

51421  
5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDAD BUCAL Y SU RELACIÓN CON PADECIMIENTOS SISTÉMICOS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D. DE ENERO 2001 A JULIO DE 2002.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DURANTE EL SERVICIO SOCIAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA.

PRESENTA:

AXEEL BECERRIL RAMÍREZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F.

MAYO 2003

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

Excel Bessini 120m. 28-Abr-03  
Servicio de Bibliotecas de la  
Comisión Nacional de  
Impresos y Edición

**SINODALES:**

- C.D. Jesús Ríos Estrella
- C.D. Patricia Pérez Ríos
- C.D. Carlos Rela Venegas
- C.D. Rosa Diana Hernández Palacios
- C.D. Eduardo Rodríguez Galán

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**AGRADECIMIENTOS.**

**A MIS PADRES:**

Por el apoyo incondicional que me han brindado durante toda mi vida, con el cual e logrado las metas que hasta el momento me he propuesto y que sin el no sería nadie en la vida, por el esfuerzo que han hecho para poderme dar esta preciosa herencia y que compartiré eternamente con ellos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**A MIS MAESTROS:**

Gracias por sembrar en mí sus conocimientos y ambiciones así como la constancia, y disciplina para poder conseguir lo que uno se proponga en la vida, en especial agradezco por su amistad, confianza y ejemplo a †Marcelo Basaldúa y †José Juan Rodríguez, que me inculcaron el ser un profesionalista y no vencerse nunca.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MIS AMIGOS:

Por compartir su tiempo y este sueño que hoy se vuelve realidad, por los momentos de alegría y apoyo incondicional que me han brindado así como también les agradezco el ser parte de sus vidas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ÍNDICE

Contenido	Páginas.
Introducción	1
Justificación	3
Planteamiento del problema	4
Marco teórico	5
Objetivo general	16
Objetivos específicos	17
Metodología	18
Recursos	21
Resultados	22
Análisis de resultados	39
Conclusiones	40
Propuestas	41
Referencias bibliográficas	42
Anexos	44

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día se maneja mucho el concepto de prevención, sin que se efectúen acciones suficientes para poder lograrla en su totalidad, en la actualidad no se debería de ejercer una practica médica estomatologica curativa solo en casos extremos, dado que se cuenta con tecnología, recursos y conocimientos suficientes para que se pueda llevar una estomatologia preventiva, sin embargo, no solo es culpa del profesional de la salud sino que es una responsabilidad compartida con el paciente y el sector salud. Ya que muchos padecimientos no son detectados a tiempo ya sea por falta de destreza o conocimiento para poder diagnosticarlos o porque el paciente no les presta importancia a sus alteraciones o porque no es suficiente la cultura de prevención.

En el caso del cáncer bucal el conocimiento del estomatólogo es fundamental ya que la frecuencia de éste es de cerca del 4-6 % de las neoplasias malignas totales del organismo, además, porque de cada 10 personas con cáncer bien identificado 7 fallecen.<sup>1</sup>

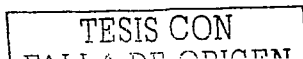
La importancia de su identificación es mayor si consideramos que el 40% de los cánceres bucales han sido vistos por primera vez por el estomatólogo, el 25% en la primera consulta y el 15% restante durante tratamientos odontológicos subsecuentes.<sup>1</sup>

Tomando en cuenta estas cifras, para poder prevenir la incidencia es necesario el conocimiento del padecimiento, especialmente en su etiopatogenia y localización. Así como establecer con mayor precisión las características de cada uno de los tipos anatomoclinicos. Es indispensable una historia clínica y el conocimiento de los estudios estadísticos aunada con una buena capacitación del estomatólogo para que pueda identificar clínicamente las características de cada tipo de lesión cancerosa.

Sabemos la enorme responsabilidad que tiene el estomatólogo en el conocimiento de este padecimiento, por lo cual su preparación profesional debe de ser cada día más completa, en todos los campos en que se desarrolla, ya que del diagnostico oportuno del cáncer depende en muchos casos la vida del paciente, por tal motivo la prevención adquiere una gran importancia y solo queda hacer conciencia de que este padecimiento es trascendente como muchos otros que se presentan en la cavidad bucal.

Si a todo esto aunamos que la población mexicana presenta gran cantidad de padecimientos sistémicos, siendo los más representativos la hipertensión, la obesidad, la desnutrición y la diabetes mellitus, podemos pensar que estos padecimientos están contribuyendo para que otras enfermedades se desarrollen o más aun que estén aunadas con su evolución, ya que como se sabe dichos

<sup>1</sup> Grnsplan D. Enfermedades de la boca, tumores 1° parte tomo IV. México: mundi,1982





padecimientos van deteriorando el estado físico general de la persona hasta lograr poner en riesgo su vida.

Por lo anterior es de gran interés seguir estudiando, preparándose, aun en aquellos padecimientos o enfermedades que se han descrito en múltiples ocasiones ya que día a día se generan nuevas interrogantes en cada uno de ellos y más aun en el campo de la medicina dado que su objetivo es el ser humano el cual esta en constante evolución así como sus enfermedades y por ende la ciencia.

El presente trabajo se decide realizar por la falta de publicaciones que expliquen la relación existente entre las enfermedades sistémicas y los tumores malignos de la cavidad bucal, este trabajo de investigación se efectuó por un alumno de la Facultad de Estudios superiores Zaragoza, durante su servicio social en la clínica de medicina estomatologica del servicio de dermatología (lugar de base) durante su rotación por el servicio de cabeza y cuello en la unidad de oncología del mismo hospital.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## JUSTIFICACIÓN

Por no existir estudios previos que relacionen padecimientos sistémicos con los tumores malignos de la cavidad bucal en el Hospital General de México, y contar únicamente con estudios de incidencia de países desarrollados con características étnicas diferentes a las de los mexicanos(1), por lo que no se pueden tomar como parámetro para decir que el cáncer se desarrolla igual en México que en esos países, motivo por lo que se decide realizar este estudio para tener un antecedente de cuantos tumores malignos se presentan en la cavidad bucal y su relación con enfermedades sistémicas en la población que acude al servicio de cabeza y cuello del Hospital General de México O.D.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe alguna relación entre la prevalencia de tumores malignos que se presentan en cavidad bucal con algún padecimiento sistémico en los pacientes que acuden al servicio de oncología de cabeza y cuello del Hospital General de México en el periodo que comprende de enero de 2001 a julio de 2002?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MARCO TEORICO

"La epidemiología es un fenómeno biológico como la enfermedad. Esta constituido por la asociación de factores causales y factores coadyuvantes que se interrelacionan para producir el fenómeno biológico en estudio.

Cuando nos referimos a la epidemiología como disciplina científica, queremos destacar el estudio de la frecuencia, distribución y origen de la enfermedad en la población, sin hacer distinción respecto al tipo o naturaleza de esta; así mismo la epidemiología estudia las condiciones de salud y sus determinantes en la población.

La epidemiología, es una aplicación de la concepción ecológica de salud-enfermedad, es una disciplina de síntesis que utiliza esencialmente la estadística en su análisis". (2)

Cada autor tiene su muy particular concepto de lo que es la epidemiología ya que algunos la definen como la rama de la ciencia sanitaria que estudia la relación que existe entre los diversos factores que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, una enfermedad o un estado fisiológico en una colectividad humana. (3)

Aunque existen varias definiciones de epidemiología y aun cuando difieren en varios aspectos, todos están de acuerdo en que es el estudio de la ocurrencia de enfermedad en grupos de personas. Al clínico le interesa el caso individual como un problema específico al que debe dar diagnóstico y tratamiento adecuado. Para la epidemiología, el caso individual se constituye en una "muestra" de la enfermedad.(4)

En cambio el estudio epidemiológico, es la rama de la medicina que se encarga de la evolución de las enfermedades en grupos humanos, en tiempo y espacio, analizando todos los factores que concurren a modificar los índices de morbilidad, mortalidad.(1)

