

**PREVALENCIA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR BUCAL EN
LOS PACIENTES TRATADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA DE GUATEMALA, DURANTE EL PERÍODO
1983-1993**

Tesis presentada por

KARLA FABIOLA MURGA DEL AGUILA

*Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que practicó
el examen General Público previo a optar al Título de*

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Junio de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

09
T(856)
c.4

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano: **Dr. Danilo Arroyave Rittscher.**

Vocal Primero: **Dr. Eduardo Abril Gálvez**

Vocal Segundo: **Dr. Luis Barillas Vásquez**

Vocal Tercero: **Dr. Víctor Manuel Campollo Zavala.**

Vocal Cuarto: **Br. Guillermo Martini Galindo.**

Vocal Quinto: **Br. Alejandro Rendón Terraza.**

Secretario: **Dr. Carlos Alvarado Cerezo**

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN ORAL PÚBLICO

Decano: **Dr. Danilo Arroyave Rittscher.**

Vocal Primero: **Dr. Luis Barillas Vásquez**

Vocal Segundo: **Dra. Mirna Calderón Márquez.**

Vocal Tercero: **Dra. Diana Anabella Corzo Marroquín.**

Secretario: **Dr. Carlos Alvarado Cerezo.**

DEDICO ESTE ACTO

A Dios Y a la Virgencita:

Por darme vida, sabiduría, amor, ternura, comprensión, dedicación, respeto, abnegación, de ser su hija, cuidarme y guiarme en el sendero de la vida.

Al hombre que Amé, que Amo y Amaré Siempre:

DOMINGO LIMA

Dotado de amor, sabiduría; quien con su ejemplo de intelectualidad, moral y con su constante y desinteresado apoyo es un hombre digno de imitar.

De quien aprendí una escuela muy especial de la vida, ahora recuerdo una de esas enseñanzas; que los triunfos regados con sacrificios son los más valiosos y con perseverancia obtendré la culminación de mis metas con la bendición de Dios.

Al único hombre que he amado y a quién admiro, mil gracias por todas tus enseñanzas y ejemplos que nunca olvidaré. Eres mi Amor Eterno cielo Lindo.

TESIS QUE DEDICO

A mis abuelos: Elsa Lima (La mejor maestra de mi vida)

Adalberto del Águila

A Mis Padres:

Fielfer Dunnott Murga Pivaral

Por su constante apoyo y por ser el mejor maestro de mi vida.

Ana María Del Águila de Rodríguez

Gracias por darme el don de la vida y por tener en usted una admirable madre.

En Especial a: María del Rosario Del Aguila Lima

Q.E.P.D. +

Por ser la madre más abnegada, amorosa, leal, sincera y la mejor maestra que jamás olvidaré, mujer digna de imitar.

A Mis Hermanos: Pablo Daniel del Aguila (Q.E.P.D.), Elsa del Aguila, Augusto Murga, Marda , Juan Carlos , Milene , Marcel , Darla , Fernando. .

A Mis Tíos, Primos Cuñados y Sobrinos

A Mis Amigos: Dr. Román Carlos Bregni, Dra. Mirna Calderón, Dr. Federico Richter, Licda. Graciela Florán de Richter , Dra. Brenda Salazar, Ing. Raúl Matheu , Dra. Melissa Spatt,, Sr. Victor Chajón,

AGRADECIMIENTOS

Muy Especialmente A:

Dr. Federico Juan Matheu de Florán

Mil gracias por tu constante comprensión, apoyo y por enseñarme que la constancia inteligente es el secreto de los triunfadores.

A: SANDRA ARACELY VARELA

Por estar junto a mí en momentos difíciles de mi vida, mil gracias.

Al Arquitecto: BYRON OLIVA

A MIS PADRINOS

Licda. : LUZ AMPARO GIRALDO MORENO

Dr. : DANILO CHAVARRIA MÉNDEZ

Dr. : ENRIQUE GÓMEZ LIMA

Lic.: CÉSAR DEL AGUILA LIMA

Dr. : MIGUEL ESCOBAR

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración, mi trabajo de tesis titulado:
**PREVALENCIA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR BUCAL EN
LOS PACIENTES TRATADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA DE GUATEMALA, DURANTE EL PERÍODO
1983-1993**

*conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de
San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:*

CIRUJANO DENTISTA

*Quiero expresar mi agradecimiento a mi asesora: **Dra. Mirna Calderón**, por su
valiosa asesoría en la elaboración de este trabajo, al Dr. Román Carlos al Dr.
Alejandro Palomo, Instituto de Cancerología de Guatemala y a todas las personas que
me brindaron su colaboración; quedando eternamente agradecida a la Facultad de
Odontología, a cada uno de mis catedráticos y a vosotros distinguidos miembros del
Honorable Tribunal Examinador.*

HE DICHO

INDICE GENERAL

	Pág.
Sumario	1
Introducción	2
Formulación del problema	3
Justificación	4
Revisión de Literatura	5
Objetivos	19
Variables: Definición e Indicadores	20
Criterios de Inclusión	22
Metodología	23
Resultado, Interpretación y Discusión de Datos	24
Conclusiones	48
Recomendaciones	50
Anexos	51
Anexo I	52
Anexo II	55
Referencias Bibliográficas	57

SUMARIO

La presente investigación, se realizó con la finalidad de conocer las características más importantes del Carcinoma Escamocelular Oral, lo cual permitió conocer la prevalencia del carcinoma debido al aumento constante de casos durante los últimos años en nuestro medio. Asimismo se limitó a analizar los posibles factores etiológicos, manifestaciones clínicas, grupo étnico, edad, sexo, etapa clínica, grado de diferenciación histológica, localización en cavidad bucal, tratamiento y sobrevida.

Este estudio retrospectivo se limitó a los pacientes diagnosticados con Carcinoma Escamocelular Bucal, del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala, a partir de una muestra de trescientos quince pacientes, todos ellos diagnosticados durante el período de 1983 a 1993.

Después de la recopilación, tabulación, análisis discusión y presentación estadística de resultados, el estudio evidenció las diversas diferencias de nuestra realidad respecto a los reportes de literatura extranjera referente a Carcinoma Escamocelular.

El resultado de la investigación mostró que el tabaco y el alcohol son factores altamente predisponentes, aunque también fue alto el número de casos de pacientes sin factores predisponentes. El tumor es la presentación clínica más frecuente.

También se evidenció que el mayor grupo de pacientes diagnosticados con Carcinoma fue el sexo masculino en una relación aproximada 2:1. Asimismo que los pacientes entre la sexta y séptima década de vida son mayormente afectados.

Demostró que los tratamientos de elección son: cirugía, radioterapia, quimioterapia

y en ocasiones combinación de dos o más de éstos, cuando el caso lo ameritó. Y el promedio de casos de supervivencia es alto en pacientes diagnosticados en la etapa inicial del cáncer.

La etiología más frecuente es el grupo que presenta el mayor número de casos, y la localización de cavidad bucal más afectada es lengua.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo constituye una investigación acerca de la frecuencia del carcinoma Escamocelular Oral debido al aumento constante de casos de ésta entidad patológica en los últimos años en nuestro medio.

El propósito del presente trabajo ha sido dar a conocer las características más importantes del carcinoma Escamocelular tales como: los posibles factores etiológicos dentro de los que tenemos, juegan un importante papel en uso crónico de tabaco y alcohol, así como sus manifestaciones clínicas las que siempre debemos considerar como lesiones precancerígenas hasta no obtener resultados contrarios a través de la biopsia y descartar muestras sospechas.

En general el tratamiento de ésta entidad patológica dependió de la localización, tamaño del tumor, profundización, etc., en que se encontró la lesión en el momento de ser diagnosticada, y dependiendo de estos factores los tratamientos de elección fueron: Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, y en ocasiones la combinación de dos o más de estos métodos según el caso lo ameritó.

A continuación en este documento se les ampliará información respecto al Carcinoma Escamocelular.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En ésta investigación se pretende obtener información acerca de: Prevalencia de Carcinoma Escamocelular en los pacientes tratados en el Instituto de Cancerología de Guatemala, durante el período de 1983 a 1993, para determinar edad, sexo, áreas de cavidad bucal mayormente afectadas, etapa clínica (según clasificación TNM) en la que se detecta con mayor frecuencia, cuál es su grado de diferenciación histológica, tipo de tratamiento y sobrevida de los pacientes a los 5 ó 10 años, tomando en cuenta también, la distribución de estos aspectos según grupo étnico.

J U S T I F I C A C I Ó N

En Guatemala no se cuenta con estudios suficientes y actualizados sobre Carcinoma Escamocelular, por lo que es necesario continuar describiendo la patología de la población guatemalteca con las características que ésta entidad patológica se presenta.

Información que podrá incorporarse al proceso de enseñanza- aprendizaje en la Facultad de Odontología.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CARCINOMA ESCAMOCELULAR

Es la Neoplasia maligna más común de cavidad bucal, constituyendo el 90 al 96% de todos los tumores malignos de la boca. Los sitios anatómicos frecuentemente afectados son: Piso de boca, reborde de lengua y vientre de lengua. (47,29,36,8)

El cáncer oral representa aproximadamente el 3% a mujeres y 6 % en hombres de todos los cánceres. (14,42)

POSIBLE ETIOLOGÍA

Es aún incierta pero se considera que el uso crónico de tabaco (fumado y masticado) y alcohol son los factores más importantes. (41,42). Existen otras causas que se han relacionado con carcinoma escamoceleular tales como: Herpes simple, sífilis, candidiós, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Papiloma virus humano, calor, algunas formas de radiación, factores genéticos como la disqueratosis congénita, desordenes de la mucosa como la fibrosis de submucosa oral, liquen plano, síndrome de paterson Kelly, lupus eritematoso discoide y otros. (47,29,40)

EPIDEMIOLOGÍA

El Carcinoma de células escamosas es más frecuente en la raza negra en estudios realizados en Estado Unidos de Norte América, entre la quinta y sexta década de la vida; el sexo masculino está mayormente afectado en una relación de 2:1.

ASPECTOS CLÍNICOS

Los hallazgos clínicos más frecuentes de carcinoma escamocelular son la presencia de lesiones con superficies blanquecinas (leucoplásia), con áreas eritematósas (eritroplásia), o combinación de áreas blanquecinas y rojas (eritroleucoplásia), que conllevan a mayor riesgo de malignidad; así como úlceras crónicas de aspecto crateriforme.

Por lo que cualquier placa o parche blanco o rojo aterciopelado debe ser considerado como sospechoso y las úlceras que no sanan. (erosión) también; debiéndose considerar todas estas lesiones como malignas o precancerígenas hasta no obtener el informe final de la biopsia. (47,29)

Dentro de la cavidad oral las áreas mayormente afectadas por carcinoma escamocelular son: el Piso de boca, la Porción ventral y lateral de la lengua.

Siendo las áreas menos afectadas: Mucosa de carrillo, encía y paladar duro. (20,35)

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

En el área de sospecha se toma una biopsia que permita el diagnóstico histológico, la diferenciación celular y el grado de invasión del carcinoma de células escamosas; ya que la actividad biológica de esta neoplasia usualmente se clasifica como tumores bien, moderada o pobremente diferenciados de acuerdo a la clasificación de Broders. Dichos estudios se realizan rutinariamente con coloración de hematoxilina - eosina. (47,29,42)

Para determinar el grado histológico de malignidad se recomienda hacerlo utilizando siete criterios morfológicos, cuatro de los cuales representan propiamente la población celular del tumor, incluyendo su:

Morfología Celular

Tendencia a queratinizar

Aberraciones nucleares

Número de mitosis. (1)

Mientras que los tres criterios adicionales se relacionan a la interrelación huésped - tumor y son:

Forma de invasión

Grado de invasión

Respuesta Inflamatoria. (1)

DEFINICIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE BRODER

GRADO I

Se caracteriza como un carcinoma escamocelular bien diferenciado, con células tumorales relativamente maduras con poca aberración nuclear y con la presencia de perlas de queratina y/o queratinización celular individual.

GRADO II

Se caracteriza por la presencia de células tumorales, exhibiendo un amplio rango de diferenciación. La queratinización está ocasionalmente presente y la aberración nuclear va de moderada a abundante.

