

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**NEOFORMACIONES BENIGNAS Y MALIGNAS
DE LA CAVIDAD ORAL**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

P R E S E N T A

DRA. LAURA MERCEDES HERNANDEZ CABRERA

A S E S O R:

DRA. BERTHA BEATRIZ MONTAÑO VELAZQUEZ

MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2005



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.

Dr. José Luis Matamoros Tapia
Jefe de Enseñanza e Investigación Médica
Unidad Médica de Alta Especialidad
Dr. Gaudencio González Garza
Centro Medico Nacional "La Raza"

Dr. Mariano Hernández Goribar
Jefe de Servicio de Otorrinolaringología
Unidad Médica de Alta Especialidad
Dr. Gaudencio González Garza
Centro Medico Nacional "La Raza"

Dra. Bertha Beatriz Montaña Velázquez
Investigador Principal
Medico adscrito a la Unidad de Investigación en Epidemiología
Clínica
Unidad Médica de Alta Especialidad
Dr. Gaudencio González Garza
Centro Medico Nacional "La Raza"

COLABORADORES

Dra. Ana Maria Gómez Ramírez
Jefe de Servicio del Departamento de Anatomía Patológica
Unidad Médica de Alta Especialidad
Dr. Gaudencio González Garza
Centro Medico Nacional "La Raza"

Sr. Armando Hernández Baumgarten
Director General
MacHer Clean

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo el Lic. Francisco Javier Méndez Flores, por su apoyo incondicional, por su gran amor, por todas las noches solitarias, por estar siempre a mi lado en todos los momentos de mi formación como especialista.

A mis Padres, por toda la confianza, desde el primer instante en que inicié, mis estudios profesionales, por los desvelos, por su cariño y amor.

A mi Abuelo, que siempre ha creído en mí, por su ayuda y su presencia.

A mis maestros, por tomarse el tiempo para enseñarme, y guiarme a cada instante

Al Dr. Arturo Ruiz Hinojosa, por su apoyo, sus consejos, y por estar siempre ahí para ayudarnos en los momentos difíciles.

A mis compañeros y Amigos de Generación, por su presencia, su ayuda y su apoyo en momentos difíciles

A Mi Asesor: La Maestra en ciencias. Beatriz Montaña Velázquez, por el tiempo que se tomo para enseñarme cuando era residente, por el tiempo para asesorarme y por su valiosa amistad

Al Dr. Mariano Hernández Goribar, por ser un ejemplo, por sus consejos, y por ser una guía en mi formación como especialista.

Al Dr. Salvador Almanza por su apoyo en mi inicio profesional.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de progresar en la vida, por que me ha llenado de bendiciones DIA con DIA, y porque en los momentos mas difíciles de mi vida el me llevaba en sus brazos.

A Ana Carolina Mi hija, porque su llegada le dio sentido a mi vida, porque me ha enseñado que cada paso que das tiene un fin, por su risa y su amor incondicional y por enseñarme que lo único que realmente vale la pena es aferrarse a los sueños, como ella se ha aferrado a la vida

A Paco, por ser capaz de sacar de mi corazón todo el amor que llevo dentro, por mi fabulosa hija y por compartir conmigo triunfos y fracasos.

A mi Padre, por su compañía, por las noches en vela ayudándome en algún proyecto, por todo lo que a lo largo de mi vida me ha enseñado, por su amor y su presencia a cada paso que doy.

A mi madre, por estar ahí, por hacerse cargo de mi hija cuando mi ausencia era inevitable, por darme la vida.

