M	0,9	1,0
		F	0,4	0,4
144	Suelo de	M	1,1	1,2
	boca	F	0,1	0,6
145	Otras partes	M	0,8	0,8
	de boca	F	0,7	0,6
145				

En resumen, la tasa cruda en la bucofaringe es de 12,8 en el hombre y 3,8 en la mujer.

Los datos expuestos indican que hay poca diferencia entre las tasas crudas y las ajustadas por edad, lo cual es debido en estos Países a las características mencionadas en la composición de su población. También se destaca, que el cáncer de la lengua es el más frecuente de la cavidad bucal.

En Grecia el registro del cáncer, en 1971 (12) informa de 5,3 en el hombre, 2,8 en la mujer y 3,9 en todos para el carcinoma de la lengua.

En Suecia, en 1973 (17), se reporta una tasa de 8 tanto en el hombre como en la mujer, por 1000 000 de habitantes para el carcinoma bucal.

Galvez (23) en el registro del cáncer de Lima indica que entre 1968 y 1970, la tasa por 100 000 habitantes, es en el área metropolitana de Lima de 0,64 en el hombre y de 0,29 en la mujer para el cáncer de lengua.

En 1979 (21) el registro nacional del cáncer de Finlandia indica que la tasa por 1000 000 es en el hombre de 95 y en la mujer de 32 para el cáncer de boca.

Un estudio realizado por Abou-Daoud (II) en Líbano con 1 950 pacientes portadores de neoplasias malignas, halla que tasa para los de la boca es de 3,4.

El Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos- (20), reporta en 1978 en el territorio de este país - de Norteamérica y sus colonias, excluyendo a Puerto Rico, una tasa ajustada a la edad para 1 00 000 Habs.- de 17,0 en el hombre en el cáncer de la bucofaringe; en la mujer 6,2 lengua tienen la más alta tasa de morbilidad.

En Puerto Rico, nación con una composición humana y hábitos muy semejantes a los de Cuba, ofrece una frecuencia alta de carcinoma de la boca. El registro Central del cáncer en 1970 (15) informa de una tasa cruda por 100 000 Habs. de 6,2 en el hombre y de 1,4 en la mujer, la misma fuente de información asegura en 1972- (16) cifras semejantes.

La información del registro del cáncer de este País en 1975 (18) destaca una tendencia ascendente en el - hombre, del cáncer de próstata, de pulmón y de boca. El de boca ocupa el cuarto lugar de frecuencia en ambos sexos solo precedido por estómago, colón y pulmón. La --- tasa cruda por 100 000 habitantes es de 13,6 en el hombre y 4,4 en la mujer; la tasa ajustada a la edad sufre una gran variación con 9,1 en el hombre y 2,8 en la mujer; esta morbilidad el carcinoma bucal representa 8,1% en hombre y 2,9% en mujer respecto al resto de las ubicaciones.

Tasa de Carcinoma de la Bucofaringe en Puerto RICO

LOCALIZACION	Hombre	Mujer
Labios	1,4	0,3
Lengua	6,5	1,6
Glándulas salivales	0,5	0,4
Encía	0,7	0,4
Piso de la Boca	1,4	0,3
Mucosa del carrillo	0,4	0,3
Paladar Duro	0,2	0,3
Paladar Blando	1,5	0,6
Uvula	0,3	0,1
Area retromolar	0,5	0,1
Resto de la Boca	0,2	0,1

La mesofaringe tiene una tasa de 3,9 en hombre y 0,8 en mujer. En la información del registro en 1978 (19) hay un ligero descenso de la frecuencia, por lo que la boca ocupa el quinto lugar en el hombre y el décimo en la mujer.

PORCENTAJES INTERNACIONALES

Algunas publicaciones cuando se refieren a cáncer, no -- utilizan las tasas de incidencia, sino la relación porcentual de las distintas ubicaciones topográficas entre sí. Siempre es necesario conocer el porcentaje de una ubicación específica -- del cáncer con respecto al resto de las otras neoplasias malignas para una mejor comprensión de la frecuencia relativa. (9).

A continuación citaremos algunos porcentajes del cáncer de la boca y de la lengua en distintos países, tanto de instituciones especializadas como de registros nacionales.

Sobin (36) en su estudio de la incidencia del cáncer en Afganistán encuentra que a pesar de la costumbre de mascar tabaco, el carcinoma bucal no tiene alta

ocurrencia en este pueblo, y reporta 0,3% en el hombre y 0,6% en la mujer de cáncer y en la lengua respecto a otras ubicaciones topográficas.

Piyaratu (33) de Tailandia, informa de una alta -- incidencia de cáncer bucal, relacionado con la costumbre de mascar nuez de betel, con 12,3% en el hombre, 15,8% en la mujer y 14.7 en todos, correspondiéndole respectivamente: 7.85% y un total de 160 pacientes portadores.

Terán (39) del hospital Central de Valera, en Venezuela, asegura que el carcinoma lingual representa 10% de los tumores malignos de la cabeza y el cuello en su institución. Barreto (14) del hospital "Camargo" de Sao Paulo, indica que el carcinoma de la lengua ocupa el -- sexto lugar entre la neoplasias malignas de su hospital.

Reddy, Prahlad y Ramula (34) en un estudio sobre las neoplasias malignas en Vishakhapatnam relatan que el cáncer bucal tiene una alta tasa de 9,12 por 1 000 000 Habs. relacionados con la costumbre de fumar el chutta o tabaco invertido, más de 87% de los carcinomas son del paladar en todos los grupos y 75% en la mujer; el carcinoma lingual tiene poca incidencia.

Parish (30) reúne los datos de los estados de Idaho, Montana, Wyoming, Colorado y Utah, en Norteamérica indicando que el carcinoma de la lengua consituye 0,4 de todas las lesiones malignas.

Sukabote y Leorungruang (37) afirman que el carcinoma escamoso de la boca es la neoplasia maligna más común de Tailandia, al parecer producida por la costumbre de masticar nuez de betel; la lengua ocupa el segundo lugar.

Haghighi et al. (24) estudian 3,295 portadores de cáncer en el sur de Irán, y encuentran que el cáncer de la boca constituye 6,1% de todas las neoplasias malignas, correspondiéndole a la lengua 0,75%.

Atkinson et al (13) encuentran 209 casos de cáncer bucal en una población con costumbres primitivas en el territorio de Papúa y Nueva Guinea. Estos comprenden - 23% de todos los cánceres, de ellos en la lengua 5,1% - en el hombre y 2,8% en la mujer, esta alta incidencia - está relacionada con el hábito de mascar la nuez de -- betel.

Paymaster (31) del Hospital Tata de Bombay, reporta en cáncer de la boca 17,42%.

Svejda (38) en unacomparación entre los tumores -- buco faciales de la República Democrática Alemana y de la República Socialista de Checoslovaquia encuentra -- que en esta última 8,53% de todos los tumores corresponden a la lengua, mientras que en la RDA esta cifra se eleva a 15,98%.