GRADO III

Se caracteriza por células tumorales pobremente diferenciadas con ausencia de queratinización.

Existe abundante aberración nuclear.

GRADO IV

Se caracteriza por tejido tumoral anaplásico, con células tumorales pobremente diferenciadas que no pueden ser identificadas como de origen epitelial sobre la base histológica de rutina únicamente.

El carcinoma escamocelular invasivo se caracteriza por la invasión de células escamosas alteradas dentro del soporte de tejido conectivo y estructuras adyacentes. (29)

CLASIFICACIÓN CELULAR

La toma de biopsia de las lesiones puede demostrar en el estudio histológico, si los carcinomas son o no invasivos, en el caso de no ser invasivo se denomina "Carcinoma In Situ". (5)

Aún no existe una correlación estadística significativa entre los grados de diferenciación y el comportamiento o comportamiento del cáncer. (10)

DEFINICIÓN DE ESTADÍOS Y CLASIFICACIÓN TNM

La clasificación TNM es utilizado como método para la estadificación clínica de tumor primario del carcinoma escamocelular. Siendo el significado de las siglas el siguiente:

"T" Indica el tamaño del tumor primario.

"N" Indica la presencia o ausencia de compromiso de los ganglios linfáticos regionales.

"M0" Indica la ausencia de metástasis a distancia.

T- TUMOR PRIMARIO

TX- No se encuentran requerimientos mínimos para valorar el tumor primario.

T0- Sin evidencia de tumor primario.

TIS- Carcinoma In Situ.

T1- Tumor de 2 centímetros o menos en el diámetro mayor.

T2- Tumor mayor de 2 centímetros, pero no mayor de 4 centímetros en el diámetro mayor.

T3- Tumor mayor de 4 centímetros en el diámetro mayor.

T4- Tumor Masivo. (28,13)

N- GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

- NX- No existen nódulos linfáticos regionales.*
- N0- No hay metástasis en los nódulos linfáticos regionales.*
- N1- Metástasis en un nódulo linfático menor o igual a 3 cm en su dimensión mayor, ipsilateral.*
- N2- Metástasis en un linfático ipsilateral, entre 3 - 6 cms en su dimensión mayor; o en múltiples nódulos linfáticos ipsilateral, menor de 6 cms en su dimensión total.*
- N2a. Metástasis en un nódulo linfático ipsilateral entre 3-6 cm en su dimensión total.*
- N2b: Metástasis en múltiples nódulos linfáticos ipsilateral, ninguno mayor de 6 cm en su dimensión total.*
- N2c: Metástasis en nódulos linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm en su dimensión total.*
- N3- Metástasis en un nódulo linfático con más de 6 cm en su dimensión total.*

Hay tres grados de nódulos clínicos:

N1, N2 y N3. El uso de los subgrupos a, b y c no es requerido pero si recomendado.

M- METASTASIS DISTANTES

MX- La presencia de metástasis distante no puede ser valorada.

M0- No hay metástasis a distancia.

M1- Presencia de metástasis a distancia.

(41, 42, 13)

DEFINICIÓN DE LOS ESTADÍOS (TNM)

ESTADÍO 0

Tis, N0, M0

ESTADÍO I

T1, N0, M0

ESTADÍO II

T2, N0, M0

ESTADÍO III

T3, N0, M0

T1, T2, T3; N1, M0

ESTADÍO IV

T4, N0 o N1, M0

Cualquier T, N2 o N3, M0

Cualquier T, cualquier N, M1

METÁSTASIS

Las metástasis de tumores de boca se diseminan a través de cadenas linfáticas, o por vía hematógena.

Dentro de los nódulos linfáticos tenemos: cervicales superficiales y profundos, submentoniános, pre-postauriculares, supraclaviculares. Las metástasis distantes por vía hematógena pueden estar presentes en un 5-10% en el momento del examen inicial del paciente, siendo su sitio principal el pulmón. (29)

TRATAMIENTO

Este va a depender del área anatómica afectada, tamaño del tumor y la presencia de metástasis. También de la edad y el estado general del paciente.

Los cánceres tempranos (estadio I, II) de labio, piso de boca, trigono retromolar, lesiones tempranas de lengua, encía superior y del paladar duro sin involucrar al hueso altamente curables por medio de cirugía (exición) y / o radioterapia. (11, 50, 21, 37, 16) aunque la escogencia específica del tratamiento es dictaminada por los resultados anticipados funcionales, cosméticos, y la habilidad del médico responsable. (10, 7) La presencia de un margen positivo o un margen mas profundo de 5 mm incrementa significativamente el riesgo de recurrencia local, por lo que se sugiere que la modalidad de tratamiento combinado será la mas efectiva. Así también es el caso de tumor avanzado infiltrativo y ulcerante de encía superior, el tumor del paladar duro y el de lengua en caso que sea extenso el tamaño del tumor. (27, 21, 37, 16)

Lesiones tempranas (T1, T2) del tercio anterior de la lengua pueden ser manejadas mediante cirugía o radioterapia solamente. Obteniendo del 70-85% los rangos de curación en el caso de cualquiera de las modalidades de tratamiento anteriormente mencionadas. También hay exiciones moderadas o aún hemigloséctomía que con frecuencia origina pequeños defectos del habla causados por la herida; como lo es limitaciones fonéticas. (21, 37, 16)

La disección radical de ganglios de cuello es recomendada a la mayoría de casos, excepto a tumores microinvasivos o in situ.

En casos de cánceres avanzados (estadio III, IV) en labio, piso de boca, y trigono retromolar; deben de tratarse en combinación de tratamientos incluyendo quimioterapia, debido a la alta recurrencia local y/o metástasis distantes. (50, 21, 37, 16)

Ocasionalmente, pacientes con cáncer de lengua extensos (T3, T4) requieren como tratamiento casi gloséctomía total, genera alta morbilidad al paciente tales como: aspiración de líquidos y sólidos, dificultades al tragar adicionales a las dificultades del habla. Teniendo estos tumores rangos de control del 30-40%.

De acuerdo con evidencias clínicas y radiológicas los cánceres de la encía inferior, que son exofíticos deben ser tratados por medio de escisión local en donde debe de incluirse partes del hueso afectado. Mientras que en lesiones mas avanzadas requieren tratamientos como; resección segmental del hueso, hemimandibuléctomía o maxiléctomía dependiendo de la extensión y localización de la lesión.

RANGO DE CURABILIDAD (8,9,20,24)

Este dependerá del estado de nódulos linfáticos, el sitio específico y extensión del tumor primario.

<i>Area afectada curabilidad</i>	<i>Etapa malignidad</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>% de</i>
<i>Labio</i>	<i>Inicial</i>	<i>Cirugía/ radioterapia</i>	<i>90 al 100%</i>
<i>Trígono retromolar, paladar duro y encía superior</i>	<i>Inicial</i>	<i>Cirugía/ radioterapia</i>	<i>100%</i>
<i>Lengua tercio anterior</i>	<i>Inicial</i>	<i>Cirugía/ radioterapia</i>	<i>90%</i>

Si en determinado momento un paciente recae, se debe de hacer un nuevo diagnóstico del estadio y así seleccionar la terapia adicional adecuada. (19,20,48,49)

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Este dependerá de la extensión del tumor primario, del lugar del tumor, del estado de los nódulos linfáticos y los tratamientos pueden ser: Cirugía solamente, radioterapia solamente, quimioterapia, o combinación de estos cuando el caso lo amerite. (21,22,29,36,46)

CIRUGÍA

En lesiones de cavidad bucal la cirugía debe permitir la remoción del grueso y extensiones microscópicas totales del tumor. Si los nódulos regionales son positivos deben de disceccionarse .

En pacientes con lesiones pequeñas T1 ó T2, sin nódulo linfático regional, y sin metástasis distantes o quién no tiene nódulos linfáticos mayores de 2 cm este tratamiento puede ser efectivo. (17,18,39,43).

En la actualidad el cirujano puede remover tumores grandes posteriores de cavidad oral por medio de métodos de acercamientos modernos, reconstructivos y de rehabilitación prostodóntica.

El tratamiento quirúrgico del cáncer del paladar duro usualmente requiere escisión ósea.

Actualmente está siendo estudiada la cirugía micrográfica de MOHS que sirve para determinar los márgenes libres del tumor.(12)

RADIOTERAPIA

En cánceres de labio y cavidad oral; la radioterapia es una alternativa de tratamiento.

Exitosamente han sido tratados tumores pequeños superficiales mediante implantación local.

Mientras que en tumores grandes en donde los nódulos linfáticos regionales están involucrados o no; clínicamente son tratados con radioterapia de rayo externo. Así el suplemento con fuentes de radiación intersticial a veces es necesaria para lograr las dosis adecuadas en caso de tumores primarios grandes y/o metástasis ganglionar. (9)

Este método de tratamiento puede ser apropiado en pacientes con lesiones T3, NO, MO o quién no tiene nódulos linfáticos mayores de 2 cm. (2,22,37,41,42)

Los pacientes que fuman durante el tiempo de tratamiento con radioterapia parecen tener menos respuestas y más corta duración de supervivencia que los pacientes que no fuman. (6)

PRONÓSTICO

Este va a depender del sitio, tamaño, estadio TNM del tumor y de acuerdo con el tipo de tratamiento recibido por el paciente. (29)

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la frecuencia de Carcinoma Escamocelular Bucal en pacientes tratados en el Incan de Guatemala.

ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar región de la cavidad bucal que afecta con mayor frecuencia el Carcinoma Escamocelular Bucal.*
- 2.- Determinar las características clínicas del Carcinoma Escamocelular Bucal.*
- 3.- Frecuencia por sexo de Carcinoma Escamocelular.*
- 4.- Frecuencia por edad de Carcinoma Escamocelular.*
- 5.- Determinar el tipo de tratamiento establecido.*
- 6.- Determinar el grupo étnico mayormente afectado.*
- 7.- Determinar grado de diferenciación histológica del Carcinoma Escamocelular Bucal diagnosticado en pacientes del Instituto de cancerología de Guatemala.*
- 8.- Determinar la clasificación y estadificación del tumor. (clasificación de Broders).*
- 9.- Tratar de identificar probables factores de riesgo.*

VARIABLES: DEFINICIÓN E INDICADORES

EDAD

Tiempo cronológico de vida.

INDICADOR: Tiempo de vida expresado en años según aparece registrado en el archivo de computo del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala.

ÉTNIA

Identidad o pertenencia con alguno de los grupos socioculturales diferenciados que existen en Guatemala (indígenas, garífunas, ladino, Xinca y otros).

INDICADOR: Se anotará la registrada en la ficha.

SEXO

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, así en los racionales como en los irracionales, y aún en las plantas.

INDICADOR: El que aparece anotado en la ficha del paciente.

TRATAMIENTO

Sistema o método que se emplea para curar enfermedades o defectos.

INDICADOR: El que aparece anotado en la ficha del paciente.

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

Región anatómica de la cavidad bucal donde se localiza la lesión.

INDICADOR: La que aparece anotada en la ficha del paciente.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Conjunto de signos y síntomas encontrados en un paciente, a partir de los cuales se pueden realizar estudios y tratamientos especiales, por un grupo de facultativos que colectivamente practican la medicina.

INDICADOR: Se anotarán los que aparecen en la ficha del paciente.

DIFERENCIACIÓN PATOLÓGICA

Son los hallazgos histológicos de la lesión, de acuerdo con la clasificación de BRODERS I, II, III, IV.

INDICADOR: El que aparece anotado en la ficha clínica.

OCUPACIÓN

Tener muchas ocupaciones o actividades .

INDICADOR: El que aparece anotado en la ficha.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes de sexo masculino y femenino con el diagnóstico de Carcinoma Escamocelular Bucal, del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala, durante el período comprendido entre 1983 a 1993.

METODOLOGÍA

Se solicitó al Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala, acceso al archivo de registro de pacientes con diagnóstico de Carcinoma Escamocelular Bucal durante el período de 1983 a 1993.

POBLACIÓN

Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de Carcinoma Escamocelular Bucal, en el Instituto Nacional de cancerología de Guatemala durante el período de 1983 a 1993.

PROCEDIMIENTO

Se elaboró una ficha de recolección de datos que consta de 8 incisos en la cual se anotaron los diferentes aspectos sobre Carcinoma Escamocelular Bucal obtenidos del registro de datos clínicos del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala, tales como: hallazgos clínicos, hallazgos histológicos, posibles factores de riesgo, epidemiología, ubicación anatómica de la neoplasia, tratamiento efectuado en cada paciente.

- *Se ejecutó, tabuló, analizó y discutió los resultados de la investigación.*
- *Presentación de resultados: Todos los datos obtenidos se presenta en cuadros y gráficas.*

***RESULTADO,
INTERPRETACIÓN Y DISCUSION
DE DATOS***

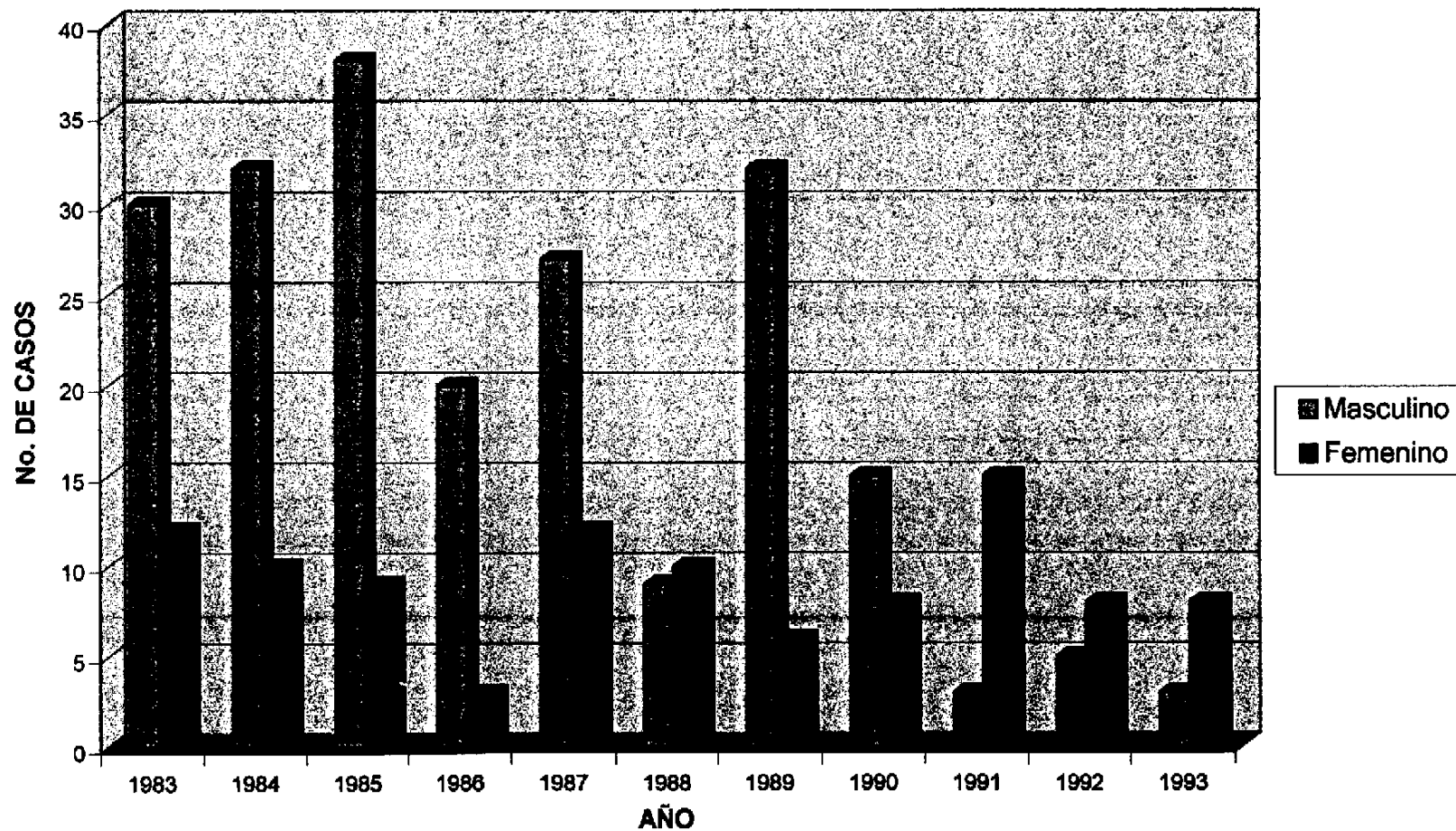
CUADRO No. 1

**DISTRIBUCION DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL SEGUN SEXO,
INCAN DE GUATEMALA, PERIODO 1983-1993**

AÑO	M	% M	F	% F
1983	30	9.523	12	3.174
1984	32	10.158	10	3.174
1985	38	12.063	9	2.857
1986	20	6.349	3	0.952
1987	27	8.571	12	3.174
1988	9	2.857	10	3.174
1989	32	10.158	6	1.904
1990	15	4.761	8	2.539
1991	3	0.952	15	4.761
1992	5	1.587	8	2.539
1993	3	0.952	8	2.539
TOTAL	214	67.887	101	31.780

Este cuadro evidencia que el sexo mayormente afectado con carcinoma escamocelular oral, por año que aparecen en los expedientes clínicos del INCAN, fue el masculino.

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL SEGUN SEXO, INCAN DE
GUATEMALA, PERIODO 1983-1993



CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL

SEGUN EDAD Y SEXO, INCAN GUATEMALA

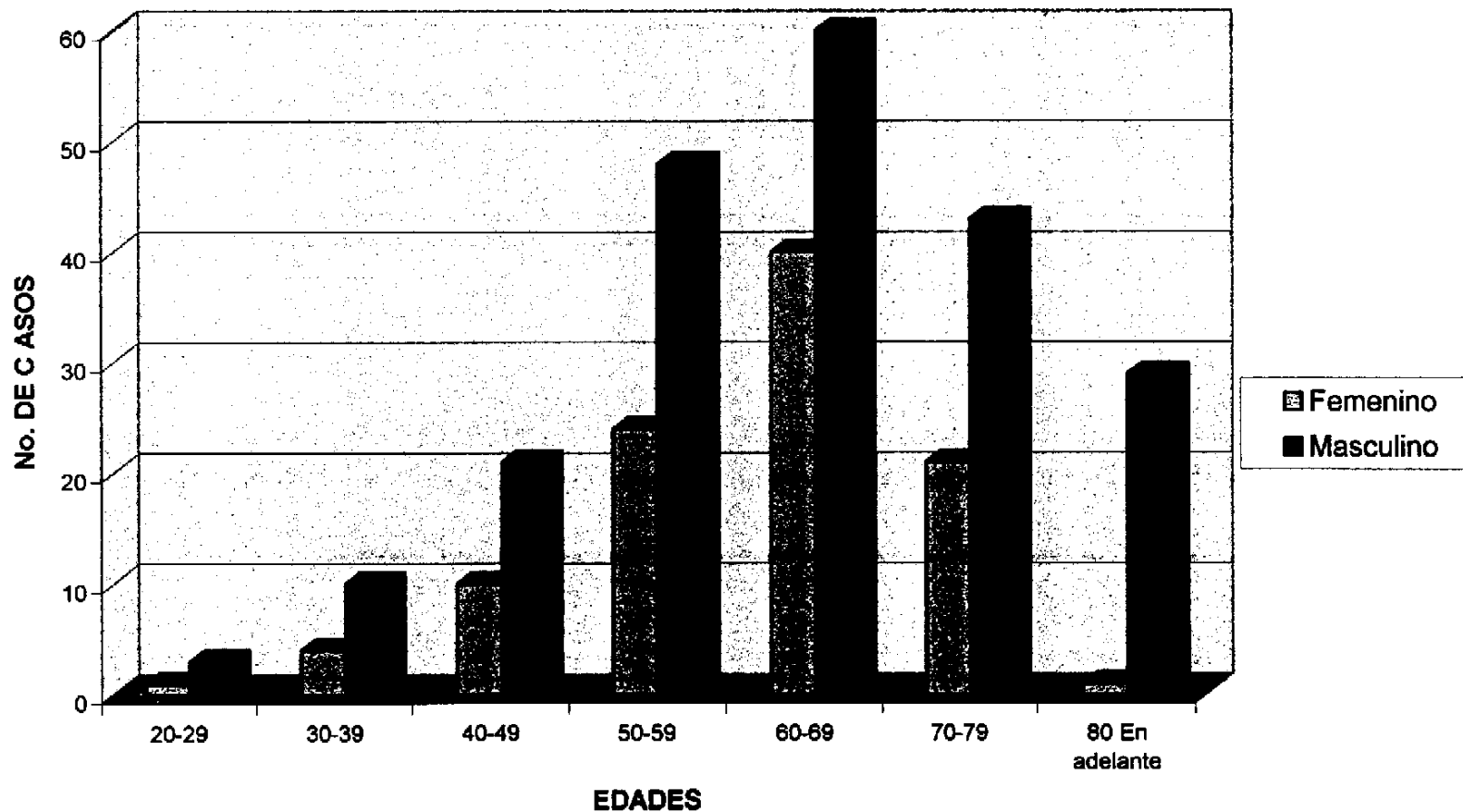
PERIODO 1983-1993

EDAD	No. DE CASOS	%	FEMENINO	%	MASCULINO	%
20-29	4	1.2	1	0.9	3	1.4
30-39	14	4.4	4	3.9	10	4.7
40-49	31	9.7	10	9.9	21	9.8
50-59	72	22.8	24	23.7	48	22.4
60-69	100	31.7	40	39.6	60	28
70-79	64	20.3	21	20.8	43	20.1
80 En adelante	30	9.4	1	0.9	29	13.6
TOTAL	315	100.00	101	100	214	100

Este cuadro presenta la distribución según la edad del paciente, y se evidencia que entre la quinta y séptima década de vida se reportaron el mayor número de casos del Carcinoma Escamoceleular Oral; en tanto que reporta que en los pacientes entre la segunda y tercera década de vida es un tanto bajo el porcentaje de dicha entidad patológica.

Así mismo el cuadro demuestra que el grupo masculino es el mayormente afectado en relación con el femenino en una relación de 2:1.

GRAFICA No. 2
DISTRIBUCION DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL SEGUN EDAD Y SEXO,
INCAN GUATEMALA PERIODO 1983-1993



INSTITUTO DE LA ADMINISTRACION DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Control

CUADRO No. 3

CASOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ENCONTRADOS EN

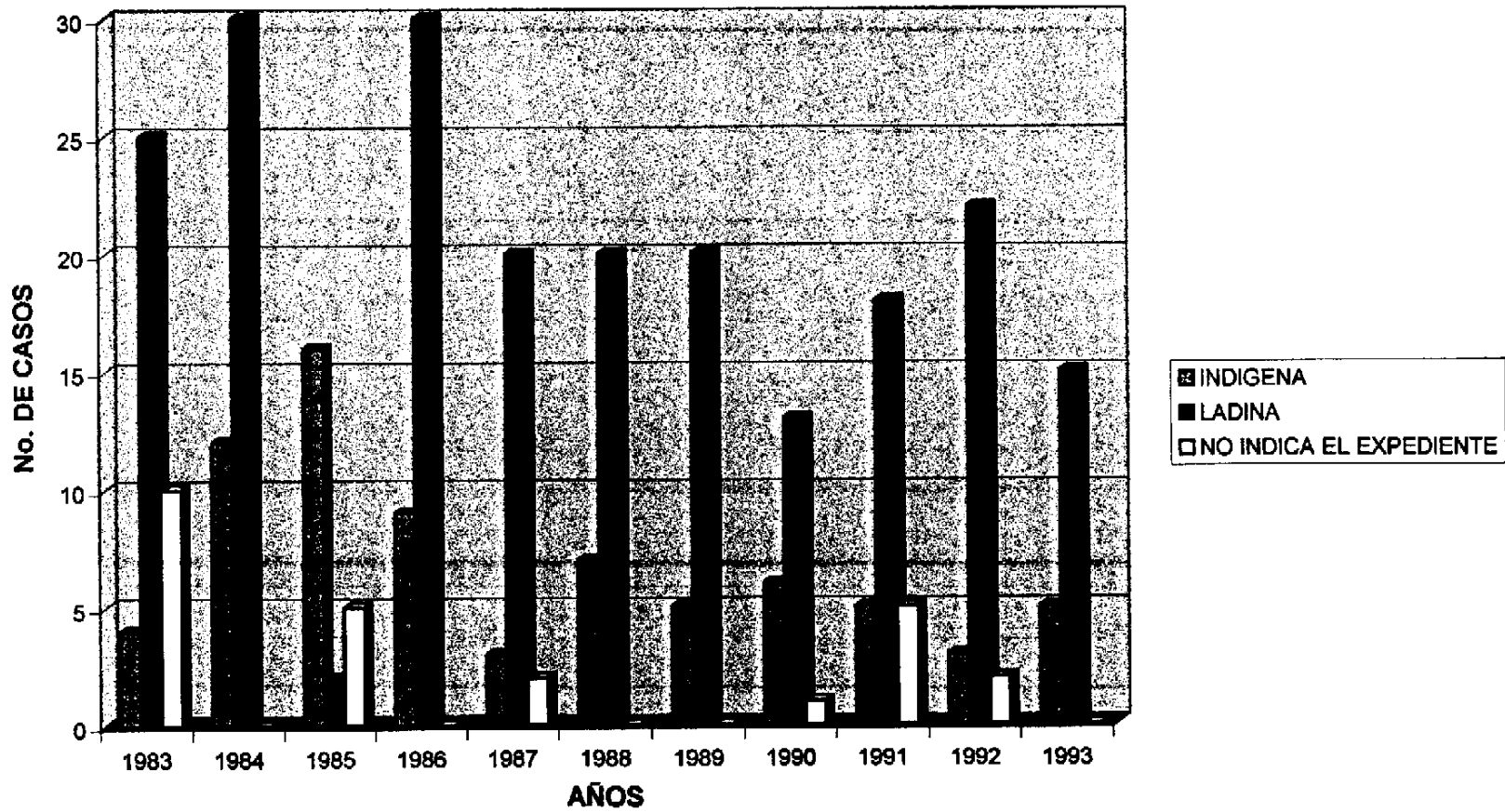
EL INCAN DE GUATEMALA, EN RELACION A ETNIA

INDIGENA- LADINO, PERIODO 1983-1993.

INDIGENA	%	LADINA	%	NO INDICA EL EXPEDIENTE	%
4	1.3	25	7.9	10	3.2
12	8.6	30	9.5	0	0
16	5.1	2	0.6	5	1.6
9	2.8	30	9.5	0	0
3	0.9	20	6.3	2	0.6
7	2.2	20	6.3	0	0
5	1.6	20	6.3	0	0
6	1.9	13	4.1	1	0.3
5	1.6	18	6.1	5	1.6
3	0.9	22	10.2	2	0.6
5	1.6	15	6.9	0	0
TOTAL 75	100	215	100	25	100

Este cuadro muestra que en el grupo de casos estudiados; se registró mayor número de personas de la étnia Ladina que del indígena.

GRAFICA No. 3
CASOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ENCONTRADOS EN EL INCAN DE
GUATEMALA, EN RELACION A
ETNIA INDIGENA- LADINO, PERIODO 1983-1993.



CUADRO No. 4

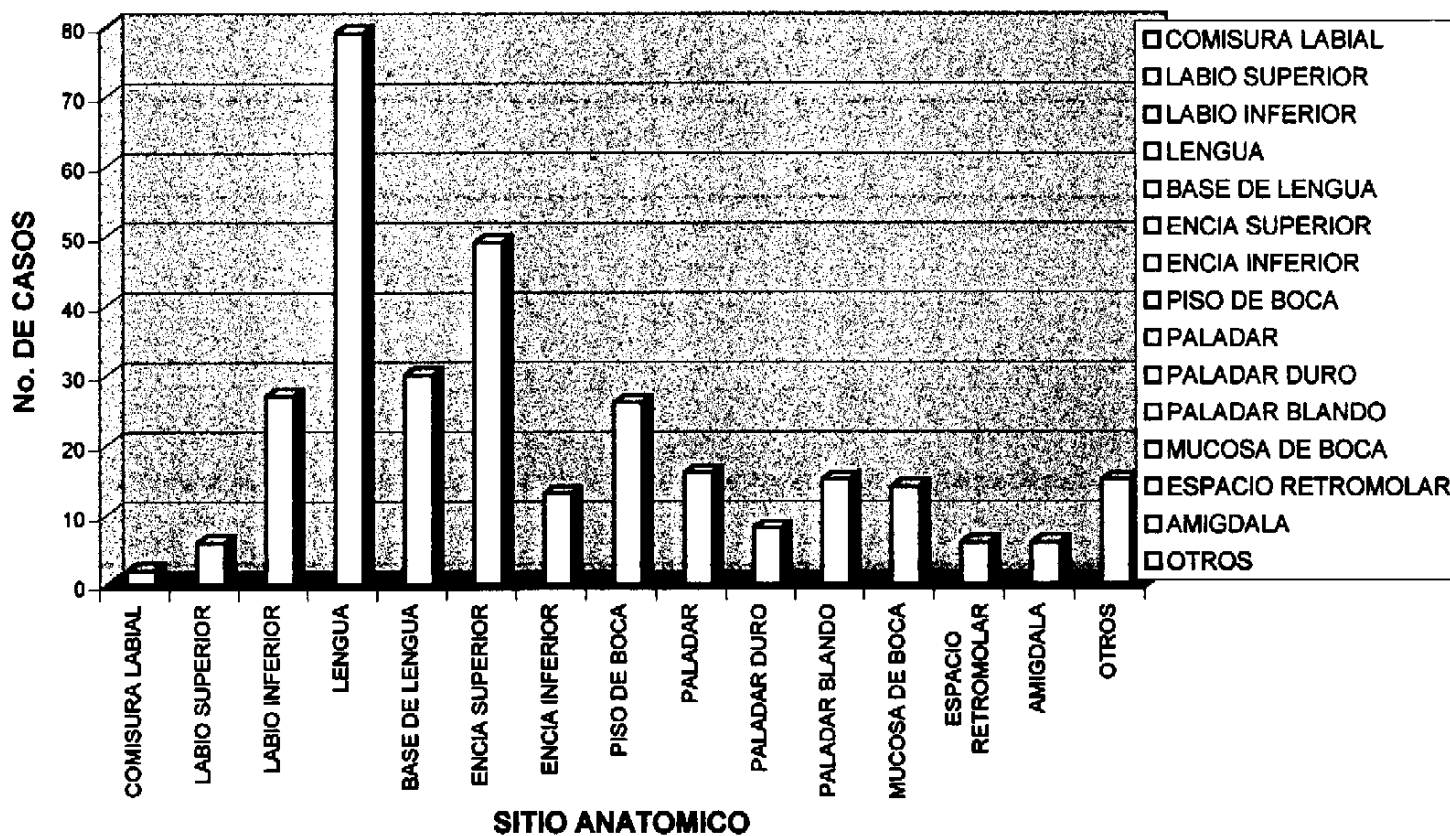
**DISTRIBUCION DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL
SEGUN SITIOS ANATOMICOS DE CAVIDAD ORAL, EN LOS
EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN DE GUATEMALA
PERIODO 1983-1993**

SITIO ANATOMICO	No. DE CASOS	%
COMISURA LABIAL	2	0.6
LABIO SUPERIOR	6	1.9
LABIO INFERIOR	27	8.6
LENGUA	79	25.07
BASE DE LENGUA	30	9.5
ENCIA SUPERIOR	49	15.55
ENCIA INFERIOR	13	4.1
PISO DE BOCA	26	8.2
PALADAR	16	5.1
PALADAR DURO	8	2.5
PALADAR BLANDO	15	4.8
MUCOSA DE BOCA	14	4.4
ESPACIO RETROMOLAR	6	1.9
AMIGDALA	6	1.9
OTROS	15	4.8
TOTAL	315	100.00

En el expediente clínico este rubro no indica el área específica de mucosa oral afectado por carcinoma.

Este cuadro muestra el número de casos encontrados en cada sitio de cavidad oral, así mismo pone de manifiesto que los sitios anatómicos con mayor frecuencia de Carcinoma Escamocelular Oral son en orden ascendente: Piso de boca, reborde de lengua y vientre de lengua.

GRAFICA No. 4
DISTRIBUCION DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL SEGUN SITIOS
ANATOMICOS DE CAVIDAD ORAL, EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN DE
GUATEMALA PERIODO 1983-1993



CUADRO No. 5

APARIENCIA CLINICA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR

ORAL ENCONTRADOS EN EL INCAN DE GUATEMALA

PERIODO 1983-1993

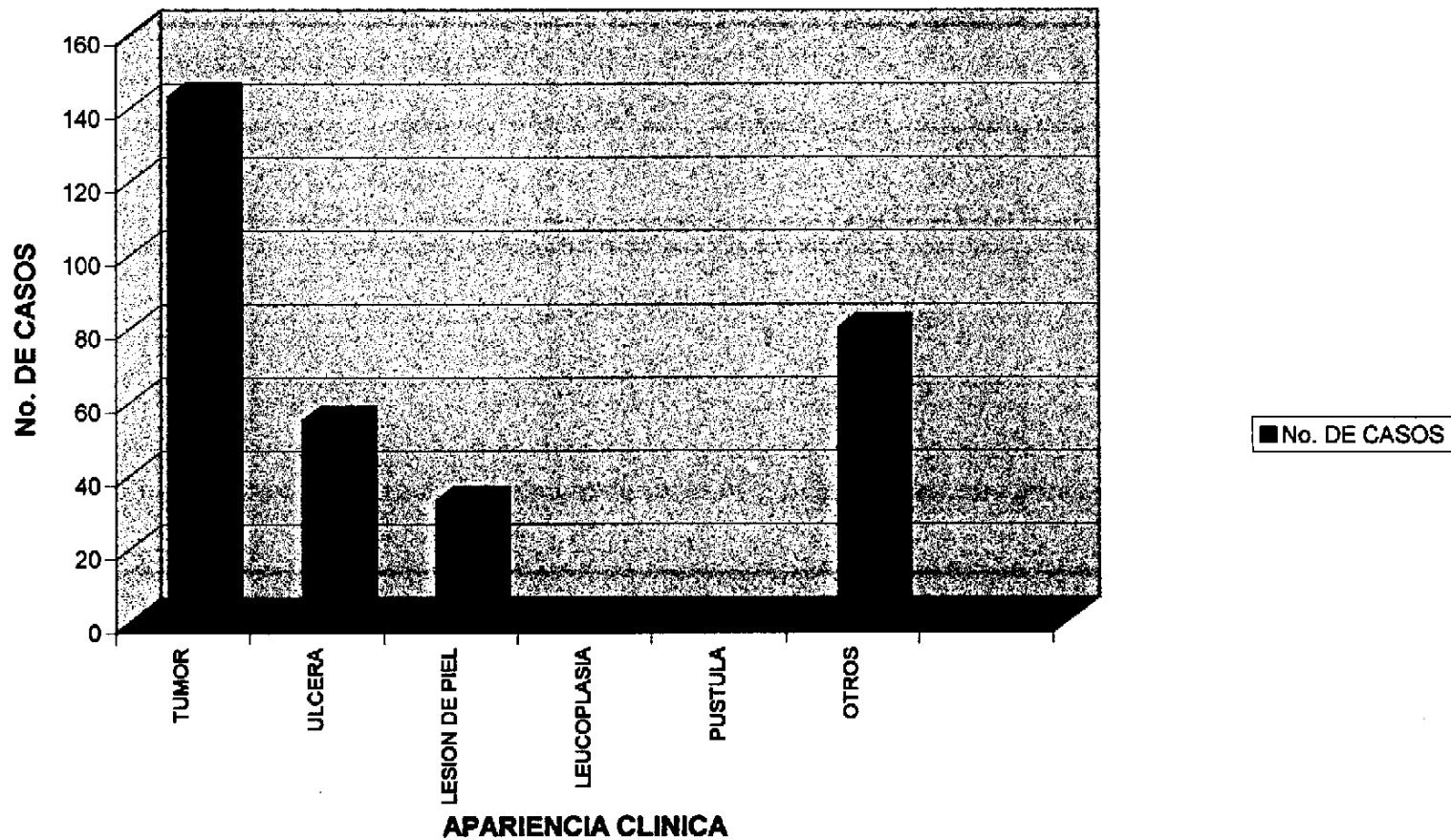
APARIENCIA CLINICA	No. DE CASOS	%
TUMOR	143	45.4
ULCERA	55	17.5
LESION DE PIEL*	33	10.5
LEUCOPLASIA	2	0.63
PUSTULA	2	0.63
OTROS**	80	25.3
TOTAL	315	100.00

* *En el expediente del Incan no está especificado el tipo, características y localización de la (s) lesiones (es) en piel*

** *Este rubro nos indica que en el expediente clínico esta anotada una gran variedad de apariencias clínicas .*

Este cuadro pone de manifiesto las apariencias clínicas del carcinoma Escamoceleular Oral, además, muestra que la apariencia clínica más frecuente de los casos estudiados fue el Tumor y las menos frecuentes leucoplasia .