INDICE

Resumen	7
Introducción	8
Objetivos	15
Material y Métodos	16
Resultados	17
Discusión	24
Conclusión	27
Bibliografía	28

RESUMEN

NEOFORMACIONES BENIGNAS Y MALIGNAS

DE LA CAVIDAD ORAL

OBJETIVOS: Identificar la frecuencia de neoformaciones benignas y malignas de la cavidad oral en pacientes del Servicio de Otorrinolaringología.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO METODOLOGICO: Estudio clínico, transversal, descriptivo y retrospectivo.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los reportes histopatológicos del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional “La Raza” de los últimos cinco años (de Enero de 1999 a Enero 2004) que correspondieron a neoformaciones de la cavidad oral del Servicio de Otorrinolaringología y características generales: sexo, edad, localización en la cavidad oral (paladar, carrillos, labios, lengua y trigono retromolar). Con los datos obtenidos se identificó la frecuencia de los tumores benignos y malignos de la cavidad oral, la estirpe histológica más común de los tumores benignos y malignos de cavidad oral. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo a la distribución de los datos. El estudio se aprobó por el Comité Local de Investigación y se consideró una investigación sin riesgo para los pacientes.

RESULTADOS: Se recolectaron 161 muestras de 161 pacientes con neoformaciones benignas y malignas de la cavidad oral, los pacientes presentaron una edad promedio de 44.7 años y D. E. de 19.15. Las neoformaciones fueron mas comunes en mujeres con 99 casos (61.5%) y con una frecuencia mayor de tumores benignos 129 (80.12%) y una frecuencia menor de tumores malignos 28 (17.39 %). La localización más frecuente de los tumores fue la lengua con 60 casos (37.6%). En nuestra población la neoformación benigna mas común fue el granuloma piogeno con 20 (12.42%) y el papiloma con 12 (7.45%) y el tumor maligno mas frecuente fue el carcinoma epidermoide con 9 (32.14%).

CONCLUSION: En nuestra población de estudio la frecuencia de los tumores de cavidad oral fue de 129 (80.12%) benignos, y 28 (17.39%) malignos. La localización de los tumores fue con predominio en lengua.

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL

La cavidad oral se extiende desde las uniones de la piel en la parte anterior de los labios, a la unión del paladar duro y blando, en la parte superior, hasta la línea de papilas circunvaladas en la parte inferior y esta dividida en las siguientes áreas específicas: labio, dos tercios anteriores de la lengua, mucosa bucal, piso de la boca, encías superior e inferior, triángulo retromolar y paladar duro (1), así como revestimiento epitelial y tejido conectivo, glándulas salivales, tejido adiposo, músculos y sistema de drenaje linfático (2).

EMBRIOLOGIA

El epitelio oral se origina parcialmente del endodermo (lengua) mientras los labios, carrillos, encías, paladar y piso de boca del ectodermo (2).

EPIDEMIOLOGIA

Las neoplasias de la cavidad oral, constituyen aproximadamente el 3% de todas las neoformaciones en los Estados Unidos, 40% de los tumores de cabeza y cuello, ocurren en la cavidad oral, incluyendo

la lengua, el piso de la boca, paladar, labios y orofaringe (3). En donde la lengua es el sitio mas común con 52%, la mucosa oral 26%, los alvéolos 10%, paladar 4.5%, labio 2.3%, piso de la boca 1.9% y otros sitios no especificados constituyen el 3.8% (4). Un estudio realizado en el Hospital Central Militar de la Ciudad de México, menciona que la neoplasia de células escamosas es la más común de los tejidos de cavidad oral, las neoplasias malignas en el 80% se presentan como carcinoma epidermoide de la mucosa bucal, lengua y labio (5) y con distribución similar en ambos sexos. Las Neoformaciones malignas de cavidad oral son las responsables del 2% de casi todas las muertes en Estados Unidos. El 60% de estos tumores se detectan en etapas avanzadas con una tasa de sobrevivida a 5 años de aproximadamente un 30% (3).

Un estudio realizado en Cuba de 1990 a 1994, demostró que la mayoría de los casos se encuentran después de los 40 años de edad, y el grupo mas afectado es el de mas de 75 años (6).

El tipo más común de neoformación en cavidad oral es el carcinoma escamoso. Los factores de riesgo más importantes para el cáncer de cavidad oral, son el uso del tabaco y un consumo fuerte de alcohol (7).