Dentro de la epidemiología se han derivado varios conceptos de acuerdo a la patología que se investiga, como es el caso de la oncología que es la rama de la medicina que se ocupa del estudio de las neoplasias malignas. Los estudios epidemiológicos del cáncer habitualmente están centrados en la enfermedad "cáncer" aunque también, pueden centrarse en el estudio de precursores del cáncer, otras veces el objeto de estudio puede ser algún aspecto relacionado con él, por lo tanto los epidemiólogos no solo se encargan de la enfermedad, incapacidad y muerte sino también del estado de salud y prevención de la enfermedad.(5)

"En la epidemiología se habla de muchos términos, como la incidencia, dándonos como definición que es el número de casos nuevos de un padecimiento determinado durante un periodo concreto de tiempo, la incidencia se expresa en frecuencia como proporción en la que el número de casos es el numerador y la población de riesgo el denominador".(6)

Una parte importante de la estomatología es el estudio de los tumores de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes ya que el cirujano dentista desempeña un papel vital en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Los tumores pueden ser de dos formas básicas:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

I Tumores benignos: que es simplemente una a bultamiento de tejido que implica un proceso neoplásico. (7)

II "Tumores malignos de la cavidad bucal son, multiplicaciones anormales de células que producen un desarrollo anormal de los tejidos". También podemos considerar que es un crecimiento nuevo de tejido independiente, no coordinado, el cual potencialmente es capaz de proliferar sin limitaciones y no retrocede a pesar de que desaparece el estímulo que produjo la lesión. (7)

La cavidad bucal en el ámbito oncológico esta compuesta por:

"Labios, el piso de la boca, lengua oral (que corresponde a los 2/3 anteriores de la lengua), mucosa yugal, encía superior e inferior, paladar duro, paladar blando y el trigono retromolar". (8)

Para poder ahondar en el conocimiento del cáncer, especialmente en su etiopatogenia y establecer con mayor precisión el pronóstico de cada uno de los tipos anatomoclínicos y su localización, son indispensables las estadísticas de incidencia, particularmente en relación con los factores de riesgo como la edad, el sexo, la raza, geografía y otros factores que condicionan su aparición y desarrollo. Si bien las estadísticas sobre el cáncer oral son de invaluable valor hay que ser muy cautelosos en cuanto a la interpretación de las mismas. (1)

Waterhuuse y Col en el año de 1976 ilustró con varios cuadros, la incidencia anual del cáncer bucal en los cinco continentes, tanto en hombres como en mujeres, basado en cifras obtenidas con la colaboración de varios institutos internacionales de registro de cáncer, encontrando que Malta tiene una incidencia de 16,9: 100.000 habitantes la más alta en dicha estadística, mientras que las cifras más bajas corresponde a Inglaterra con 2,5: 100.000 habitantes el cáncer de la mucosa bucal solo representa el 2% de los tumores malignos. Irlanda es uno de los países más afectados por el cáncer bucal en especial el de labio, en América del Norte, Canadá con 29,9 casos cada 100.000 habitantes ocupa el primer lugar, en América del sur, Brasil ocupa el primer lugar con 18,9 casos de cada 100.000. (1)

El cáncer de cabeza y cuello que constituye alrededor del 4% de todos los cánceres en los Estados Unidos suele afectar a ancianos y presenta una notoria asociación con el consumo prolongado de tabaco y alcohol. (9)

El Cáncer Bucal se incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la OMS, en el grupo que comprende los códigos del 140 al 148. (7) Al igual que en otros cánceres, su incidencia es alta entre los adultos mayores, con un promedio de edad de diagnóstico de 60 años, así que puede considerarse como una enfermedad de la tercera edad. La mayor incidencia se presenta en hombres con una relación de 2:1 los sitios de alto riesgo incluyen la superficie ventrolateral de la lengua, la parte anterior del piso de boca, el labio y el paladar blando. Se aprecian variaciones significativas en cuanto a la distribución geográfica, en algunas partes de la India representa cerca del 40 % de todos los cánceres, a diferencia del 3 al 5 % que se registra en la mayoría de los países occidentales. (10)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La incidencia del cáncer de cavidad bucal (CCB) varía en los países en desarrollo. (11) A pesar de que en nuestro país no existen registros de cáncer con base poblacional y la información se limita a mostrar la frecuencia relativa de los diferentes registros hospitalarios, el Registro Nacional de Cáncer indicó que de 32,162 casos, 507 (1.5%) correspondían a CCB. Más recientemente el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas encontró que de 62,675 casos notificados, 900 (1.4%) fueron CCB; de los cuales el 62.3% correspondió a varones y el 37.7% a mujeres. En México, con base en los datos de mortalidad de 1980, se ha estimado que la incidencia de este tumor es de 4.6/105 en hombres y de 2.4/105 en mujeres. (12),(13)

El cáncer bucal viene en aumento en cifras generales, según publicaciones de varios autores. (1) Esa declinación debe de considerarse, solo respecto a los hombres, ya que las mujeres marcan un aumento por haber adquirido vicios y costumbres que eran propias de los hombres, sin embargo, el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. de Norte América, consigna sus estadísticas un aumento global del cáncer bucal. La estadística de Krölls y Hoffmann (1976) indica que el 93% de los cánceres de la mucosa bucal correspondía a hombres.

El porcentaje de cáncer de la mucosa bucal en relación con otras localizaciones nos indica que los cánceres de pulmón, próstata y estómago son los más comunes en hombres, mientras que los de mama y útero son los que prevalecen en la mujer. En los niños los que más se presentan son los de riñón y huesos, los cánceres de la mucosa bucal representa aproximadamente el 4% del total. El porcentaje del cáncer bucal en relación con otras enfermedades bucales, es difícil establecer porcentajes exactos de cuantas lesiones malignas existen en la boca, con respecto a las de carácter benigno ya que no se lleva una estadificación confiable.

El porcentaje de cáncer bucal según el tipo histológico nos indica que la gran mayoría (casi la totalidad de los cánceres de la mucosa bucal son carcinomas espinocelulares (89.6%), los glandulares se ven en proporción mucho menor (5.22%), son de excepción los carcinomas basocelulares e intermedarios. Los melanomas tienen una incidencia bajísima (1%) algo mayor en la raza negra y amarilla.

El cáncer bucal en relación a la edad, en las partes blandas de la boca se ve en adultos. La mayoría aparece en individuos por encima de la 5ª década (entre 50 y 70 años). En la mucosa yugal la incidencia es mayor por encima de los 60 años, en la lengua la incidencia mayor se encuentra por debajo de esta edad (55 a 60 años). El cáncer de piso de boca y encía se ve particularmente en personas de edad más avanzada cerca de los 70 años. En el paladar el promedio de los pacientes con carcinoma se acerca a los 60 años, en los labios si bien se observa dentro de las edades generales establecidas en los cánceres bucales, puede verse en personas jóvenes entre 40 y 50 años.

El cáncer de la mucosa bucal en distintas razas muestra un predominio en la raza blanca con un 92.6%, la negra 5.2% y otras 2.2%.

En relación a su ubicación las estadísticas generales de cáncer bucal muestra que es muy variable, según el país, lugar del mismo, con características propias, vicios y costumbres, la mayoría de los cánceres bucales se manifiestan en los labios entre el 40 y 50% del total, siguen los de la lengua con aproximadamente un 25%, los de piso de boca con 7.5% y los de paladar y mucosa yugal con el 6 % cada uno. Las encías registran cifras algo menores.

Algunos vicios y costumbres; que lo desarrollan es la masticación del betel asociado al tabaco y mezclas aditivas, el tabaco fumado y masticado, el fumar invertido, el alcoholismo, la polución ambiental, las deficiencias nutricionales, algunas ocupaciones, oficios y el stress, son los factores más importantes que condicionan procesos cancerizables.(1)

En el Hospital General de México, existe un estudio en el cual se recabó la información durante 5 años de 1995 a 1999 sobre los pacientes que acuden al servicio de cabeza y cuello con tumores malignos encontrando que la incidencia fué 145 casos con un rango de edad de 16 a 98 años observando que el 84% presentaba carcinoma carcinoma epidermoide y el 7% melanomas malignos, así como el 4% carcinoma adenocarcinoma quístico y el 1.5% muco epidermoide, encontrando que los sitios más frecuentes fueron la lengua 27%, labio 23%, encía 22%, piso de boca 10%, paladar 7%, trigono retromolar 6% y mucosa bucal 3.5% encontrando su principal asociación al alcohol. (14)

Clasificación de tumores primarios de la cavidad bucal por la American Joint Comitee. (8)

T: tumor, N: nódulo, M: metástasis

Tx: No se reúnen los requisitos mínimos para evaluar el tumor primario.