GRAFICA No. 5
APARIENCIA CLINICA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL ENCONTRADOS EN
EL INCAN DE GUATEMALA PERIODO 1983-1993



CUADRO No.6

CASOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL, SEGUN CRITERIOS

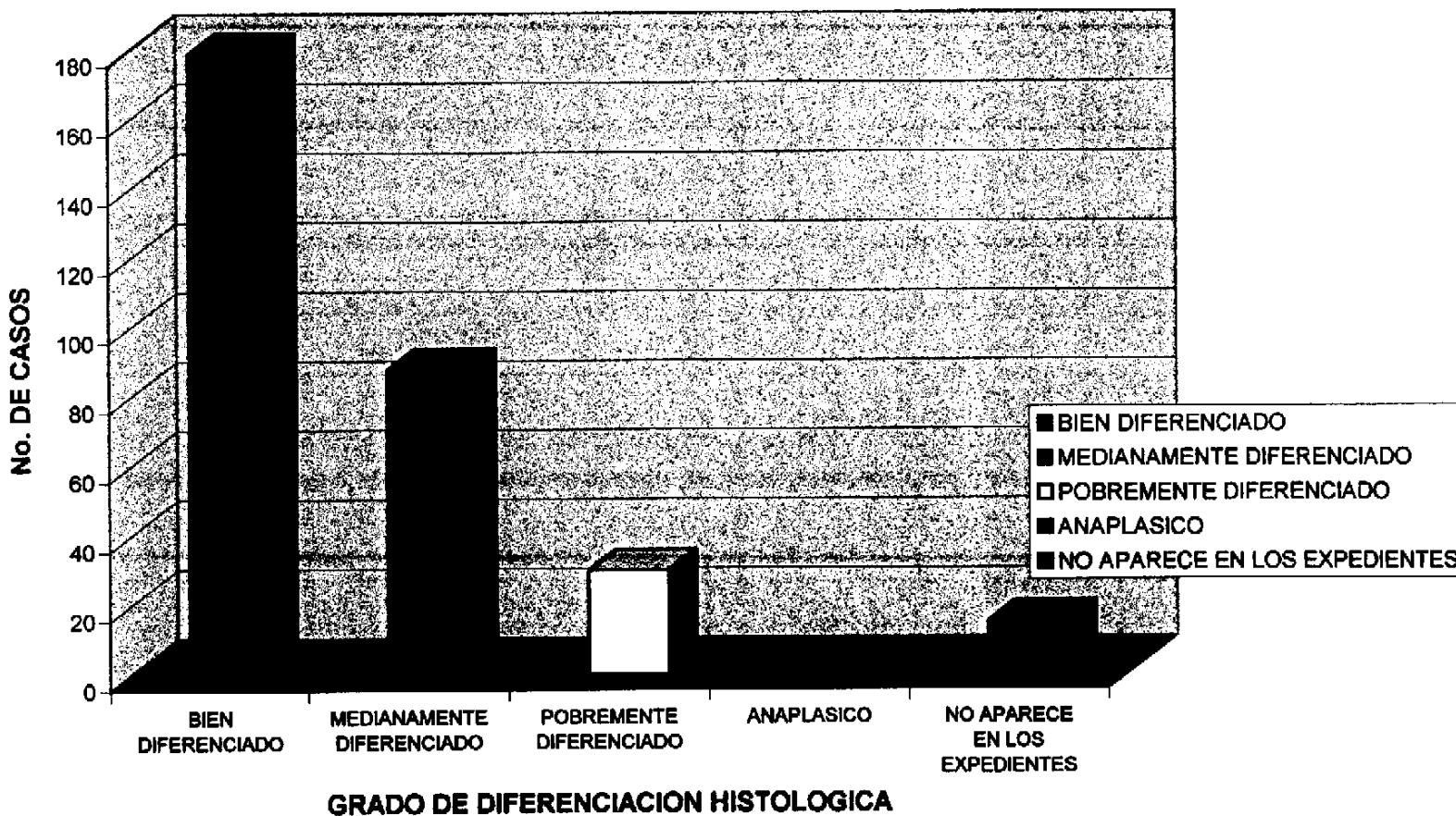
DE DIFERENCIACION HISTOLOGICA DEL DR. BRODERS

PERIODO 1983-1993

GRADO DE DIFERENCIACION HISTOLOGICA	No. DE CASOS	%
<i>BIEN DIFERENCIADO</i>	<i>179</i>	<i>56.8</i>
<i>MEDIANAMENTE DIFERENCIADO</i>	<i>88</i>	<i>27.9</i>
<i>POBREMENTE DIFERENCIADO</i>	<i>30</i>	<i>9.5</i>
<i>ANAPLASICO</i>	<i>3</i>	<i>0.9</i>
<i>NO APARECE EN LOS EXPEDIENTES</i>	<i>15</i>	<i>4.8</i>
TOTAL	315	100.00

Este cuadro se basa en los criterios de diferenciación histológica del Dr. Broders. (29); el cual evidencia que la mayoría de los casos estudiados fueron detectados en su grado Bien Diferenciado, lo que indica que al momento de diagnosticarse el Carcinoma en su etapa inicial el pronóstico del paciente será más favorable que el del paciente diagnosticado en grado Anaplástico.

GRAFICA No.6
CASOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL, SEGUN CRITERIOS DE
DIFERENCIACION HISTOLOGICA DEL DR. BRODERS PERIODO 1983-1993



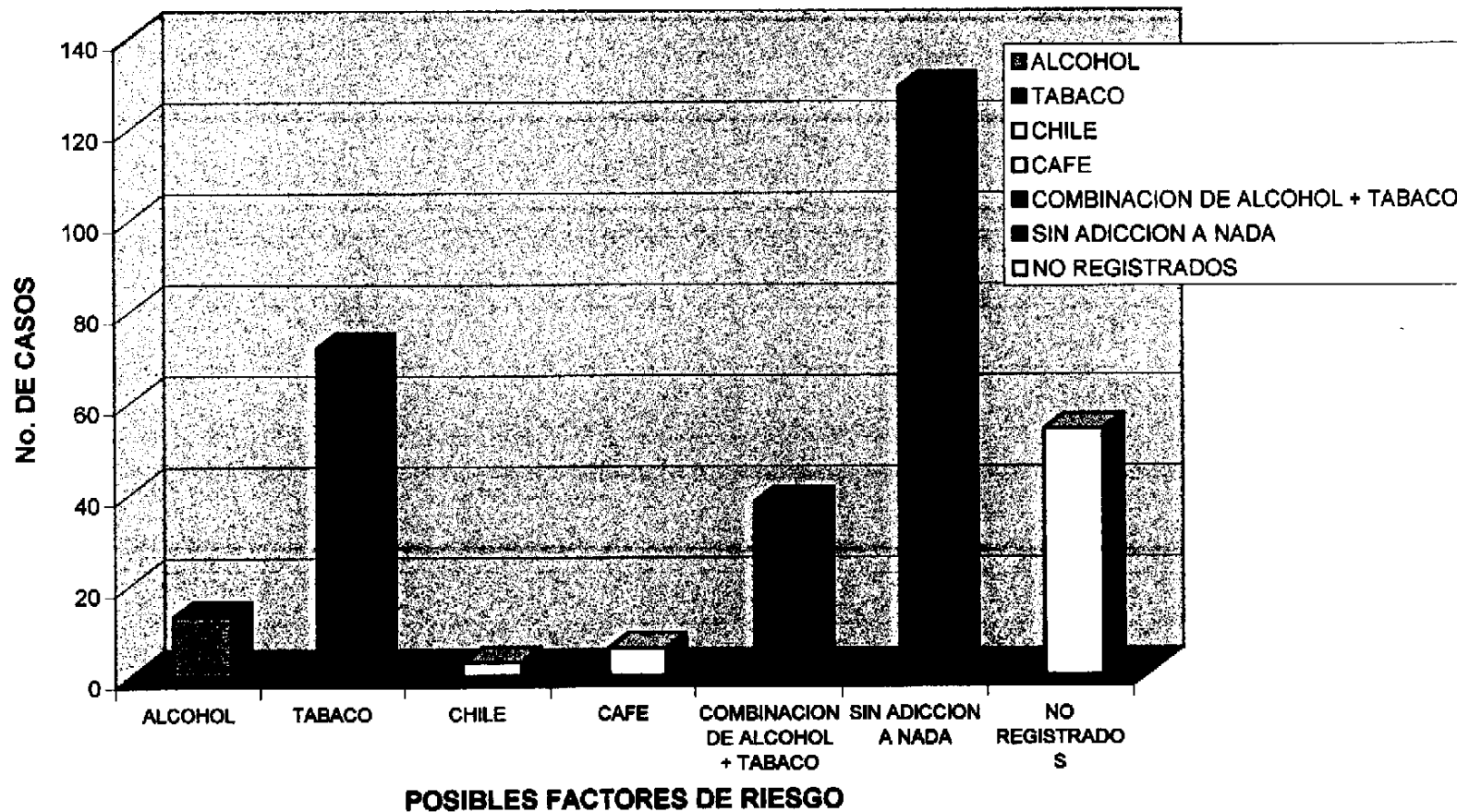
CUADRO No. 7

**POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL
EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN GUATEMALA,
PERIODO DE 1983-1993**

POSIBLES FACTORES DE RIESGO	No. DE CASOS	%
ALCOHOL	13	4.126
TABACO	72	22.850
CHILE	3	0.952
CAFE	6	1.90
COMBINACION DE ALCOHOL + TABACO	38	12.063
SIN ADICCION A NADA	129	40.952
NO REGISTRADOS	54	17.142
TOTAL	315	100.00

Este cuadro muestra los posibles factores de riesgo del carcinoma escamocelular oral, en el que se evidencia que el tabaco tiene un alto porcentaje como factor de riesgo del carcinoma escamocelular oral pero a la vez se muestra que pacientes sin adicción a nada tienen una alta incidencia de carcinoma escamocelular oral.

GRAFICA No. 7
POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL EN LOS
EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN GUATEMALA, PERIODO DE 1983-1993



CUADRO No. 8

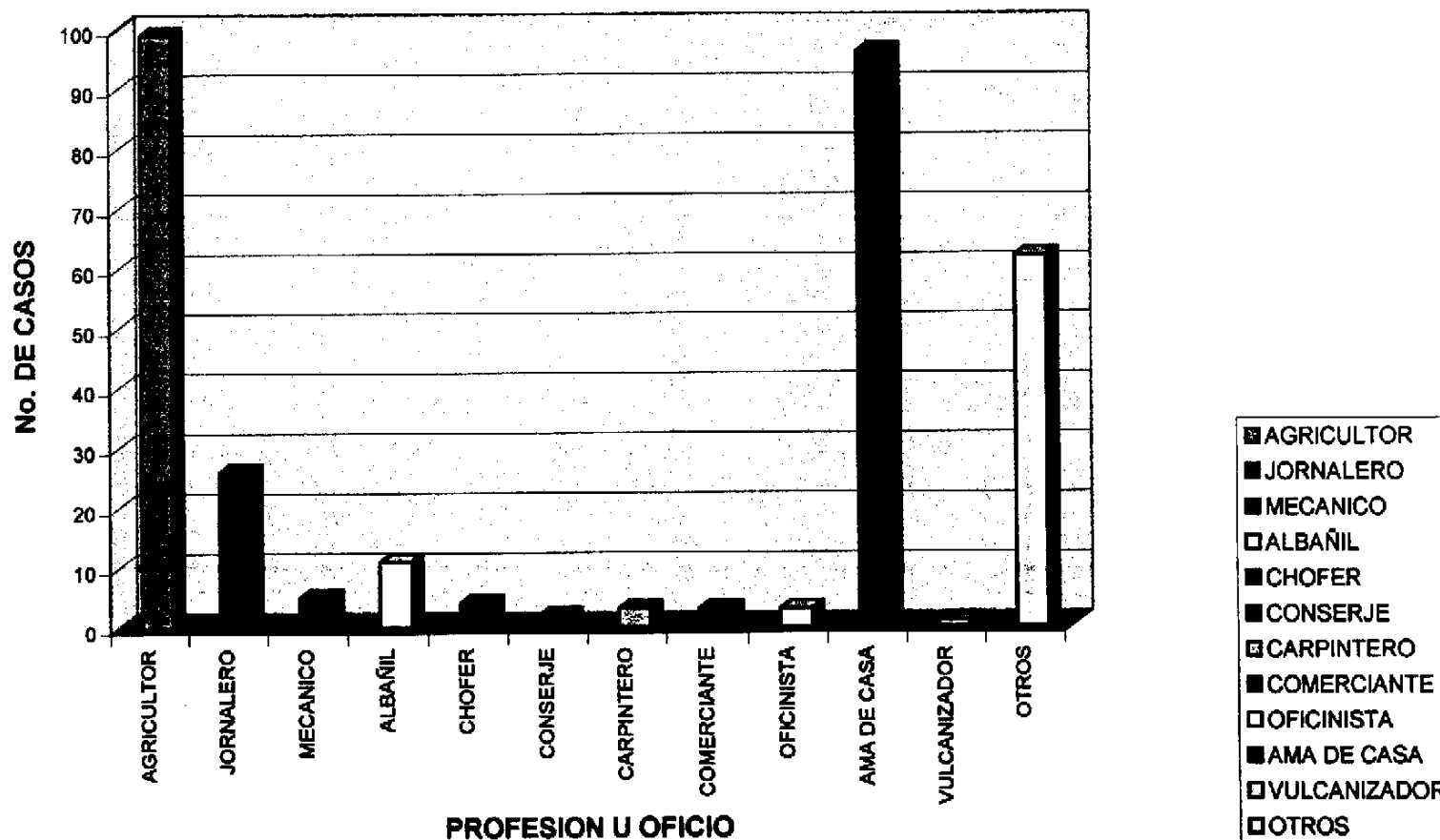
**DISTRIBUCION DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL, EN RELACION A
LA PROFESION U OFICIO, INCAN GUATEMALA,**

PERIODO DE 1983-1993

PROFESION U OFICIO	No. DE CASOS	%
AGRICULTOR	99	31.428
JORNALERO	26	8.253
MECANICO	5	1.587
ALBAÑIL	11	3.492
CHOFER	4	1.269
CONSERJE	2	0.634
CARPINTERO	3	0.952
COMERCIANTE	3	0.952
OFICINISTA	3	0.952
AMA DE CASA	96	30.476
VULCANIZADOR	1	0.317
OTROS	62	19.68
TOTAL	315	100.00

Este cuadro evidencia que de las personas que consultaron en el INCAN con diagnóstico de carcinoma escamocelular oral, en su mayoría fueron agricultores y amas de casa, el grupo restante se distribuye en las ocupaciones que aparecen en el cuadro, cualquier persona está predispuesta al carcinoma escamocelular oral.

GRAFICA No. 8
DISTRIBUCION DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL, EN RELACION A LA
PROFESION U OFICIO, INCAN GUATEMALA, PERIODO DE 1983-1993



CUADRO No. 9

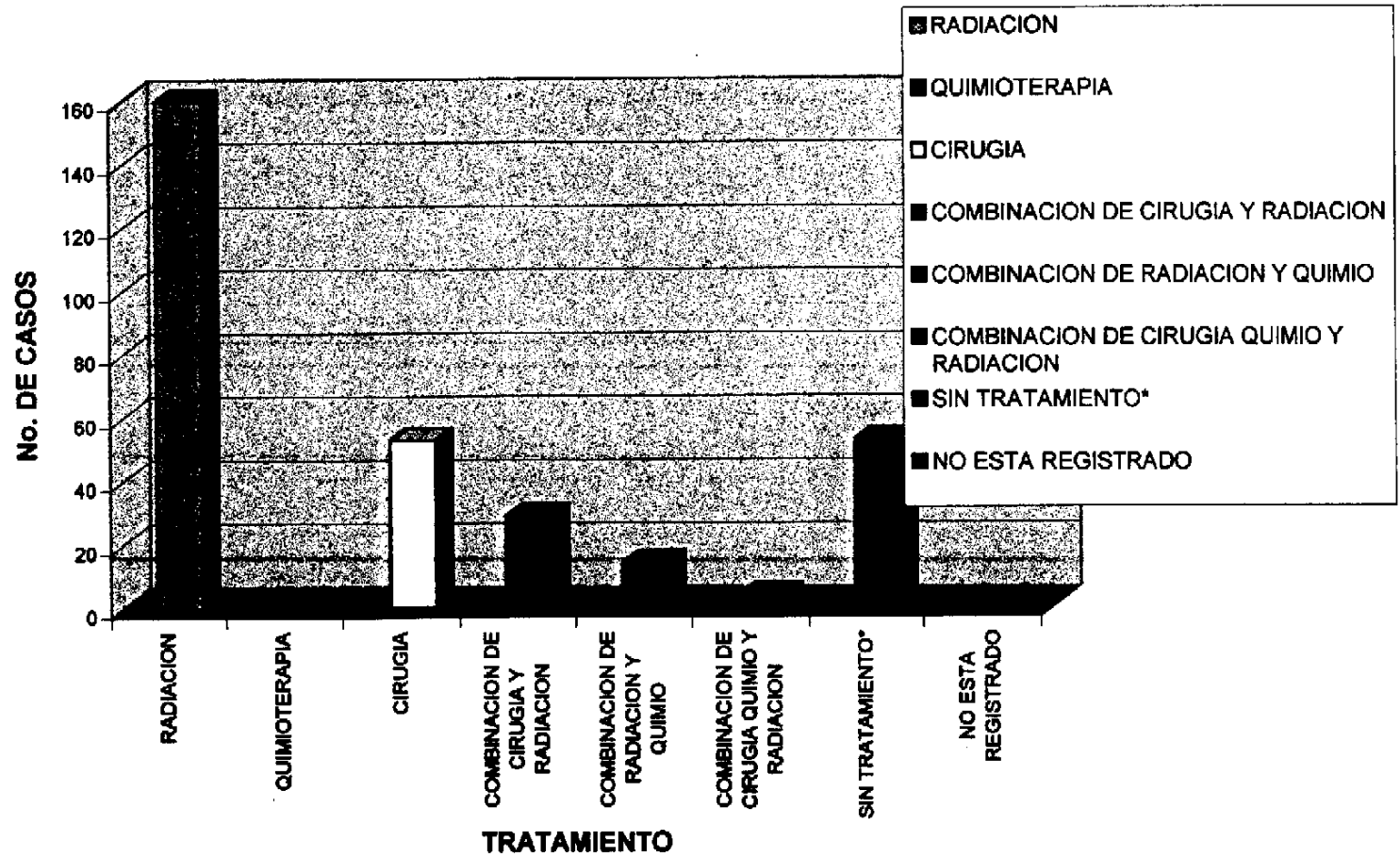
**TIPO DE TRATAMIENTO EN LOS CASOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR
ORAL ENCONTRADOS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN,
GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE 1983-1993**

TRATAMIENTO	No. DE CASOS	%
<i>RADIACION</i>	160	50.793
<i>QUIMIOTERAPIA</i>	1	0.317
<i>CIRUGIA</i>	53	16.825
<i>COMBINACION DE CIRUGIA Y RADIACION</i>	29	9.206
<i>COMBINACION DE RADIACION Y QUIMIO</i>	14	4.444
<i>COMBINACION DE CIRUGIA QUIMIO Y RADIACION</i>	4	1.269
<i>SIN TRATAMIENTO*</i>	53	16.825
<i>NO ESTA REGISTRADO</i>	1	0.317
TOTAL	315	100.00

**Este rubro informa que se toman en cuenta a los pacientes que en el momento de su diagnóstico el estadio de la enfermedad es muy avanzada e imposible de controlar, y un buen porcentaje de pacientes rehusan el tratamiento.*

Este cuadro presenta los distintos tipos de tratamientos en pacientes con carcinoma escamoceleular oral y muestra que el tratamiento más utilizado es la radiación seguido de la cirugía.

GRAFICA No. 9
TIPO DE TRATAMIENTO EN LOS CASOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL
ENCONTRADOS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN, GUATEMALA,
DURANTE EL PERIODO DE 1983-199



CUADRO No. 10

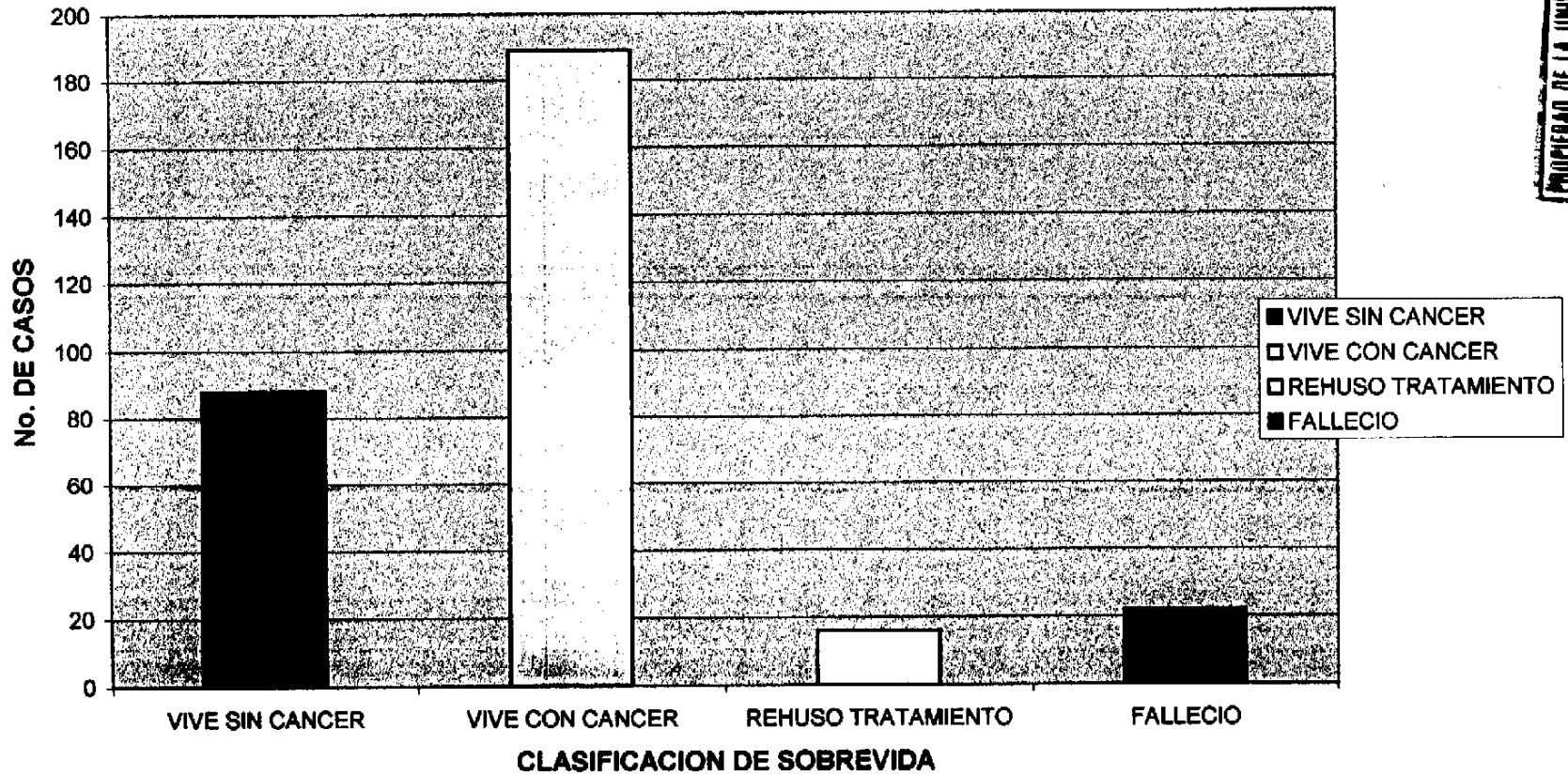
**SOBREVIDA DE LOS CASOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL
ENCONTRADOS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN, DURANTE
EL PERIODO DE 1983-1993**

CLASIFICACION DE SOBREVIDA	No. DE CASOS	%
<i>VIVE SIN CANCER</i>	88	27.936
<i>VIVE CON CANCER</i>	189	60
<i>REHUSO TRATAMIENTO</i>	16	15.07
<i>FALLECIO</i>	22	6.984
TOTAL	315	100.00

Se pone de manifiesto que la mayoría de los pacientes vive con cáncer pero bajo tratamiento periódico y en un buen porcentaje los pacientes han sido curados en su totalidad, lo que nos indica que al ser detectado un cáncer en sus estadios tempranos, el porcentaje de sobrevida del paciente será alto.

El cuadro evidencia que un porcentaje de pacientes rehusaron su tratamiento y que el número de defunciones es relativamente pequeño en relación al número de casos estudiados y en un período de 11 años.

GRAFICA No. 10
SOBREVIDA DE LOS CASOS DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL
ENCONTRADOS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN, DURANTE EL
PERIODO DE 1983-1993



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 Biblioteca Central

CUADRO No. 11

SINTOMATOLOGIA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL ENCONTRADOS

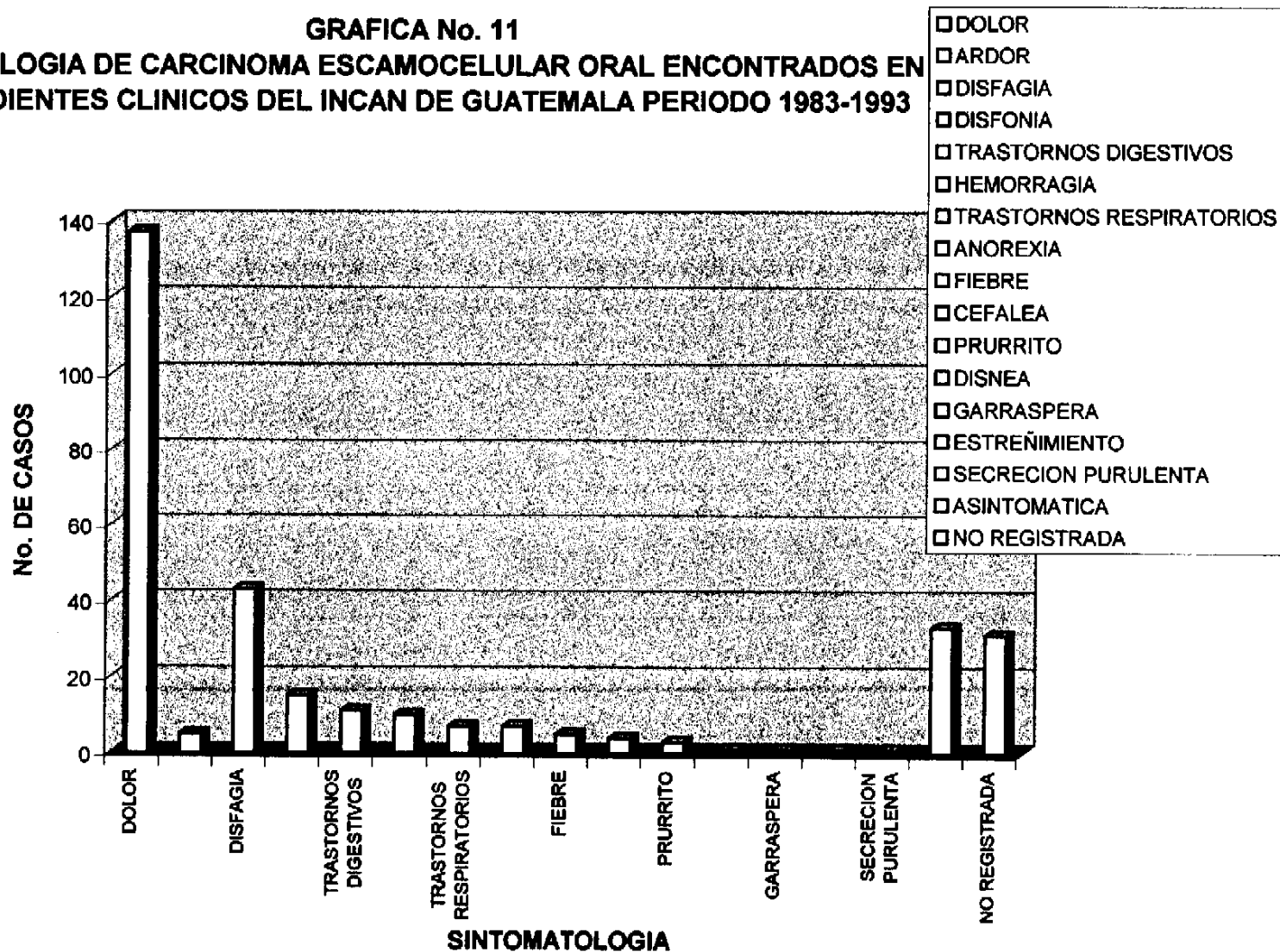
EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN DE GUATEMALA

PERIODO 1983-1993

SINTOMATOLOGIA	No. DE CASOS	%
DOLOR	137	43.4
ARDOR	5	1.6
DISFAGIA	43	13.6
DISFONIA	15	4.8
TRASTORNOS DIGESTIVOS	11	3.5
HEMORRAGIA	10	3.2
TRASTORNOS RESPIRATORIOS	7	2.2
ANOREXIA	7	2.2
FIEBRE	5	1.6
CEFALEA	4	1.3
PRURRITO	3	0.95
DISNEA	1	0.3
GARRASPERA	1	0.3
ESTREÑIMIENTO	1	0.3
SECRECION PURULENTA	1	0.3
ASINTOMATICA	33	10.5
NO REGISTRADA	31	9.8
TOTAL	315	100.00

Este cuadro evidencia que el síntoma que registra el mayor número de personas es el dolor, así mismo que de los 315 casos estudiados solamente 33 casos son asintomáticos.

GRAFICA No. 11
SINTOMATOLOGIA DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR ORAL ENCONTRADOS EN
EXPEDIENTES CLINICOS DEL INCAN DE GUATEMALA PERIODO 1983-1993



CONCLUSIONES

Es de suma importancia el diagnóstico temprano del Carcinoma Escamocelular bucal, puesto que el pronóstico es directamente favorable para el paciente cuando el diagnóstico se realiza en un estadio inicial.

La apariencia clínica básica como se presentó el Carcinoma Escamocelular Bucal en los pacientes del Incan es el TUMOR, presentado en un 45% de los casos.

Se estableció que no existe un patrón a seguir respecto a sintomatología, ya que en el momento en que se realiza el expediente clínico al paciente diagnosticado con Carcinoma Escamocelular Bucal; los síntomas pueden o no estar presentes, y los mismos dependerán del tiempo de evolución y localización del carcinoma.

Las regiones anatómicas de cavidad oral más frecuentemente afectadas por Carcinoma Escamocelular Bucal son en orden descendente: Piso de boca, reborde de lengua, y vientre de lengua.

El grupo étnico con el mayor número de casos reportados es el ladino.

No sólo el tabaco y el alcohol son factores predisponentes de Carcinoma Escamocelular; ya que un 40% de los casos estudiados presentaron dicha entidad patológica sin tener ninguno de esos hábitos.

No puede tomarse el café y el chile como factores predisponentes de Carcinoma escamocelular; pues hasta el momento no hay ninguna publicación mundial que afirme esto.

La profesión u ocupación no tiene relación directa como factor predisponente de Carcinoma Escamocelular Bucal.

No se puede concluir que la relación del sexo Masculino respecto al Femenino sea del 2:1, ya que los datos recopilados de los expedientes clinicos del Incan no pueden ser tomados en cuenta como algún estudio epidemiológico puesto que las fichas de dicha institución no estan estandarizadas.

Asimismo en la sexta y séptima década de vida se encontró la mayoría de casos de Carcinoma Escamocelular Bucal.

Se concluye que en la población estudiada el 57% de los casos fueron diagnosticados con Carcinoma Escamocelular Bucal, grado I de la clasificación de Broders.

(29)

Concluyendo así que los casos estudiados tienen el 60% de sobrevida y apenas un 7% de defunciones, ya que los pacientes son diagnosticados en los primeros estadios de evolución de la entidad patológica .

La conclusión definitiva de esta investigación es que este trabajo no tiene ninguna validez para ser consultado como referencia de algún estudio posterior, ya que toda la información fue recopilada de fichas NO ESTANDARIZADAS, por lo tanto no tiene ningún valor científico y epidemiológico.

RECOMENDACIONES

Es sumamente importante estar en constante actualización de conocimientos respecto a temas como cáncer, con el objetivo principal de lograr el mejor manejo de esta entidad, hacer el diagnóstico en tiempo pertinente y así darle al paciente el o los mejores tratamientos en el menor tiempo posible.

Poner especial atención en la forma en que en la actualidad se lleva a cabo el examen clínico de cavidad oral en la facultad de Odontología y en la clínica privada.

Es conveniente fomentar desde un principio en el estudiante de Odontología un estudio más amplio respecto a este tema y enfatizar la importancia del rol que el cirujano dentista desempeña dentro de la comunidad, ya que con la realización de un buen examen clínico y un buen diagnóstico se puede prolongar o acortar la vida del paciente que padece de Cáncer.

Es necesario recordar que en el momento de la inspección durante el examen clínico cualquier manifestación de alguna (s) lesión (es) en cavidad oral sintomática o asintomática debe tomarse como sospecha de lesiones precancerígenas en especial lesiones blanquecinas, rojas o mixtas, úlcera (s) displasias y tumor (es); hasta no obtener los resultados contrarios a través de la biopsia .

Es sumamente importante que el Incan estandarice sus fichas o registros del paciente ya que es una institución que puede recabar muchos datos importantes epidemiológicamente.

Así mismo enfatizar en sus registros clínicos el grado de diferenciación histológica de las lesiones, diagnóstico específico, posibles factores de riesgo y hallazgos clínicos.

ANEXOS

A N E X O I

INSTRUCTIVO PARA REGISTRO DE DATOS

NÚMERO DE REGISTRO

Se anotará en números arábigos el número correspondiente de cada paciente según la clasificación interna del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala.

NÚMERO DE FICHA TABULADA

Se anotará en números arábigos, el número correspondiente al orden correlativo.

FECHA DE LA INVESTIGACIÓN

Se anotará en números arábigos, la fecha en que se realice la recolección de datos.

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PACIENTE

Se anotará el nombre de la persona, iniciando por primer apellido, segundo apellido y su(s) nombre(s).

EDAD

En números arábigos se anotará la edad del paciente en años, en el momento de su ingreso a la institución.

ÉTNIA

Identidad o pertenencia con alguno de los grupos socioculturales diferenciados que existen en Guatemala (indígenas, garífuna, ladino, xinca, otros). Se anotará la registrada en la ficha.

SEXO

Se anotará el sexo del paciente colocándo una "X" sobre la literal correspondiente, y serán "F" para femenino y "M" para masculino.

OCUPACIÓN

Se anotará la registrada en la ficha.

LOCALIZACIÓN

Se anotará el sitio anatómico en donde se localizó la lesión.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Signos y síntomas registrados en la ficha del paciente para la realización del diagnóstico de Carcinoma Escamocelular Bucal durante el período de 1983 a 1993.

GRADO DE DIFERENCIACIÓN PATOLÓGICA

Hallazgos histológicos de la lesión.

TIPO DE TRATAMIENTO ESTABLECIDO

Se anotará el que se encuentre registrado en las fichas del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala.

POSIBLES FACTORES DE RIESGO

Se anotará el que se encuentra registrado en las fichas del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala.

A N E X O II

de registro
INCAN

de ficha
TABULADA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de la investigación: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Étnia: _____

HALLAZGOS CLÍNICOS:

Leucoplásia _____ Eritroplásia _____ Eritroleucoplásia _____

Úlcera _____ Otro _____ No específico _____

Sintomatología _____

GRADO DE DIFERENCIACIÓN HISTOLÓGICA:

Bien diferenciado _____ Medianamente diferenciado _____

Pobremente diferenciado _____ Anaplásico _____

OTRAS VARIACIONES DE CARCINOMA ESCAMOCELULAR

a.- Verrucoso _____

b.- Células Fusiformes _____

CLASIFICACIÓN BRODERS

CLASIFICACIÓN BRODERS

Grado I _____ Grado II _____

Grado III _____ Grado IV _____

TIPO DE TRATAMIENTO:

Exición _____ Cirugía _____

Radiación _____ Quimioterapia _____

Combinación de : _____

Otros: _____

POSIBLES FACTORES DE RIESGO:

Alcohol _____ Tabaco _____ Cirrosis _____ Sífilis _____ VIH _____

Inmunosupresión _____ Papiloma Virus _____

otros _____

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN, SEGÚN ESQUEMA.

Mucosas labiales —

Encías —

Lengua —

Mucosas Yugales —

piso de Boca —

Paladar —

BIBLIOGRAFIA

1. Al-Kourainy K., J. Kish and J. Enslay. Achievement of superior survival for histologically negative versus histologically positive clinically complete responders to cisplatin combination in patients with locally advanced head and neck cancer. Cancer 59(2):232-235, 1987.
2. Al-Sarraf M., T.F. Pajak and V.A. Marcial. Concurrent radioterapy and chemotherapy cisplatin in inoperable squamous cell carcinoma of the head and neck: an RT06 study. Cancer 59(2):259-265, 1987.
3. Anneroth G., L.S. Hansen. A methodologic study of histologic classification and gradin of malignancy in oral squamous cell carcinoma. S. Scand J Dent Res 92:448-459, 5 October 1984.
4. Bachaud J., J. David and G. Boussin. Combined postoperative radioterapy and weekly cisplatin infusion for locally advance squamous cell carcinoma of the head and neck: preliminary report of a randomized trial. International J of Radiation Oncology, Biology, Physics 20(2): 242-246, 1990.
5. Banneberg S.F., K.D. Olsen and T.A. Gaffey. High-grade carcinoma of the oral cavity. Otolaryngology and Head and neck surgery 100(1):141-48, 1989.
6. Browman G.P., G. Wong and I. Hodson. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. New England J of Medicine 329(3):159-163, 1993.
7. Browman G.P., C. Cripps and D.I. Hodson. Placebo controlled randomized trial of infusional fluorouracil during standard radiotherapy in locally advanced head and neck cancer. J of clinical Oncology 12(12):2648-2653, 1994.
8. Cawson R.A. and J.W. Eveson. Oral pathology and diagnosis. Medical Books, 1987. pp. 37-40.
9. Ceccotti, E. L. Clínica Estomatológica, sida, cáncer y otras afecciones. Buenos Aires, Panamericana, 1993. pp 392-393.



10. Close L. G., P.M. Brown and M.F. Vuitch. Microvascular inversion and survival in cancer of the oral cavity and oropharynx. Archives of Otolaryngology, Head and Neck Surgery 115(11): 1304-1309, 1989.
11. Cummings D. W., J.M. Fredrickson and L.A. Harker. Otolaryngology-Head and neck surgery. Saint Louis, Mosby, 1986. pp 11-17.
12. Day S. L. and W.J. Blot. Second primary tumors in patients with oral cancer. Cancer 70(1):14-19, 1992.
13. Davidson T. M., P. Waghghi and R. Astarita. MOHS for head and neck mucosal cancer: Report on 111 patients. Laryngoscope 98(10):1079-1083, 1988.
14. Ensley J., J. Crissman and J. Kish. The impact of conventional morphologic analysis on response rates and survival patients with advanced head and neck cancers treated initially with cisplatin-containing combination chemotherapy. Cancer 57(4):711-717, 1986.
15. Ervin T. J., J. R. Clark y R. B. Weichselbaum. An analysis of induction and adjuvant chemotherapy in the multidisciplinary treatment of squamous cell carcinoma of head and neck. J of Clinical Oncology. 5(1):10-20, 1987.
16. Franceschi D., R. Gupta and S. H. Spiro. Improved survival in the treatment of squamous carcinoma of the oral tongue. Am J of Surgery. 165(4): 350-365, 1993.
17. Freud H. R. Principles of head and neck surgery. 2nd ed New York, Appleton-Century-Crofts, 1978. p10
18. Fowler, J. F. and M. J. Lindstrom. Loss of local control with prolongation in radioterapy. International J of Radiation Oncology, Biology, Physics. 23(2):457-4467, 1992.
19. Fu, K. K.; T. L. Phillips and I. J. Silverberg. Combined radioterapy and chemotherapy with bleomycin and methotrexate for advanced inoperable head and neck cancer; update of a northern California oncology group randomized trial. J of Clinical Oncology. 5(9):1410-1418, 1987.



20. Garces, M. A. Programa nacional de prevención del cáncer en Guatemala: identificación de factores de riesgo para el cáncer. Guatemala, Instituto Nacional de Salud. 1985. pp 14-23.
21. Quarry, T. L., S. Silverman and H. H. Dedo. Carbon dioxide laser resection of superficial oral carcinoma: indications, technique and results. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. 95(6, part 1):547-555, 1986.
22. Head and Neck Contracts Program. Adjuvant chemotherapy for advanced head and neck squamous carcinoma: final report of the head and neck contracts program. Cancer. 60(3):301-311, 1987.
23. Hong, W. K. and R. Broder. Chemotherapy in head and neck cancer. New England J of Medicine. 309(2): 75-79, 1983.
24. Hong W. K., S.M. Lippman and L.M. Itri. Prevention of second primary tumors with isotretinoin in squamous cell carcinoma of the head and neck. New England J of Medicine. 323(12):795-801, 1990.
25. Jacobs, C.; G. Lyman and E. Velez-García. A phase III randomized study comparin cisplatin and fluorouracil as single agents and in combination for advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. J of Clinical Oncology. 10(2):257-263, 1992.
26. Johnson, D. R.; R.K. Schmidt-Ullrich and D.E Wazer. Concomitant boost technique using accelerated superfractionated radiation therapy for advanced squamous cell carcinoma of head and neck. J of Clinical Oncology. 10(2):257-263, 1992.
27. Jones, K. R.; D. Lodge-Rigal; R. L. Reddick, et al. Pronostic factors in the recurrence of stage I and II squamous cell cancer of the oral cavity. Archives of Otolaryngology, Head and Neck Surgery. 118(5):483-485, 1992.
28. Lip and oral cavity in: American Joint Committee on Cancer. Manual for Staging of Cancer. Philadelphia: JB Lippincott Company, 4th ed, 1992, pp 27-32.
29. An Atlas of Head and Neck Surgery. J. M. Lore y R. Wabnitz. Ed.-3a. ed, Philadelphia Saunders Company, 1988. pp 12-38.



30. Management of head and neck cancer: A multidisciplinary approach. R.R. Million y N.J. Cassisi, ed. 2a. ed. Philadelphia: Lippincott, 1994.
31. Mazeron, J. J.; M. Martin; E. Dron. Induction chemotherapy in head and neck cancer: Results of a phase III trial. Head and Neck 14(2):85-91,
32. Maylano, M.; E. Corvo; G. Margarino. Combined chemotherapy and radiation therapy in advanced inoperable squamous cell carcinoma of the head and neck: Preliminary report of a randomized trial. International J of Radiation Oncology, Biology, Physics 20(2):243-246, 1991.
33. _____, M.; M. Benasso; E. Corvo. Five-year update of a randomized trial of alternating radiotherapy and chemotherapy compared with radiotherapy alone in treatment of unresectable, squamous cell carcinoma of the head and neck. J of the National Cancer Institute 88(9):583-589, 1996.
34. National Institute of Health. National Institutes of Health Consensus Development Conference. Magnetic resonance imaging. J of the American Medical Association. 259(14):2132-2138, 1988.
35. Neville, B.W. Color Atlas of Clinical Oral Pathology. B. W. Neville... [et al] Marivan, U.S.A., Lea y Febiger, 1991. pp 206-211.
36. _____, Oral and maxillofacial Pathology. B. W. Neville... [et al] Philadelphia, Saunders Company, 1995. pp 309-310.
37. Iridium 192 brachytherapy in the management of 147 T2N0 oral tongue carcinomas treated with irradiation alone: Comparison of two treatment techniques. / M. Pernot... [et al] Radiotherapy and Oncology 23(4):223-228, 1992.
38. Pindborg, J. J. Precáncer y cáncer oral. J. J. Pindborg, Lucas Tomás y de Lucas González M. España, S y S Tam RON, S. L., 1995. pp 44-47, 66-68.
39. Ryan, R. T.; E. T. Klementz, G. L. Truesdale, Salvage of stage IV intraoral squamous cell carcinomas with preoperative 5-fluorouracil. Cancer 57(4): 699-705, 1986.



40. Regezy, J. A.; J. Sciubba. Oral pathology clinical, pathologic correlations. Philadelphia Saunders Company, 1989. pp 70-83.
41. Shafer W. G., M. K. Mine, M. L. Barrett. A textbook of oral pathology. Fourth edition, Saunders Company, Philadelphia, 1993. pp 252-254.
42. Tratado de Patología Bucal. / William G. Shafer... et al. Trad. por María de Lourdes Hernández Cázares. 2a. ed. México: Interamericana, 1988 840 p.
43. Swan J. Y.; E. N. Myers. Cancer of the head and neck. New York, Churchill Livingstone, 1981.
44. Takagi, M.; T. Kayano; H. Yamamoto. Causes of oral tongue cancer treatment failures: analysis of autopsy cases. Cancer 69(5):1081-1087, 1992.
45. Taylor, S. G.; A. K. Murthy; J. M. Vannetzel. Randomized comparison of neoadjuvant cisplatin and fluorouracil infusion followed by radiation versus concomitant treatment in advanced head and neck cancer. J of Clinical Oncology 12(2):385-395, 1994.
46. Teichill, R. J.; J. A. Duncavage; T. C. Malin. The effects of delay in standard treatment due to induction chemotherapy in two randomized prospective studies. Laryngoscope 97(4):407-412, 1987.
47. Tommasi, A.F. Diagnóstico Em patologia bucal. Brazil, Livraria: Artes Médicas, 1982. pp 401-407.
48. Vikram B.; E. W. Strong; J. P. Shah. Intraoperative radiotherapy in patients with recurrent head and neck cancer. American J of Surgery 150(4):485-487, 1985.
49. Wallner, P. E.; G. E. Hanks; S. Kramer S. Patterns of care study: analysis of outcome survey data anterior two-thirds of tongue and floor of mouth. American J of Clinical Oncology 9(1):50-57, 1986.
50. Radiation therapy for head and neck neoplasms: indications, techniques and results. / C. C. Wang, ed. 2a. ed. U.S.A.: John Wright-PSG, 1990. pp 113-140.





51. Young, E. W., D. H. Sedano. Atlas of oral pathology.
Minnesota, University of Minnesota, 1981. pp
198-200.

Vo. Bo.

[Handwritten signature]





OP KARLA FABIOLA MURGA DEL AGUILA
SUSTENTANTE


DRA. MIRNA CALDERON MARQUEZ
ASESORA


ASESOR

DR. GUILLERMO ROSALES ESCRIBA
COMISION DE TESIS




DR. AXEL POPOL OLIVA
COMISION DE TESIS

IMPRIMASE:


DR. CARLOS ALVARADO CEREZO
SECRETARIO GENERAL



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central