ETIOLOGIA

La mayoría de los pacientes con neoformaciones en cavidad oral y orofaringe, tienen como antecedente importante el consumo de tabaco y alcohol. El abuso de ambos, del tabaco y alcohol, independientemente, contribuyen a su desarrollo a nivel de cavidad oral y orofaringe (7). Se ha relacionado el tipo de dieta, la presencia de obesidad. Probablemente una adecuada ingesta de frutas y vegetales, disminuya el riesgo para varios tipos de neoplasias, especialmente los del tracto gastrointestinal, incluyendo la cavidad oral (8,9). El virus de papiloma humano (VPH), se ha encontrado en diversas lesiones de la mucosa oral, por lo que se ha considerado como factor de riesgo potencial a la malignización (10).

CLASIFICACION

Las neoplasias de cavidad oral se clasifican principalmente en malignas y benignas, (ver tabla 1). Las neoplasias malignas se clasifican según su celularidad e invasión (11). La mayoría de los tumores malignos de cabeza y cuello son de la variedad de células escamosas, y pueden ser precedidos por diversas lesiones precancerosas. Los tumores de glándulas salivales menores, no son raros en estos sitios. Un carcinoma invasivo será: bien diferenciado, moderadamente bien diferenciado, mal diferenciado o

indiferenciado. Se recomienda utilizar la clasificación Brooker para gradar estos tumores (grado tumoral [G]): 1.- G1 bien diferenciado 2.- G2 moderadamente bien diferenciado 3.- G3: mal diferenciado 4.- G4: indiferenciado (12).

Tabla 1. Clasificación de las neoformaciones benignas y malignas de cavidad oral.

BENIGNO	MALIGNO
Papiloma , hemangioma, linfangioma	Carcinomas
Quiste radicular, follicular, dermoide	Carcinoma epidermoide
Quiste lingual	Melanoma maligno
Granuloma piogeno	Carcinoma verrucoso
Cistadenoma de paladar	Carcinoma mucoepidermoide
osteoma	Sarcoma de kaposi
condroma	linfoma

ESTADIFICACION

Los sistemas de clasificación en la mayor parte son de clasificación clínica, basados en la estimación del grado de la enfermedad antes del tratamiento. La evaluación del tumor primario se basa en la inspección y palpación cuando sea posible, con espejos indirectos,

endoscopia directa cuando sea necesario, con la confirmación histológica del tumor. Las áreas de drenaje ganglionar correspondientes se examinan mediante una palpación cuidadosa. La información de estudios de imagen es útil en la clasificación. Las imágenes por resonancia magnética ofrecen una ventaja sobre la tomografía computarizada en la detección de tumores de cabeza y cuello para distinguir los ganglios linfáticos de los vasos sanguíneos (13). Si un paciente tiene recidiva, deberá hacerse una reclasificación completa para seleccionar la terapia apropiada (14). El Comité Estadounidense para el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés) ha designado los estadios mediante la clasificación T (tumor) N (nódulos linfáticos) M (metástasis) (Ver tabla 2) (15,16).

Tabla 2. Estadificación de las neoformaciones benignas y malignas de cavidad oral.

DEFINICION TNM TUMOR	NODULOS LINFATICOS	METASTASIS
TX.- No puede evaluarse tumor	NX.- no pueden evaluarse los ganglios	MX.- no puede evaluarse metástasis
TO.-No hay evidencia tumor primario	NO.- no metástasis a ganglios regionales	MO.-no hay metástasis a distancia
Tis.- carcinoma in situ	N1.- un solo ganglio ipsilateral menos de 3 cm.	M1.-metástasis a distancia
T1.- 2 cm. o menos	N2.- un solo ganglio mas de 3 cm.	
T2.- mas de 2 cm. pero menos de 4cm		
T3.- mas de 4 cm.		
T4.- invade a través de hueso cortical		

TRATAMIENTO

Dependiendo del sitio, del grado del tumor primario y del estado de los ganglios linfáticos, el tratamiento de los tumores de cavidad oral y del labio puede hacerse con cirugía únicamente, con radioterapia sola o con la combinación de ambas. Algunas consideraciones generales son las siguientes (14): en el caso de lesiones de la cavidad oral la cirugía debe abarcar toda la extensión macroscópica así como la microscópica de la enfermedad. Si los ganglios regionales son positivos, generalmente se hace una disección de los ganglios cervicales en continuidad. La radioterapia para tumores de

la cavidad oral y del labio pueden hacerse con terapia de haz externo o con implantación intersticial sola, pero para muchos sitios la primera de ambas modalidades, produce mejor control y resultados regionales. Los tumores pequeños superficiales pueden tratarse exitosamente con implantación local que emplea cualquiera de las diversas fuentes radiactivas, por radiación intra oral de cono o por electrones (17, 18).

Las neoplasias de la cavidad oral, constituyen aproximadamente el 3% de todos los tumores en los Estados Unidos. Un estimado de 30,000 personas se diagnosticaron en el año 2002. La tasa de incidencia de tumores de cavidad oral en Estados Unidos, es

aproximadamente de 11 casos por 100,000 personas por año, y la incidencia se incrementa con la edad (3). El tipo más común de cáncer oral, es el carcinoma escamocelular. El 60% de las neoformaciones orales se encuentran en etapas avanzadas cuando se detectan, aun cuando los médicos y los dentistas examinan la cavidad oral, la tasa de sobrevivencia es de 5 años en el 30%. Las neoformaciones de cavidad oral son responsables del 2% de las muertes en los Estados Unidos. (3). Sin embargo; en México no existe un estudio que muestre la incidencia.

El presente proyecto se realizó para identificar la frecuencia de neoformaciones benignas y malignas de cavidad oral en nuestro medio.

OBJETIVO

Identificar la frecuencia de neoformaciones benignas y malignas de la cavidad oral en pacientes del Servicio de Otorrinolaringología, Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. GGG CMN “La Raza”.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los reportes histopatológicos de los últimos 5 años, de las muestras obtenidas mediante biopsia excisional o incisional de cavidad oral de la Unidad Medica de Alta Especialidad Dr. GGG CMN “La Raza”.

METODOLOGIA

Se revisaron los reportes histopatologicos del Departamento de Anatomia Patologica del Centro Medico Nacional “La Raza” de los ultimos cinco años (de enero 1999 a Enero 2004) que correspondieron a neoformaciones de la cavidad oral del Servicio de Otorrinolaringologia y todos los datos que a continuacion se enuncian se concentraron en un formato especial (anexo 1) nombre, filiacion, sexo, edad, localización en la boca y lugar preciso donde se encuentran (paladar, carrillos, labios, lengua y trigono retromolar). Con los datos obtenidos se identificó la frecuencia de los tumores benignos y malignos de la cavidad oral, la estirpe histológica más común de los tumores benignos y malignos de cavidad oral y sus principales características.

RESULTADOS

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

En el servicio de Otorrinolaringología, de la Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. GGG CMN “La Raza” durante el periodo de enero de 1999 a diciembre de 2003, se enviaron al departamento de Anatomía Patológica, 161 muestras de 161 pacientes con neoformaciones benignas y malignas de cavidad oral. Los pacientes presentaron una edad promedio de 44.47 años y D.E. 19.15, de 2 a 84 años, con 99 mujeres (61.49%) y 62 hombres (38.50%).

La mayor frecuencia general de la estirpe histológica de los tumores fue de: 129 (80.12%) benignos, 28 (17.39%) malignos y 4 (2.48%) en los que no se determino estirpe histológica (ver tabla 1).

TABLA 1. Frecuencia de la estirpe histológica de los pacientes con tumores benignos y malignos de glándulas.

TUMOR	n	%
BENIGNO	129	80.13
MALIGNO	28	17.4
NO IDENTIFICADO	4	2.48
TOTAL	161	100

Por localización las neoformaciones de la cavidad oral, la mayor frecuencia se encontró en la lengua con 60 casos (37.6%), en paladar 37(22.9%), labios 28 (17.4%), encías 14 (8.69%), piso de boca 12 (7.4%), carrillos 6 (3.7%) y trígono retromolar 4 (2.5%) (ver tabla 2).

TABLA 2. Frecuencia de localización de los tumores benignos y malignos en cavidad oral

LOCALIZACION	N	%
Lengua	60	37.6
Paladar	37	22.9
labios	28	17.9
Encías	14	8.7
Piso de boca	12	7.4
Carrillos	6	3.7
Trígono retromolar	4	2.5
TOTAL	161	100

LENGUA

De todos los tumores de cavidad oral, el más frecuente fue el de la lengua con 60 casos (37.27%). De los cuales 53 (88.34%) fueron benignos y 7 (11.66%) malignos. La localización más frecuente fue la región ventral en 33 (62.3%), 20 (38%) en el borde derecho de la lengua y 8 (15.1%) en el borde izquierdo de la lengua. De acuerdo a la estirpe histológica de los tumores benignos el más frecuente fue la hiperplasia fibrosa 8 (15.1%), seguido del fibroma 5 (9.4%),

granuloma piógeno 4 (7.5%), hemangioma capilar 4 (7.5%), hiperplasia epitelial 3 (5.6%), ránula y granuloma 3 (5.6%) respectivamente y otras 23 (43.39%). Los tumores malignos reportados fueron carcinoma epidermoide 5 (71.4%), carcinoma verrucoso 1 (14.3%) y linfoma no Hodking 1 (14.3%). (Ver tablas 3 y 4).

Tabla 3. Estirpe histológica de tumoraciones benignas en lengua.

Estirpe histológica	N	%
Hiperplasia fibrosa	8	15.3
Fibroma	5	9.4
Granuloma piogeno	4	7.6
Hemangioma capilar	4	7.6
Hiperplasia epitelial	3	5.7
Ránula	3	5.7
Granuloma	3	5.7
Otros	23	43
Total	53	100

Tabla 4. Estirpe histológica de tumoraciones malignas en lengua.

Estirpe histológica	N	%
Carcinoma epidermoide	5	71.4
Carcinoma Verrucoso	1	14.3
Linfoma	1	14.3
Total	7	100

PALADAR

De los 161 pacientes con tumores benignos y malignos de la cavidad oral se reportaron 37 (22.9%) tumores en paladar, de los 37 tumores se encontró que 24 (51.35%) fueron tumores benignos, 13 (35.13%) malignos y 4 (10.8%) en los cuales se reporto el tipo oncocítico.

Los tumores benignos más frecuentes en paladar fueron los siguientes: papiloma 6 (31.6%), granuloma piógeno 3 (15.8%), granuloma 2 (10.5%) y otros 8 (42%). Los tumores malignos se dividieron de la siguiente manera: linfoma no Hodking 6 (46.1%), sarcoma de Kaposi 3 (23.1%), linfoma de Hodking 2 (15.4%), carcinoma epidermoide y carcinoma mucoepidermoide 1 (7.7%) respectivamente (ver tabla 5 y 6).

Tabla 5. Estirpe histológica de tumoraciones benignas en paladar.

ESTIRPE HISTOLOGICA	N	%
Papiloma	6	31.6
Granuloma piogeno	3	15.8
Granuloma	2	10.5
Otros	8	42
total	19	100

Tabla 6. Estirpe histológica de tumoraciones malignas en paladar.