To: No hay evidencia de tumor primitivo.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: Diámetro mayor del tumor primitivo igual o inferior a 2cm.

T2: Diámetro mayor del tumor primitivo superior a 2cm pero inferior a 4cm.

T3: Diámetro mayor del tumor primitivo superior a 4cm.

T4: Tumor voluminoso, de diámetro superior a 4cm con invasión profunda, que incluye antro, músculos pterigoideos. Base de la lengua o piel del cuello.

(15)

Nx: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales.

N0: Sin metástasis a ganglios linfáticos regionales.

N1: Metástasis en un solo ganglio linfático homolateral igual o inferior a 3cm de diámetro máximo.

N2: Metástasis a un solo ganglio linfático homolateral mayor a 3cm pero menor 6cm de diámetro máximo o metástasis en varios ganglios homolaterales o bilaterales o contralaterales ninguno de ellos mayor a 6cm de diámetro máximo.

N3: Metástasis a un ganglio linfático mayor de 6cm de diámetro máximo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

M0: Sin metástasis a distancia.

M1: Prueba clínica o radiográfica de metástasis

#### Agrupación por estadios de los tumores de cabeza y cuello. (9)

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Estadio IV	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	Cualquier T	N2	M0
	Cualquier T	N3	M0
	Cualquier T		M1

#### Etiología

Se han involucrado diversos factores etiológicos en las neoplasias de cavidad bucal con características propias según la localización considerada. Junto a estos factores etiológicos se ha estudiado la importancia de ciertas lesiones premalignas en las diferentes localizaciones.

El alcohol y el tabaco, tanto mascado como fumado, son factores etiológicos importantes de tipo sinérgico. Otros factores involucrados en la etiología de estas neoplasias son la mala higiene bucal, los micro traumatismos mecánicos y el estado inmunológico. El consumo de drogas como la marihuana fumada se ha relacionado con cáncer en pacientes jóvenes. La radiación solar tiene importancia en el cáncer de labio inferior. Las diferentes localizaciones han mostrado una alta asociación con ciertas profesiones.

Las lesiones premalignas tienen un papel importante de acuerdo a la región que se presenten, siendo las más frecuentes en la cavidad bucal la leucoplasia, la eritroplasia, las papilomatosis, la fibrosis subepitelial y el xeroderma pigmentoso (en labio). Sólo un 10-20% de los carcinomas de la cavidad bucal se originan sobre una lesión premaligna. (16)

Es necesario tomar en cuenta que la extensión de las neoplasias de cabeza y cuello son principalmente local y solo de forma tardía a distancia. Los carcinomas de cabeza y cuello suelen ser inicialmente superficiales y en algunos casos pueden ser submucosos cuando se originan en los conductos de las glándulas salivares menores. Durante su crecimiento pueden comprimir o infiltrar estructuras

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



vecinas. Cada localización tiene una característica propia de diseminación. El tumor puede propagarse a lo largo del músculo las fascias, los espacios anatómicos, los conductos y los trayectos nerviosos. La invasión del músculo es precoz. Ciertas estructuras como el cartilago y el hueso, actúan como barreras y se infiltran sólo en fases tardías. Se puede producir diseminación linfática. Las frecuencias de este fenómeno varían según la localización anatómica y la riqueza de capilares linfáticos. El tamaño del tumor y el grado de diferenciación también son factores que influyen en el riesgo de diseminación ganglionar. Cuando la lesión afecta a estructuras laterales, la diseminación es a los ganglios homolaterales mientras que cuando se afectan estructuras mediales la diseminación puede ser bilateral. Todas estas consideraciones tienen importancia para el tratamiento adecuado.

Las metástasis a distancia aparecen de forma tardía más frecuentemente a nivel de pulmón, hígado o de los huesos. En ciertas localizaciones como la hipofaringe o la nasofaringe son más frecuentes. (16)

Labio: la proporción hombre-mujer en caso de cáncer de labio es de 50:1 las personas de piel clara o con exposición prolongada al sol tienen mayor predisposición a desarrollar carcinoma de labio; no se ha implicado definitivamente el tabaco como agente causal.

Las neoplasias más frecuentes son los carcinomas de células escamosas. El carcinoma basocelular generalmente se origina en la piel del labio y puede invadir el bermellón pero rara vez se inicia en este. La leucoplasia es un problema frecuente del labio inferior y puede preceder durante muchos años a la aparición del cáncer.

El carcinoma de labio puede presentarse como lesión exofítica que crece y no es dolorosa al menos que se ulcere o infecte. Algunos se desarrollan muy lentamente en el seno de una leucoplasia y se presentan como úlceras superficiales de pequeño tamaño y con historia de episodios repetitivos de escarificación sin curación completa. Son difíciles de diagnosticar clínicamente. El eritema de la piel adyacente sugiere invasión linfática de la dermis. (8)

Piso de boca: la mayoría de las neoplasias son carcinomas de células escamosas generalmente de grado moderado, los carcinomas adenoideos quísticos y muco epidermoides representan un 5% de los tumores malignos de esta región.

Los carcinomas iniciales son lesiones mucosas sintomáticas, rojas, ligeramente elevadas de bordes mal definidos, puede encontrarse una base de leucoplaquia. Las lesiones blancas probablemente son menos malignas, aunque el 10% finalmente se cáncerizan.

Las lesiones precoces aparecen como un área roja levemente elevada. Con bordes mal definidos y muy poca induración a medida que el tamaño aumenta, los márgenes del tumor aparecen marcados, sobreelevados y en círculo con ulceración e induración central. (8)

Lengua bucal: más del 90% de las lesiones de lengua bucal son carcinomas de células escamosas. Es frecuente la coexistencia de leucoplaquia. Son bastante

raros los carcinomas verrugosos y los tumores de las glándulas salivales menores. El mioblastoma de células granulosas es un tumor benigno de origen incierto que se asienta frecuentemente en el dorso de la lengua y puede confundirse histológicamente con el carcinoma.

Las molestias más frecuentes es una moderada irritación de la lengua, el dolor puede aparecer sólo al comer o beber. A medida que se desarrolla la ulceración el dolor se acentúa progresivamente, puede presentarse el paciente con dolor referido en el conducto auditivo externo, la infiltración extensa de los músculos de la lengua puede afectar la fonación y deglución, puede haber halitosis. La lesión de la lengua oral posterior puede crecer inferiormente por detrás del milohioides, y presentarse como una masa en el cuello a nivel del ángulo de la mandíbula la cual puede confundirse con un ganglio linfático agrandado. (8)

En la mucosa bucal: la mayoría de los tumores malignos son carcinomas escamosos de bajo grado y asientan frecuentemente sobre leucoplasia. El carcinoma verrugoso suele ser muy difícil de diagnosticar histológicamente por los cambios inflamatorios asociados. Los tumores de glándulas salivales menores y los melanomas malignos son infrecuentes.

Es frecuente una base de leucoplaquia que a veces es bastante extensa. Las lesiones pequeñas producen la sensación de un bulto que es apreciado por la lengua, el dolor es mínimo aun cuando la lesión se haga mayor la obstrucción del conducto Steno produce tumefacción de la parótida. (8)

En la encía y paladar duro (incluido trigono retromolar): los carcinomas originados en la encía superior e inferior tiene un cuadro clínico semejante. El carcinoma escamoso primitivo del paladar duro es bastante raro y la mayoría de las neoplasias de este lugar son tumores de las glándulas salivales menores.

La mayoría de las neoplasias son carcinomas de células escamosas, existen lesiones verrugosas, habitualmente en la encía inferior. Se han observado melanomas. Las lesiones metastásicas del hueso subyacente puede confundirse con tumores primitivos.

El carcinoma epidermoide puede originarse en el interior de la mandíbula o del maxilar a partir del epitelio odontógeno o de restos embrionarios epiteliales, es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar y suele asentarse en las regiones de los molares. (8)

En la encía inferior; los carcinomas escamosos invaden el periostio, la mucosa oral adyacente el piso de boca, las lesiones de crecimiento lento y bajo grado de malignidad tiende a producir atrofia del hueso adyacente y erosiones lisas antes de invadir o avanzar invaden el hueso directamente o a través de hendiduras dentales abiertas recientemente. La diseminación linfática se dirige hacia los ganglios submaxilares y subdigástricos. (8)

Encía superior y paladar duro; la mayoría de los carcinomas se originan en la encía y se extienden secundariamente al paladar duro, mucosa oral y hueso subyacente. El antro maxilar se invade tardíamente a menos que se hayan hechos extracciones recientes que faciliten una vía abierta. (8)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Trígono Retromolar; es una zona pequeña que permite la diseminación precoz hacia la mucosa bucal adyacente, pilares amigdalinos anteriores y maxilar. La extensión posterior se produce pronto hacia el espacio pterigomandibular y el músculo pterigoideo medial, la extensión posterolateral se dirige hacia el músculo buccinator y el almohadillado graso. (8)

El paciente con carcinoma de células escamosas puede acudir a consulta por dolor, úlceras que no curan es frecuente el antecedente de extracciones dentarias o endodoncia inadecuada, puede aparecer hemorragia intermitente o dolor moderado cuando se traumatiza la lesión. La invasión hacia la mandíbula puede afectar el nervio dentario inferior. Frecuentemente se halla una base de leucoplaquia.

Las lesiones del trigono retromolar puede ocasionar dolor referido al conducto auditivo externo y zona preauricular.

El carcinoma epidermoide intraalveolar se presenta en forma de masa submucosa y síntomas dentales.

El ameloblastoma es una neoplasia de crecimiento lento con escasos síntomas en las fases precoces, los pacientes suelen apreciar una deformación facial creciente o pérdida de órganos dentales en la zona del tumor, suele presentarse como una masa intrabucal, submucosa, la ulceración tiene lugar cuando el tumor aumenta de tamaño.

Glándulas salivales menores: los tumores originados en las glándulas salivales menores son poco comunes representan aproximadamente un 2-3% de todas las neoplasias malignas del conducto aerodigestivo superior. Puede presentarse en cualquier edad pero son infrecuentes antes de los 20 años y raras por debajo de los 10 años. No existe ningún agente etiológico conocido a excepción de los casos de adenocarcinomas de nariz. Tiende a presentarse con mayor frecuencia en paladar duro, de este modo, el lugar de origen se relaciona con la densidad de población de glándulas salivales menores.

Aproximadamente el 50% de los tumores de glándulas salivales menores son malignos. La variedad histológica de los tumores malignos incluye el carcinoma adenoideo quístico, carcinoma mucoepidermoide, adenocarcinoma, mixtos malignos, de células acinares y carcinoma oocíticos. Aproximadamente 2/3 son adenoideos quísticos. (8)

## ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Teniendo en consideración que los padecimientos que en la población mexicana se presenta con mayor frecuencia y al realizar la revisión de historias clínicas en el servicio de cabeza y cuello en la unidad de oncología se observó que estas enfermedades se presentaban, por tal motivo se decide hacer su descripción.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus no es una afección única sino un síndrome dentro del cual debe individualizarse diferentes entidades nosológicas. El nexo común de todas ellas es la hiperglucemia y sus consecuencias, es decir, sus complicaciones específicas, las cuales son comunes a todas las formas de diabetes. La diabetes es un trastorno crónico de base genética caracterizado por tres tipos de manifestaciones: A) un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina; b) un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático y que afecta a todos los órganos pero especialmente al corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina, y c) un síndrome neuropático que puede ser a su vez autónomo y periférico.

Diabetes mellitus insulino dependiente: que se caracteriza por aparecer en general antes de los 30 años, tener un inicio relativamente brusco, tender a la cetosis y precisar rápidamente insulina.

Diabetes mellitus no insulino dependiente que suele afectar a personas obesas y mayores de 40 años; su presentación es a menudo solapada y puede controlarse solamente con dieta largo tiempo, no requiriendo en general insulina. (17)

## Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial, podría definirse como una elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica, la principal importancia clínica no es que sea una enfermedad en el sentido habitual de la palabra. Sino que indica un futuro riesgoso de enfermedad vascular, la cual es, en un principio, controlable con el descenso de ella. El diagnóstico de hipertensión se establece tras tres determinaciones separadas, como mínimo por una semana con un promedio de presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg y/o una presión sistólica igual o superior a 140 mmHg. Para un adulto a partir de los 18 años.

La causa de la elevación de la presión arterial se desconoce en la mayoría de los casos y la prevalencia de la hipertensión de etiología conocida varía. La hipertensión de causa desconocida se denomina primaria o idiopática, y a ella corresponde la gran mayoría de los pacientes hipertensos. Cuando existe una alteración específica de un órgano responsable de la hipertensión se dice que la hipertensión es secundaria, pero si la alteración es funcional o generalizada todavía se define como primaria. (18)

## Insuficiencia Renal Crónica

Es el deterioro persistente por más de 3 meses de la tasa de filtrado glomerular, es la disminución crónica de la tasa de aclaramiento de creatinina, con la consiguiente elevación de la creatinina plasmática. La progresión de la insuficiencia renal conduce al síndrome urémico y por último a la muerte. Las causas que provocan la IRC son numerosas, entre las que están pacientes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sometidos a tratamiento sustitutivo renal, glomerulonefritis, pielonefritis, enfermedades quísticas, nefropatías por fármacos, diabetes. Etc. Las manifestaciones clínicas son aumento de urea en sangre hipertensión arterial y anemia, intolerancia a los hidratos de carbono, hiperuricemia, disminución de la capacidad de concentración urinaria que conduce a poliuria y nicturia, aunque en esta fase los pacientes se hallan relativamente asintomáticos. (18)

#### Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Se llama insuficiencia cardíaca al estado en que el corazón no genera el gasto cardíaco suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo, o bien lo logra sólo mediante elevación de las presiones de llenado. Esta patología es provocada por diversas alteraciones; disfunción miocárdica primaria, sobrecarga ventricular, enfermedad restrictiva, alteraciones eléctricas. El cuadro clínico y la evolución de la insuficiencia cardíaca obedecen también a los mecanismos compensadores que surgen cuando se altera la función cardíaca. (19)

#### Tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad sistémica perteneciente al grupo de las adicciones, causada por el consumo de cigarrillos y/o de otras formas de tabaco que llevan a un estado de envenenamiento crónico del individuo. Los fumadores tienen seis veces más probabilidades de desarrollar alguna forma de cáncer en la cavidad oral que los no fumadores. También el tabaquismo es un fenómeno social de primera magnitud que se ha convertido en la primera causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados. La elevada capacidad adictiva de la nicotina hace que el tabaquismo pueda considerarse como una auténtica drogadicción y también como una enfermedad crónica. (20) (21)

#### Alcoholismo

La Organización Mundial de la Salud que tiene catalogada la enfermedad alcohólica en el epigrafe 303 del glosario de enfermedades, entre las no transmisibles, ha sustituido el termino alcoholismo por el de síndrome de dependencia al alcohol.

"Lo define como un proceso patológico que queda definido por el conjunto de lesiones orgánicas y trastornos psíquicos originado por el consumo repetido y continuado de bebidas alcohólicas". "El alcoholismo es una enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su manera de beber, lo que da lugar a que, en la mayor parte de las ocasiones el afectado lo haga en forma excesiva y desarrolle problemas en su salud, su familia, su trabajo y en su relación con la sociedad en general. Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física a alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo en forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo y por una

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

predisposición, genéticamente determinada, para la adicción de sustancias". (22)(23)(24)

#### Anemia

Es la disminución de la capacidad de los glóbulos rojos para suministrar el oxígeno adecuado a los tejidos del cuerpo y puede ser causada por la disminución del número o del volumen de glóbulos rojos de la sangre o por la disminución en la cantidad de la sustancia que transporta el oxígeno en los glóbulos rojos de la sangre (hemoglobina). (25)

#### Insuficiencia respiratoria Crónica

Es un grupo de enfermedades pulmonares caracterizadas por un flujo de aire limitado en las cuales se presentan grados variables de ensanchamiento de los alvéolos y destrucción del tejido pulmonar. La insuficiencia respiratoria es un síndrome multicausal y viene determinada por el fallo de las funciones del sistema respiratorio. Como su función principal es el intercambio gaseoso entre el paciente y el exterior, la insuficiencia respiratoria vendrá determinada por el fallo del intercambio gaseoso. Las formas más comunes de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son el enfisema y la bronquitis crónica. La causa principal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es el hábito de fumar. (26)(27)

#### HIV

Es una infección viral causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que destruye en forma gradual el sistema inmune, causando infecciones difíciles de combatir para el cuerpo. Se han establecido varias clasificaciones de las lesiones orales relacionadas o asociadas a la infección por VIH dentro de estas se toma en cuenta la clasificación hecha en Copenhague en la cual se agrupan las lesiones en micóticas, víricas y bacterianas que constituyen el grupo más común, las lesiones neoplásicas y neurológicas están también presentes, dentro de las lesiones neoplásicas se encuentran sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin, carcinoma de células escamosas. (28)(29)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### OBJETIVO GENERAL

Determinar los distintos tipos de tumores malignos que se presentan en la cavidad bucal y si existe alguna relación con enfermedades sistémicas en los pacientes que acuden al Hospital General de México O.D. en el periodo de enero del 2001 a julio del 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los tumores malignos de la cavidad bucal en el servicio de oncología del Hospital General de México O.D.
- Relacionar los diferentes tipos de tumores de la cavidad bucal con enfermedades sistémicas en los pacientes que acuden al servicio de oncología del Hospital General de México O.D.
- Determinar los tumores malignos de la cavidad bucal de acuerdo a la edad y sexo en el servicio de oncología del Hospital General de México O.D.
- Establecer de acuerdo a la edad y al sexo qué tipo de enfermedad sistémica se relaciona con mayor frecuencia con tumores malignos de la cavidad bucal en los pacientes que acuden en el servicio de oncología del Hospital General de México O.D.
- Detectar que tipo de tumor maligno de la cavidad bucal se presenta con mayor frecuencia en relación con alguna enfermedad sistémica en los pacientes que acuden en el servicio de oncología del Hospital General de México O.D.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## METODOLOGÍA

### TIPO DE ESTUDIO

**Observacional, Descriptivo, Transversal, Retroactivo.**

**Observacional:** se realiza la observación directa del paciente que acude durante el periodo de estudio, así como la historia clínica del mismo.

**Descriptivo:** se detallarán las alteraciones (diferentes tipos de cáncer bucal) en cavidad bucal.

**Transversal:** se van estudiar diversas variables en forma simultanea en determinado momento y se va a realizar un corte en el tiempo para recolectar la información, no continuara la observación con evolución de la enfermedad.

**Retroactivo:** se hará el registro de la información de hechos ocurridos antes del diseño del estudio, y el registro continuara según los hechos.

### VARIABLES:

Variable	Tipos	Operacionalización
Cáncer bucal	Cualitativa discreta	Ubicación anatómica: Labio, piso de boca, encía, paladar duro, lengua, trigono retromolar
Enfermedades sistémicas	Cualitativa discreta	Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Insuficiencia respiratoria, Síndrome anémico, Tabaquismo, alcoholismo, insuficiencia cardiaca, HIV.
Edad	Cuantitativa continua	20 - 100 años
Sexo	Cualitativa nominal	Femenino, masculino.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### Criterios de Inclusión

Historias clínicas de los pacientes que acuden a la consulta de cabeza y cuello del servicio de oncología del Hospital General De México O.D. y presenten algún tumor maligno en la cavidad bucal diagnosticado histológicamente y clínicamente, y que tengan algún padecimiento sistémico en el periodo de enero de 2001 a julio de 2002.

#### Criterios de Exclusión

Historias clínicas de los pacientes que acudan a la consulta de cabeza y cuello del servicio de oncología del Hospital General De México O.D. y no presenten tumores de cavidad bucal, así como los pacientes que no estén dentro del periodo de estudio.

#### Criterios de Eliminación

Historias clínicas de los Pacientes que no estén en el periodo de revisión o que no tengan tumores malignos de cavidad bucal así como historias clínicas que no este bien llenadas o que falte un estudio para su diagnostico.

#### Universo

Historias clínicas de los pacientes que acudan a la consulta de cabeza y cuello del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. durante el periodo de enero de 2001 a julio de 2002. que tengan algún tumor maligno de cavidad bucal y que tengan o no algún padecimiento sistémico.

Población: Historias clínicas de los pacientes que presente tumores malignos en cavidad bucal y que tengan algún padecimiento sistémico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Métodos e instrumentos para la recolección de datos

Se realizó la recolección de datos por medio de la historia clínica que contendrá toda la información del diagnóstico oncológico de tumores malignos de cavidad bucal hecho por el oncólogo y el diagnóstico sistémico hecho por el médico general, internista, endocrinólogo, así como la confirmación del diagnóstico por medio de estudios de histopatología y laboratorio de ser necesario (anexo 1), la recabación de todo los datos obtenidos en la historia clínica se vaciaron en la tabla de recolección de datos (anexo 2) para hacer el trabajo estadístico. El vaciado que se hizo en la tabla anexo 2 se realizó siguiendo los códigos y criterios que se establecen en (anexo 3) para hacer más fácil el trabajo estadístico y poder tener un manejo más simple de la información.

### Procedimiento

Se realizó la revisión de historias clínica para ver cual es el diagnóstico oncológico, sistémico, así como el diagnóstico histopatológico, los cuales se vaciaron en el cuadro de concentración (anexo 2) siguiendo los códigos y criterios que se establecen en el anexo 3, para posteriormente hacer el trabajo estadístico y la correlación de variables.

### Plan de Tabulación y Análisis

Se efectuó el trabajo estadístico por medio de la obtención de promedios para identificar el porcentaje así como frecuencias de cada una de las patologías sistémicas de acuerdo a la población y las neoplasias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RECURSOS FÍSICOS, MATERIALES Y HUMANOS

**Físicos:** Consultorio del servicio de Oncología del Hospital General de México O.D.  
Consultorio de estomatología del servicio de Dermatología del Hospital General de México O.D.  
Archivo clínico del servicio de onco ología del Hospital General de México O.D.

**Materiales:** Máquina de escribir y/o computadora, historia clínicas, papelería de recabación de información (anexo 2), unidad dental

**Humanos:** Oncólogo (medico de base del servicio de cabeza y cuello).  
Cirujano dentista(director de proyecto).  
Cirujano dentista(asesor).  
Pasante de cirujano dentista (realizador del proyecto de investigación).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

# RESULTADOS

TABLA GENERAL DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN, PARA PACIENTES QUE PRESENTAN  
TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDAD BUCAL DE ENERO DE 2001 A JULIO DE 2002.

No	No expedient e general	No. Expediente oncologico	Dx. De presunción oncologico	Dx. Histopatologico	Dx sistemico	Edad	Sexo	Ubicación anatomica del tumor
1	711671/02	022/01	b	A	I	61	M	3
2	772492/01	3596/01	b	A	VI	58	F	3
3	786410/01	3872/01	b	A	VI	23	F	3
4	794699/01	4490/01	b	A	VI	49	F	3
5	801843/01	5071/01	b	A	VI	76	F	3
6	816327/01	6200/01	b	A	VII	57	M	3
7	779439/01	6812/01	b	A	VII	54	M	3
8	841356/02	171/02	b	A	VII	75	M	3
9	853750/02	989/02	b	A	VI	73	M	3
10	890348/02	2970/02	b	A	I	68	M	3
11	695884/01	1549/01	b	A	VI	42	M	3
12	759667/01	2691/01	b	A	III	56	F	3
13	710694/00	023/02	a	A	IV	70	M	1
14	737635/01	1118/01	a	A	VI	90	F	1
15	741819/01	1367/01	a	A	I	64	M	1
16	812992/01	6595/01	a	A	II	88	F	1
17	865000/02	1845/02	a	A	I	77	M	1
18	713594/01	4917/01	a	A	VI	80	F	1
19	689424/00	76/01	c	L	II	68	F	8
20	769178/01	3361/01	c	F	II	84	F	8
21	843902/02	280/02	c	A	IV	65	M	8
22	721454/01	651/01	g	A	VI	64	M	7
23	745869/02	3560/01	g	A	VI	73	M	7
24	852478/02	4392/02	g	A	IV	83	F	7
25	798463/01	4822/01	g	A	II	75	F	7
26	770041/01	3428/01	h	A	I	53	F	5
27	801435/01	5041/01	h	A	I	64	F	5
28	538328/99	6067/01	h	A	I	70	M	5
29	845624/02	512/02	h	A	IV	65	M	5

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN

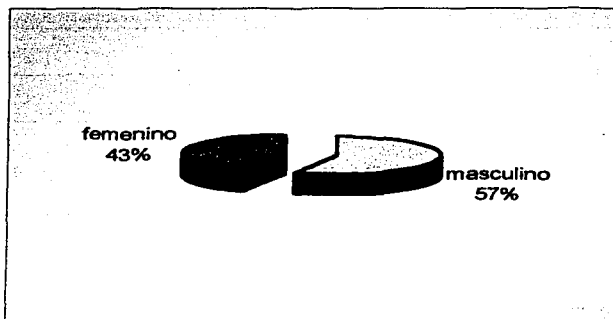
30	855606/02	1124/02	h	A	I	63	F	5
31	883535/02	2447/02	h	A	V	72	F	5
32	902571/02	4573/02	h	A	I	73	M	5
33	761086/01	2871/01	i	H	V	57	M	4
34	750903/01	2045/01	e	A	IV	59	F	2
35	784550/01	3757/01	e	A	VI	71	M	2
36	817103/01	6201/01	e	A	VI	61	M	2
37	841620/02	130/02	e	A	IV	75	M	2
38	861787/02	2260/02	e	A	VI	77	M	2
39	883457/02	2479/02	e	A	VI	68	M	2
40	700320/00	447/01	f	F	VI	40	F	6
41	719424/01	515/01	f	A	VI	64	F	6
42	385870/98	2080/01	f	A	VI	67	M	6
43	735453/01	3917/01	f	A	I	54	M	6
44	792004/01	4309/01	f	L	V	52	M	6
45	799281/01	4945/01	f	K	IX	43	M	6
46	801989/01	5087/01	f	A	II	64	M	6
47	816874/01	6167/01	f	E	IV	50	F	6
48	861614/01	2358/02	f	E	VI	52	M	6
49	884241/02	2507/02	f	L	IV	40	F	6
50	879577/02	2804/02	f	A	VIII	41	M	6
51	923608/02	4858/02	f	J	IV	67	F	6

Fente: Historias clínicas del servicio de cabeza y cuello de la unidad de oncología del Hospital General de México O.D.  
de enero 2001 a julio de 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 1

**PORCENTAJE DE TUMOR MALIGNO EN CAVIDAD BUCAL DE ACUERDO AL SEXO**



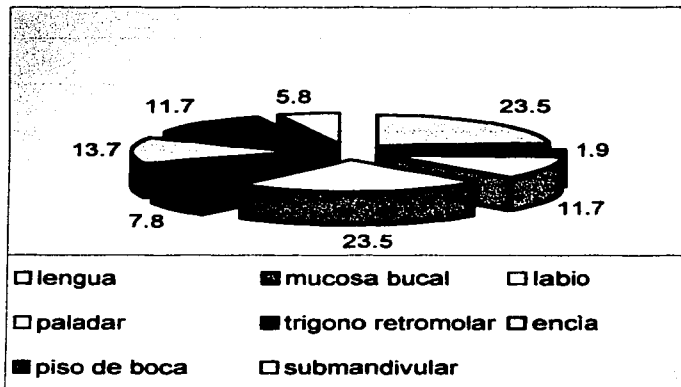
Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Gráfica No. 2

PORCENTAJE DE TUMORES MALIGNOS DE ACUERDO A SU UBICACIÓN

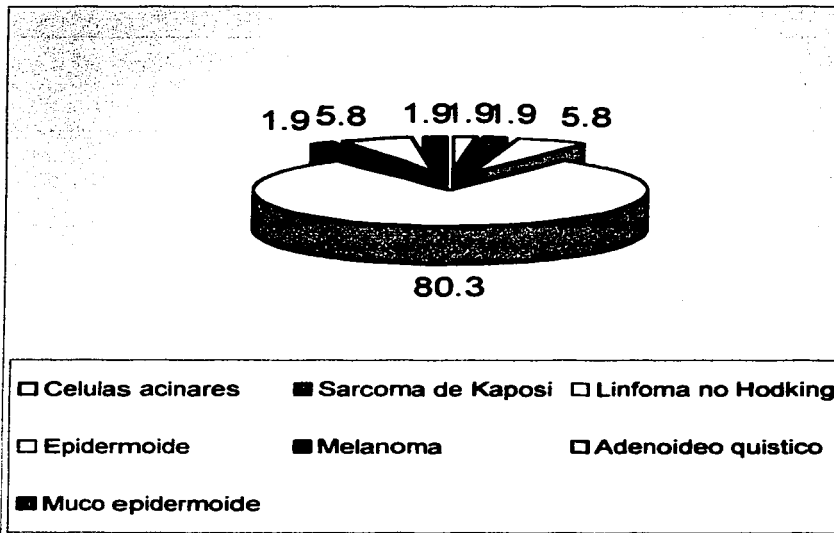


Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica No. 3**

**PORCENTAJE DE TUMORES MALIGNOS DE CAVIDAD BUCAL DE ACUERDO AL TIPO HISTOLOGICO**

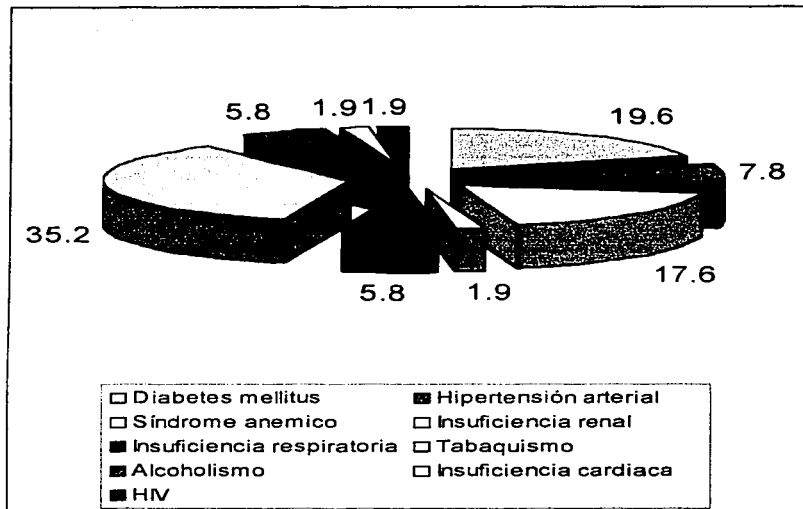


Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 4

**PORCENTAJE DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS OBSERVADAS EN LOS PACIENTES CON TUMORES MALIGNOS DE CAVIDAD BUCAL**



Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

Tabla No. 1

DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y TUMORES MALIGNOS DE CAVIDAD BUCAL

Tumor maligno Ubicación	Diabetes Mellitus	Hipertensión arterial	Insuficiencia Renal	Síndrome anémico	Insuficiencia respiratoria	Tabaquismo	Alcoholismo	Insuficiencia cardiaca	HIV
Labio	2	1	0	1	0	2	0	0	0
Piso de boca	0	0	0	2	0	4	0	0	0
Lengua	2	0	1	0	0	6	3	0	0
Mucosa bucal	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Encía	5	0	0	1	1	0	0	0	0
Paladar duro	1	1	0	3	1	4	0	1	1
Trigono	0	1	0	1	0	2	0	0	0
Submandibular	0	1	0	1	0	0	0	0	0

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 2

Relación de pacientes con tabaquismo y tumores malignos en cavidad bucal.

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%
Lengua	6	33.3	51	11.7
Labio	2	11.1	51	3.9
Trígono retromolar	2	11.1	51	3.9
Piso de boca	4	22.2	51	7.8
Paladar	4	22.2	51	7.8

Total de pacientes con tabaquismo 18 de 51 equivalente al 35.2% de la población.

Pacientes masculinos con tabaquismo

Ubicación	No. de casos	%
Lengua	2	3.9
Labio	0	0
Trígono retromolar	2	3.9
Piso de boca	4	7.8
Paladar	2	3.9

Pacientes femeninos con tabaquismo

Ubicación	No. de casos	%
Lengua	4	7.8
Labio	2	3.9
Trígono retromolar	0	0
Piso de boca	2	3.9
Paladar	0	0

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 3

Relación de pacientes con diabetes mellitus y tumores malignos en cavidad bucal

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%
Labio	2	20	51	4
Lengua	2	20	51	4
Encía	5	50	51	10
Paladar	1	10	51	2

Total de pacientes con diabetes mellitus 10 de 51 equivalente al 20% de la población.

Pacientes Masculinos con diabetes mellitus

Ubicación	No. de casos	%
Labio	2	3.9
Lengua	2	3.9
Encía	2	3.9
Paladar	1	1.9

Pacientes femeninos con diabetes mellitus

Ubicación	No. de casos	%
Labio	0	0
Lengua	0	0
Encía	3	5.8
paladar	0	0

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 4

Relación de pacientes con síndrome anémico y tumores malignos en cavidad bucal

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%
Labio	1	11.1	51	1.9
Submandibular	1	11.1	51	1.9
Trigono retromolar	1	11.1	51	1.9
Encía	1	11.1	51	1.9
Piso de boca	2	22.2	51	3.9
Paladar	3	33.3	51	5.8

Total de pacientes con síndrome anémico 9 de 51 equivalente al 17.6% de la población

Pacientes masculinos con síndrome anémico

Ubicación	No. de casos	%
Labio	1	1.9
Submandibular	1	1.9
Trigono retromolar	0	0
Encía	1	1.9
Piso de boca	1	1.9
paladar	0	0

Pacientes femeninos con síndrome anémico

Ubicación	No. de casos	%
Labio	0	0
Submandibular	0	0
Trigono retromolar	1	1.9
Encía	0	0
Piso de boca	1	1.9
paladar	3	5.8

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 5

Relación de pacientes con hipertensión arterial y tumores malignos en cavidad bucal

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%
Labio	1	20	51	1.8
Submandibular	2	40	51	3.6
Trígono retromolar	1	20	51	1.8
Paladar	1	20	51	1.8

Total de pacientes con hipertensión arterial 5 de 51 equivalente al 9% de la población.

Pacientes masculinos con hipertensión arterial

Ubicación	No. de casos	%
Labio	0	0
Submandibular	0	0
Trígono retromolar	0	0
Paladar	1	1.9

Pacientes femeninos con hipertensión arterial

Ubicación	No. de casos	%
Labio	1	1.9
Submandibular	2	3.9
Trígono retromolar	1	1.9
Paladar	0	0

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Tabla No. 6

Relación de pacientes con alcoholismo y tumores malignos en cavidad bucal.

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%	Sexo
lengua	3	100	51	5.8	masculino

Total de pacientes con alcoholismo 3 de 51 equivalente al 5.8% de la población

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 7

Relación de pacientes con insuficiencia respiratoria y tumores malignos en cavidad bucal

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%
Encía	1	33.3	51	1.9
Mucosa bucal	1	33.3	51	1.9
Paladar duro	1	33.3	51	1.9

Total de pacientes con insuficiencia respiratoria 3 de 51 equivalente al 5.9% de la población

Pacientes masculinos con insuficiencia respiratoria

Ubicación	No. de casos	%
Encía	0	0
Mucosa bucal	1	1.9
Paladar duro	1	1.9

Pacientes femeninos con insuficiencia respiratoria

Ubicación	No. de casos	%
Encía	1	1.9
Mucosa bucal	0	0
Paladar duro	0	0

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 8

Relación de pacientes con insuficiencia renal crónica y tumores malignos en cavidad bucal.

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%	Sexo
lengua	1	100	51	1.9	Femenino

Total de pacientes con insuficiencia renal crónica 1 de 51 equivalen al 1.9% de la población.

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002

Tabla No. 9

Relación de pacientes con insuficiencia cardiaca y tumores malignos en cavidad bucal.

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%	Sexo
Paladar	1	100	51	1.9	masculino

Total de pacientes con insuficiencia cardiaca 1 de 51 equivalente al 1.9% de la población

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 10

Relación de pacientes con HIV y tumores malignos en cavidad bucal.

Ubicación	No. De casos	%	Total de muestra	%	Sexo
Paladar	1	100	51	1.9	masculino

Total de pacientes con HIV 1 de 51 equivalente al 1.9% de la población

Fuente: Estudio epidemiológico de tumores malignos de la cavidad bucal y su relación con padecimientos sistémicos en pacientes del servicio de oncología del Hospital General de México O.D. de enero 2001 a julio de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANALISIS DE RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se revisaron 7280 expedientes correspondientes al año 2001 y 4997 de 2002 dando un total de 12277 expedientes del servicio de oncología de los cuales 280 tenían una tumoración maligna de cabeza y cuello y sólo 60 expedientes referían tumores malignos de cavidad bucal y 51 únicamente precisaban tumor maligno y padecimiento sistémico con la distribución y frecuencia que se observa en el cuadro no. 1.

De los 51 expedientes encontrados con padecimiento sistémico y tumoración maligna de cavidad bucal el 56.8 % correspondían al sexo masculino y 43.1% al sexo femenino. (gráfica no.1). De acuerdo a la ubicación el porcentaje se observo de la siguiente manera, el más alto correspondía al de lengua y paladar duro con el 23.5% seguido del de encía 13.7%, labio y piso de boca 11.7%, trigono retromolar 7.8%, Submandibular 5.8%, y por último el de mucosa yugal con el 1.9%. (gráfica no.2). Tomando en cuenta el tipo histológico el porcentaje más alto fue carcinoma epidermoide con un 80.3% seguido de los linfomas y el carcinoma adenocármico quístico con 5.8% y por último el carcinoma de células acinares, muco epidermoide melanoma maligno y sarcoma de Kaposi con 1.9% respectivamente. (gráfica no.3). dentro del rubro de enfermedades sistémicas la que con mayor frecuencia se observo fue el tabaquismo con un 35.2% seguida de la diabetes mellitus 19.6%, síndrome anémico 17.6%, hipertensión arterial 9.8%, alcoholismo e insuficiencia respiratoria 5.8% y la insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca y HIV 1.9% respectivamente. (gráfica no. 4).

Tomando en cuenta la relación entre enfermedad sistémica y tumoración maligna de cavidad bucal se observaron los siguientes resultados; las personas que padecían de tabaquismo presentaron tumor maligno en lengua con el 33.3%, piso de boca y paladar 22.2% y labio y trigono retromolar 11.1% , presentándose en 10 caso masculinos y 8 femeninos. (tabla no.2). En cuanto a diabetes mellitus y tumor malignos los resultados fueron en encía 50%, labio y lengua 20% y paladar 10% de 7 casos masculinos y 3 femeninos. (tabla no.3). En lo referente a síndrome anémico y tumor maligno el porcentaje más alto fue observado en paladar con 33.3%, seguido por el de piso de boca con 22.2% y por último en labio, encía, trigono retromolar y submandibular con 11.1% respectivamente de 4 casos masculinos y 5 femeninos. (tabla no.4). De los expedientes examinados que presentaban hipertensión y tumor maligno los resultados fueron submandibular 40% y labio, trigono retromolar y paladar 20% respectivamente de 1 caso masculino y 4 femeninos. (tabla no.5). en cuanto a personas con alcoholismo y tumor maligno se encontraron 3 casos masculinos con tumor en lengua que corresponde al 100% y al 5.8% del total de la población. (tabla no.6). en cuanto a insuficiencia respiratoria y tumor maligno se encontró, en encía mucosa bucal y paladar duro en 33.3% respectivamente de 2 casos masculinos y 1 femenino.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(tabla no.7). en personas con insuficiencia renal crónica y tumor maligno se encontró solo 1 caso femenino en lengua que corresponde al 100% y el 1.9% del total de la población.(tabla no.8). en cuanto a insuficiencia cardiaca y HIV y tumor maligno se observo solo 1 caso en paladar respectivamente del sexo masculino, correspondiente al 100% y 1.9% del total de la población.(tabla no. 9 y 10)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

Al no encontrar estudios epidemiológicos en la que hablen sobre la relación que tienen los tumores malignos de la cavidad bucal con las enfermedades sistémicas que avalen los resultados que se observaron; de los datos recavados durante este estudio podrían sugerir una relación entre la diabetes mellitus y el cáncer de encía ya que se observo constantemente, no siendo así con otras enfermedades y aunque podría ser hasta cierto punto un causa del azar debido a que los datos hallados aparentemente son pocos, no se puede hacer una aseveración tal ya que no se estudio la enfermedad desde sus inicios y no se tubo un control de su desarrollo, por lo que los datos encontrados en todas las demás patologías y su relación con tumoraciones maligna de cavidad oral podrían tener los mismos antecedentes por lo cual se llega a la resolución de que no podría existir una relación entre las enfermedades sistémicas y los tumores malignos de cavidad bucal más sin embargo queda abierta la probabilidad de que en un estudio mas amplio y teniendo en cuenta muchas más variables podría aceptarse o rechazar dicha hipótesis.

Sin embargo teniendo en cuenta los estudios epidemiológicos que a nivel mundial se publican y mencionan que el cáncer de cabeza y cuello representa el 4% de todos los tumores que se observan en el organismo, también existe un estudio hecho por Waterhuus y col en 1976 en donde reportan que el 2% corresponde al cáncer bucal así como el promedio de edad es de 60 años predominando en varones. Una publicación realizado por la dirección general de epidemiología de la SSA en México en el año 1980 menciona que el cáncer de cavidad bucal representa el 1.4%.

Con los resultados anteriores podemos decir que estos datos avalan los encontrados en este estudio ya que su similitud se presenta en muchos de los datos reportados, con mínimas variantes que pueden ser insignificantes.

Con todo lo anterior podemos afirmar que al igual que a nivel mundial el principal factor desencadenante del cáncer oral es el tabaquismo afectando primordialmente a lengua, piso de boca y paladar, siendo su principal diagnostico histopatológico el carcinoma epidermoide.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### PROPUESTAS

Debido a que el número de casos revisados en el periodo de estudio fue reducido no es factible realizar una correlación de variables entre enfermedades sistémicas y tumores malignos de cavidad oral por lo que se sugiere ampliar el estudio para corroborar si existe o no correlación.

Sería conveniente la realización de estudios de casos y controles que particularicen la patología sistémica con tumor maligno de cavidad bucal, como el cáncer de encía en relación con la diabetes mellitus.

Se deben realizar estudios en los cuales sea considerado los factores predisponentes tanto para patologías sistémicas como tumores malignos de cavidad bucal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Grinspan D. Enfermedades de la boca, tumores 1ª parte tomo IV. México: Mundi, 1982.
2. San Martín H. Tratado general de salud en la sociedad humana. México: Ediciones científicas, 1992.
3. Solo MJ. Introducción a las ciencias de la salud. México: Trillas, 1988.
4. Garrón R, González CL. Epidemiología. México: Fondo educativo, interamericana, 1981.
5. Santos SI. Epidemiología del cáncer principios y métodos. México: Agencia interamericana de investigación sobre el cáncer, 1999.
6. Grisport C, Gay J Diccionario de medicina mosby. México: Océano, 1999.
7. Shafer WG, Hino MK. Tratado de patología bucal, 4ª ed. México: Interamericana, 1989.
8. Devita VT, Hollman DS. Cancer principles and practice of oncology. 5a ed. Estados Unidos: Salvat, 1989.
9. Murphy GP, Lawrence W, Leahard RE. Oncología clínica manual de la America cancer society. 2ª ed. Estados Unidos: Interamericana, 1996.
10. Moreira EB, Baláez AE. Leucoplaquia bucal. Estudio epidemiológico en pacientes que solicitan atención estomatológica. Rev. Cubana Estomatol 1990; 27:14.
11. Silverman S, Galante M, Oral cancer. San Francisco: University of California Press, 1972.
12. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México. Resultados 1993. 2ª ed. México: Dirección General de Epidemiología, SSA, 1995.
13. Frias MM. Epidemiología descriptiva del cáncer de cavidad bucal en el Instituto Nacional de Cancerología(1985-1992). Rev. Inst. Nal cancerol Méx. 1997; 20:80-85.
14. Maria RM. Prevalencia de cáncer bucal, un estudio retrospectivo de cinco años en pacientes del Hospital General de México. México: UNAM, 2001.
15. Hussfuld DK, Sherman CD. Manual of clinic oncology. Estados Unidos: Springer-vorthy, 1990.
16. González BM, Ordóñez A. Oncología clínica. México: Interamericana, 1992.
17. Farreras PV, Rozman C. Medicina Interna. Tomo II. México: Harcourt brece, 1998.
18. Farreras PV, Rozman C. Medicina Interna. Tomo I. México: Harcourt brece, 1998.
19. Thomas EA, Claude JB, Charles CJ, Fred P. Compendio de medicina interna 4ª ed. México: Mc graw hill, 1999.
20. Guadalupe UL. Tabaquismo.  
<http://www.infomedonline.com.ve/CONSOCIE/IIIencuentro/acttabaq.htm>
21. OMS. Tabaquismo.  
<http://www.med.utah.edu/healthinfo/spanish/oralhealth/tobacco.htm>
22. Informe del comité de expertos de la OMS. Alcoholismo.  
<http://www.vnet.es/~faar/OMS.htm>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

23. José AL. Que es el alcoholismo. *Addictus* Méx. 1994; 1:7
24. Alcoholismo según la OMS.  
[http://www.fcapiatal.com.ar/web\\_preselec/alcoholismo/defin2.htm](http://www.fcapiatal.com.ar/web_preselec/alcoholismo/defin2.htm)
25. Anemia. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000091.htm>.
26. Agustín VA. Neumología clínica. Barcelona: Doyma; 1982.
27. Fishman AP. Tratado de neumología 2ª ed. Barcelona: Doyma; 1991.
28. HIV y SIDA.  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>.
29. Velasco E.. Odontoestomatología y SIDA un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Publicaciones medicas, 2002.
30. Canales HF, Alvarado E. Metodología de la investigación. México: Noriega editores, 2001.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# A N E X O S

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Anexo 2

TABLA GENERAL DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, PARA PACIENTES QUE PRESENTAN TUMORES MALIGNOS EN LA CAVIDAD BUCAL DE ENERO DEL 2001 A JULIO DEL 2002.

No.	No. Expediente general	No. Expediente Oncológico	Dx. de presunción oncológico	Dx. Histopatológico	Dx. de base (sistémico)	Edad	Sexo	Ubicación anatómica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Anexo 3

CUADRO DE CÓDIGOS Y CRITERIOS.

Sitio anatómico	Diferenciación histológica		Enfermedad sistémica		Dx. oncológico
1 Labio	A	Ca. Epidermoide	I	Diabetes Mellitus tipo 2	a Ca. Labio
2 Piso de boca	B	Ca. células escamosas	II	Hipertensión arterial	b Ca. Lengua
3 Lengua bucal	C	Ca. baso celular	III	Insuficiencia renal	c Ca. Submandibular
4 Mucosa bucal	D	Ca. Verrugoso	IV	Síndrome anémico	d Ca. Muco epidermoide
5 Encía	E	Ca. adenideo quístico	V	Insuficiencia respiratoria	e Ca. Piso de boca
6 Paladar duro	F	Ca. muco epidermoide	VI	Tabaquismo	f Ca. Paladar
7 Trígono retromolar	G	Adenocarcinoma	VII	alcoholismo	g Ca. Trígono retromolar
8 submandibular	H	Ca. Células acinares	VIII	Insuficiencia cardíaca	h Ca. Encía
	I	Ca. Oncocítico	IX	HIV	i Ca. Mucosa yugal
	J	Melanoma			
	K	Sarcoma de Kaposi			
	L	Linfoma no Hodking			

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN