

01421
229



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD BUCAL,
FACTORES DE RIESGO Y SUPERVIVENCIA
EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE DE 1997 AL 2001.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JUAN JOSE MUÑOZ IBARRA

DIRECTORA:

MTRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

ASESORES:

MC. CARLOS PAEZ VALENCIA

CD. GERARDO MEZA GARCIA



MÉXICO, D.F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

la Dirección General de Bibliotecas.
Se difundirá en formato electrónico e impreso.
Estado de mi trabajo recepción

NOMBRE: Juan José
Juan José
FECHA: 26/04/2003
FIRMA: [Signature]

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
HIPÓTESIS	12
OBJETIVOS	13
MÉTODOS Y MATERIALES	14
TIPO DE ESTUDIO	14
UNIVERSO DE ESTUDIO	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	15
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	15
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	15
VARIABLES DEPENDIENTES	15
VARIABLES INDEPENDIENTES	16
PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	18
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	50
GLOSARIO	52
REFERENCIAS	54

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1:	20
Carcinoma epidermoide de cavidad bucal según las décadas de la vida, 56 casos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 2:	21
Distribución por edades en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 3:	21
Distribución de carcinoma epidermoide de cavidad bucal por género, 56 casos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 4:	22
Topografía del carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 5:	23
Grados de diferenciación (Broders) en 56 casos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 6:	24
Tratamientos utilizados para carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 7:	25
Frecuencia de factores de riesgo asociados a carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 8:	26
Alcoholismo asociado a 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 9:	27
Consumo de tabaco asociado a 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 10:	28
Consumo de alcohol y tabaco en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 11:	29
Riesgo ocupacional en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 12:	30
Enfermedades de transmisión sexual asociadas a 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 13:	31
Enfermedades sistémicas en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 14:	32
Recurrencia del carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 15:	33
Recurrencia, metástasis y muerte en 56 casos de carcinoma epidermoide del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 16:	34
Índice de mortalidad y supervivencia de 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	
Gráfica 17:	35
Supervivencia y mortalidad en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001	

Gráfica 18:

36

Mortalidad de acuerdo al género en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	37
Distribución por recurrencia y alcoholismo en la población de estudio	
Tabla 2:	38
Distribución de recurrencia y tabaquismo en la población de estudio	
Tabla 3:	39
Distribución de supervivencia libre y alcoholismo en la población de estudio	
Tabla 4:	40
Distribución por supervivencia libre y tabaquismo en la población de estudio	
Tabla 5:	41
Distribución por muerte y alcoholismo en la población de estudio	
Tabla 6:	41
Distribución por muerte y tabaquismo en la población de estudio	
Tabla 7:	42
Distribución por muerte y enfermedades sistémicas de la población en estudio	
Tabla 8:	43
Distribución por recurrencia y muerte de la población en estudio	
Tabla 9:	44
Distribución de supervivencia total y muerte de la población en estudio	
Tabla 10:	45
Distribución de supervivencia libre y muerte en la población de estudio	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS:

He dedicado ya una parte de mi vida al estudio de la Odontología, he comenzado y espero nunca terminar.

Este esfuerzo y mi vida entera siempre serán entregadas a las personas que me lo han dado todo y que ahora espero yo responder con conocimiento y sobre todo mucho amor, palabras que conozco gracias a ustedes PAPÁS.

Gracias a mi hermano Eric que siempre ha estado conmigo y ha sabido compartir la dicha de tener una familia, contigo nunca me he sentido sólo.

Con todas las bases que he adquirido ahora me siento muy orgulloso de poder contar con mi nueva familia a la que dedico con mucho amor este trabajo, las amo Mónica y Quetzalli siempre estarán conmigo.

Agradezco a toda mi familia en especial a mi Abuelita quién me ha brindado mucho cariño, a mi Abuelo Raúl, a mis tíos: Silvia, Martha, Rocio, Javier Montalvo Y Javier Dávila, a mis primos: Karla, Javi, Cristian, Francisco, Marsa y Axel.

Mi orgullo crece al mencionar a nuestra máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México, institución que me ha llevado a pensar lo que un hombre debe llevar a todos lados y en todo momento, que me ha ofrecido a la Facultad de Odontología como una madre intelectual a la que debo mi desarrollo integral.

Gracias a la Dra. Emma Moctezuma Duarte jamás tendré con que agradecerle todo su cariño y apoyo; a la Dra. Beatriz C. Aldape Barrios y al Dr. José Luis Tapia, quienes me inspiran como profesional en todo momento; a la Dra. Margarita García Garduño por haberme inculcado el cariño que siento por la investigación; al Dr. Carlos Páez Valencia por brindarme su amistad y sus conocimientos a cambio de nada; al Dr. Bernardo, al Dr. Fernando y a todo el Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Odontología, por todo el apoyo que recibí.

Hago una mención especial para mi maestro y amigo de toda la vida, Dr. Gerardo Meza García, sin ti esto no sería posible gracias amigo.

A todos mis amigos Moisés, Iván, Daniel, Natharen y a toda "la tumba del sol", Guillermo, Jorge Rosales, Carlos y a todo el grupo 12 generación 97-2001, Gloria, Luis.

¡MUCHAS GRACIAS A TODOS!

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide, denominado a veces carcinoma de células planas, se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio plano o que presenta sus características morfológicas. El carcinoma epidermoide suele ser la etapa final de la alteración del epitelio plano estratificado, iniciándose como displasia epitelial y evolucionando hasta que las células epiteliales displásicas rompen la membrana basal e invaden el tejido conjuntivo. Puede originarse también ex novo a partir del epitelio plano suprayacente y no tener una fase premaligna prolongada¹.

La proporción entre hombres y mujeres para el carcinoma epidermoide de cavidad bucal es de 2:1, aunque en los últimos años sigue una tendencia de 1:1, se cree que este cambio se relaciona con aumento en el número de mujeres fumadoras y a sus mayores expectativas de vida. Generalmente, el carcinoma epidermoide en la cavidad bucal aparece a partir de la quinta década de la vida. En la actualidad la supervivencia es un poco mayor en relación con la cifra desalentadora del pasado y se encuentran en un ligero aumento de 50%, aunque en sujetos de raza negra la supervivencia es mucho más baja. La mortalidad por esta enfermedad representa 2% en hombres y 1% en mujeres, el número total de muertes por año es de 9 500 en Estados Unidos de Norteamérica².

La Secretaría de Salud menciona que de todas las defunciones (5,327) causadas por neoplasias malignas que se presentaron en México en 1999, el 0.7% son de cavidad bucal. La más importante de estas refiere al carcinoma epidermoide³.

El carcinoma epidermoide puede aparecer en cualquier sitio de la boca, aunque los lugares afectados con mayor frecuencia y el orden descendente suele ser el siguiente: labio inferior, lengua, piso de boca, encía, paladar, amígdala, labio superior, mucosa bucal, úvula⁴.

El aspecto clínico del carcinoma epidermoide presenta notables variaciones. La lesión inicial puede tomar un aspecto inocente, manifestándose tan solo como una zona plana de mucosa eritematosa, poco rugosa, como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella (los datos clínicos de los carcinomas localizados en diversos lugares anatómicos varían entre ellos). Al ir evolucionando, el aspecto clínico del carcinoma epidermoide muestra tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de crecimiento: exófitico, ulcerado (endófitico) y verrugoso⁵.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



La lesión exofítica se presenta como una masa elevada, de base sésil y superficie nodular, a medida que la neoplasia se hace más voluminosa, por lo regular se observan áreas de necrosis, ulcerándose la porción central de la masa exofítica.

El carcinoma ulcerado se observa como un defecto crateriforme de bordes encorvados, elevados e indurados, este tipo de carcinoma tiene una mayor tendencia a invadir los tejidos que el tipo exofítico; exhibe una zona relativamente pequeña de ulceración superficial pero en profundidad infiltra el tejido subyacente y es endofítico.

La forma verrucosa es considerada por algunos autores como un tipo clinicopatológico bien definido, en tanto que otros la clasifican junto a las otras formas de carcinoma exofítico, se caracteriza por su crecimiento papilar excesivo y acentuado de múltiples pliegues extensos, no es frecuente la ulceración excepto en las grietas existentes entre los pliegues papilares³.

FACTORES DE RIESGO

La causa del carcinoma epidermoide es multifactorial. Se ha sugerido el concepto de cocarcinogénesis, que supone una ampliación de carcinogénesis a cargo de agentes que, por sí mismos, no son carcinogénicos. El carcinoma epidermoide, se acompaña de una variedad de estímulos, tanto de origen extrínseco como intrínseco. Algunos carcinomas epidermoides tienen asociación con lesiones precancerosas, en especial con leucoplasia⁶.

Tabaco

En Estados Unidos el fumar tabaco adquirió gran popularidad en la década de los 40s, de los cuales la mayoría pertenecía al género masculino, en la actualidad, menos del 24% de la población adulta fuman tabaco, mientras que la relación hombre-mujer tiende a igualarse. Sin embargo, siguen existiendo algunas evidencias que implican al hábito de fumar tabaco para el desarrollo del carcinoma epidermoide de cavidad bucal. El riesgo de los fumadores para desarrollar carcinoma epidermoide es dos o tres veces más grande que la población en general. Además, estudios de control han demostrado que los fumadores de pipa y puro aumentan el riesgo a padecer ésta enfermedad que los fumadores de cigarro. Así, el riesgo puede aumentar con la cantidad de tabaco fumado al día por una persona. Los pacientes con carcinoma epidermoide que fuman tabaco presentan en un 50% la lesión en el paladar^{1,2,6,7,10,11,13,16,19,22,28,29}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Tabaco masticado

Este hábito se ha incrementado en algunas zonas geográficas del mundo en especial en las culturas occidentales, en donde estudios epidemiológicos revelan una gran popularidad por esta costumbre, entre hombres y mujeres por igual ^{6,25}.

Nuez de Betel

Las sustancias naturales que componen a la nuez de betel, provocan en una persona efectos psicoestimulantes, es por esta razón que en Asia su consumo tiene gran popularidad. Este hábito tiene una asociación significativa para el desarrollo de lesiones precancerosas como leucoplasia ^{6,13,17,20,21,25,31}.

Alcohol

El consumo y el abuso del alcohol por si solos no han demostrado ser un factor importante para el desarrollo de una lesión neoplásica, sin embargo, la asociación entre tabaco y alcohol aumentan la posibilidad de una persona a desarrollar cáncer bucal. Esto se debe a que el alcohol volatiliza a las sustancias carcinogénicas del tabaco ^{1,2,6,7,11,13,16,19,21,2227,28,29,31}.