ESTIRPE HISTOLOGICA	N	%
Linfoma no Hodking	6	46.1
Sarcoma de kaposi	3	23.1
Linfoma de Hodking	2	15.4
Otros	2	15.4
Total	13	100

LABIOS

De los 161 pacientes con tumores benignos y malignos se reportaron 28 (17.4%) tumores en los labios, 27 (96.42%) fueron benignos y 1 (3.6%) fue malignos. De acuerdo a la estirpe histológica de las neoformaciones benignas 10 (37%) correspondieron a mucocele, 4 (14.8%) a granuloma piógeno, 3 (11.1%) a hemangioma cavernoso, 2 (7.4%) a hemangioma capilar, 2 (7.4%) a papiloma, 2 (7.4%) hiperplasia epitelial, 1 (3.7%) a condiloma, 1 (3.7%) a hiperplasia fibrosa, 1 (3.7%) pseudoepitelioma y 1 (3.7%) quiste nasopalatino. El tumor maligno encontrado fue linfoma no Hodking (ver tabla 7 y 8).

Tabla 7. Estirpe histológica de tumoraciones malignas y benignas en labios.

Estirpe Histológica	N	%
Mucocele	10	37.2
Granuloma piogeno	4	14.8
Hemangioma cavernoso	3	11
Hemangioma capilar	2	7.4
Papiloma	2	7.4
Hiperplasia epitelial	2	7.4
Otros	4	14.8
Total	27	100

ENCIAS

De los 161 pacientes con tumores benignos y malignos de cavidad oral, 14 (8.7%) se presentaron en encías. Doce (85.71%) fueron tumores benignos y 2 (14.3%) malignos. De los primeros 4 (33.33%) correspondieron a granuloma piógeno, 3 (25%) granulomas, 2 (16.7%) a quiste radicular, 1 (8.33%) ameloblastoma, 1 (8.33%) fibroma y 1 (8.33%) hiperplasia fibrosa, los tumores malignos reportados 2 (100%) corresponden a linfoma no Hodking (ver tabla 8).

Tabla 8. Estirpe histológica de tumoraciones malignas y benignas en encías.

Estirpe Histológica	N	%
BENIGNO		
Granuloma Piogeno	4	33.3
Granuloma	3	25
Quiste Radicular	2	16.8
Otros	3	25
MALIGNO		
Linfoma no Hodking	2	100

PISO DE BOCA

De los 161 pacientes con tumores benignos y malignos de la cavidad oral se reportaron 12 (7.45%) tumores en piso de boca. De acuerdo a la estirpe histológica de los tumores benignos 6 (66.7%) ranulas, 1 (11.11%) mucocele, 1 (11.11%) fibroma y 1 (11.11%)

papiloma. Los tumores malignos se presentaron 2 (66.7%) carcinoma epidermoide y 1 (33.33%) carcinoma verrucoso.

CARRILLOS

De los 161 pacientes con tumores benignos y malignos en cavidad oral, se reportaron 6 (3.72%) tumores en carrillos. Todos fueron benignos, 1 (16.7%) granuloma piógeno, 1 (16.7) hemangioma capilar, 1 (16.7) fibroma, 1 (16.7) hiperplasia fibrosa y 1 (16.7) hiperplasia epitelial. No se reportaron tumores malignos en carrillos.

TRIGONO RETROMOLAR

De los 161 pacientes con tumores benignos y malignos en cavidad oral, se reportaron 4 (2.5%) tumores en trígono retromolar. De estos tumores 1 (25%) fue maligno y 3 (75%) benignos. De acuerdo a la estirpe histológica de los tumores benignos 2 (66.7%) fueron quistes dermoides y 1 (33.33%) hiperplasia fibrosa. Se reporto un caso de carcinoma epidermoide.

DISCUSION

El propósito de este estudio fue identificar la frecuencia y estirpe histológica de las neoformaciones de cavidad oral, a partir de los reportes histológico de 1999 a 2003.

En nuestra población de estudio la edad promedio de los sujetos fue de 44.47 años con D.E de 19.15, de 2 a 84 años, Los tumores fueron mas frecuentes en el sexo femenino con 99 mujeres (61.49%) y 62 hombres (38.51%). En un estudio realizado por Lype EM en 2001, reporta que los tumores de cavidad oral son mas frecuentes en hombres que en mujeres, diferente a lo encontrado en nuestro estudio (4).

Los tumores benignos se presentaron en forma más frecuente en este estudio 129 (80.1%) benignos, 28 (17.39%) malignos y en 4 (2.48%) no se especifico su estirpe histológica. La neoformación benigna mas común fue el granuloma piogeno con 20 (12.42%) y el papiloma con 12 (7.45%) hecho que no se encuentra referido en la literatura. La neoformación maligna más común fue el carcinoma epidermoide con 9 (5.6%) en general, que coincide con la literatura mundial (5).

La lengua fue la localización mas frecuente de las neoformaciones en la cavidad oral con 60 casos 37.27%, similar a lo reportado en la literatura con 67 (49%) (4), en relación al lado afectado poco se menciona en la literatura, nosotros encontramos que la mayoría de los tumores se encontraron en la región ventral de la lengua con 33 casos (62.3%), borde derecho 20 casos (38%) y el borde izquierdo en 8 (15%). El tumor benigno mas frecuente en lengua fue el granuloma piogeno con 8 (15.1%) casos y el tumor maligno mas común fue el carcinoma epidermoide: 5 (71.9%) concordando con lo referido en la literatura mundial que reporta un 80% (5).

En este estudio el paladar ocupó el segundo lugar con 37 casos (22.98%), presentando una frecuencia mayor que en otros estudios donde se reportan un 4.5% (4). El tumor benigno mas frecuente fue el papiloma con 6 (31.6%) de casos y el tumor maligno mas frecuente fue el linfoma no Hodking 6 (46%), este resultado no concuerda con lo referido en la literatura.

Los labios ocuparon el tercer lugar con 28 tumores (17.4%), estos resultados difieren con la literatura mundial donde el paladar presenta una incidencia de 2.3% (3,4). El tumor benigno mas frecuente fue el mucocele con 10 (37%) casos, hecho no referido en

la literatura, el tumor maligno mas frecuente fue el linfoma no Hodking.

En encías se encontraron 14 (8.7%) neoformaciones, el tumor benigno mas frecuente fue el granuloma piógeno con 3 casos (25%) y el tumor maligno mas frecuente fue linfoma no Hodking, datos que no se han reportado en la literatura.

En quinto lugar se encuentra el piso de boca con 12 (7.45%) tumores, de los cuales el benigno mas frecuente fue la ránula 6 (66.7%), no se encontró esto referido en la literatura mundial y el maligno mas frecuente es el carcinoma epidermoide con 2 (66.7%) misma frecuencia que concuerda con la literatura mundial (5).

En carrillos encontramos 6 (3.73%) de todas las neoformaciones y todas fueron benignas.

CONCLUSION

En nuestra población de estudio la edad promedio de los sujetos fue de 44.47 años, D.E de 19.15. Los tumores fueron mas frecuentes en el sexo femenino, 99 mujeres (61.49%) y 62 hombres (38.51%). La frecuencia de acuerdo a la estirpe histológica en general fue de 129 (80.12%) benignos, 28 (17.39%) malignos y 4 (2.48%) de los que no se especificó su estirpe histológica.

En los 161 pacientes con tumores benignos y malignos de la cavidad oral 60 (37.27%) correspondieron a la lengua, que fue el más frecuente.

En general, la neoformación benigna mas común fue el granuloma piogeno con 20 (12.42%) y el papiloma con 12 (7.45%) y el tumor maligno mas frecuente fue el carcinoma epidermoide con 9 (32.14%).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Levine PA, Seidman D. Neoplasm of the oral cavity, In Byron J Bailey. Head and Neck Surgery Otolaryngology. Lippincott Williams and Wilkins U.S.A. 2001: 1311-24.
- 2.-Vargas J, Seoane JM, Aguado A, Varela PI. Variations from normalcy Part I. Cutis Chatham 2002 ; 69:131-4.
- 3.- Weinberg MA. Estefan DJ. Assessing Oral Malignancies. Am Fam Physician 2002;65:1379-85.
- 4.-Lype EM, Pandey M, Mathew A, Thomas G, Sebastian D, Nair MK. Oral cancer among patients under the age of 35 years. J Postgraduate Med 2001; 47:171-6.
- 5.-Diaz D, Sánchez M, Aparicio G. Frecuencia de carcinoma epidermoide en cavidad bucal en el Hospital Central Militar de 1987 a 1997. Rev Sanid Milit Mex 2001; 55: 86-189.
- 6.-Quintana JC, Rodríguez R, Castillo A, Álvarez L. Comportamiento del plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa (1990-1994). Rev. Cubana Estomatol 1996;33:504-508.

7.-Kraus D, Joe JK. Neoplasm of the oral cavity and oropharynx. En Bellenger's Otorhinolaryngology Head and Neck surgery. BC Decker Inc. 2003; 1408-1435.

8.-Dikshit RP, Kanhere S. Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: a population – based case – control study in Bhopal India. Int J Epidemiol 2000;29:609-14.

9.-Key TJ, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. The effect of diet on risk of cancer. Lancet 2002; 360: 861-9.

10.-Giovanelli L, Campis G, Lamma A. Human papillomavirus DNA in oral mucosal lesión. J infect Dis 2002;185:833-7.

11.-Escajadillo JR. Cavidad bucal En: Jesús Ramón Escajadillo. Editorial El manual moderno, México, D.F. 2002: 415-438

12.-Bansberg SF. High grade carcinoma of the oral cavity. Otolaryngol Head Neck Surg 1989; 100:41-48

13.-Consensus conference magnetic resonance imaging JAMA 1988; 259: 2132-8

14.-Harrison LB, Sessions R, Hong WK. In Head and Neck Cancer. A multidisciplinary approach. Philadelphia, Lippincott- Raven 1999. pag 1153-61

15.-Lip and oral cavity.In: American Joint Comite on Cancer:AJCC cancer staging Manual &TH ED New York, NY 2002: 23-32.

16.-Longendijk JA, De Jong MA, Leemons Ch R. Radiotherapy in squamus cell carcinoma of the oral cavity: The importance of the overall treatment time. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003; 57: 693-700.

17.-Lanny Gc, Philip MB, Milan FV, Joan R, Steven DS. Microvascular Invasion and survival in cancer of the oral cavity and oropharynx. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1989; 115: 1304-1313.

18.-De Cassia K, Kowalski LP, Latorre MR. Perioperative complications comorbidities and survival in oral or oropahringeal cancer. Am Med Assoc 2003; 129: 219-228.

19.-Diccionario terminológico de ciencias medicas. España. Salvat. 1982:1206.

20.-Diccionario de la lengua española. Decimonovena edición Madrid 1970, editorial espasa-Calpe Vol. III PP 597

ANEXO I

FORMATO DE CAPTURA DE DATOS:

No. de patologia _____

Nombre _____

afiliacion _____

Sexo _____

Fecha _____ volumen de patologia _____

Datos Clinicos

Tipo de Biopsia _____

Lugar de presentacion:

Carrillos _____

Lengua central _____ Borde derecho _____ Borde Izquierdo _____

Labios _____ Encias _____

Piso de Boca _____ Paladar _____ Trigono retromolar _____

Lengua central _____ Borde derecho _____ Borde Izquierdo _____

Labios _____ Encias _____

Piso de Boca _____ Paladar _____ Trigono retromolar _____

Tipo de neoformacion

Benignas

Linfangioma
 Quiste radicular
 Quiste folicular
 Quiste dermoide
 Quistes linguales
 Cistadenoma
 Granuloma piogeno
 Condroma
 Osteoma lingual
 Hemangioma
 Papiloma

otros

Malignos	
	Carcinoma de piso de boca
	Carcinoma de encias
	Melanoma maligno
	Carcinoma mucosa bucal
	Carcinoma verrucoso
	Carcinoma epidermoide
	Sarkoma de kaposi
Otro	
No especificado	