En Brasil la morbilidad de las neoplasias malignas de la boca alcanza una cifra comparativa tan alta que merece una referencia especial. Según el registro Nacional de tumores de Tortoni y Brumini (40) las neoplasias malignas de la cabeza y el cuello ocupan en el hombre - el segundo lugar de frecuencia, precedida tan sólo por las de la piel, lo cual por las características de benignidad relativa de éstas últimas lesiones, colocan a las primeras en primer lugar. En la mujer se sitúan en el quinto lugar de frecuencia; el porcentaje en el hombre transita entre

14,6% y 21,5% Según los distintos estados.

Distintas Tasas de Cáncer de Boca en Cuba en el Trienio
1973-1975

CIE-O	Localización	Sexo	Cruda	Europea	Mundial	Truncada
140	Labio	M	2,3	3,9	2,7	4,2
		F	0,4	0,6	0,4	0,7
141	Lengua	M	2,5	4,5	3,1	4,0
		F	0,6	1,0	0,7	1,0
142	Glándulas Salivales	M	0,4	0,6	0,4	0,5
		F	0,3	0,6	0,4	0,5
143	Encía	M	0,5	0,9	0,6	0,8
144	SUElo de Boca	M	0,7	1,1	0,8	1,4
		F	0,2	0,3	0,2	0,2
145	Buco, otras par tes, no especif.	M	1,5	2,6	1,8	2,4
		F	0,5	0,8	0,6	0,8

En un resumen de cuatro trienios informados de 1964 a 1975, de Cuba, se promedia una tasa cruda del cáncer de la boca por 100 000 Habs, de 8,6 en el hombre y 2,3 en la mujer ocupando el hombre el octavo lugar y en la mujer el onceavo en frecuencia.

Arróniz Padilla et al (I) en una revisión de 16,639 expedientes del Centro Médico Nacional y del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. de la Ciudad de México, durante 1980-1983, encontró 304 casos de cáncer bucal, correspondiendo al 1.82%, encontrando que el tipo histopatológico más frecuente es el carcinoma epidermoide 89.80 F.R. & la región en la que se presentó un mayor número de lesiones fue en la lengua 26.64% seguida de cerca por la encía y el piso de la boca 22.07 y 19.40% respectivamente.

En labio inferior el 13.15%, en paladar duro y blando el 8.55%, en labio superior el 6.57% y en mucosa de carrillos el 3.61% de frecuencia relativa. En lo que respecta a edad y sexo, la mayor frecuencia ocurrió = en hombres, con una proporción de 1,89: 1, presentándose, en casi la mitad de los casos (49%), durante la quinta y sexta década de la vida. Destacándose que la mayor diferencia en cuanto a localización entre ambos sexos fue que en hombres se presentó para piso de boca y labio inferior. Los resultados sobre hábitos de alcoholismo y tabaquismo fueron positivos en más del 50% de los pacientes sobre todo para este último .

TIPO HISTOPATOLOGICO	FRECUENCIA	F.R.±
Carcinoma Epidermoide	273	89.80
Carcinoma Pasocelular	9	2.96
Melanoma	8	2.63
Adenocarcinoma	5	1.64
Ca Mucoepidermoide	5	1.64
Fibrosarcoma	4	1.31

LOCALIZACION ANATOMICA POR SEXO

	MASC.	FEM.	PROPORCION
Lengua	53	28	1.89:I
Encía	43	24	1.79:I
Piso de Boca	44	15	2.93:I
Labio Inferior	32	8	4.00:I
Paladar Duro y Blando	14	12	1.16:I
Labio Superior	9	11	0.81:I
Mucosa de Carrillos	7	4	1.75:I

MATERIAL Y METODO

CARACTERISTICAS GENERALES DEL AREA SELECCIONADA PARA EL ESTUDIO:

La investigación se realizó en una ciudad perteneciente a los Estados Unidos Mexicanos; país que forma parte del territorio Americano en el Hemisferio Norte . Es una República Federal dividida en 31 Estados y un Distrito FEderal. Cuenta con una población de 67,405,700 Hbs. (censo 1980). La densidad de población es de 38,5 Hbs. por Km² .

La población urbana corresponde al 63.6% y la rural al 36.4% El sistema que rige al país es capitalista.

El Estado de Puebla se localiza en el centro de México- en la altiplanicie mexicana, limitado al N. por el Edo. de Veracruz, al S. por el de Oaxaca, al O, por los de Morelos, Méxi- co y Tlaxcala, al E. por Veracruz, al No. por Veracruz e Hidal- go al So. el de Guerrero. La población del Edo. es indígena, - mestiza y criolla, actualmente tiene más de dos millones de -- habitantes en 3,189 localidades y 127 municipios. Su capital - es la Ciudad de Puebla de Zaragoza, con más de trescientos mil habitantes.

El Hospital de especialidades del IMSS, se halla locali- zado en el centro de la Ciudad de Puebla, es una Institución - Nacional que presta servicio al sector trabajador y que abarca de la mitad de población poblana. El Hospital Universitario -- ubicado en el extremo Sur de la Ciudad de Puebla, presta servi- cio a una gama indefinida de estratos sociales, abarcando prin- cipalmente el sector campesino del Estado.

EXAMEN DE EXPEDIENTES

Para realizar el presente estudio, por medio de un oficio de la Institución (EQUAP), se estableció contacto con las autoridades directivas de dichos hospitales y se obtuvo su autorización para llevar a cabo las actividades necesarias para la investigación. Durante el mes de Octubre de 1985; se realizó la examinación de expedientes de los archivos clínicos del Servicio de Oncología de estas Instituciones, correspondientes a los años 1983, 84 y 85, clasificados según la fecha de ingreso de casos. De cada expediente se sustrajo la información determinada para el estudio a manera de datos que se fueron anotando en formas previamente elaboradas al caso, y que corresponden a las variables de nuestro estudio; Nombre, por apellido paterno, materno y nombre. Número de Expediente o Célula de adscripción edad; en años cumplidos. Sexo; masculino y femenino, Origen estableciendo Ciudad y Estado, Residencia actual, ocupación, Clase Socioeconómica, hábitos de alcoholismo y tabaquismo, y tipo de localización de Cáncer oral. Esta información individual de tarjetas se traspasó a un registro de datos el cual estaba ordenado según los años de ingreso, para facilitar de posterior manejo de datos.

Para obtener el porcentaje de Cáncer oral con respecto a otras neoplasias fue necesario obtener el total de lesiones neoplásicas de esos años, en cada institución y así determinar su frecuencia.

METODOLOGIA.

Con el fin de lograr un adecuado control en la investigación, se describe a continuación el sistema a seguir:

PLAN DE ACCION.

PROCEDIMIENTOS

- Por medio de un memorandum de recomendación, se buscará la autorización de la dirección de los hospitales en estudio, de la revisión de expedientes (número indeterminado), de pacientes que acudieron a los servicios de Oncología de dichas instituciones, a consulta externa, interconsulta hospitalaria o por necesidad de cirugía; en el periodo comprendido de 1983 a 1985.

- La localización del campo de trabajo en el Hospital Universitario (27 Pte-13 Sur), estará ubicado en el archivo de la unidad de Oncología de dicho hospital. En el hospital de especialidades del INSS (4 Nte. 2005), estará ubicado en el Archivo Clínico General de dicha institución.

- La calendarización de actividades, tareas y horarios serán ubicados de acuerdo a las posibilidades de las instituciones y del autor.

TECHICAS.

El instrumento de correlación de datos que se manejará, será a manera de forma diseñada al efecto que incluira

las variables indispensables para cumplir los objetivos del estudio, y a continuación se presenta:

NOMBRE	EDAD	SEXO	EXPEDIENTE ó CEDULA
ORIGEN	OCUPACION		
CLASE SOCIOECONOMICA			
LUGAR DE RESIDENCIA			
ALCOHOLISMO			
TABAQUISMO			
LUGAR DE LOCALIZACION TOPOGRAFICA DE LESION CANCEROSA			
TIPO DE LESION CANCEROSA Y GRADO DE MALIGNIDAD			
FECHA DE INGRESO DEL CASO			

NOMBRE.- Para facilitar el manejo de datos se colocará apellido paterno, materno y nombre así como número de expediente o cédula de adscripción.

EDAD.- Se anotará la edad cumplida en años.

SEXO.- Para establecer la prevalencia en hombre o mujer.

ORIGEN.- Servirá para establecer la distribución geográfica, se colocará nombre de ciudad y estado.

LUGAR DE RESIDENCIA.- Por lo menos de cinco años a la fecha, para observar la relación a posibles factores ambientales que determinen la ocurrencia de la enfermedad.

OCUPACION Y CLASE SOCIOECONOMICA.- Para definir que estrato social es el más afectado.

ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO.- Positivo o negativo.

LOCALIZACION DEL CANCER.- Debe estar comprendido en cavidad oral, para así poder determinar la prevalencia de zonas afectadas por alguna neoplasia.

TIPO DE LESION CANCEROSA.- Nos servirá para establecer el tipo de prevalente de cancer en nuestra población y realizar estudios comparativos con otras localidades.

FECHA DE INGRESO.- Nos servirá para determinar la localización de casos a través del tiempo.

M E T O D O

EXAMEN DE EXPEDIENTES.

Las actividades se llevarán a cabo del 1 al 15 de Octubre en el archivo de Oncología del H. U. P. y del 16 al 30 del mismo, en el archivo clínico del H. E. I. M. S. S. Iniciando con el exámen de expedientes clasificados por años (fecha de ingreso 80, 81, 82, 83, 84 y 85), en dichos servicios, poniendo especial énfasis en la búsqueda y selección de expedientes con Diagnóstico clínico e histopatológico de cancer en la región oral, para poder obtener un porcentaje de casos de dicha región y comparar la proporción que guarda con respecto a otros sitios del cuerpo.

Paralelamente se obtendrá de éstos últimos expedientes la información necesaria para el estudio en las formas previamente elaboradas, en caso de que no exista alguna

información se tratará de buscar la causa, si existe ambigüedad en la información se pondrá lo más factible, en caso de no encontrar información de alguna variable, ésta será excluida de la investigación.

Se obtendrán datos verídicos y se evitará el manejo erróneo de datos, para que los resultados de la investigación sean significativos y puedan ser inferidos a la población.

MANEJO ESTADISTICO.

La toma inicial de datos, a base de variables discretas, será una colección de los mismos sin llevarlos en orden. Una vez obtenidas todas las formas de recolección de datos procederemos a su ordenamiento.

ORDENAMIENTO DE DATOS-ELABORACION DE TABLAS DE FRECUENCIA

Se obtendrá el número total de expedientes revisados en cada Institución y el número de expedientes con diagnóstico de Cáncer Oral y se elabora una tabla;

TABLA # 1

Institución	Expedientes Revisados	Cáncer % Oral
Hospital Universitario		
Hospital de Especialidades		
TOTAL		

VARIABLES EDAD Y SEXO.

Colocaremos los datos numéricos de edad en orden creciente, la diferencia entre la menor y la mayor nos dará el rango de edad a la que se presenta Cáncer en Puebla.

La edad será distribuida en clases o categorías con un intervalo de clase de diez años y se incluirá de uno a noventa años, la variable sexo se dividirá en dos categorías; Masculino y Femenino. De ésta manera se podrá determinar el número de individuos pertenecientes a cada

clase y se elabora una tabla que nos muestre análogamente la distribución de frecuencias de edad y sexo y su interrelación al cancer en Puebla.

TABLA # 2

EDAD Y SEXO				
EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	% al total de casos.
1-10				
11-20				
21-30				
31-40				
41-50				
51-60				
61-70				
71-80				
81-90				
TOTAL				
%				

ORIGEN Y LUGAR DE RESIDENCIA.

Se elaborará una tabla de frecuencias, determinando la relación de estados de origen y lugar de residencia a la ocurrencia de cancer.

TABLA # 3

ORIGEN	FRECUENCIA	% del total de casos.
--------	------------	-----------------------

OCUPACION Y CLASE SOCIOECONOMICA.

TABLA # 4

OCUPACION	C. S. E.	FRECUENCIA	% del total.
-----------	----------	------------	--------------

TIPO HISTOPATOLOGICO.

TABLA # 5

TIPO H/P	FRECUENCIA	% del total de casos.
----------	------------	-----------------------

LOCALIZACION ANATOMICA Y SU RELACION A SEXO.

TABLA # 6

LOCALIZACION	MASC.	FEM.	PROPORCION
Lengua			
Encía			
Piso de boca			
Labio inferior			
Paladar duro y blando			
Labio superior			
Mucosa de carrilos			

TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO.

TABLA # 7

	No. de Casos	% al total
Tabaquismo positivo		
Alcoholismo positivo		

FECHA DE INGRESO.

TABLA # 3

Año de Ingreso

No. de Exp.

Σ

1980

81

82

83

84

85

RECURSOS.

HUMANOS.- Para la realización de recolección de la información se basará en el protagonista

INSTITUCIONALES.- H. U. P., P. E. I. N. S. S. Y
E. O. U. A. P.

MATERIALES.- Se requiere papelería, impresión para la elaboración de formas.

FINANCIEROS.- El costo del recurso humano estará en función del salario y del tiempo que el autor dedique específicamente a esta tarea.

El monto de los recursos materiales se estimará en base al costo de los materiales fungibles (consumidos durante la ejecución), y a la adquisición de aquellos que resulten imprescindibles para la ejecución del proyecto y que serán considerados como gastos de inversión de la institución (EQUAP).

RESULTADOS

SE REVISARON UN TOTAL DE 1090 EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA, CORRESPONDIENDO A 1982: 304 EXPEDIENTES, OBTENIENDOSE EL 2.96% DE EXPEDIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER ORAL EN 1983: 267 EXPEDIENTES EXAMINADOS, DE LOS CUALES 1.11% CORRESPONDIAN A CANCER ORAL, EN 1984 303 EXPEDIENTES CON 0.99 DE CANCER ORAL, Y HASTA EL MES DE AGOSTO DE 1985: 216 EXPEDIENTES REVISADOS, CON UNA FRECUENCIA DE CANCER DE 1.38%. EN SUMA, OBTENIENDOSE EL PORCENTAJE TOTAL DE CANCER ORAL EN LOS EXPEDIENTES REVISADOS EN LOS CUATRO AÑOS RESULTA UNA FRECUENCIA DE 1.83%.

DEL ARCHIVO CLINICA DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL IMSS SECCION PUEBLA, SE OBTUVIERON PARA REVISION: --- 5979 EXPEDIENTES: CORRESPONDIENDO: AL AÑO DE 1983 LA REVISION DE 2284 EXPEDIENTES DE LOS CUALES 25 CORRESPONDIAN A CANCER ORAL, LO QUE NOS DA UNA FRECUENCIA DEL 1.10% DE CANCER ORAL EN COMPARACION AL TOTAL DE EXPEDIENTES DE ONCOLOGIA, ES DECIR, AL TOTAL DE CANCERES DEL CUERPO HUMANO. 2354 EXPEDIENTES DE 1984 -- CON 28 EXPEDIENTES DE CANCER ORAL LO QUE CORRESPONDE A 1.20% DE FRECUENCIA DE CA, Y EN 1985 (HASTA EL MES DE SEPTIEMBRE) EN UNA REVISION DE 1341 EXPEDIENTES SE ENCONTRARON 27 DE CANCER ORAL -- LO QUE RESULTA EN UN 2.05% EN CONJUNTO TOMANDO EN CUENTA EL NUMERO DE EXPEDIENTES REVISADOS Y EL TOTAL DE EXPEDIENTES CON CANCER ORAL RESULTA 1.34% DE FRECUENCIA TOTAL.

DEL HU SE OBTUVIERON 20 EXPEDIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER ORAL Y DEL IMSS 80 CASOS; DANDO UN TOTAL DE 100 CASOS DETECTADOS DE 1982 A 1985 EN PUEBLA LO QUE CORRESPONDE AL - I.40% DE CANCER ORAL CON RESPECTO A OTRAS NEOPLASIAS.

ES DE NOTAR, QUE NO FUE POSIBLE LA REVISION DE EXPEDIENTES DE FECHAS ANTERIORES A LAS EXPUESTAS DEBIDO A QUE EN EL HU, LOS EXPEDIENTES DE LOS AÑOS ANTERIORES NO ESTAN CLASIFICADOS NI CATALOGADOS. POR OTRA PARTE EN EL JMSS, ANTES DE - 1983 EXISTIA EL SISTEMA DE PACIENTES: PORTADOR DE EXPEDIENTE, POR LO QUE NO EXISTE NINGUN TIPO DE CONTROL DE ESTOS. LOS - EXPEDIENTES CLASIFICADOS POR AÑOS SE BASAN EN LA FECHA DE - ADMISION DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE ONCOLOGIA.

LOS RESULTADOS CONCERNIENTES A EDAD, SEXO, ORIGEN, OCUPACION Y CLSE SOCIOECONOMICA ASI COMO SU RELACION AL TIPO - Y LOCALIZACION DE CANCER SE PRESENTAN EN LAS TABLAS Y GRAFICAS CORRESPONDIENTES. OBSERVANDOSE QUE LA OCURRENCIA DE -- CANCER ORAL AUMENTA PROPORCIONALMENTE CON LA EDAD, LLEGANDO A SU MAXIMO EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA, NO SE OBSERVA- PREVALENCIA SIGNIFICATIVA EN CUANTO A SEXO, DEBIDO A QUE EL ESTUDIO SE REALIZO EN PUEBLA, FUE EL LUGAR CON MAYOR CAPTA- CION DE CASOS, Y EN CUANTO A OCUPACION Y CLASE SOCIOECONOMICA , SE OBTUVIERON RESULTADOS RELATIVOS, PUES CADA INSTITU- CION OFRECE SERVICIOS A CIERTOS SECTORES DE POBLACION.

DISCUSION:

El problema del cáncer es de interés inmediato y urgente. El mundo espera oír la noticia del descubrimiento de un remedio eficaz y de las medidas que se deben adoptar para evitar la enfermedad, sin embargo, aún después de investigaciones minuciosas, no se ha podido dar respuesta a las interrogantes, no obstante, para encontrar la causa de cualquier variedad particular de cáncer, el primer paso es determinar que grupos de población muestran la incidencia más alta y qué características presentan que los distingua del resto. Uno de los hallazgos más perceptibles en el presente estudio, es que la mayoría de las formas de cáncer oral son más comunes a medida que avanza la edad. Pues se puede apreciar que la aparición u ocurrencia de esta enfermedad asciende con bastante rapidez, se estabiliza en edad adulta y luego llega a su máximo en la década de los sesenta a setenta años de edad. Evidentemente los ancianos son los individuos más afectados. Aunque el conocimiento de la relación entre edad y cáncer no es un factor que sirva para determinar la causa de éste, si informa de los pasos que a él conducen y que probablemente se han ido acumulando durante muchos años. La curva que se forma sugiere que durante la edad adulta influye un cancerígeno que después pierde su potencia o desaparece, una explicación de esto sería que hay resistencia al avanzar la edad, o que las personas susceptibles desaparecen.

Es importante el conocimiento de si las causas o factores ambientales son los causantes, y por tanto, potencialmente evitables, por ejemplo, si fueran mutaciones celulares, las distintas etapas que jalonan la formación de un cáncer, habría que saber hasta qué punto vienen inducidas por mutágenos externos, esto explicará también que según los resultados las zonas urbanas tienen mayor tasa de cáncer, y sobre todo las zonas de clima caliente y su lo salino (Veracruz). Por otra parte no queda excluida también la posibilidad de una contribución genética a la carcinogénesis.

Por otra parte el fumador aumenta el riesgo de contraer la enfermedad, siendo el valor del porcentaje en función de la cantidad fumada. Hay motivos suficientes para suponer que la abolición del vicio del tabaco erradicaría en gran parte la ocurrencia de la enfermedad. Esto también se observa asociado al consumo de alcohol.

La variable sexo estaba comprendida en el presente estudio para corroborar, si existe influencia sociocultural, pues se supone que los hombres están más expuestos a dicha enfermedad, probablemente por relacionarse más a ciertos factores como exposición yatrogénica, tabaquismo y alcoholismo, aún cuando los resultados encuentran diferencia, -- está no es significativa.

En cuanto a localización y tipo de cáncer, se encontró que, al igual que en otras partes, prevalece el Carcinoma epidermoide de la lengua, la cual es la neoplasia más interesante y más frecuente según los investigadores (4,9).

CONCLUSION

Los resultados obtenidos en el presente estudio plantean un panorama inicial de la situación, Ocurrencia y prevalencia del Cáncer Oral en Puebla.

La asociación observada entre la prevalencia de Cáncer Oral con cada una de las variables en estudio; edad, sexo, origen, distribución geográfica y ocupación (clase S.E.), da la pauta para el análisis posterior de la correlación que existe entre esta lesión y algunos factores de riesgo o predisposición

Los hallazgos obtenidos proporcionan una base para estudios posteriores más minuciosos en muestras de Poblaciones más grandes en diferentes áreas de nuestro país, Para así llegar a obtener el panorama de morbilidad de cáncer oral en México, y en consecuencia contribuir al desarrollo de la estomatología con la implantación de medidas preventivas de salud bucal haciendo énfasis en la detección diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de Cáncer Oral lo que redundaría en un beneficio para la población.

SUMARIO .

Se realizó un estudio estadístico, retrospectivo, descriptivo, transversal sobre Cáncer Oral en Puebla:- Con la revisión de 7069 expedientes de los servicios - de Oncología del Hospital de Especialidades del IMSS - y del Hospital Universitario de esta Ciudad, correspondientes a los años de 1982 a 1985; encontrándose que - el 1.40% corresponde a cáncer en Boca; y la patología - más frecuente la constituye el Cáncer Epidermoide en - lengua. Los resultados estadísticos muestran que el -- cáncer oral aumenta su ocurrencia según la edad, llegando a su máximo en la sexta década de la vida. La relación de frecuencia a Origen, distribución geográfica, - ocupación y clase Socioeconómica nos muestran un panorama relativo a la Institución que presta Servicios. - La relación de Cáncer Oral con sexo y tabaquismo nos - dió resultados significativos. De esta manera se presenta un panorama inicial de Cáncer Oral en Puebla.

SUMMARY:

It was made an statistical, retrospective, transversal and descriptive study about Oral Cancer In Puebla city. 7069 records property of the IMSS Oncology Service Department as well as the University Hospital were checked for this purpose, correspondings to the years from 1981 to 1985: fundings the 1.4 percent corresponds to Buccal Cencer and the most frequent pathology belongs to the Tongue Epidermoide Cancer. The stadistical results show that the oral Cancer increase its ocurrence according with age, reaching its maximun at the sixth decade of the life. The relation ship frecuency with origin, geographical distribution occupancy and status show a relative view to the Institution to give the services. The relation between Oral Cancee with sex and smoking habits give us no significatives results. With this way, Oral Cancer in Puebla city is presented lihe and initial view.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- 1) ARONIZ, Padilla, S. Et al
" FRECUENCIA DE CANCER BUCAL"
Publicación Odontológica, Vol 6 Núm. 2
1985.
- 2) CAIRNŠZ, John.
"EL PROBLEMA DEL CANCER"
Investigación Científica Núm. I
Octubre 1976
- 3) CASTILLO , O,J, Et al
"FRECUENCIA DE NEOPLASIA: MALIGNA: QUE AFECTA A LOS
TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL Y SU RELACION
CON DIFERENTES FACTORES DE RIESGO"
México, UNAM, ENP, Ixtacala, Coord. de Odontología
1984.
- 4) FASSER, E
"DETECCION TEMPRANA DE CANCER ORAL"
Mundo Médico
Febrero 1984.
- 5) LA RUFFA, Héctor.
"CANCER ORAL, CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO"
Panamericana. Vol; I Núm 2
Argentina 1971.

- 6) LYNCH, Malcom.
"MEDICINA BUCAL DE BURKET" 7 a Edición
Interamericana
1980
- 7) OLPER, R.
"PRINCIPALES NEOPLASIAS MALIGNAS EN EL HOSPITAL DE
ONCOLOGIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL"
IMSS. Patología (México), 17; 168
1979
- 8) OPS
"DETECCION PRECOZ DE CANCER Y LESIONES PRECANCEROSAS
DE LA CAVIDAD ORAL"
Publicación Científica, Núm. 320 OMS.
Washintong, 1976.
- 9) SANTANA, Garay, C.
"EL CARCINOMA DE LA LENGUA"
Edit. Científico-Técnica.
LA HABANA 1983
- 10) S.S.A. Dirección General de Epidemiología
"INFORMACION EPIDEMIOLOGICA DE MALFORMACIONES CON
GENITAS DE LABIO Y/O PALADAR, TUMORES MALIGNOS
DE CAVIDAD BUCAL Y OROFARINGE Y MOTIVOS DE CONSULTA
EXTERNA ESTOMATOLOGICA"
México
Agosto 1983.

- 11) AROU-DAOUD. K.T.: "MORBIDITY FROM CANCER IN LEBANON
CANCER 19: 1293, 1966
- 12) ANNUAL Statistical Survey of Cáncer
1967-1969. Athens 1971
- 13) ATKINSON L. et al "ORAL CANCER EN NEW GUINEA"
CANCER 17: 1289, 1964
- 14) BARRETO M. "PATOLOGIA GEOGRAFICA DEL CANCER UTERINO
EN BRÁSIL" Revisión de la Unión Internacional
Contra el cáncer (Resumen) México 1964
- 15) CANCER EN PUERTO RICO. REGISTRO CENTRAL DE CANCER
Depto. de Salud. 54, 1970.
- 16) CANCER EN PUERTO RICO. REGISTRO CENTRAL DEL CANCER
Depto. de Salud 54. 1972
- 17) CANCER INCIDENCE IN SWEDWN, 1969. The Cáncer Registry
Stockholm, 1973
- 18) CANCER EN PUERTO RICO. REGISTRO CENTRAL DEL CANCER
Depto. de Salud, 1975
- 19) CANCER EN PUERTO RICO, REGISTRO CENTRAL DEL CANCER
Depto. de Salud 1978
- 20) CANCER INCIDENCE AND MORTALITY IN THE UNITED STATES
N.C.I. MARYKAND, 1978
- 21) CANCER INCIDENCE IN FINLAND, 1975, Helsinki, 1979
- 22) DOLL.R.: Muir.C., et al "CANCER INCIDENCE IN FIVE
continents "Vol II. Berlin,Heidelberg, Nuw York, Spring
Verlag. 1970

- 23) GALVEZ. J.: UN PROGRAMA DE REGISTRO DE INCIDENCIA DE CANCER EN LIMA METROPOLITANA Ministerio de Salud Per. 1973
- 24) .P. Et al : "CANCER IN SOUTHERN IRAN"
CANCER 27: 965 , 1971
- 25) HIGGINSON. J.: y Muir C.S. EPIDEMIOLOGY IN HOLLAND.
J.F. Y FREI E.(eds) CANCER MEDICINE. PHILADELPHIA.
Lea and Febigen 1973, pags. 241-306
- 26) INCIDENCE OF CANCER IN NORWAY 1972-1976. Voldertry
kk a/s OSLO, 1978.
- 27) KENNA WAY E. L.: CANCER OF THE LIVER OF THE NEGRO IN
AFRICA AND. AMERICA .CANCER RES., 4:571-577.1944
- 28) MAC MAHON B. y Pugh T.E. EPIDEMIOLOGY: PRINCIPLES
AND METHODS. Pags. I. Boston, Little Brown, 1970
- 29) MUIR. C. S. NASOPHARYEAL CARCINOMA IN NON-CHINESE PO
PULATION WITH SPECIAL REFERENCE TO SOUTH-EAST, ASIA
AND AFRICA. INT. DE CANCER 8:351-363,1971
- 30) PARISH. H.S. CANCER IN ROCKY MOUNTAIN REGION. MONTAIN
STATES REGIONAL MEDICAL PROGRAMA. 1973.
- 31) PAYMASTER J.C. "TATA MEMORIAL HOSPITAL REPORT"
1961-1957. BOMBAY INDIA, 1959
- 32) PAYMASTER: "CANCER AND ITS DISTRIBUTION IN INDIA"
CANCER 17: 1026, 1964

- 33) PIYARATU O.: "RELATIVE INCIDENCE OF MALIGNANT NEPLASIAS IN THAILAND" CANCER 12,693, 1959.
- 34) REDDY C.R. Et al 2 INCIDENCE OF ORAL CANCER WITH PARTICULAR REFERENCE TO HARD PALATE IN MILLION POPULATION IN THE DESTRIC OF VISAKHAPATNM" INDIAN J. CANC R 12; 70 . 1975
- 35) RUBES., "THE PRESENT SITUATION OF CANCER IN CZECHOSLOVAKIA" Neoplasma 21:229. 1974
- 36) SOBIN. L.H. "CANCER IN AFGHANISTAN" CANCER 23;678 1969.
- 37) SUKABOTE C. And P. Leorungruang "ORAL CANCER" Oral Surgery Transaction Munksgaard. Copenhagen 1967
- 38) SVEJDA J.: "UBER DIE VERBREITUNG, UND BEKAMPFUNG DER BOSARTIGN GESCHWULSTE IN ORAFACIALER BEREICH IN DER TSCHECHOSLOWADEI" Detoch Stomat; 13:138, 1963
- 39) TERAN A.J. "NUESTRA EXPERIENCIA EN TUMORES MALIGNOS DE LA CABEZA Y EL CUELLO. Hospital Central de Valera años 1958-1970. Act. Onco. Ven. 7:15 . 1974.
- 40) TORLONI H.Et. al "REGISTRO NACIONAL DE TUMORES" Ministerio de Salud de Saúde. Brasilia 1978
- 41) WORLD HEALTH STATISTICS REPORT. VOL. 23,3: 1970

APENDICE

TABLA I

EXPOSICION DE EXPEDIENTES EXAMINADOS Y PORCENTAJE DE
CANCER ORAL.

INSTITUCION	EXPEDIENTES EXAMINADOS	CANCER ORAL	
		CASOS	%
HOSPITAL UNIVERSITARIO	1090	20	1.85%
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL IMSS	5979	80	1.34%
TOTAL:	7069	100	1.40%

TABLA 2

RELACION DE EDAD Y SEXO EN LA OCURRENCIA DE CANCER.

EDAD Y SEXO				
EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	% ALA F.R.
I-10	0	I	I	I%
II-20	2	I	3	3%
21-30	8	I	9	9%
31-40	6	6	12	12%
41-50	9	4	13	13%
51-60	6	7	13	13%
61-70	19	10	29	29%
71-80	7	10	17	17%
81-90	2	I	3	3%
TOTAL	59	41	100	100%
% F.R.	59%	41%		

TABLA 3 : FRECUENCIA Y FRECUENCIA RELATIVA DE CANCER EN
RELACION A ORIGEN DEL PACIENTE.

ORIGEN	FRECUENCIA	F.R. %
Edo. de Puebla	15	
Cda de Puebla	38	53 %
Edo. de Veracruz	8	20 %
Cda. de Veracruz	12	
Edo. de Tlaxcala	3	8 %
Cda. de Tlaxcala	5	
Edo. de Oaxaca	2	7 %
Cda. de Oaxaca	5	
Edo. de México	3	5 %
Cda. de México	2	
Edo. de Chiapas	1	3 %
Cda. de Chiapas	2	
Edo. de Tabasco	0	1 %
Cda. de Tabasco	1	
Edo. Michoacán	1	1 %
Cda. Michoacán	0	
Edo. de Yucatán	1	
Cda. de Yucatán	0	1 %
Cda. de Zacatecas	1	1 %
TOTAL	100	100 %

TABLA 4

OCURRENCIA DE CANCER EN RELACION A LA
OCUPACION Y CLASE SOCIOECONOMICA

OCUPACION	IMSS	H.U.	C.S.I.	C.E.	PRECUENCIA	F.R. %
CAMPESINO	3	15	BAJA	A	18	18 %
OBRERO	26	4	MEDIA	ALTA BAJA	30	30 %
EMPLEADO LABORES	33	0	MEDIA	ALTA BAJA	33	33 %
DE HOGAR	16	1	MEDIA	ALTA	17	17 %
ESTUDIANTE	2	0	MEDIA	ALTA	2	2 %
TOTAL	80	20				100 %

TABLA 5

FRECUENCIA DE TIPO HISTOPATOLOGICO DE CANCER ORAL.

TIPO HISTOPATOLOGICO	FRECUENCIA	F.R. %
CA EPIDERMOIDE	78	78 %
ADENOCARCINOMA	17	17 %
CA BASOCELULAR	3	3 %
OSTEOSARCOMA	1	1 %
RABDOMIOSARCOMA	1	1 %
TOTAL	100	--

TABLA 6

FRECUENCIA DE CANCER ORAL SEGUN LOCALIZACION ANATOMICA Y SEXO.

LOCALIZACION	MASC.	FEM.	TOTAL
LENGUA BASE	6	5	38
CUERPO	12	15	38
PISO DE BOCA	10	4	14
GLANDULA PAROTIDA	7	3	10
LABIO INFERIOR	7	2	9
ENCIA	5	4	9
GLANDULA SUBMAXILAR	4	2	6
GLANDULA SALIVAL ACCESORIA	2	0	2
COMISURA LABIAL	2	2	4
MAXILAR INFERIOR	0	I	I
LABIO SUPERIOR	2	I	3
PALADAR DURO Y BLANDO	2	I	3
MUCOSA DE CARRILLOS	0	I	I
TOTAL	59	41	100

TABLA 7

PROPORCION DE CASOS DE TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO

POSITIVOS

TABAQUISMO

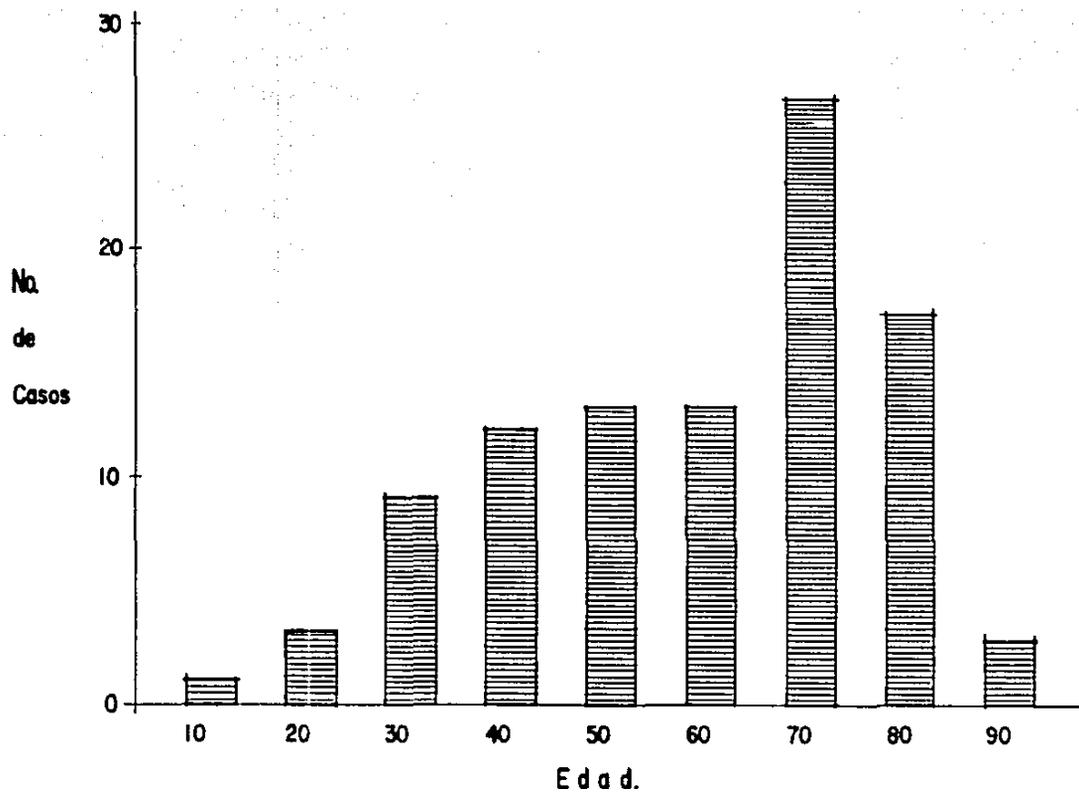
40

ALCOHOLISMO

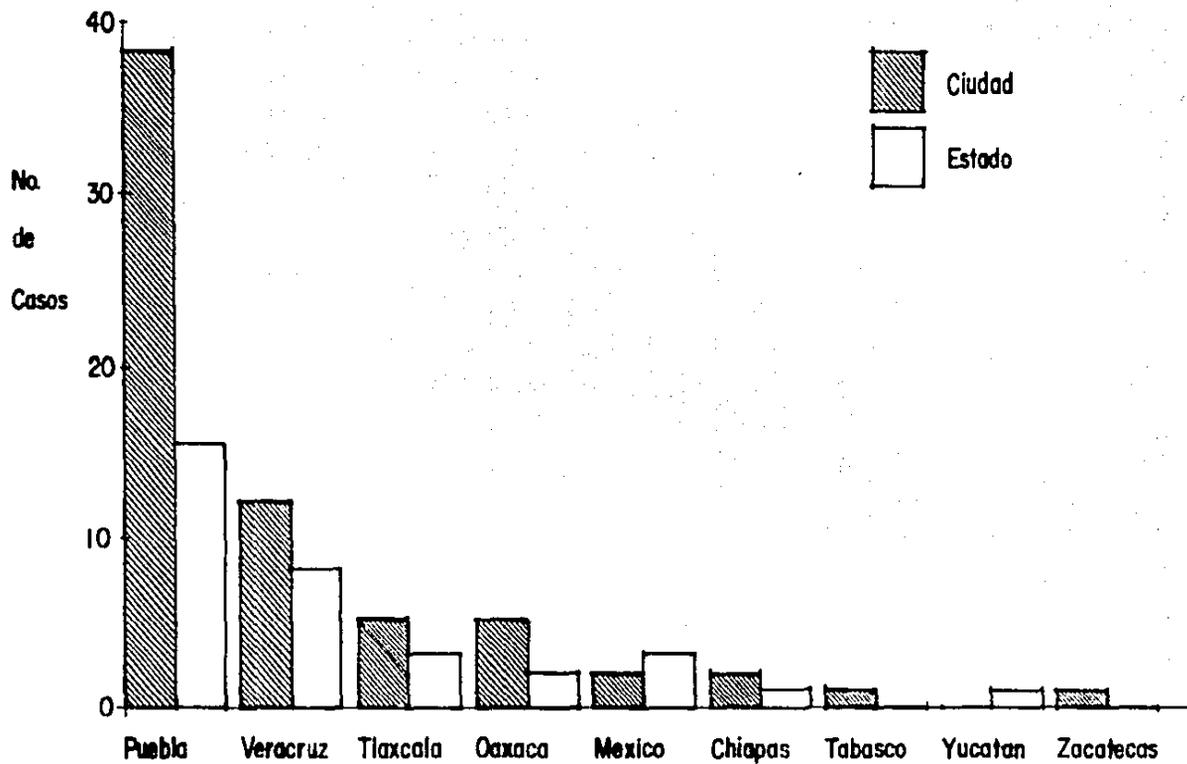
45

AMBITOS INSTITUCIONALES :

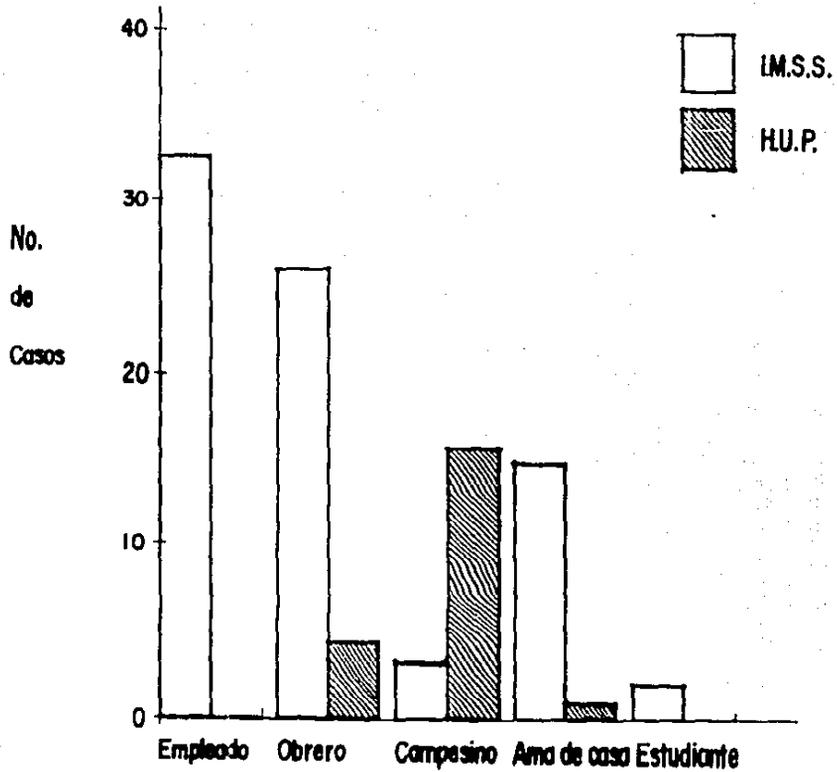
- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION PUEBLA.



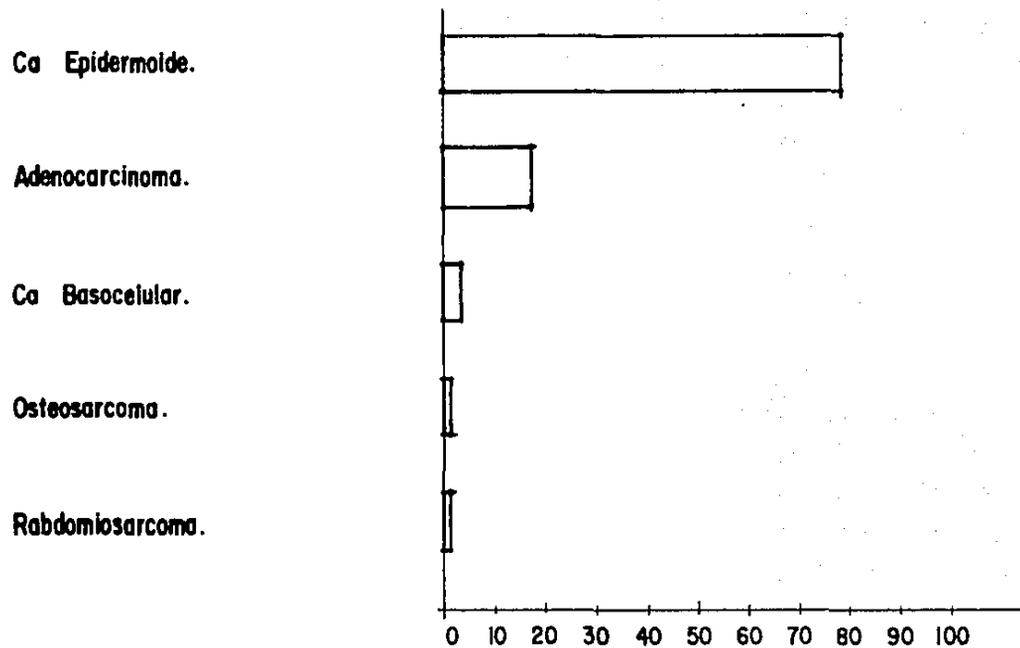
RELACION DE OCURRENCIA DE CANCER ORAL SEGUN LA EDAD.



DETECCION DE CASOS DE CANCER ORAL EN RELACION A LUGAR DE ORIGEN.

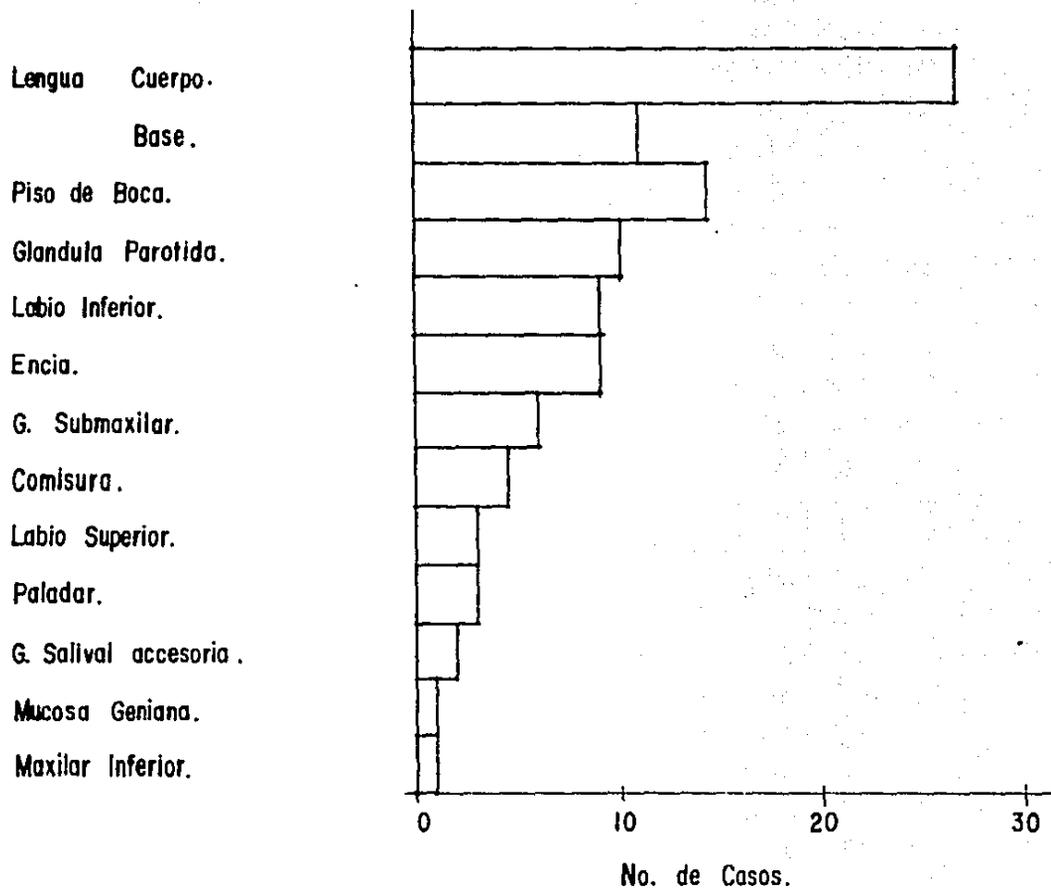


OCURRENCIA DE CANCER ORAL EN RELACION A OCUPACION.



ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA QUE MUESTRA LA PROPORCION DE CANCER ORAL SEGUN TIPO HISTOPATOLOGICO.



OCURRENCIA DE CANCER ORAL SEGUN TOPOGRAFIA.

CURRICULUM VITAE

NOMBRE: C.D.M.O. LUIS ANTONIO GONZALEZ SALAZAR.
FECHA DE NACIMIENTO: 15 de Dic. de 1948.
PRIMARIA: Instituto Normal del Estado 56-61.
SECUNDARIA: Instituto Normal del Estado 62-64.
PREPARATORIA: "Benito Juarez" de la Universidad Autónoma de Puebla. 65-67.
LICENCIATURA: En la carrera de Cirujano Dentista. Escuela de Odontología. Universidad Autónoma de Puebla. 1968-1972.
CURSO DE DOCENCIA EN MICROBIOLOGIA BUCAL: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Enero-Abril de 1976.
CURSO DE BIOLOGIA CELULAR A NIVEL MOLECULAR: Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla. 1º de Abril de 1977 al 31 de Enero de 1978.
MAESTRIA EN PATOLOGIA BUCAL: División de Estudio de Posgrado. F.O.U.N.A.M. 1979-80.
CARGOS ESPECIALES: Prof. tiempo completo en la Esc. de Odontología de la U.A.P.- 1974 a la fecha.
 Secretario Académico Esc. Odont. U.A.P. 1981-1982.
 Director de la Esc. de Odontología. U.A.P. 1985-1986.