Fenoles

Existen evidencias recientes a cerca de estos químicos y su asociación a carcinoma epidermoide, el riesgo aumenta para personas trabajadoras en industrias que se involucran con la exposición crónica a sustancias derivadas de estos químicos ^{6,29,31}.

Radiación

Los efectos de los rayos ultravioletas en los labios es indiscutiblemente un factor muy importante para el desarrollo de lesiones de la cavidad bucal, pero también se conoce el riesgo que tienen otros tipos de radiaciones como los rayos X que causan inmunodepresión y provocan anomalías en el material cromosómico ^{6,29}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Deficiencia de hierro

En especial la forma crónica asociada al síndrome de Plummer-Vinson y/o de Paterson-Nelly, provocan un riesgo elevado para carcinoma epidermoide de cavidad bucal^{6,29}.

Deficiencia de Vitamina A

La deficiencia de Vitamina A produce excesiva queratinización en la piel y en las membranas mucosas, se ha observado que este factor influye en el desarrollo de una lesión precancerosa o cáncer bucal^{6,13,29}.

Sífilis

Se ha aceptado que el estadio tercero de ésta enfermedad tiene una fuerte asociación con el desarrollo de carcinoma epidermoide de lengua. Una persona con carcinoma de lengua es cinco veces más probable que resulte positivo a sífilis en una prueba serológica^{6,17}.

Candidiasis

La candidiasis hiperplásica es frecuentemente una lesión precancerosa. La *Candida albicans* produce lesiones hiperqueratósicas en la parte dorsal de la lengua sin ningún otro factor asociado. En otros estudios se ha demostrado que produce nitrosaminas, químicos implicados en la carcinogénesis⁹.

Virus oncogénicos

Éstos juegan un rol importante en una gran variedad de neoplasias, los virus oncogénicos pueden immortalizar a la célula huésped facilitando la transformación maligna. El virus del papiloma humano (HPV) se encuentra asociado con displasia y carcinoma epidermoide, en especial los subtipos 16, 18, 31 y 33^{6,31}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Inmunosupresión

La inmunosupresión puede tener un rol muy importante en el desarrollo de algunas lesiones malignas del tracto aerodigestivo superior. Por ejemplo, en personas con síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) durante la terapia adquieren gran facilidad para desarrollar carcinoma epidermoide y otras lesiones malignas de cabeza y cuello, especialmente si presentan abuso de tabaco y alcohol⁶.

Oncogenes y genes supresores de tumor

Estos son componentes capaces de actuar en una gran variedad de agentes causales. Los protooncogenes son transformados en oncogenes activos que provocan una malignidad al ser activados por la acción de un virus, radiación, o químicos carcinogénicos. Una vez que los oncogenes son activados, pueden estimular la producción de una excesiva cantidad de material genético nuevo, así como amplificación y sobreexpresión de un gen transformado. Los oncogenes probablemente están involucrados en la iniciación y desarrollo de una gran variedad de neoplasias, incluyendo al carcinoma epidermoide^{6,19,20,20}.

HISTOPATOLOGÍA

El carcinoma epidermoide presenta una variación histológica, aunque en general tiende a ser una neoplasia poco diferenciada que presenta distintos grados de queratinización. Aparecen lesiones muy anaplásicas, pero son poco frecuentes; además, tienden a formar metástasis temprana y en forma extensa que causa la muerte con rapidez⁷.

El carcinoma epidermoide bien diferenciado está compuesto de láminas y nidos de células con origen en el epitelio escamoso. Por lo general, estas células son grandes y muestran una membrana celular distinta, aunque con frecuencia no se puede demostrar la presencia de puentes intercelulares o tonofibrillas. Los núcleos de las células neoplásicas son grandes y demuestran una buena capacidad de variabilidad en la intensidad de la reacción de coloración. En las lesiones bien diferenciadas se encuentran mitosis, pero no muy numerosas. La mayor parte de estas mitosis son atípicas. Uno de los aspectos más característicos del carcinoma epidermoide bien diferenciado es la presencia de queratinización individual de la célula y la formación de numerosas perlas de tamaño variable de queratina o epiteliales. En una lesión típica se encuentran grupos de estas células malignas que invaden el tejido conectivo en distintos patrones⁷.



El carcinoma epidermoide poco diferenciado pierde estas características, de manera que su semejanza con el epitelio escamoso es menos notable. La forma característica de las células puede estar alterada, así como su ordenamiento respecto una de otra. El grado de crecimiento de las células individuales es más rápido, y esto se refleja en el mayor número de mitosis, en la gran variedad de tamaño, forma y reacción a las tinciones, y en el fracaso para llevar a cabo la función de una célula escamosa diferenciada: la formación de queratina⁷.

Los carcinomas mal diferenciados guardan poca semejanza con sus células de origen y a menudo presentan dificultades en el diagnóstico por su aspecto histológico primitivo. Estas células muestran una carencia aún mayor de cohesividad y son en extremo caprichosas⁷.

Diagnóstico clínico diferencial para el carcinoma epidermoide de cavidad bucal: tuberculosis, sífilis, candidiasis, traumatismos crónicos, epulis fisuratum, liquen plano, queratosis, carcinoma in situ, leucoplasia, eritroplasia, ulceración superficial, granuloma letal de la línea media, sialometaplasia necrosante, linfomas, adenocarcinomas².

Existen distintos auxiliares de diagnóstico de carcinoma epidermoide como la aplicación de azul de toluidina, marcadores cinéticos, la tomografía computarizada, el líquido doppler intranodal, y el más importante el estudio histopatológico¹⁷.

Por lo general, el tratamiento del carcinoma epidermoide se hace por intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia o combinación entre estas^{26,23,24,30}.

La clasificación de neoplasias se puede realizar de diferentes maneras, según convenga. En este estudio se utilizará la escala de Broders que se maneja de acuerdo al grado de diferenciación: bien diferenciado, moderadamente diferenciado y pobremente diferenciado o anaplásico^{17, 24,33}.



ANTECEDENTES

En 1946, Slaughter D.P. publica los primeros hallazgos basados en histopatología para el cáncer de mucosa bucal⁸. Nuevamente Slaughter D.P. para 1953 introduce el concepto: campo de cancerización, reportando islas de células escamosas infiltradas en el epitelio bucal, lesiones que median aproximadamente 1 cm de diámetro en promedio, y con una extensión 10 veces más grandes que la profundidad de la lesión⁹.

En 1972 Silverman S. y Griffith M. realizaron un estudio prospectivo en 174 pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal, en el Centro Medico de la Universidad de California, en donde encontraron que el 91% de los pacientes fumaban tabaco y después de concluido el tratamiento continuaron fumando¹⁰.

En 1986 Hand J. y Whitehill J. en un estudio de prevalencia de lesiones de cavidad bucal en Estados Unidos, encontraron al carcinoma epidermoide como la neoplasia maligna más frecuente, al tabaco y al alcohol como los factores de riesgo más importantes para esta neoplasia, y el uso de prótesis dental como un factor predisponente para algún tipo de lesión en el 23.1% de 145 casos¹¹.

En 1986 Bouquot J. define que más del 10% de un grupo de 23,616 adultos norteamericanos padecieron una lesión bucal que el cirujano dentista desconocía, en su estudio el carcinoma epidermoide de cavidad bucal fue la lesión maligna con mayor número de casos¹².

Una revisión epidemiológica y de aspectos clínicos del cáncer bucal en la India, realizado por Sankaranarayanan R. en 1990, reveló que el tabaco masticado fue el factor de riesgo más importante, aún cuando en la literatura se pueden encontrar una abundancia de hipótesis de los factores de riesgo (por ejemplo, malnutrición, hipersensibilidad de la mucosa bucal, consumo de nuez de betel, etc.), que en el 75% de los casos de cáncer bucal se reporta la preexistencia de leucoplasia, que la relación hombre-mujer en todos los casos fue de 2:1, y que en algunos estudios realizados en Canadá se reporta al beta caroteno y la vitamina A como tratamiento en el control de lesiones precancerígenas, y la eficacia de la educación a los pacientes en el consumo de tabaco¹³.

En 1994 González J. y Ovalle J. reportan al carcinoma epidermoide de cavidad bucal como la lesión maligna más frecuente, en un estudio retrospectivo de las 6 publicaciones más importantes realizadas en nuestro país de 1988 a 1991, además del reporte de relación hombre-mujer en 3:1¹⁴.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En 1994 Ovalle J. y González J. realizaron un estudio de incidencia y prevalencia de tumores en cavidad bucal en la zona del Bajío de México, obteniendo como resultado que el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente¹⁵.

Goldberg H. et. al. en 1994, publicó un estudio estadístico de mortalidad por cáncer de boca y de faringe en Estados Unidos, de 1973 a 1987. Revisó el archivo del Centro Nacional de Estadísticas para la Salud de Estados Unidos, reportando tendencias y diferencias en mortalidad, así como diferencias de acuerdo a género, raza y región de residencia. Señaló que durante 1987, el cáncer de cavidad bucal y faringe, en conjunto causaron la muerte a 8000 persona en Estados Unidos; aproximadamente 30,000 americanos fueron diagnosticados de alguna lesión maligna en boca o faringe; obteniendo como resultados de 1973 a 1987 el índice de mortalidad por cáncer de boca o faringe bajo del 3.62% a 2.95% en la población norteamericana; esta enfermedad se presentó más en hombres que en mujeres con una relación de 3:1, la enfermedad se presentó más en personas de raza blanca que en raza negra, tuvo mayor incidencia en la séptima década de la vida y los factores de riesgo más importantes fueron el excesivo consumo de tabaco y alcohol¹⁶.

Odell E.W. et.al. publicaron en 1994 un artículo en donde resaltan la importancia del patrón de invasión del carcinoma epidermoide de lengua, utilizaron material histopatológico e historias clínicas de 106 pacientes de los cuales 47 fueron aceptados por ser tumores menores de 2 cm. de diámetro (TNM estadio T1), el tiempo que tardó el estudio fue de 13 meses, arrojando los siguientes resultados: el 29.8% de los pacientes sufrieron una lesión premaligna, el 10.6% de los pacientes presentaron una lesión secundaria en tracto aerodigestivo y el 2.1% en el resto del organismo. El carcinoma epidermoide de lengua recurrió localmente después del tratamiento en el 12.8% de los pacientes, y ocurrió metástasis en el 40.4%. El 6.4% de los pacientes murieron a causa de carcinoma epidermoide de lengua y el 4.3% a causa de otra neoplasia maligna. Estudio realizado en el Hospital Guy's de Londres¹⁷.

En 1995 Dickenson A. y Currie W. en un estudio realizado en el Departamento de Cirugía Maxilofacial, del Hospital General de Middlesbrough en Cleveland, a 63 pacientes. Reportan la presencia de treponema pallidum en el 8% de los pacientes con carcinoma epidermoide en lengua¹⁸.

En 1997 Gopalakrishnan R. et. al. Reporta una mutación de la expresión p53 en virus de papiloma humano, como una causa para la proliferación de células neoplásicas de carcinoma epidermoide de cavidad bucal, revisó 10 especímenes quirúrgicos que histopatológicamente fueron diagnosticados como carcinoma epidermoide de cavidad bucal con presencia de virus papiloma humano¹⁹.



Li-min Sun M.D. et al. en 1997. Realizó un estudio en el Hospital Memorial de Chang Gung de Kaohsiung, Taiwan, de 1986 a 1995; a 77 casos con recurrencia de carcinoma epidermoide en lengua, de los cuales la mayoría pertenecían al género masculino y fueron tratados sólo con cirugía, 15 de ellos presentaron recurrencia primaria, 45 metástasis regional a ganglios linfáticos, y 17 algún trastorno en otro sitio²⁰. El método que siguió fue el siguiente, después de clasificar a los paciente de acuerdo a género, tratamiento inicial, diferenciación histológica (Broders), metástasis linfática, tiempo de recurrencia y sitio de recurrencia, hábitos (consumo de nuez de betel, tabaco y alcohol); procedió a cruzar variables, obteniendo como resultados que los pacientes presentaron una media de supervivencia a 9 meses, la metástasis a ganglios linfáticos se presentó después de 6 meses en donde el pronóstico fue pobre, el tratamiento quirúrgico demostró una tendencia a resultados favorables²⁰.

En 1998 Rodríguez V. et al. Realizó un análisis del cáncer bucal en el Reino Unido registrando que en el labio inferior presentó el mayor número de casos. El factor de riesgo que el consideró más importante fue: tabaquismo en combinación con alcohol. La terapia más efectiva fue la cirugía más radioterapia con bordes amplios, este tratamiento depende del grado de invasión, tipo de diferenciación y edad del paciente²¹.

En 1998 de Visscher J. et al. Reportó en Holanda un estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide, realizado de 1989 a 1994, a pacientes con carcinoma epidermoide de labio, donde los resultados de alta incidencia permiten comparar resultados con otras poblaciones en distintos lugares de Europa, dividiendo a la población en rural y urbana, obteniendo al labio inferior como el sitio de mayor frecuencia, con una proporción de 5:1 hombre-mujer²².

Gooris P. et al. En 1998, reportaron un estudio realizado en el Instituto Radioterapéutico "Dr. Bernard Verbeeten", en el Hospital Ignatius, y en el Hospital Elisabeth, de 1974 a 1994, a 85 pacientes con carcinoma epidermoide de lengua. En donde, después de aplicar tratamiento de radioterapia 36 pacientes murieron a causa de la enfermedad, 80 pacientes presentaron recurrencia o metástasis linfática, y con 12 pacientes se perdió el contacto²³.

En 1998 de Visscher J. et al. nuevamente reportan un estudio retrospectivo, en 184 pacientes con carcinoma epidermoide de labio inferior. Agruparon a los pacientes de acuerdo a edad, género, tamaño de la lesión, grado de diferenciación (Broders), patrón de crecimiento, recurrencia, y los evaluaron después de realizar excisión quirúrgica como tratamiento primario. Los resultados fueron que el 73.4% de los pacientes vivieron libres de la enfermedad, sólo 11 pacientes murieron y el 89.7% fueron controlados durante el periodo que duró este estudio²⁴.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Bouquot J.E. et. al. en 1998. publicaron un estudio realizado en el Centro para Diagnósticos y Estudios Maxilofaciales, de Virginia, Estados Unidos. En donde, reportan que el cáncer de cavidad bucal asociado al uso de tabaco masticable no representa un índice de mortalidad alto; pero el consumo de tabaco en esta modalidad si representa un riesgo importante para desarrollar una lesión precancerosa como leucoplasia o queratosis, que el uso del tabaco masticable se presenta muy poco en mujeres (adultas 0.6% y jóvenes 2.4%)²⁵.

En 1998 Ying-Tai J. et. al. en un estudio realizado a 36 jóvenes adultos diagnosticados con carcinoma epidermoide de cavidad bucal, menores de 40 años; extrajo DNA de muestras microdisecadas de células de epitelio escamoso normal y de carcinomas de células escamosas infiltrantes, los analizó y los comparó, para obtener como resultado una alta incidencia de alteraciones notadas en los marcadores D9S168 (9p23-22), TP53 (17p13), y D17S799 (17p11) de células extraídas de los carcinomas; anteriormente se reportaron alteraciones similares en los cromosomas 18,19,21,23,24,27-38, de adultos mayores; por lo que este resultado confirmó una gran similitud en las características genéticas de carcinogénesis entre adultos jóvenes y adultos mayores²⁶.

En 1999, Cianfriglia F. et. al. trabajó en un estudio retrospectivo de 200 pacientes en el Instituto de Cancerología "Regina Elena" de enero de 1989 a diciembre de 1992, este estudio reportó la presencia de lesiones múltiples en pacientes con carcinoma epidermoide de boca y orofaringe (14%), la media de edad fue de 60 años, la relación hombre-mujer fue de 4.5:1, la localización más frecuente del tumor fue en cavidad bucal (82%) y en orofaringe (18%), el factor de riesgo más frecuente fue el consumo de alcohol y tabaco combinados (46%) seguido del consumo de tabaco (24.5%) el consumo de alcohol (7%) y ninguno de los dos (22.5%). Reportó que es raro encontrar pacientes con carcinoma epidermoide multifocal de cavidad bucal, pero en estos casos el índice de supervivencia es menor al de los casos con neoplasias únicas²⁷.

Moreno L. et. al. en 1999 realizó un estudio en Madrid, en el cual confirma que el tabaco y alcohol son los principales factores etiológicos previamente establecidos, además menciona higiene deficiente de la cavidad bucal como otro factor importante asociado al carcinoma epidermoide²⁸.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En el 2002 Wünsch-Filho V. et. al. Realizó un estudio en el Departamento de Epidemiología, Facultad de Salud Publica, Universidad de Sao Paulo, Brasil. En donde, reportó que la ciudad Sao Paulo presenta la mayor incidencia de cáncer bucal de todo Brasil; esta enfermedad se presentó más en hombres que en mujeres con una relación de 3:1, los factores de riesgo más importantes fueron tabaco, alcohol, deficiencias nutricionales, ocupación (industrias y el campo), higiene bucal, susceptibilidad genética y herencia, y virus (virus del papiloma humano, virus Epstein-Barr, virus herpes simple)²⁹.

Furutani K. et. al. en el 2002 mencionó que en un período de 20 años, el tratamiento para cáncer de lengua demostró avances significativos, sobre todo en cirugía reconstructiva. Realizó un estudio retrospectivo a 39 pacientes diagnosticados con carcinoma epidermoide de lengua, en el Centro Hospitalario para Cáncer de Aichi, Japón, de 1992 al 2000. Evaluando resultados del tratamiento combinado entre radioterapia y quimioterapia, comparándolos con los resultados de aplicar únicamente radioterapia³⁰. En el caso de quimioterapia se aplicó carboplatino, fluorouracilo y cisplatino, y para radioterapia se aplicó una dosis media de 50 Gy. Se presentaron efectos adversos como trombosis en dos pacientes, leucopenia en tres pacientes, trombocitopenia en dos y mucositis oral en un paciente. Los resultados según el método de Kaplan-Meier (a 3 años de supervivencia) fueron que el 79.2% de los pacientes se controlaron totalmente, 87.8% de los pacientes vivieron con la presencia del carcinoma, y 50% demostraron recurrencia. Tres años de supervivencia libre presentaron 53.2% pacientes y tres años de supervivencia total 58.9% de los pacientes³⁰.

En el 2002 Scully C. publica un estudio retrospectivo, en donde menciona que ellos reportaron durante las dos décadas pasadas la presencia viral en el ácido nucleico de los tejidos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal, incluso que fue el primer hombre en mencionar este hallazgo. En ese momento, existían muchos estudios relacionados al virus del papiloma humano con carcinoma epidermoide de cavidad bucal, pero con cierta incredulidad; así que él en este reporte afirma la relación de este virus con el carcinoma epidermoide de cavidad bucal, en especial los subtipos 6, 11, 16, 18, 31 y 35, exponiendo varias evidencias³¹.

TESIS CON
FALLA DE... EN



JUSTIFICACIÓN

El realizar un estudio de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en México, para ubicar a la enfermedad y compararla con los diferentes reportes de la literatura mundial y conocer en un plano actual las alternativas del comportamiento clínico para lograr una mejor atención a los pacientes, además al conocer lo principales factores de riesgo se intentara prevenir a la población de estos y si es que existen otros factores de los ya publicados por otros autores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más importante de cavidad bucal, debido a su frecuencia y comportamiento biológico, en nuestro país hay escasa investigación acerca del seguimiento de los pacientes y las causas probables que iniciaron esta enfermedad.

Es importante conocer la frecuencia relativa, la distribución anatómica, por edad y género, morbilidad y mortalidad. Así como los factores de riesgo, el diagnóstico clínico, tratamiento y la supervivencia del paciente con respecto al carcinoma epidermoide. Esto nos permitirá realizar un estudio comparativo con los resultados que la literatura refiere.

HIPÓTESIS

El carcinoma epidermoide tiene asociación con tabaquismo, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, inmunodeficiencia, herencia y riesgos ocupacionales. El tratamiento óptimo es con cirugía y/o radioterapia, para lograr adecuada supervivencia según el diagnóstico, de acuerdo a la etapa clínica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el estado actual de pacientes con carcinoma epidermoide, su asociación a factores de riesgo, tratamiento y compararlo con la literatura.

Objetivos específicos

- Revisión de laminillas, que se encuentren en el archivo del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2001. Para medirlo según la escala de Broders.
- Obtener la frecuencia de los factores de riesgo posibles (tabaquismo, alcoholismo, sífilis, deficiencias nutricionales, radiación prolongada, traumatismo por prótesis, factores hereditarios).
- Determinar el lugar que ocupa el carcinoma epidermoide en relación con otras neoplasias en cavidad bucal.
- Establecer la frecuencia por género, topografía y edad del carcinoma epidermoide de cavidad bucal.
- Conocer el tipo de crecimiento y grado de diferenciación celular de dicha neoplasia y conducta biológica.
- Determinar la supervivencia del paciente al carcinoma epidermoide de cavidad bucal.
- Obtener la morbilidad y mortalidad de los pacientes a causa del carcinoma epidermoide de cavidad bucal.
- Conocer el tratamiento instituido a los pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal, de acuerdo a los protocolos establecidos en dicha institución.
- Dar un seguimiento al estado actual de los pacientes, siempre que sea posible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



METODOS Y MATERIALES

Método

Se realizará un estudio de datos clínicos, proporcionados por los expedientes de los pacientes diagnosticados con carcinoma epidermoide de cavidad bucal del periodo 1997-2001, en el archivo del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". Determinando cuales fueron los posibles factores de riesgo, tratamientos, morbilidad, mortalidad, y estado actual de los pacientes. Se realizará cruce de variables y se presentaran los resultados.

Materiales

- Reportes del archivo del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
- Expedientes de pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE.
- Cédula de recolección de datos
- Pluma
- Computadora, con procesador Intel Pentium-S, Windows Me
- Programa SPSS 9.0
- Microscopio óptico
- Cortes histológicos de los casos H/E
- Teléfono

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio observacional, transversal, retrospectivo y comparativo, de los datos clínicos proporcionados por los expedientes de los pacientes diagnosticados con carcinoma epidermoide de cavidad bucal. Buscando la asociación con los factores de riesgo, tratamientos, morbilidad, mortalidad, y estado actual de los pacientes. Se realizará cruce de variables y se presentaran los resultados para compararlos con lo que la literatura refiere.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSO DE ESTUDIO

Todos los diagnósticos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal que se encuentren en el archivo del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" en un periodo de cinco años (1997-2001)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Aquellos diagnósticos anatomopatológicos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal, que exista el expediente en el archivo del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Aquellos diagnósticos de carcinoma epidermoide que no se encuentren en cavidad bucal y que el expediente no se encuentre o no esté completo del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Aquellos datos que sean inespecíficos según el estudio, falta de material de diagnóstico (bloques de parafina y/o laminillas), material insuficiente o inadecuado, laminillas que no correspondan al diagnóstico dado en el reporte. Y datos clínicos incompletos.

VARIABLES DEPENDIENTES

Pacientes diagnosticados con carcinoma epidermoide de cavidad bucal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



VARIABLES INDEPENDIENTES

Tipo de crecimiento: exofítico y endofítico⁵.

Grado de diferenciación: Bien diferenciado, moderadamente diferenciado, poco diferenciado^{20,24,33}.

Localización: lugar anatómico de la cavidad bucal donde se encuentra la lesión que puede ser carrillo, encía, glándula salival accesoria, sublingual, submandibular, labio, lengua, paladar, parótida, pilar anterior, piso de boca, procesos alveolares, superficie anterior de la epiglottis, amígdalas, paredes de las fauces, surcos glosomigdalinos, pared posterior de la bucofaringe y úvula³⁴.

Género: condición que clasifica en masculino o femenino.

Edad: tomando el número de años cumplidos al momento de ser diagnosticado y agrupándolos por décadas según el registro del archivo de anatomía patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Tratamiento: cuidado y atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morboso o lesión traumática. Se definirán como: quirúrgico, radioterapia, quimioterapia ó combinación de estas^{20,21,23,24,30}.

Factores de riesgo.

Alcoholismo: leve, moderado y severo^{1,2,7,11,13,16,21,22,27,28,29}

Tabaquismo: leve, moderado y severo^{1,2,7,10,11,13,16,19,21,22,27,28,29}

Enfermedades por transmisión sexual: positivos a sífilis, gonorrea¹⁷

Enfermedades inmunosupresoras: positivos a VIH, liquen plano, diabetes, cirrosis⁸

Irritantes mecánicos: Uso de prótesis dental¹¹

Riesgo ocupacional: expuestos a químicos, radiación solar²⁹.

Antecedentes heredo-familiares: positivo o negativo a cualquier neoplasia maligna^{29,29}

Recurrencia de la lesión: como positiva y negativa, en caso que fuese positiva en cuanto tiempo ocurrió^{17,20}.

Metástasis: linfática y/o sanguínea^{17,20,23}.

Positiva o negativa, a cualquier otro sitio distinto al inicial.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Supervivencia en meses.

Supervivencia total: Se define como el intervalo entre la fecha de la cirugía o última cita para radioterapia, y la fecha de la última consulta o fecha de muerte por cualquier causa.

Supervivencia libre de enfermedad: Se calcula de la fecha de la cirugía o última cita de radioterapia hasta la fecha de primera recurrencia o metástasis. Para pacientes quienes nunca tuvieron recurrencia o metástasis la fecha de supervivencia total coincide con la de supervivencia libre de enfermedad^{24,30}.

Muerte: murió el paciente a causa de la enfermedad o por otra causa^{16,17}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se revisaron los archivos del servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001 (49,615). Se estudiaron los reportes donde se encuentre carcinoma epidermoide de cavidad bucal anotando los registros de expedientes en la cédula de recolección de datos. Se solicitaron 149 expedientes clínicos, al archivo general del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", coincidentes con los registros anotados anteriormente. Se estudiaron los expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con carcinoma epidermoide de cavidad bucal, y se anotó en la cédula de recolección de datos las variables independientes previamente establecidas, de 56 expedientes clínicos que contaron con los datos completos y claramente descritos.

La revisión fue realizada por el tesista, con el auxilio del MC. Carlos Páez Valencia y el CD. Gerardo Meza García, especialista en Anatomía Patológica y residente de Patología Bucal respectivamente; se corroboraron diagnósticos y se agrupó a los pacientes de acuerdo a edad, género, grado de diferenciación del carcinoma epidermoide de cavidad bucal, localización de la lesión, tratamiento, factores de riesgo, recurrencia de la lesión, metástasis del carcinoma epidermoide de cavidad bucal, supervivencia total, supervivencia libre, y mortalidad.

Se capturaron los datos en una base computada y se agruparon las lesiones para conocer su frecuencia por edad, género, tipo de crecimiento, grado de diferenciación, localización, factores de riesgo, recurrencia, metástasis, supervivencia, y mortalidad. Se hallaron ocho factores de riesgo frecuentemente asociados, buena supervivencia a carcinoma epidermoide de cavidad bucal y se comentaron por edad, género, tipo de crecimiento, grado de diferenciación, localización, tratamiento, recurrencia, metástasis, y mortalidad.

Se realizó cruce de variables entre los datos antes mencionados, en el presente trabajo solo incluimos las de valor estadístico significativo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

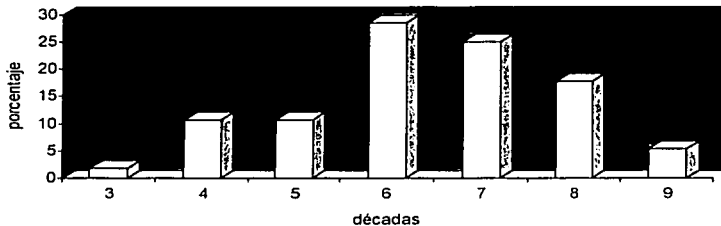
Se revisaron 149 reportes de estudios histopatológicos que se encontraron en el archivo de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", del periodo 1997-2001, de los cuales 56 (37.58%) contaban con datos completos requeridos para el presente estudio, como: edad y género del paciente; tipo de crecimiento, grado de diferenciación, localización, tratamiento, factores de riesgo (alcohol, tabaco, asociación tabaco-alcohol, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades sistémicas, uso de prótesis dental, riesgo ocupacional, y antecedentes heredofamiliares), recurrencia, metástasis, supervivencia total, supervivencia libre, y muerte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 1

**Carcinoma epidermoide de cavidad bucal según las décadas de la vida,
56 casos del Centro Médico Nacional
"20 de Noviembre" de 1997 al 2001**



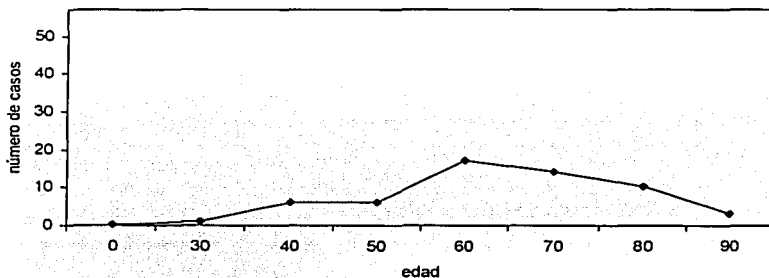
El carcinoma epidermoide de cavidad bucal se presentó principalmente en la séptima década de la vida.

En la cuarta década de la vida se presentó un carcinoma epidermoide de cavidad bucal (1.79%), en la quinta y sexta décadas de la vida se presentó por igual seis carcinomas epidermoides de cavidad bucal (10.71%), en la séptima década de la vida se presentó 16 carcinomas epidermoides de cavidad bucal (28.57%), en la octava década de la vida se presentó 14 carcinomas epidermoides de cavidad bucal (25%), en la novena década de la vida se presentó 10 carcinomas epidermoides de cavidad bucal (17.86%) y en la décima década de la vida se presentó tres carcinomas epidermoides de cavidad bucal (5.36%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 2

Distribución por edades en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



Se reporta media de 68.3 años de edad, mediana de 69 años y moda de 69 años.

Gráfica 3

Distribución de carcinoma epidermoide de cavidad bucal por género, 56 casos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



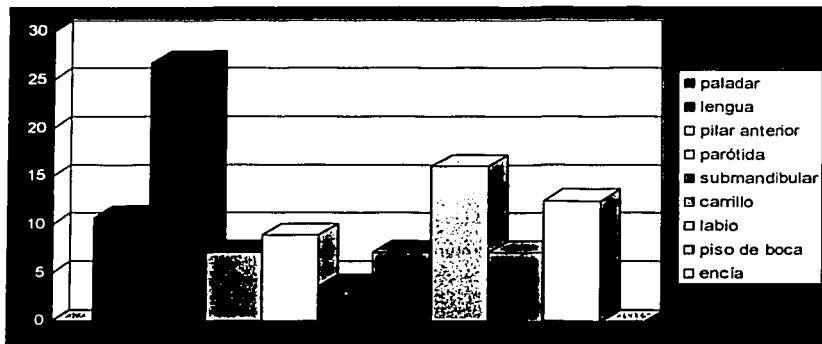
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se reportan 38 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el género masculino (67.86%) y 18 casos en el género femenino (32.14%), relación hombre-mujer de 2:1.



Gráfica 4

Topografía del carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



En el presente estudio, el carcinoma epidermoide de cavidad bucal tuvo 9 sitios de localización, en donde la lengua fue la localización más frecuente.

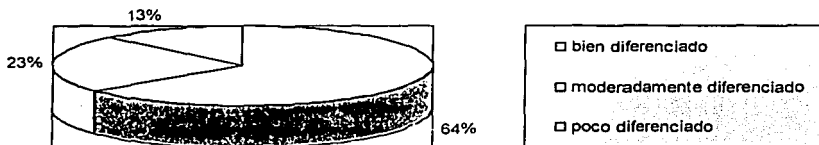
En el carrillo se localizó cuatro carcinomas epidermoides de cavidad bucal (7.14%), en la encía 7 (12.50%), en la glándula submandibular dos (3.57%), en el labio 9 (16.07%), en la lengua 15 (26.79%), en el paladar seis (10.71%), en la glándula parótida cinco (8.93%), en el pilar anterior cuatro (7.14%), en piso de boca cuatro (7.14%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 5

Grados de diferenciación (Broders) de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



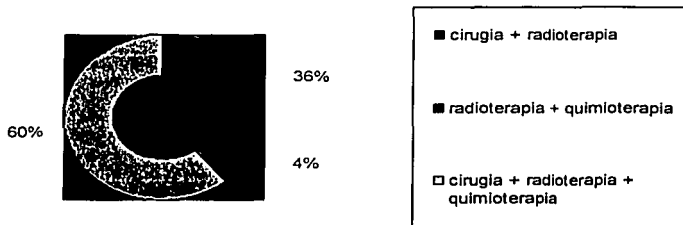
La distribución del carcinoma epidermoide de cavidad bucal por su grado de diferenciación, según la escala de Broders, presentó 36 casos bien diferenciados (64.29%), 13 moderadamente diferenciados (23.21%) y 7 poco diferenciados (12.50%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 6

Tratamientos utilizados para carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



El tratamiento más utilizado en los pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" fue la combinación de quimioterapia, cirugía y radioterapia.

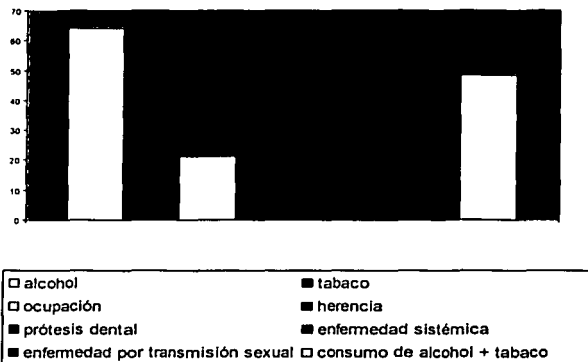
Se reportan tres combinaciones de tratamiento utilizados para carcinoma epidermoide de cavidad bucal, la combinación de cirugía más radioterapia se utilizó en 20 casos (35.71%), la combinación de quimioterapia más radioterapia se utilizó en dos casos (3.57%), la combinación de quimioterapia más cirugía más radioterapia se utilizó en 34 casos (60.71%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 7

Frecuencia de factores de riesgo asociados a carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



Se encontraron ocho factores de riesgo asociados a carcinoma epidermoide de cavidad bucal, los más frecuentes fueron el consumo de tabaco y alcohol.

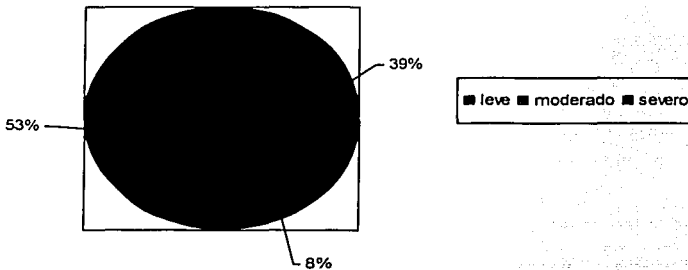
Se reportan 36 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal asociados al consumo de alcohol (64.29%), 36 casos asociados al consumo de tabaco (64.29%), 27 casos asociados a la combinación entre tabaco y alcohol (48.21%), 2 enfermedades de transmisión sexual gonorrea con 2 casos y virus de papiloma humano con 2 casos en total 4 casos (7.14%), 2 enfermedades sistémicas hipertensión arterial con 8 casos y diabetes mellitus con 14 casos en total 22 casos (39.29%), uso de prótesis dental en 3 casos (5.36%), 12 casos de riesgo ocupacional (21.43%) de los cuales 8 casos fueron exposición a radiación solar y 4 casos exposición a químicos, 16 casos reportaron antecedentes heredofamiliares oncológicos (28.57%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 8

Alcoholismo asociado a 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



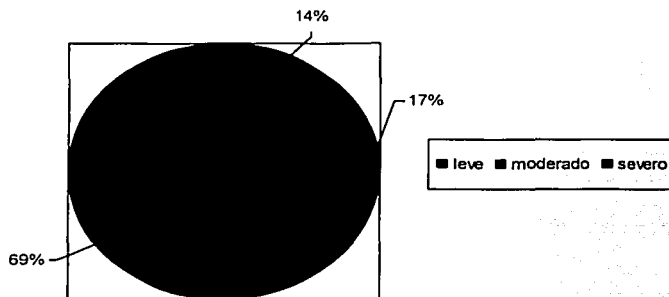
Consumo de alcohol asociado a 37 de los 57 casos totales (64.91%), de los cuales 14 casos de consumo leve (38.89%), 3 moderado (8.33%) y 19 severo (52.78%), porcentaje de grado de consumo con respecto al total de los casos de consumo de alcohol.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Gráfica 9

Consumo de tabaco asociado a 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001

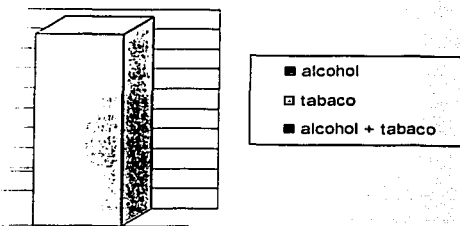


El tabaco asociado a 37 de 57 casos totales de carcinoma epidermoide de cavidad bucal (64.91%), de acuerdo al grado de consumo se presentaron 5 casos leve (13.89%), 6 casos moderado (16.67%) y 25 severo (69.44%), porcentajes de consumo de acuerdo al número de casos totales de asociación al tabaco.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



**En 56 casos de carcinoma epidermoide de
Médico Nacional "20 de Noviembre"
1997 al 2001**



50% de alcohol, en 5 de 56 casos totales

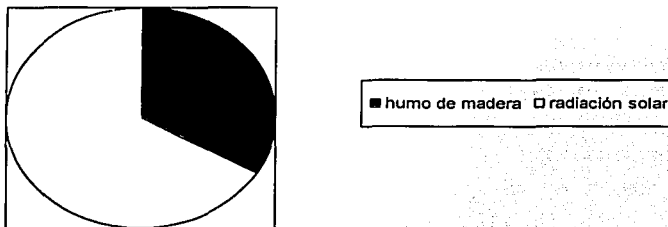
18% de tabaco, en 1 de 56 casos totales (48.21%) consumo combinado de

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Gráfica 11

Riesgo ocupacional en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



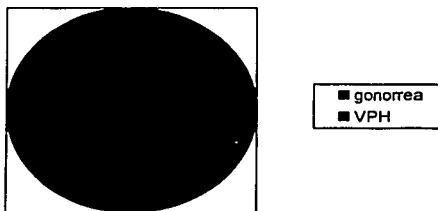
El riesgo ocupacional se presentó en 11 de 57 casos totales de carcinoma epidermoide de cavidad bucal (22.81%), de los cuales 8 casos fueron asociados a radiación solar (66.67%) y 4 casos a humo de madera (33.33%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 12

Enfermedades de transmisión sexual asociadas a 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



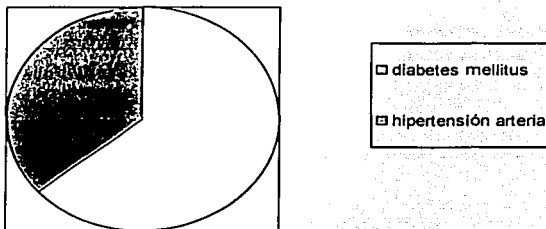
Enfermedades de transmisión sexual asociadas a 4 de 57 casos totales (7.02%), 2 casos de gonorrea y 2 casos de virus de papiloma humano (VPH).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 13

Enfermedades sistémicas en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



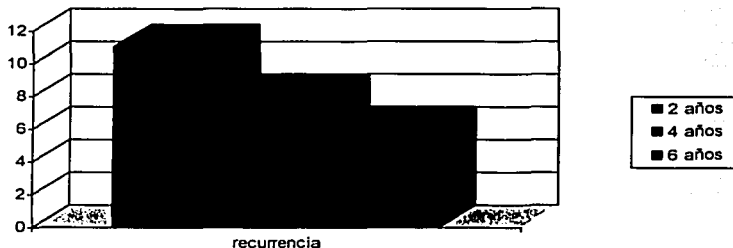
Enfermedades sistémicas presentes en 22 de 57 casos totales de carcinoma epidermoide de cavidad bucal (33.33%), 8 casos de hipertensión arterial (36.36%) y 14 casos de diabetes mellitus (63.64%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 14

Recurrencia del carcinoma epidermoide de cavidad bucal en 56 casos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



Se observó mayor frecuencia de recurrencia a carcinoma epidermoide de cavidad bucal durante los dos primeros años después del estudio histopatológico, realizado por el departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". La recurrencia esta presente en 25 de 56 casos totales de carcinoma epidermoide de cavidad bucal (44.64%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 15

Recurrencia, metástasis y muerte en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



Se presentaron 25 casos de recurrencia a carcinoma epidermoide de cavidad bucal (44,64%), 19 casos de metástasis linfática (33,93%) y 13 casos de muerte debido a la enfermedad (23,21%). Los porcentajes presentados son de acuerdo al número total de casos reportados en el presente estudio (56).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 16

Índice de mortalidad y supervivencia de 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



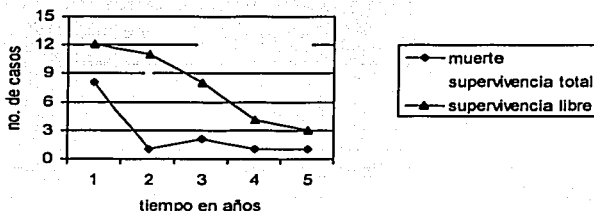
En el presente estudio se reporta buena supervivencia a carcinoma epidermoide de cavidad bucal. Se encontró 38 casos de supervivencia libre (67.86%) y 11 casos de muerte (19.64%) a carcinoma epidermoide de cavidad bucal. 7 casos supervivieron (12.50%) con la presencia de carcinoma epidermoide de cavidad bucal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Gráfica 17

Supervivencia y mortalidad en 56 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001



Se presenta supervivencia total a carcinoma epidermoide de cavidad bucal, después de realizado el diagnóstico histopatológico, 11 casos al primer año (19.64%), 9 casos al segundo año (16.07%), 12 casos al tercer año (21.43%), 12 casos al cuarto año (21.43%), 12 casos al quinto año (21.43%); supervivencia libre de la enfermedad, después de concluido el tratamiento, 12 casos al primer año (21.43%) , 11 casos al segundo año (19.64%), 8 casos al tercer año (14.29%), cuatro casos al cuarto año (7.14%), tres casos al quinto año (5.36%); muerte por carcinoma epidermoide de cavidad bucal, después de realizado el diagnóstico histopatológico, ocho casos al primer año (14.29%), un caso al segundo año (1.79%), dos casos al tercer año (3.57%), un caso al cuarto año (1.79%), un caso al quinto año (1.79%).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Gráfica 18

**Mortalidad de acuerdo al género en 56 casos de
carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
de 1997 al 2001**



Se reporta mayor incidencia de muerte por carcinoma epidermoide de cavidad bucal para el género masculino.

Se presentó 9 casos de muerte para el género masculino (69.23%) y 4 casos para el género femenino (30.77%).

Los porcentajes son de acuerdo al número total de defunciones por carcinoma epidermoide de cavidad bucal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Tabla 1
Distribución por recurrencia y alcoholismo en la población de estudio

		Alcoholismo		Total
		Negativo	Positivo	
Recurrencia	1.00	13	20	33
	2.00	3	4	7
	4.00	1	1	2
	5.00		2	2
	6.00		3	3
	7.00		2	2
	8.00		1	1
	9.00		2	2
	10.00	3	1	4
Total		20	36	56

p: 0.362

Se agrupo el tiempo de recurrencia para tener un mejor manejo de datos, de la siguiente forma: a seis meses con el uno, hasta 12 meses con el dos, hasta 18 meses con el tres, hasta 24 meses con el cuatro, hasta 30 meses con el cinco, hasta 36 meses con el seis, hasta 42 meses con el siete, hasta 48 meses con el 8, hasta 54 meses con el 9 y hasta 60 meses con el 10. Al realizar el cruce de variables ésta asociación resultó ser estadísticamente significativa, el mayor número de casos con alcoholismo positivo presentó recurrencia a seis meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Tabla 2
Distribución de recurrencia y tabaquismo en la población de estudio

		Tabaquismo		Total
		Negativo	Positivo	
Recurrencia	1.00	11	22	33
	2.00	4	3	7
	4.00	1	1	2
	5.00	1	1	2
	6.00	2	1	3
	7.00		2	2
	8.00		1	1
	9.00		2	2
	10.00	1	3	4
	Total		20	36

p: 0.640

Se observa un número de casos importante con tabaquismo positivo que presentó recurrencia a seis meses. Esto no resulto estadísticamente significativo, ya que la cifra mínima se esperaba en p: 0.36.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Tabla 3
Distribución de supervivencia libre y alcoholismo en la población de estudio

		Alcoholismo		Total
		Negativo	Positivo	
Supervivencia libre	1.00	9	13	22
	2.00	2	6	8
	3.00	3	2	5
	4.00	1	5	6
	5.00	1	3	4
	6.00		4	4
	7.00	1	2	3
	8.00		1	1
	9.00	2		2
	10.00	1		1
Total		20	36	56

p: 0.257

Se observa mayor cantidad de casos con alcoholismo positivo con supervivencia libre de la enfermedad al primer y segundo semestre, por lo que estadísticamente resulta significativo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Tabla 4
Distribución por supervivencia libre y tabaquismo en la población de estudio

		Tabaquismo		Total
		Negativo	Positivo	
Supervivencia libre	1.00	8	14	22
	2.00	4	4	8
	3.00	3	2	5
	4.00	1	5	6
	5.00	1	3	4
	6.00		4	4
	7.00	1	2	3
	8.00		1	1
	9.00	1	1	2
	10.00	1		1
Total		20	36	56

p: 0.543

Existe un número importante de casos con tabaquismo positivo en el primer semestre de supervivencia libre, pero esta asociación resultó no significativa estadísticamente ya que la cifra que se esperaba era p: 0.36.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Tabla 5
Distribución por muerte y alcoholismo en la población de estudio

	Alcoholismo		Total	
	Negativo	Positivo		
muerte	0	15	28	43
	1	5	8	13
Total		20	36	56

p: 0.056

Al realizar el cruce de variables entre muerte y alcoholismo se observó 28 casos positivos que no murieron a causa de la enfermedad, esta asociación resultó estadísticamente significativa.

Tabla 6
Distribución por muerte y tabaquismo en la población de estudio

	Tabaquismo		Total	
	Negativo	Positivo		
muerte	0	14	29	43
	1	6	7	13
Total		20	36	56

p: 0.370

Al realizar el cruce de variables se observó 29 casos de tabaquismo que no murieron a causa de la enfermedad, la asociación entre muerte y tabaquismo resultó estadísticamente significativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Tabla 7
Distribución por muerte y enfermedades sistémicas de la población en estudio

		enfsistémicas			Total
		0	1	2	
muerte	0	26	6	11	43
	1	8	2	3	13
Total		34	8	14	56

p: 0.041

Se observa que la asociación a enfermedades sistémicas no representa un factor de riesgo mortal para carcinoma epidermoide, la relación muerte y enfermedades sistémicas resultó estadísticamente significativa.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Tabla 8
Distribución por recurrencia y muerte de la población en estudio

		muerte		Total
		0	1	
Recurrencia	1.00	24	9	33
	2.00	5	2	7
	4.00	1	1	2
	5.00	2		2
	6.00	3		3
	7.00	2		2
	8.00	1		1
	9.00	1	1	2
	10.00	4		4
Total		43	13	56

p: 0.686

En la tabla se observa que 24 casos cuando presentaron recurrencia a seis meses no murieron y 9 de 13 casos de muerte presentaron recurrencia a 6 meses, esta asociación resultó estadísticamente significativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Tabla 9
Distribución de supervivencia total y muerte de la población en estudio

		muerte		Total
		0	1	
Supervivencia total	1.00	1	4	5
	2.00	2	4	6
	3.00	5	1	6
	4.00	3		3
	5.00	5	1	6
	6.00	5	1	6
	7.00	4	1	5
	8.00	7		7
	9.00	3		3
	10.00	6	1	7
Total		41	13	54

p: 0.021

Se observó que 8 muertes se presentaron en los dos primeros semestres de supervivencia total, por lo tanto si hay supervivencia al primer año hay mayor esperanza de vida, el cruce de estas variables demostró ser estadísticamente significativo.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



Tabla 10
Distribución de supervivencia libre y muerte en la población de estudio

		muerte		Total
		0	1	
Supervivencia libre	1.00	9	13	22
	2.00	8		8
	3.00	5		5
	4.00	6		6
	5.00	4		4
	6.00	4		4
	7.00	3		3
	8.00	1		1
	9.00	2		2
	10.00	1		1
Total		43	13	56

Esta tabla demuestra que los pacientes viven poco tiempo sin la enfermedad, 26 casos presentaron recurrencia o metástasis durante los dos primeros años después de concluido el tratamiento primario, este resultado es estadísticamente significativo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide representa el 3% de las neoplasias diagnosticadas en hombres y el 2% en mujeres. Todos los años se diagnostican alrededor de 21,000 casos nuevos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal en Estados Unidos^{1,6}. En México, la Secretaría de Salud menciona que de todas las defunciones (5,327) causadas por neoplasias malignas que se presentaron en 1999, el 0.7% son de cavidad bucal. La más importante de estas se refiere al carcinoma epidermoide³. En el presente estudio se reportan 149 casos de carcinoma epidermoide de cavidad bucal que contaban con el diagnóstico histopatológico, lo que representa el 59.84% del total de neoplasias malignas (249) registradas en el archivo de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001.

De acuerdo con diversos reportes de carcinoma epidermoide de cavidad bucal, se presenta con mayor frecuencia entre la quinta y la séptima década de la vida^{1,2,4,6,7,24,25,27,28}. En el presente estudio, se encontró que afecta principalmente a pacientes de la séptima década de la vida, 28.57% de los casos totales estudiados. La moda de edad fue 69 años. Se observan los resultados dentro del control establecido.

Así mismo, en diferentes publicaciones mencionan que el carcinoma epidermoide de cavidad bucal se presenta con mayor frecuencia en el género masculino, una relación con el género femenino de 3:1^{4,9,19,27,28,30,31}; Regez J menciona que en los últimos años la tendencia es de 2:1 hombre-mujer, debido a las actividades que hoy en día realizan las mujeres³. En este estudio se reportan 38 casos en el género masculino y 18 casos en el género femenino, lo que representa una relación de 2:1, similar a lo que se ha reportado.

La localización del carcinoma epidermoide está bien establecida y existen diferentes estudios donde se reporta de la siguiente manera en orden descendente a su frecuencia de aparición: labio, lengua, encía, piso de boca, paladar y el resto de las estructuras anatómicas de la boca aparecen con baja frecuencia^{4,21,28}. En nuestro estudio se encontró 15 casos en lengua (26.79%), 9 casos en labio inferior (16.7%), 7 casos en encía (12.50%), seis casos en paladar (10.71%) y el resto de las estructuras anatómicas de la boca ocuparon menos del 10% con presencia de carcinoma epidermoide, lo que representa una similitud muy importante con el resto de los estudios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En distintos estudios, se ha clasificado al carcinoma epidermoide de acuerdo a la escala de Broders, ya que nos permite decidir adecuadamente el tratamiento y el pronóstico del paciente, esta escala utiliza criterios histopatológicos que se presentan al carcinoma epidermoide como bien diferenciado con 39% de los casos, moderadamente diferenciado 28% de los casos y poco diferenciado con 33% de los casos^{17,20,22,23,24}. Nosotros reportamos 36 casos como bien diferenciados (64.29%), 13 casos como moderadamente diferenciados (23.21%) y 7 caso como poco diferenciados (12.50%). Estos resultados difieren de los reportes anteriores, principalmente con Shafer W. quién menciona mayor frecuencia de lesiones poco diferenciadas⁷.

Este estudio se realizó en un Hospital de tercer nivel que se integra por especialidades, lo que permite ofrecer una gama de posibilidades con respecto al tratamiento. En este caso el tratamiento que se utilizó con mayor frecuencia para carcinoma epidermoide fue la combinación quirúrgica, radioterapia y quimioterapia en el 60% de los pacientes; la combinación quirúrgica y radioterapia se utilizó en el 36% de los pacientes y finalmente quimioterapia con radioterapia en 4% de los pacientes. Se ha publicado que el tratamiento primario para carcinoma epidermoide de cavidad bucal, debe ser quirúrgico; se ha demostrado que el tratamiento con radiación después de la cirugía es muy efectivo; y que el tratamiento de quimioterapia es un buen paliativo para estos casos, pero que por sí sólo no es muy efectivo^{20,23,24}. En este estudio se ha observado que elegir la combinación de los tres tratamientos es lo indicado para el control de carcinoma epidermoide.

Los factores de riesgo son una variable de acuerdo a la zona geográfica en donde se realice un estudio, para el caso de carcinoma epidermoide de cavidad bucal se ha demostrado en diferentes estudios de constantes y variables de los factores de riesgo. Como el fumar tabaco, consumir alcohol, herencia y alteraciones genéticas se presentan constantes en cualquier parte del mundo, asociadas al riesgo de presentar carcinoma epidermoide de cavidad bucal^{1,2,6,7,10,11,13,16,19,20,21,22,27,28,29,31}. El riesgo ocupacional se presenta de acuerdo zonas específicas, en especial zonas rurales, se ha demostrado en diferentes publicaciones que la exposición al sol y el inhalar químicos por tiempos prolongados en industrias, son los riesgos ocupacionales más frecuentes^{1,6,29}. Los virus se han asociado frecuentemente al carcinoma epidermoide, incluso Scully C. en un artículo publicado en el 2002, afirma la presencia de virus de papiloma humano (VPH) en el ácido nucleico de tejido carcinoma epidermoide de cavidad bucal, pero también se ha mencionado al virus Epstein-Barr y virus herpes simple^{6,19,29,31}. Hand J. menciona que el 60% de los pacientes con lesiones en la mucosa usan prótesis dental de acuerdo a su edad, y lo toma en cuenta en relación con factor de riesgo¹¹.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Este estudio presenta siete factores de riesgo de acuerdo con los documentos publicados anteriormente. Se reporta que los factores de riesgo más frecuentes son el tabaco 64.29%, el alcohol 64.29% al igual que el tabaco, la combinación de ambos 48.21%; antecedentes oncológicos hereditarios presentes en 28.57% de los pacientes; cuatro casos de pacientes que trabajaban en industrias e inhalaron por un largo tiempo humo de madera y 8 casos de pacientes trabajadores del campo que se radiaron ante luz solar gran parte de su vida. Dos casos asociados a virus de papiloma humano (VPH). Tres casos de pacientes que usaron prótesis dental, y a la interrogación de la historia clínica lo mencionaron como una posible causa de su enfermedad. También se hallaron datos importantes que no han sido publicados anteriormente como gonorrea asociada a 2 casos (7.14%); 2 enfermedades sistémicas hipertensión arterial con 8 casos (14.29%) y diabetes mellitus con 14 casos (25%). Estos hallazgos obedecen a que este estudio se realizó en un Centro Médico Nacional en donde se reciben pacientes de diferentes regiones geográficas de México, principalmente de la Ciudad de México.

En diferentes estudios se ha mencionado que la recurrencia de carcinoma epidermoide es muy frecuente, se asocia principalmente al diagnóstico inoportuno de la enfermedad y a la inadecuada terapéutica médica sin la ayuda de un equipo multidisciplinario^{17,20}. En nuestro estudio se presentó recurrencia en 44.64% de los pacientes, lo que demuestra su alta recidiva y concuerda con lo señalado en la literatura, esta porcentaje deriva del estado que presentaron los pacientes al momento del diagnóstico histopatológico.

El 33.93% de los casos presentaron metástasis linfática, lo que demuestra la frecuencia a metástasis por esta vía. En diferentes estudios se ha mencionado metástasis linfática regional frecuente por carcinoma epidermoide de cavidad bucal, el pronóstico desfavorable que presentan los pacientes en este estadio y la baja frecuencia con que se da metástasis sanguínea ante la presencia de carcinoma epidermoide^{17,20,23}.

En diferentes estudios se ha utilizado los términos supervivencia total y supervivencia libre de la enfermedad, para clasificar a los pacientes con carcinoma epidermoide y demostrar adecuadamente el índice de supervivencia a esta enfermedad^{16,20,23,24,27,30}. Frutani K. reporta 53% de supervivencia libre de enfermedad y 59% de supervivencia total en los pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal³⁰. Nosotros reportamos 65% de supervivencia total y 68% de supervivencia libre, son porcentajes muy similares a los reportados anteriormente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Reportamos 13 pacientes con expediente de defunción por carcinoma epidermoide de cavidad bucal, que representa el 23.21% una cuarta parte de la población incluida en este estudio; y 5.2% de 249 neoplasias malignas diagnosticadas por el Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001²². Odell E.W. reporta 6.4% de mortalidad pro carcinoma epidermoide de lengua. Goldbreg H. mencionó que 3 de cada 100,000 personas mueren en Estados Unidos por cáncer bucal¹⁰; la Secretaria de Salud menciona que de todas las defunciones (5,327) causadas por neoplasias malignas que se presentaron en México en 1999, el 0.7% son de cavidad bucal. La más importante de estas se refiere al carcinoma epidermoide³. Aunque son estudios similares, los resultados difieren por la topografía de cavidad bucal que abarcamos y especificidad de este estudio.

En este estudio se resalta la importancia de realizar adecuadamente la historia clínica, ya que de haber contado con datos más completos y específicos de los expedientes clínicos solicitados, se hubiese podido reportar una mayor cantidad de casos. También se hace énfasis en procurar conocimientos de la Odontología en la práctica general, realizando diagnósticos acertados que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que en el presente estudio se observó que de haberse realizado un diagnóstico oportuno por la institución o centro de salud al que acudió el paciente por primera vez para la atención de carcinoma epidermoide, el futuro de este hubiese sido distinto. Así mismo, se entiende la importancia de poder remitir y concientizar al paciente al momento de sospechar de una lesión maligna o premaligna. La prevención de esta y otras enfermedades se logrará conociendo más y educando mejor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



CONCLUSIONES

El carcinoma epidermoide de cavidad bucal se presenta principalmente en la séptima década de la vida. En pacientes de 36 a 96 años de edad, rara vez en pacientes menores de 30 años.

Afecta al género masculino con mayor frecuencia que al género femenino en una relación 2:1. Su localización clínica en orden descendente es en lengua, labio inferior, encla, paladar, piso de boca, glándula parótida, mucosa bucal, pilar anterior y glándula submaxilar.

Existen diferentes tipos de diagnóstico para carcinoma epidermoide, pero el más importante es el estudio histopatológico. Es por esta razón que el Cirujano Dentista debe estar conciente de la importancia de realizar adecuadamente un examen clínico de la cavidad bucal que le permita describir una lesión en esta zona y realizar una biopsia cuando sea necesario, y así apoyarse del diagnóstico histopatológico para realizar un tratamiento óptimo y mejorar las expectativas de vida de los pacientes.

Histopatológicamente el carcinoma epidermoide se puede clasificar según la escala de Broders como bien diferenciado, moderadamente diferenciado y poco diferenciado, esta clasificación nos permite evaluar adecuadamente al paciente para ofrecerle el tratamiento más adecuado y un mejor pronóstico.

En pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal típicamente se utiliza la excisión quirúrgica radical como tratamiento primario, con excelentes resultados; pero siempre se debe considerar el estadio de la neoplasia y su localización para poder pensar en realizar un manejo multidisciplinario y combinar el tratamiento quirúrgico con radioterapia y/o quimioterapia.

La etiología del carcinoma epidermoide es multifactorial, estos factores pueden ser extrínsecos o intrínsecos, y se presentan muy a menudo con relación a la zona geográfica en la que habita el paciente. En la ciudad de México el consumo de tabaco y alcohol son el factor con mayor incidencia para carcinoma epidermoide, casi siempre están asociados a otros factores como hipertensión arterial, diabetes mellitus, herencia, radiación solar, inhalación de químicos, virus de papiloma humano, gonorrea, y uso de prótesis dental.

La recurrencia del carcinoma epidermoide de cavidad bucal fue de 44.64%, los pacientes presentan altos índices de recurrencia debido a los diagnósticos tardíos o inoportunos, y en ocasiones por un inadecuado tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



La metástasis de carcinoma epidermoide de cavidad bucal rara vez se da por vía sanguínea, la mayor parte de estos realizan metástasis regional ganglionar. En el 33.93% de los pacientes hubo metástasis regional ganglionar.

La supervivencia total a carcinoma epidermoide de cavidad bucal presenta 65% y 68% de supervivencia libre.

El índice de mortalidad es de 23.21% para 56 casos totales y 5.2% para 249 neoplasias malignas diagnosticadas por el Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001.

Con 20 casos con alcoholismo y 22 casos con tabaquismo se observó alta recurrencia a seis meses, asociada a estos dos factores.

En el cruce de variables entre alcoholismo y supervivencia libre se demostró que las personas que consumen alcohol se mantienen más tiempo con la enfermedad, así también se demostró con la tabla de tabaquismo y supervivencia libre, demostrando que las personas que consumen tabaco presentan recidiva.

En el cruce de variables de alcoholismo y tabaquismo contra muerte, dio como resultado que el consumo de estas sustancias no representa mayor riesgo para morir.

También se observó que la asociación con enfermedades sistémicas no representa un factor de riesgo mortal para carcinoma epidermoide.

Se presenta que 24 casos cuando presentaron recurrencia a seis meses no murieron y 9 de 13 casos de muerte presentaron recurrencia a 6 meses, esto es que cuando se presenta recurrencia de la enfermedad baja la expectativa de vida del paciente.

Se observó que 8 muertes se presentaron en los dos primeros semestres de supervivencia total, por lo tanto si hay supervivencia al primer año hay mayor esperanza de vida.

Se demuestra que los pacientes viven poco tiempo sin la enfermedad, 26 casos presentaron recurrencia o metástasis durante los dos primeros años después de concluido el tratamiento primario, la calidad de vida es pobre para carcinoma epidermoide de cavidad bucal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



GLOSARIO

Tumor: tumefacción o bulto causado por inflamación.

Cáncer: termino común para designar a todos los tumores malignos; palabra de origen latino "cáncer" (cangrejo) –presumiblemente porque un cáncer "se agarra a cualquier parte con la misma obstinación que un cangrejo.

Neoplasia: masa anormal de tejido. cuyo crecimiento excede al del tejido normal y no está coordinado con él, persiste de la misma forma excesiva tras finalizar el estímulo que suscitó la alteración, carece de finalidad, hace presa en el portador y es virtualmente autónoma.

Carcinoma: neoplasia maligna originada de células epiteliales.

Carcinoma in situ: neoplasia preinvasora, de cambios displásicos notables y que afecta a todo el espesor del epitelio

Oncología: del griego "oncos" = tumor, estudio de las neoplasias.

Displasia: pérdida de uniformidad de las células individuales así como una pérdida de su orientación arquitectónica.

Anaplasia: falta de diferenciación, por cierto número de alteraciones morfológicas y funcionales

Masa polipoide: cuando una neoplasia forma una proyección visible microscópicamente sobre una superficie mucosa.

Fenol: m. [C6H5OH] Hidroxibenceno. Ácido fenílico. Derivado del benceno por sustitución de un hidrógeno por un grupo -OH. Sólido cristalino de olor característico, soluble en agua y disolventes orgánicos. Se usa como desinfectante, en la fabricación de pinturas germicidas, en la obtención de resinas sintéticas, etc.

Nuez de betel: (piper belle) fruto de una planta trepadora de la familia de las piperáceas, del orden de los piperales, tiene cierto sabor a menta y al ingerirlo produce efectos psicoestimulantes; su uso es muy característico en la zona de medio oriente.

Cocarcinogénesis: término que designa a un factor que participa en la generación de cáncer, que por sí sólo no es carcinogénico.

Nitrosamina: nitro-pref. Indica la presencia del grupo nitro, NO₂ -, en una molécula orgánica. Se nombran añadiendo el sufijo amina al nombre de los radicales que las forman (CH₃ NH₂, metilamina). La más sencilla es un gas, y el resto son líquidos o sólidos; hasta cinco átomos de carbono son muy solubles en agua, y casi todas son solubles en medio ácido a causa de su carácter básico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Cohesión: Acción y efecto de reunirse o adherirse las cosas entre sí o la materia de que están formadas. Enlace de dos cosas. Fuerza de atracción que ejercen entre sí las moléculas de los cuerpos.

Puentes intercelulares: las células tienden a separarse, pero se mantienen unidas en varios puntos focales de unión que en microscopía óptica se observan como puentes, de hecho, son los lugares de los desmosomas que proporcionan una adherencia celular firme

Síndrome de Paterson Nelly: trastorno del sistema digestivo que se asocia con anemia ferropénica y se caracteriza por el desarrollo de membranas esofágicas que en la porción superior del esófago dificultan la deglución de los alimentos sólidos. Cuando la concentración de hemoglobina mejora, desaparece. Denominado también síndrome de Plummer-Vinson.

Azul de toluidina: solución acuosa de toluidina al 1%, se utiliza como auxiliar de diagnóstico en lesiones premalignas.

Marcadores cinéticos: se aplica al isótopo radioactivo utilizado en técnicas de diagnóstico radiológico para estudiar un proceso biológico.

Tomografía computarizada: técnica radiológica consistente en la obtención de una imagen que representa en detalle la sección de una estructura u órgano a un determinado nivel. Tiene valor diagnóstico para la detección de tumores u otras lesiones que ocupan espacio.

Candidiasis hiperplásica crónica: forma clínica de infección por *Candida albicans* que consiste en placas o pápulas blancas sobre un fondo eritematoso que contiene hifas en la capa parakeratinizada del epitelio engrosado.

Tuberculosis: infección granulomatosa crónica de los pulmones causada por *Mycobacterium tuberculosis*, la cual se extiende por medio de aerosoles; puede asociarse a veces con úlceras bucales crónicas y/o ganglios linfáticos nasofaríngeos y cervicales aumentados de tamaño.

Sífilis: infección local y sistémica de transmisión sexual causada por *Treponema pallidum* con tres etapas clínicas progresivas; todas se tratan eficazmente con penicilina.

Hiperplasia fibrosa focal: hiperplasia de tejido conjuntivo fibroso que surge como respuesta a una irritación crónica y en la que se observa abundante elaboración de colágeno, por lo que asemeja tejido cicatricial.

Líquen plano: enfermedad cutánea frecuente en la cavidad bucal, donde se manifiesta de lesiones reticulares blancas, placas o lesiones erosivas con gran respuesta de linfocitos T en el tejido conjuntivo subyacente e inmediato.

Leucoplasia: término clínico usado para designar aquellos trastornos de las mucosas que denotan a éstas de una coloración más blanca que la normal.

Eritroplasia: placa roja de la mucosa bucal causada frecuentemente por displasia epitelial, en carcinoma in situ o carcinoma epidermoide.

- ¹ Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, edit. Harcourt, España, 2000. pp. 174-182.
- ² Regezi JA, Sciubba J. Patología Bucal, segunda edición, edit. Interamericana McGraw-Hill, México, 1995. pp. 81-93.
- ³ Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio/Mortalidad/Morbilidad/1999. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud/SSA. CD-ROM.
- ⁴ Krolls S.O. y Hoffman S. squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14 253 cases by age, sex, and race of patients. J. Am. Dent. Assoc. 92:571, 1976.
- ⁵ Gorlin R, Goldman H. Patología Oral, Salvat editores, España, 1983. pp. 902-903
- ⁶ Neville BW, Damm DD, Allen CM. Oral and Maxillofacial Pathology, Second edition, WB Saunders company. United States of America, 2002. pp. 356-384.
- ⁷ Shafer W. Tratado de la Patología Bucal, 4ª edición, edit. Interamericana, México, 1986. pp 116-117
- ⁸ Slaughter D.P. Multicentric origin of intra-oral carcinoma. Surgery 1946; 20: 133-7
- ⁹ Slaughter D.P. Southwick H.W. Smejkal W. Field cancerization in oral stratified squamous epithelium. Cancer 1953; 6: 963-8
- ¹⁰ Silverman S. y Griffith M. Smoking characteristics of the patients with oral carcinoma and the risk for second oral primary carcinoma. JADA, Vol. 85; september, 1972: 637-640
- ¹¹ Hand J. y Whitehill J. The prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population. JADA, Vol. 112, January 1986: 73-76
- ¹² Bouquot J. Common oral lesions found during a mass screening examination. JADA, Vol. 112, January 1986: 50-57
- ¹³ Sankaranarayanan R. Oral cancer in India: An epidemiologic and clinical review. Oral surg Oral med Oral pathol 1990;69:325-30
- ¹⁴ González Reyes J.C. y Ovalle Castro J. Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de las lesiones en cavidad oral. Revista ADM Vol. LI, mayo-junio 1994, No.3: 145-148
- ¹⁵ Ovalle Castro J. y González Reyes J.C. Incidencia y Prevalencia de tumores de cavidad oral en la zona del Bajío (90-92). Revista ADM Vol. LI, mayo-junio, 1994, No.3: 133-138
- ¹⁶ Golberg H.I. Trends and differentials in mortality from cancers of the oral cavity and pharynx in the United States, 1973-1987. Cancer 1994; 74: 565-72.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ¹⁷ Odell E.W. The prognostic value of individual histologic grading parameters in small lingual squamous cell carcinomas. *Cancer* 1994; 74:789-94
- ¹⁸ Dickenson A. y Currie W. Screening for syphilis in patients with carcinoma of the tongue. *Brith J of Oral and Maxillofac Surg* (1995) 33:319-320
- ¹⁹ Gopalakrishna R. Mutated and wild-type p53 expression and HPV integration in proliferative verrucous leukoplakia and oral squamous cell carcinoma. *Oral surg Oral med Oral path Oral radiol Endod* 1997; 83: 471-7
- ²⁰ Li-Min Sun M.D. The relapse patterns and outcome of postoperative recurrent tongue cancer. *J Oral Maxillofac Surg*. 55: 827-831, 1997.
- ²¹ Rodrigues V.C. Oral cancer in the U.K.:to screen or not to screen. *Oral Oncology* 34 (1998) 454-465
- ²² de Visscher J.G.A.M. Epidemiology of cancer of the lip in the Netherlands. *Oral Oncology* 34 (1998) 421-426
- ²³ Gooris P.J.J. Radiotherapy for cancer of the lip. *Oral surg Oral med Oral path Oral Radiol Endod* 1998; 86: 325-30
- ²⁴ De Visscher J. Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the lower lip: evaluation of long-term results and prognostic factors- a retrospective analysis of 184 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 56: 814-820, 1998
- ²⁵ Bouquot J.E. Oral cancer in tobacco-chewing US population-no apparent increased incidence or mortality. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endod* 1998; 86:697-706
- ²⁶ Ying-Tai J. Genetic alterations in oral squamous cell carcinoma of young adults. *Oral Oncology* 35 (1999) 251-256
- ²⁷ Cianfriglia F., Di Gregorio D.A., Manieri A. Multiple primary tumours in patients with oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncology* 35 (1999) 157-163
- ²⁸ Moreno-López L.A. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. *Oral Oncology* 36(2000) 170-174
- ²⁹ Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncology* 38 (2002) 737-746
- ³⁰ Furutani K. Continuous selective intraarterial chemotherapy in combination with irradiation for locally advanced cancer of the tongue and tongue base. *Oral Oncology* 38 (2002) 145-152
- ³¹ Scully C. Oral squamous cell carcinoma; from an hypothesis about a virus, to concern about possible sexual transmission. *Oral Oncology* 38 (2002) 227-234

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ³² Meza G. Prevalencia de neoplasias y pseudotumores de la cavidad bucal en el Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE, experiencia de 5 años. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 2002. 15pp Tesis (Cirujano Dentista)
- ³³ Smith C. Pindborg J. Binnie W. Oral Cancer, Hemisphere Publishing Corporation, United States of America, 1990. pp. 57-76
- ³⁴ Pindborg J. Cancer y precancer bucal, edit. Panamericana, Argentina, 1981. pp. 166-171

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN