

**CARACTERÍSTICAS CLINICAS Y FRECUENCIA DE CANCER DE
CABEZA Y CUELLO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LOS
HOSPITALES REGIONALES DE ZACAPA Y COBAN DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS DE 1986 A 1995**

Tesis presentada por:

OSCAR ANIBAL TARACENA MONZON

**Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de
San Carlos de Guatemala, que practico el Examen General Publico,
previo a optar al título de :**

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre del 2000

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
09
7(1549)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DECANO:	DR. CARLOS ALVARADO CEREZO
VOCAL PRIMERO:	DR. MANUEL MIRANDA RAMÍREZ
VOCAL SEGUNDO:	DR. LUIS BARILLAS VASQUEZ
VOCAL TERCERO:	DR. CESAR MENDIZÁBAL GIRON
VOCAL CUARTO:	BR. EDGAR AREANO BERGANZA
VOCAL QUINTO:	BR. SERGIO PINZON CACERES
SECRETARIO:	DR. LINTON GRAJEDA SALAZAR

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

DECANO:	DR. CARLOS ALVARADO CEREZO
VOCAL PRIMERO:	DR. MANUEL MIRANDA RAMIREZ
VOCAL SEGUNDO:	DR. MIGUEL ARRIAGA FRANCO
VOCAL TERCERO:	DR. GUSTAVO LEAL MONTERROSO
SECRETARIO:	DR. LINTON GRAJEDA SALAZAR

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS:

Gracias por todas sus bendiciones e iluminación.

A MIS PADRES:

Oscar Anibal Taracena Rubio y Ana Maria Alvarado de Taracena, por inculcarme el deseo de superacion y un tributo a su confianza, apoyo y esfuerzo.

A MIS HERMANOS:

Erick, Fabricio, Adolfo, Heissell, por brindarme apoyo y cariño.

A MIS CUÑADAS Y SOBRINOS:

Por el cariño brindado.

A MIS AMIGOS:

En general ya que todos son personas muy buenas y hemos pasado momentos muy especiales juntos. Y muy especialmente a mi novia Karla Bustamante, que ha sido una gran amiga para mi.

TESIS QUE DEDICO

- A: GUATEMALA**
- A: LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**
- A: LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL POCHUTA**
- A: MI ASESOR: DR. MIGUEL ARRIAGA FRANCO Y MIS REVISORES: DR. FERNANDO MURALLES RUANO Y DR. AXEL POPOL OLIVA**
- A: MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN**
- A: MIS CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES**
- A: TODAS LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON A LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS, ESPECIALMENTE: RICARDO CANCINOS, NANCY AGUIRRE Y ELENA MACK.**

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración, mi trabajo de tesis titulado: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE ZACAPA Y COBAN DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS DE 1986 A 1995"**, 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**.

Y a ustedes distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, me dirijo con toda consideración y respeto.

HE DICHO

INDICE

SUMARIO	1
INTRODUCCION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
CONCEPTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	9
MARCO TEORICO	10
OBJETIVOS	65
DEFINICION DE VARIABLES	67
INDICADORES DE VARIABLE	69
METODOLOGIA	72
PRESENTACION DE RESULTADOS	89
DISCUSION Y ANALISI DE RESULTADOS	120
CONCLUSIONES	124
RECOMENDACIONES	126
LIMITACIONES	127
ANEXOS	128
BIBLIOGRAFIA	130

SUMARIO

El cáncer es una enfermedad que desde hace muchos años preocupa a la ciencia, por ser causa de una gran cantidad de enfermedad y muerte, por lo que es de gran importancia conocer su presentación clínica en nuestro medio, el cual difiere grandemente del que proviene la literatura. El siguiente estudio clínico-patológico se efectuó con el objeto de determinar las características clínicas y frecuencia de cáncer de cabeza y cuello en pacientes atendidos en los Hospitales Regionales de Cobán y Zacapa durante el período de 1986 a 1995, el cual fue realizado utilizando los archivos patológicos de dichos Hospitales, así como las fichas clínicas que corresponden a los pacientes que han sido atendidos en ambas instituciones.

Para esto se revisaron los archivos de registro histopatológico en ambas instituciones localizándose un total de 121 casos diagnosticados como neoplasias malignas de cabeza y cuello durante los ultimos 10 años de los cuales 35 casos eran del Hospital de Cobán y 86 casos del Hospital de Zacapa. En donde fue posible localizar todas las historias clínicas correspondientes a los exámenes realizados y que fueron reportados como neoplasias malignas. Así mismo no fue posible recolectar todos los datos deseados debido a que no todas las fichas clínicas tenían anotados dichos datos.

De los datos obtenidos se determinó que las edades más afectadas estaban entre el rango de 61-70 años en Cobán (37.14%) y de 71-80 años (30.23%) en el departamento de Zacapa. El sexo masculino fue el más afectado, encontrándose en una proporción de 1.18 a 1 en relación al sexo femenino en Cobán y en Zacapa se encontraba en una relación proporcional de 1 a 1; el tipo de neoplasia maligna más frecuente fue el carcinoma epidermoide (47.5%) en Cobán y el carcinoma basocelular (53.48%) en Zacapa.

El tratamiento de mayor elección en Cobán fue la radioterapia con un 55.26%, y en Zacapa fue la cirugía con un 51.08%.

De estos casos encontrados el 82.5% eran ladinos y el 17.5% pertenecían a la etnia indígena, en ambas poblaciones. De las ocupaciones reportadas con mayor frecuencia encontramos en primer lugar a la ama de casa en un 28.52%, seguida por el agricultor en un 26%, del total de los casos para ambos departamentos.

Del total de los casos reportados en ambos departamentos, la localización más frecuente fue en piel de cara con un 48.4%. del cual el carcinoma basocelular fue el más frecuente con un 41%, y en el segundo lugar encontramos la cavidad oral, en orden decreciente: labio, lengua, piso de boca y encía con un total de 23.41%, del cual el carcinoma epidermoide fue el más frecuente con 25.3%.

En relación al grado de diferenciación se observó una alta frecuencia de

carcinomas en la línea de bien diferenciados con un 50.8% del total de casos, siendo en su mayoría carcinoma epidermoide.

La presentación clínica en una gran mayoría fue lesiones exofíticas (79.15%) de todos los casos, a su vez el dolor fue el hallazgo clínico más frecuentemente referido en un 46.3%. Los hábitos mayormente referidos fueron el alcohol y tabaco, siendo este último el referido en mayor proporción de los dos con un 73.74%. Sin embargo es un dato no confiable debido a que no se encontraba anotado en todas las fichas clínicas.

Se tuvo como mayor limitación la falta de datos anotados en las fichas clínicas, lo que imposibilitó en cierto grado la recopilación, tabulación y análisis de la investigación.

INTRODUCCION

El cáncer es una enfermedad que desde hace varios años ha sido tema de multiples investigaciones a nivel internacional, por ser una causa de enfermedad y muerte que preocupa a la ciencia. Por lo que se planteo esta investigación a nivel de dos departamentos del pais del cual éste estudio formo parte. Pienso que es de suma importancia conocer por nosotros mismos las etiologías, edades, sexos en que predomina el cáncer en nuestro pais; ya que las bibliografias extranjeras nos pueden dar cierta luz del problema, pero nuestra gente y el medio en que vivimos, además de nuestras costumbres difieren de las de otros paises.

El mismo se dirigio especificamente a los pacientes diagnosticados con cáncer de Cabeza y Cuello, atendidos en los Hospitales Regionales de Cobán y Zacapa durante el período comprendido de 1986 a 1995. Con la investigación establecimos las características clínicas y la frecuencia de las neoplasias malignas de cabeza y cuello de estas poblaciones guatemaltecas actualmente y durante los ultimos diez años.

A los pacientes comprendidos dentro de la muestra a estudiar se les

practicó un examen clínico de cabeza y cuello para determinar, o evidenciar el aparecimiento de hallazgos clínicos específicos. Estos últimos fueron anotados en la ficha clínica diseñada para tal fin.

Con esta investigación determine específicamente el número de casos diagnosticados, y a la vez otros datos que puedan ser de utilidad al Odontólogo que como miembro del equipo de salud de nuestro País, es importante que sepa relacionar los hallazgos clínicos que se presentan en cabeza y cuello, para la detección en la etapa inicial de la enfermedad y poder referirlos con personas capacitadas y así darles la atención que se requiere y ofrecerles un mejor pronóstico.

Espero que la recopilación que presente sea de ayuda epidemiológica para su divulgación y elaboración de planes a nivel nacional, de cooperación para investigar y combatir el cáncer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El odontólogo general guatemalteco que se desenvuelve en un medio con características propias de los países en vías de desarrollo, carece de información nacional acerca de datos clínico-epidemiológicos de la patología bucal, lo cual obliga a que la docencia durante la formación del odontólogo se base en referencias extranjeras que no constituyen un reflejo real de la patología guatemalteca.

El odontólogo en el ejercicio de su práctica diaria puede encontrarse con cuadros de hallazgos bucales clínicos que podrían asociarse a cualquier tipo de neoplasia maligna, para lo cual debe estar en plena capacidad de diagnosticar precozmente procesos malignos que afectan cabeza y cuello.

Se estudio la población de los departamentos de Cobán y Zacapa.

Esta investigación se baso en la necesidad de reponder la siguiente interrogante: Que características y frecuencia presentan y/o presenta el cáncer de cabeza y cuello, en pacientes atendidos en los Hospitales regionales de Cobán y Zacapa durante el periodo comprendido entre los años de 1986 a 1995.

CONCEPTOS DEL PROBLEMA

Cáncer : Neoplasia maligna celular cuyas características únicas (pérdida de los mecanismos de control normales) tienen como resultado un crecimiento sin regulación, ausencia de diferenciación y capacidad de invadir los tejidos locales y de metastatizar.

Características clínicas : Son el conjunto de rasgos clínicos y radiológicos con que se presenta o se da a conocer una enfermedad distinguiéndose de las demás en un determinado momento.

Frecuencia : Se llama frecuencia al conjunto de datos reunidos en forma que pueden apreciarse inmediatamente sus particularidades, estadísticamente hablando la podemos definir como el número de veces que tiene lugar un suceso o la cantidad de veces que se repite.

Hiperplasia : Se llama hiperplasia al incremento en el número de células en un tejido u órgano.

Displasia : Se llama displasia al desarrollo anormal de las células, con pérdida en la uniformidad así como de su orientación estructural.

Anaplasia : Se llama así al cambio en la estructura celular y en su estructura recíproca, caracterizado por la pérdida de la diferenciación y la vuelta a una forma más primitiva, la cual es característica de malignidad.

JUSTIFICACION

El cáncer es una entidad con posibles manifestaciones clínicas en cabeza y cuello, siendo necesario que el estomatólogo los conozca para poder ayudar a orientar el diagnóstico y a la vez orientar al paciente hacia los profesionales que puedan ayudarlo a resolver este padecimiento.

Por lo tanto el presente estudio se basa en la necesidad de conocer las características clínico-epidemiológicas del cáncer de cabeza y cuello, con el objeto de obtener datos que muestren de la manera más proxima la magnitud de este problema en nuestro medio, lo cual proporciona información de utilidad para la búsqueda de posibles soluciones y permitir el desarrollo de una mejor docencia durante la formación del odontólogo en el campo de la patología bucal.

A la vez proporciona información a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sobre características clínico-epidemiológicas de cáncer de cabeza y cuello en nuestro país para ampliar los conocimientos del odontólogo general guatemalteco a través del enriquecimiento del pensum de estudio, con datos que reflejen la realidad nacional.

REVISION DE LITERATURA

Una parte importante de la Odontología es el estudio de los tumores de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes, ya que el dentista desempeña un papel de importancia en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Aunque los tumores sólo constituyen una parte de las entidades patológicas que el odontólogo ve, son de suma importancia porque poseen una potente capacidad que pone en peligro la salud y la vida del paciente. (20).

Las neoplasias son un fenómeno biológico mal entendido, en ocasiones no se puede diferenciar claramente de otros procesos o reacciones tisulares. Aunque no hay una definición precisa de neoplasia, sin excepción, con frecuencia se le considera como un crecimiento nuevo de tejido independiente, no coordinado, el cual potencialmente es capaz de proliferar sin limitaciones y no retrocede una vez que desaparece el estímulo que produjo la lesión. (20)

“ Para comprender al paciente con cáncer, se debe entender la patología del mismo”.

Entre las definiciones de cáncer encontramos :

- Tejido celular en el que los mecanismos que controlan el crecimiento normal están permanentemente alterados, permitiendo su crecimiento progresivo. (6)

- Una enfermedad espontáneamente autoagresiva de un tejido, iniciada por una mutación genética, ocurrida al azar en una célula madre. (19)

La presente revisión de literatura comprenderá varios aspectos:

1. Etiología

2. Características Clínicas

3. Clasificación

4. Epidemiología

5. Epidemiología Nacional

6. Manejo y Tratamiento

7. Consideraciones en el Manejo del Paciente

8. Resultados y Pronóstico

I. ETIOLOGIA

Independientemente a los intentos de definición de cáncer, un grupo de hechos básicos deben tenerse en cuenta:

- Las neoplasias pueden originarse sólo de células con capacidad de proliferar.
- Las células tumorales no se “desdiferencian”, pueden madurar en forma inadecuada llamandose “anaplasicas” o “indiferenciadas”.
- Los cánceres pueden surgir como consecuencias de una variedad de estímulos (químicos, físicos o virales y otros), requiriendose por lo general un prolongado período de latencia.
- Las neoplasias son generalmente multicéntricas dentro del mismo tejido, por ejemplo en la incidencia de cáncer de mama bilateral y multifocal.

- La hiperplasia y displasia preceden a menudo el desarrollo de muchos tumores en meses y años. (el reconocimiento y la terapia adecuada en éste estadio, puede prevenir muchos cánceres).
- Las células cáncerosas pueden permanecer latentes por períodos prolongados .
- Pocas son las neoplasias que regresan espontaneamente. El comportamiento biológico, puede ser modificado por inmunología, hormonas y quimioterapia.
- No se han identificado diferencias desde el punto de vista ultraestructural y bioquímico, que establezcan distinción entre las celulas normales y malignas.
- Las células de algunos tumores sólidos pueden “replicarse” más lentamente que las células normales coexistentes.(19)

Más de 270 tipos de neoplasias humanas han sido reconocidas y definidas histológicamente, pudiendo ser infinito el grado de variabilidad dentro de un solo tumor, sin embargo, es más importante reconocer que la enfermedad que llamamos cáncer, se determina más por el permanente cambio del estado

reactivo del huésped, que por las características histológicas de las células cancerosas del tumor. Es decir que existen tantas neoplasias, como pacientes que la desarrollan. Por consiguiente el cáncer no debe ser mirado como una entidad nosológica sino solamente como un término tradicional para describir un proceso neoplásico. El aspecto clínico de este proceso es casi infinito, yendo desde nuestra muerte rápida a regresión espontánea. Los síntomas y signos dependerán principalmente de la localización del tumor en cada paciente. Debe ser enfatizado que el siempre cambiante medio externo e interno del huésped juegan un papel muy importante en la iniciación o progresión del desarrollo del neoplasma. Una variedad de neoplasias pueden ser prevenidas si utilizamos los conocimientos acumulados disponibles. (6)

La causa exacta del cáncer oral es desconocida. El único factor conocido es que en cierto tiempo un número de células o una célula pueden empezar a crecer incontroladamente, esta capacidad de crecimiento desordenado continúa en las células hijas, las cuales tienen la capacidad de duplicarse, y en veinte generaciones habrán formado mas de un millón de células. A continuación se describen varios mecanismos que pueden tener como resultado dicha transformación maligna.(18).

Edad: es quizá el factor etiológico más importante, por el tiempo necesario para que se desarrolle una neoplasia.

Sistema inmune: la efectividad inmune y su competencia disminuyen con la edad. El sistema inmune puede crear un mayor riesgo de cáncer en dos situaciones, cuando el individuo tiene defectos congénitos, y cuando este ha sido suprimido por quimioterapia. Ejemplo: en el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), donde los pacientes presentan una gran índice de presencia de Sarcoma de Kaposi y de Carcinoma escamoso oral.

Tabaco: Este un factor muy importante en el desarrollo de cáncer bucal, más de 500 sustancias han sido identificadas en el tabaco, de las cuáles los alquitranes y reseínas han sido catalogadas como carcinógenos. La nicotina es un componente farmacológico más importante. Sin duda estas sustancias contribuyen a la irritación de las mucosas producidas por el tabaco y su humo, el polonio 210 y el níquel han sido identificados en el humo del tabaco y se les ha achacado participación causal en la inducción del cáncer pulmonar. El tabaco es un agente de alto riesgo no sólo por sus componentes, sino por la irritación que produce, capaz de causar alteraciones. El riesgo de contener cáncer, de los fumadores, con los no fumadores es de cinco veces más. El uso

extenso del tabaco en el siglo XX parece ser la causa del que el carcinoma pulmonar sea el cáncer más corriente entre varones. Estudios semejantes han comprobado relación entre el consumo del cigarrillo y el cáncer de cavidad bucal, laringe, esófago y los epitelomas de la mucosa.

En los últimos años, el intento por escapar de los peligros del cáncer pulmonar, ha originado el uso creciente del tabaco sin humo, como rapé, tabaco de mascar o pequeñas bolsas de tabaco colocadas entre el carrillo y la encía. Desafortunadamente esas prácticas han originado un aumento notorio en la incidencia de carcinoma de células escamosas en encías y mucosa bucal.

Alcohol: El consumo excesivo de alcohol es uno de los principales problemas médicos y sociales a nivel mundial. En casi todas las poblaciones pudientes ha adquirido proporciones epidémicas, principalmente en adultos, pero con frecuencia creciente en adolescentes e incluso en niños. Se estima que el uso de alcohol afecta la calidad y duración de la vida de 8 al 12% de la población adulta. El alcoholismo crónico es aún más insidioso y daña a casi todo órgano y tejido corporal, algunos de esos efectos se relacionan con la nutrición, porque el alcohol en el intestino altera la absorción intestinal de muchos nutrientes, principalmente fosfato y vitamina B12. Más aún, representa

calorías vacías” que sustituyen a alimentos más beneficiosos. Además, el alcohol y algunos de sus metabolitos tienen toxicidad directa. La concentración elevada de acetaldehído, metabolito del alcohol, se ha implicado en lesión al hígado, corazón y otros órganos. Es un irritante de mucosa, y está relacionado con factores como deshidratación, avitaminosis y tabaquismo, dejando la mucosa susceptible a carcinógenos. Otra causa podría ser los carcinógenos contenidos en las bebidas alcohólicas (nitrosaminas e hidrocarburos), o los cambios celulares inducidos por el hígado en los tejidos blandos.

Bebedores de grandes cantidades de alcohol, son también fumadores, y muchos factores predisponentes pueden actuar en combinación. Estudios han revelado una relación independiente y de sinérgismo entre ellos. El riesgo de cáncer en alcohólicos que también fuman se aumenta en un 10%. Merecen breve mención algunas otras implicaciones del alcoholismo crónico: mayor vulnerabilidad a infecciones, miopatía de músculo estriado análoga a la situación de la cardiomiopatía, gastritis y úlceras pépticas, pancreatitis aguda y crónica, y mayor frecuencia de carcinoma buco faríngeo, laríngeo, esofágico y quizá rectal y pulmonar.

La acción irritante del alcohol es especialmente marcada sobre las mucosas. Las concentraciones elevadas pueden producir considerable inflamación de la mucosa, sin embargo, no se ha dilucidado si este factor, o la desnutrición, es la causa de la inflamación que no es raro encontrar en los grandes bebedores constantes. Existen abundantes pruebas de que ciertas enfermedades y síndromes, atribuidos anteriormente a los efectos tóxicos de la ingestión de alcohol, son en realidad resultado de las deficiencias vitamínicas causadas por la mala alimentación o el defectuoso funcionamiento gastrointestinal del alcohólico. Estas deficiencias nutricionales causan el mal estado general del bebedor habitual, que por ello se vuelve más susceptible a las infecciones.

Químicos: Ciertas sustancias químicas, tanto naturales como sintéticas son capaces de producir cáncer, algunos actúan de forma directa y no requieren transformación química, pero otros actúan de forma indirecta (procarcinógenos) y sólo actúan después de transformación metabólica, pudiendo actuar conjuntamente con otros tipos de influencias carcinógenas.

Irritación crónica: Por mordeduras de carrillos, comidas muy condimentadas o calientes, traumatismo por piezas fracturadas, en individuos predispuestos a

desarrollar lesiones malignas.

Nutrición: Deficiencias de vitamina A, a sido postulado como carcinógeno, por que se cree cause alteración de patrones de oxidación del epitelio que lo hace más susceptible a la irritación. Deficiencia de vitamina C relacionada con el bloqueo de la conversión de nitritos a nitrosamicos, potentes carcinógenos.

Radiación: Cualquiera que sea su fuente, luz solar, rayos X, fusion nuclear, radionuclidos; es un carcinógeno establecido, porque alteran la vulnerabilidad celular a otros carcinógenos, causando mutaciones y muerte celular por consiguiente proliferación, la cual puede ser anormal.(18, 20).

II. CARACTERISTICAS CLINICAS

La mayoría de los pacientes buscan consulta solamente después de desarrollar un severo y persistente dolor, lo más frecuente es comparado a un tipo de "ardor" o "irritación" en la boca. El carcinoma temprano en la cavidad oral puede ser indoloro. El dolor usualmente ocurre cuando la lesión se ulcera.

Los siguientes son los signos más comunes de carcinoma oral:

- **Ulceración o erosión.**
- **Eritema.**
- **Induración.**
- **Fijación.** (células anormales dividiéndose, invadiendo áreas profundas de músculo y hueso).
- **Cronicidad.**
- **Linfoadenopatía.** (endurecimiento o agrandamiento indoloro).
- **Leucoplasia**

Una marcada induración, fijación y linfoadenopatía son signos de lesiones avanzadas. Carcinomas tempranos pueden parecer pequeños, aparentemente inofensivas áreas de induración o cambios locales (erosión, eritema, queratosis, etc.), frecuentemente el clínico adquiere un sentido de seguridad falso. Todas las lesiones de la cavidad oral que se resistan a responder propiamente a la

terapéutica usual, debe ser considerada maligna hasta que se pruebe lo contrario.

TUMORES BENIGNOS: Su forma de extensión es realizada a través de expansión en los tejidos vecinos con consiguiente atrofia de los mismos. Generalmente presentan una cápsula, pero no en forma invariable.

TUMORES MALIGNOS: los pasos de crecimiento y desarrollo de estos son los siguientes:

1- **Invasión :** Es mas importante que la expansión para la diseminación, constituyendo el primer paso al desarrollo de las metástasis. Los factores que promueven la invasión son :

a) **La velocidad de crecimiento :** No es crítica para la diseminación, si lo es en el aporte de células para aumentar el tamaño tumoral. El aumento de la presión local puede jugar un papel en forzar el paso de células cancerosas a la circulación.

b) **La motilidad celular :** Es necesaria para la diseminación, pero no es la

causante de la invasión.

c) Pérdida de cohesión: Puede ser identificada en células malignas, que al tener menos calcio y más carga eléctrica que las células normales, son más fáciles de separar entre sí.

d) Pérdida de la restricción del crecimiento de los tejidos vecinos

e) Elaboración de sustancias líticas: Tal vez sea éste, el factor más importante en la invasión. En varios cánceres se han encontrado hialuronidasa, proteasas y aminopeptidasas.

2. Permeación : Es la invasión vascular sanguínea y vasos linfáticos, seguida del crecimiento tumoral a lo largo de sus luces.

3. Metástasis : Son crecimientos tumorales separados de la localización primaria. El crecimiento de una metástasis depende de que esta tenga adecuado medio para desarrollarse. El hecho de tener células cancerosas circulantes, no significa presencia de metástasis.

METASTASIS :

La cavidad oral es frecuentemente sitio de diseminación proveniente de otros focos. Cuando esto ocurre, es principalmente de cáncer de mama. La mandíbula es el sitio oral, más afectado. Es interesante que las mujeres blancas y negras que poseen cáncer de cervix, tienen un índice de incremento de posibilidades de contraer cáncer de orofaringe, durante los primeros cinco años después del tratamiento.

Se han postulado varias teorías en cuanto a la formación de metástasis, de las cuales se mencionan las siguientes:

TEORIA MECANICA: Según esta teoría, las metástasis se producirían en proporción directa al número de células que llegan a la circulación. En la localización y distribución de las metástasis, algunos factores tienen un sobresaliente papel, tales como: El pasaje transcapilar, la filtración el tamaño de la célula neoplásica en relación al lumen de los vasos.

TEORIA DE LA AFINIDAD SELECTIVA: El suelo más que la semilla, determina la forma en que se distribuirán las metástasis. Algunas visceras son

mejores terrenos que otras para ciertos tumores.

TEORIA DE LA TRANSFORMACION: De acuerdo a esta teoría, genomas de ADN penetran en las células del huésped, transformándolas en células cancerosas.

La penetración de las paredes capilares se da por medio de diapedesis de las células neoplásicas, siguiendo la ruta que hacen los leucocitos a través de las paredes capilares. Un factor en este fenómeno pueden ser las sustancias líticas que elaboran algunos tumores. La ruptura de capilares secundaria a crecimiento intraluminal, es otra forma de penetración.

Entre los factores que influyen en el crecimiento de metástasis se pueden mencionar: el daño local, producido por traumatismos, el cual favorece la posibilidad de metástasis. Los anticoagulantes que disminuyen la posibilidad de las mismas. (18,19,20).

La mayoría de tumores de cabeza y cuello se presentan como lesiones más exofíticas, ulceraciones invasivas o lesiones planas y verrucosas. El crecimiento endofítico, es más invasivo y difícil de controlar, mientras que las lesiones exofíticas son menos invasivas y más fáciles de curar. Los síntomas y

signos dependen de la localización:

- 2. Nariz, senos paranasales : Epistaxis, obstrucción nasal, dolor dental y facial y masas en la fosa nasal.**
- 3. Nasofaringe : Alteraciones neurológicas, masas en el cuello, obstrucción nasal, pérdida unilateral de la audición, debido a la obstrucción de la trompa de Eustaquio.**
- 4. Cavidad oral : Inflamación úlcera que tarda en curar, trismus doloroso.**
- 5. Orofaringe : Disfagia, dolor disnea, trismus y otalgia referida.**
- 6. Laringe e Hipofaringe : Ronquera, disfagia, odinofagia, disnea y pérdida de peso.**

Una masa metástasica en el cuello puede ser parte de la presentación clínica de cualquiera de los tumores anteriormente mencionados , y ocasionalmente, el único signo de un tumor primario oculto.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS :Se ha tendido a subestimar las

importantes contribuciones que hacen los métodos diagnósticos de los tumores, los datos clínicos son invaluable para un diagnóstico óptimo, por lo que debería seguir un orden lógico para un diagnóstico adecuado. A continuación se propone :

1. Un cuidadoso examen mediante inspección con espejo, de la cavidad oral, Nasofaringe, Orofaringe, Laringe e Hipofaringe.

2. Una palpación cuidadosa.

3. Los estudios radiológicos para determinar la extensión del crecimiento tumoral a saber :

a) Radiografías simples

b) Tomografías especialmente tomadas de los senos paranasales y de la laringe.

c) Estudios radiológicos con bario.

d) Estudios con medio de contraste.

e) Estudios radiológicos del tórax.

f) La arteriografía.

4. Una biopsia sobre todas las lesiones sospechosas. Si la sospecha clínica es muy marcada y los primeros estudios resultan negativos, la biopsia debe ser repetida.
5. El teñido de las zonas sospechosas con azul de toluidina, puede demostrar carcinomas "in situ", en la cavidad oral.
6. La citología exfoliativa es útil como técnica de despistaje.(13,19).

CARCINOMA DE CELULAS BASALES

El carcinoma de células basales se desarrolla con más frecuencia en las superficies expuestas de la piel cara y cuero cabelludo (pericráneo) en personas de edad media o ancianas, es más común en varones. Produce metástasis a ganglios linfáticos o vísceras distantes.

Etiología : La relación entre la exposición prolongada a la luz solar y el cáncer de piel ha sido reconocida. El factor específico de la luz solar que causa la carcinogénesis cutánea parece ser la radiación de la luz ultravioleta; es posible además que la atrofia general asociada con el proceso de envejecimiento predisponga a que se desarrolle el cáncer de Piel.

Aspectos clínicos : El carcinoma de células basales es más frecuente en la cuarta década de la vida y más común en varones. Aunque se ha informado que puede presentarse en personas jóvenes e incluso niños.

Por lo regular empieza como una pápula pequeña ligeramente elevada, que se ulcera, sana y después vuelve a abrirse; la costra que parece superficial, desarrolla un borde enrollado y liso, que representa células tumorales diseminadas en forma lateral por debajo de la piel. Pueden incluso llegar a erosionar profundamente el cartilago o el hueso. Es más frecuente en el tercio medio de la cara, pero puede presentarse en cualquier lugar. Nunca se observa en la cavidad bucal a menos que llegue a ese sitio por invasión o filtración desde la superficie de la piel.

Tratamiento y pronóstico : Cada lesión debe de tratarse por separado. Se

puede obtener buenos resultados mediante extirpación quirúrgica o por radiación.

El pronóstico es bueno debido a que la neoplasia crece con lentitud, no tiende a formar metástasis y responde bien al tratamiento.(20)

CARCINOMA EPIDERMOIDE

El carcinoma epidermoide, llamado también carcinoma de células escamosas, es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Aunque se puede presentar en cualquier sitio dentro de la boca, ciertos lugares son afectados con más frecuencia que otros.

Debido a la diferencia que hay en la apariencia clínica, naturaleza de la lesión y pronóstico se describirán los tumores de manera individual según aparezcan en las distintas áreas.

Etiología : Generalmente, el carcinoma epidermoide en la cavidad bucal aparece en las últimas décadas de la vida. Sin embargo, se ha encontrado en todas las edades e incluso en niños. Es un hecho importante que en 326

pacientes (3.5%) fueron menores de 30 años.

Estos autores también señalaron que desde 1970 el mayor número de carcinomas se presentó en una década de la vida más temprana en todos los sitios anatómicos, excepto en el labio inferior y mucosa bucal.

Se sospecha que los factores etiológicos externos más frecuentes en el desarrollo del carcinoma bucal son: tabaco, alcohol, sífilis, deficiencias nutricionales, luz solar, sépsis e irritación por bordes afilados de los dientes o de las prótesis.

CARCINOMA DE LABIO: El carcinoma epidermoide de labio es una enfermedad que se presenta principalmente en ancianos, y lesiona con más frecuencia el labio superior que el inferior. En una serie de estudios realizados se encontró que el 98% de los pacientes fueron hombres y que la edad al inicio de la enfermedad variaba de 25 a 91 años, con mayor frecuencia entre los 55 y 75 años con un promedio de 62 años.

Al examinar el registro de muchos pacientes se sugirieron posibles factores etiológicos siendo uno de los principales, el tabaquismo.

Como se dijo previamente la luz solar se considera importante ya que las alteraciones que se encuentran en la piel y en los labios como resultado de la exposición prolongada al sol se caracterizan como preneoplásicas.

ASPECTOS CLINICOS : El tumor usualmente empieza en el borde del bermellón del labio hasta un lado de la línea media. Con frecuencia comienza como un área pequeña de engrosamiento , induración y ulceración o irregularidad de la superficie. Conforme se hace más grande la lesión, se crea un defecto pequeño parecido al cráter o se produce un crecimiento exofítico, proliferativo de tejido tumoral.

Por lo general, el carcinoma de labio es lento para producir metástasis, y puede desarrollarse una lesión masiva antes que haya signos de afección de ganglios linfáticos regionales. Cuando ocurre metástasis, por lo regular es ipsolateral y afecta a los ganglios submaxilares o submentales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO : El carcinoma de labio ha sido tratado satisfactoriamente tanto con excisión quirúrgica como con radiación con rayos X, según el grado de la duración de la extensión y la presencia de la metástasis.

Muchos factores influyen en el éxito o fracaso del tratamiento. El

terapeuta debe considerar cuidadosamente el tamaño de la lesión, su duración, la presencia o ausencia de ganglios linfáticos metastásicos y el grado histológico de la lesión al planear su acercamiento al problema neoplásico.

CARCINOMA DE LENGUA : Comprende de 25 a 50% de todos los cánceres intrabucuales siendo menos comun en varones que en mujeres.

Se ha sugerido varias causas de cáncer de la lengua, entre las que podemos mencionar la sífilis y la leucoplasia. Otros factores que se hapensado contribuyen al desarrollo del carcinoma lingual, incluye mala higiene bucal, traumatismo crónico, alcoholismo y tabaquismo siendo predominantes estos dos últimos.

El signo más común de cáncer de la lengua es una masa o úlcera no dolorosa, aunque la mayoría de los pacientes la lesión finalmente se hace dolorosa, en especial cuando se afecta de manera secundaria. El tumor puede empezar como una úlcera indurada en forma superficial con bordes ligeramente elevados y proceder a desarrollar una masa exofítica fungosa o infiltrarse a capas más profundas de la lengua.

El tratamiento de esta afección es un problema difícil e incluso en la

actualidad no se puede hacer declaraciones específicas acerca de la eficacia de la cirugía en comparación con la radiación.

El pronóstico del cáncer en este lugar no es bueno ya que el factor más importante que lo afecta es la presencia o ausencia de metástasis cervicales por tanto la necesidad de diagnóstico temprano es obvia, y el papel del dentista para reconocer las lesiones cancerosas es de vital importancia.

CARCINOMA DE MUCOSA BUCAL : Como casi todos los cánceres de la cavidad bucal es aproximadamente 10 veces más común en el varón que en la mujer con una edad promedio de 58 años. Etiológicamente al parecer varios factores son de importancia indiscutible, estos incluyen: tabaco para mascar y el hábito de mascar la nuez de betel, la leucoplasia es un antecedente común de la mucosa bucal por lo general es de duración muy larga y puede o no estar necesariamente asociada al uso de tabaco.

Las lesiones se desarrollan con más frecuencia a lo largo o inferiores a la línea opuesta del plano de oclusión, la posición anteroposterior es variable, algunos casos aparecen cerca del área del tercer molar, otros adelante hacia la comisura.

A menudo la lesión es ulcerativa y dolorosa, y son comunes la induración e infiltración de los tejidos más profundos.

La frecuencia de la metástasis del carcinoma epidermoide varía considerablemente, pero es relativamente alta, los sitios más comunes son los ganglios linfáticos submaxilares.

El tratamiento del carcinoma de la mucosa bucal es un problema similar al del cáncer de otras áreas de la cavidad bucal. Es probable que en casos tempranos se obtengan resultados similares por cirugía o por radiación. El uso combinado de ambos tratamientos es sin duda alguna, de gran importancia en este tumor. El pronóstico de esta neoplasia depende de la presencia o ausencia de metástasis.

CARCINOMA DE LA ENCIA : Esta es una enfermedad esencialmente de los ancianos, ya que el promedio de edad es de 61 años, se presenta con más frecuencia en varones que en mujeres.

Generalmente la mayoría de tumores se encuentran en la encía mandibular, el carcinoma se manifiesta inicialmente como un área de ulceración la cual puede ser una lesión puramente erosiva o mostrar un tipo de

exofítico, granular o verrucosa. Muchas veces no tiene crecimiento la apariencia clínica de una neoplasia maligna, y puede o no ser dolorosa. Estos tumores se presentan con más frecuencia en áreas dentulas, la encía fija se afecta primariamente con más frecuencia que la libre.

En general el tratamiento de carcinoma localizado en este lugar es un problema quirúrgico, el pronóstico no es particularmente bueno.

CARCINOMA DEL PISO DE LA BOCA : El carcinoma del piso de la boca representa aproximadamente el 15% de todos los casos de cáncer intrabucal y se presenta en el mismo grupo de edad como los otros cánceres bucales.

El típico carcinoma en el piso de la boca es una úlcera indurada de tamaño variable, situada en un lado de la línea media. Se presenta con frecuencia en la porción anterior del piso, con mucha frecuencia hay extensión temprana dentro de la mucosa lingual de la mandíbula y dentro de la propia mandíbula, así como dentro de la lengua. La proximidad de este tumor a la lengua produce engrosamiento del órgano e induce a un engrosamiento o habla fullante.

La metástasis en el piso de la boca se encuentra con más frecuencia en los ganglios linfáticos del grupo submaxilar.

El tratamiento del cáncer del piso de la boca es difícil y con frecuencia no tiene éxito. Por esta razón se utiliza la radiación.

El pronóstico para los pacientes es moderado.

Las metástasis no se presentan sino hasta que el tumor está muy avanzado y cuando aparecen, afectan los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales.

Se ha empleado cirugía y radiación para el tratamiento y en estas condiciones el pronóstico no es bueno.(20)

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO

Es una forma de adenocarcinoma. Las glándulas salivares que con más frecuencia se afectan por este tumor son: Parótida, submaxilar y accesorias localizadas en el paladar y la lengua.

Se presentan con más frecuencia durante la quinta y sexta década de la vida.

Muchos pacientes muestran manifestaciones clínicas de un tumor maligno típico de las glándulas salivares, dolor local temprano, parálisis del nervio facial en el caso de los tumores de la parótida, fijación a las estructuras más profundas e invasión local.

Algunas de las lesiones, en particular las bucales, muestran una ulceración en la superficie. En algunos casos puede existir una semejanza clínica con el adenoma pleomórfico.(3,20)

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

Es un tipo usual de tumor de glándulas salivares. Como el nombre lo indica, el tumor se compone de células secretoria de moco y del tipo epidermoide en proporciones variables.

Casi todos los carcinomas mucoepidermoides que afectan a las glándulas salivares mayores se presentan en la glándula parótida, aunque también puede originarse en otras glándulas mayores y en especial, las glándulas accesorias intrabucuales.

El carcinoma mucoepidermoide tiene una distribución igual entre varones y mujeres. Se presenta especialmente de la tercera hasta la quinta década de la vida, pero de hecho puede aparecer en todas las décadas. Es el tumor maligno de glándulas salivares más común de los niños.

El tumor que presenta malignidad de bajo grado, por lo general aparece como una masa insensible que se agranda con lentitud y que simula adenoma pleomórfico. Sin embargo, aunque a menos que no sea un adenoma pleomórfico, el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, rara vez es mayor de cinco centímetros de diámetro, no está completamente encapsulado y en

consecuencia contiene quistes que pueden estar llenos de un material viscoso.

Los tumores intrabucales de este tipo suelen encontrarse en sitios como el paladar, la mucosa bucal, la lengua y el área retromolar. Debido a su tendencia a desarrollarse en áreas quísticas, estas lesiones intrabucales pueden guardar una estrecha semejanza clínica con el fenómeno de retenciónmucosa o con el mucoccele, en especial, con aquellos que se presentan en el área retromolar.

El tumor que presenta alto grado de malignidad crece con rapidez y produce dolor, así como un sintoma temprano. Es frecuente la parálisis del nervio facial, en los tumores de la parótida. El carcinoma no está encapsulado, pero tiende a infiltrarse al tejido que lo rodea, y en un alto porcentaje de los casos, a formar metástasis hasta los ganglios linfáticos regionales. También son comunes las metástasis distantes al pulmón, hueso y cerebro, así como los tejidos subcutáneos.(3,20)

III. CLASIFICACION DE LOS TUMORES

Es esencial desarrollar una clasificación basada en consideraciones anatomicas e histologicas. Tal clasificación es la clave para tomar cualquier decisión desde el punto de vista multidisciplinario. Por ello resulta aparente al revisar la literatura, que las diferencias de clasificación y lenguaje, hacen virtualmente imposible la comparación de los diferentes tipos de cáncer. Así es que, una afirmación referente a cáncer precoz, moderado y avanzado, sin otra descripción, deja aquellos que no están familiarizados, e incluso aquellos con experiencia, inseguros de su real extensión. La clasificación esta basada en los siguientes factores:

HISTOGENESIS: Tejido de origen y tipo celular.

COMPORTAMIENTO BIOLOGICO: Benigno o maligno.

GRADO DE DIFERENCIACION: Bien diferenciado, parcial o pobremente diferenciado.

UBICACION ANATOMICA: Organo o región.

OBJETIVOS DESCRIPTIVOS: Relacionados con forma o función.

EPONIMICAMENTE: Ej. Sarcoma de Ewing, etc.....

Los objetivos de la clasificación son los siguientes:

- Ayudar a los clínicos en el planeamiento del tratamiento.
- Dar alguna indicación del pronóstico
- Ayudar en la evaluación de los resultados del tratamiento.
- Facilitar el intercambio de información.
- Ayudar en la continua investigación del cáncer.(5,19).

CLASIFICACION TNM: La clasificación por etapas del cáncer se basa en que lo esencial de una clasificación significativa, depende de cuantificar la extensión de la enfermedad, lo que se hace en tres compartimientos.

- T para tumor primario
- N para ganglios linfáticos regionales
- M para metástasis.

La mayoría de las nuevas clasificaciones intentan definir al tumor primario como T1, T2, T3 y T4 de acuerdo a su mayor extensión; NO, N1, N2 y N3 de acuerdo al creciente compromiso ganglionar; M0 y M1 para aquellos casos con o sin metástasis a distancia respectivamente. Estas categorías pueden o no, ser aplicables para todos los sitios, resultando difícil abarcar todos los casos clínicos en ellas. Este sistema permite considerar las formas de diseminación de la enfermedad maligna, T para la lesión primaria o extensión directa, N para la lesión secundaria o invasión linfática y M para la diseminación vascular.

Es importante establecer la diferencia entre estadio y clasificación del cáncer. El estadio intenta definir la verdadera extensión del cáncer en sus tres compartimientos (TNM) en un tiempo determinado, generalmente en el momento de detección. Una clasificación, es un marco multidimensional, que incluye todas las posibilidades en que el cáncer puede presentarse y extenderse a un órgano. Estadio no significa que la progresión se haga en forma regular y previsible. Algunos tipos de cáncer avanzan en forma típica, extendiéndose desde el tumor primario a los ganglios linfáticos y eventualmente a distancia.

Un tipo característico de estadio:

ESTADIO I, T1, N0, M0 : El examen clínico revela una masa limitada al órgano de origen. La lesión es operable y resecable, solamente con invasión local y hay ausencia de diseminación local y vascular. Es el que ofrece mayor posibilidad de sobrevida (70%-90%).

ESTADIO II, T2, N1, M0: La clasificación clínica muestra evidencias de invasión local en los tejidos vecinos y en la primera estación ganglionar. La lesión es operable y resecable; pero debido a su gran extensión local no hay certeza de que se extirpará completamente. Este estadio ofrece buenas posibilidades de sobrevida (30 más o menos 5%).

ESTADIO III, T3, N2, M0: El examen clínico revela un primario extenso, con fijación a estructuras profundas, invasión ósea y ganglios linfáticos de una naturaleza similar. La lesión es operable pero no resecable y quedará tumor macroscópico luego de la extirpación. Este estadio ofrece algunas posibilidades de sobrevida. (20 más o menos 5%).

ESTADIO IV, T4, N3, M+: Hay evidencia de metástasis a distancias más allá del lugar de origen. La lesión es inoperable. Escasa o ninguna posibilidad de sobrevida (-5%).

NOTA: Los criterios exactos dependen de la localización en cada órgano. Más que el tamaño o la extensión en superficie, la profundidad de invasión, es el factor único más importante para calificar al tumor dentro del punto de vista anatómico.

Siempre que sea posible debe utilizarse una clasificación dual anatómica-histológica, pues ésta es la esencia de una información correcta al evaluar los resultados de cualquier tratamiento.

Los procedimientos para determinar el estadio se pueden hacer por medio de :

1. Diagnóstico clínico : Incluye los procedimientos clínicos estándar y radiológicos, independientes de los procedimientos quirúrgicos.
2. Evaluación quirúrgica : Incluye la exploración quirúrgica realizada en el momento de la resección, así como la inspección y las biopsias efectuadas en los márgenes tumorales.
3. Evaluación postquirúrgica (Patología) : Incluye la resección completa del tumor primario y/o ganglios, y el cuidadoso estudio histopatológico de la posible extensión tumoral.
4. Se realiza un nuevo tratamiento cuando se confirma la recidiva por medio de una biopsia y luego se aplican todos los procedimientos anteriormente mencionados.

Entre los procedimientos están :

- Los procedimientos diagnósticos de rutina se utilizan para definir la extensión del tumor primario.
- Los siguientes procedimientos son esenciales : La biopsia de los bordes de las lesiones sospechosas periféricas y el examen cuidadoso de la pieza

quirurgica resecada, así como el estudio de los márgenes.

- Los procedimientos radiológicos demostraran la invasión al hueso o al cartílago.
- Es importante realizar una cuidadosa palpación de los ganglios cervicales, con especial atención al número, tamaño y movilidad.
- Las metástasis torácicas son comunes, razón por la cual, es importante una radiografía de tórax.(19,20).

CLASIFICACION HISTOLOGICA: Los carcinomas se han dividido histológicamente en grados:

GRADO I: Está en el lindero de la malignidad y la normalidad. Las células están diferenciadas en un 75%, conteniendo formaciones perladas y algunas figuras mitóticas.

GRADO II: El número de las células diferenciadas y el de las indiferenciadas ocupan alrededor del 50% cada una.

GRADO III: Las tres cuartas partes del total celular está ya indiferenciado.

Desde el grado II no hay duda de la malignidad de la lesión; hay marcada formación de perlas.

GRADO IV: El 100% de las células son indiferenciadas, la división de éstas es exagerada por lo que su malignidad es incontrolable la mayoría de veces. No obstante se ha establecido que entre más diferenciado está el tumor será más sensible a la radiación, respondiendo mejor.

Los carcinomas de labio son amenudo grado I, los del piso de boca y porción anterior de la boca son grado II principalmente y los de tercio porteriore la lengua y amígdala aumentan a grado II y III, predominando el último. Los tumores de grado IV son comunes en la región tonsilar, pueden aparecer ocasionalmente en cualquier otra parte de la cavidad oral.(19,24).

GRADOS: G1 Bien diferenciado

G2 Moderadamente bien diferenciado

G3 Pobremente diferenciado

G4 Muy Pobremente diferenciado

IV. EPIDEMIOLOGIA

El cáncer ataca a una de cada cuatro personas, y a dos de cada tres familias. Un estimado de 57 millones de americanos tendrán cáncer en algún momento de su vida.

Los carcinomas apuntan alrededor del 96 % de todos los cánceres orales y los sarcomas alrededor de 4%. El tipo más común de cáncer oral es el carcinoma de células escamosas, que cuenta aproximadamente con un 91% de todas las malignidades orales.

De todos los factores que podrían contribuir al desarrollo del cáncer, la edad es el de más alto riesgo. El cáncer oral, como la mayoría de los cánceres, es una enfermedad de edades avanzadas. Alrededor del 95% de todos los cánceres orales ocurren en personas de más de 40 años, la edad promedio al momento del diagnóstico es alrededor de 60 años.

De los 900,000 cánceres estimados para los americanos en 1985, la ocurrencia en mujeres (45%) y hombres (51%) fué más o menos igual (la preponderancia de casos en hombres puede ser parcialmente explicado por la historia de alto consumo de tabaco y alcohol en estos pacientes). Una explicación para el rango tan reducido (2:1) es el gran incremento del

tabaquismo en mujeres.

La lengua es el sitio más común para el cáncer oral en hombres y en mujeres. El cáncer de los labios está decreciendo dramáticamente, probablemente por el uso incrementado de agentes protectores para los labios.

Los pacientes de raza negra tienen proporcionalmente, altos rangos de cáncer en orofaringe que otros grupos raciales. Resultados de este tipo sugieren que un factor genético, así como hábitos y diferencias en el tipo de vida se encuentran implicados en la prevalencia del cáncer. Como otro ejemplo, el cancer de nasofaringe es de 20 a 30 veces más prevalente en chinos que en blancos.(12)

La mayoría de los tumores humanos muestran aberraciones cromosómicas, que son proporcionales al grado de malignidad y varían con cada tumor y paciente. Aunque no se sabe si las anomalías cromosómicas son la causa o el resultado de la malignidad.

Los datos demuestran inequívocamente que personas con cáncer oral tienen riesgo incrementado de desarrollar subsecuentemente malignidades adicionales.

El incrementado riesgo para desarrollar múltiples carcinomas en cabeza y cuello es aún más acentuado en consumidores de tabaco y alcohol, posiblemente a persistencia del irritante crónico.

Mundialmente el cáncer de cualquier variedad es responsable de más de 2 millones de muertes cada año, el cáncer es el responsable de una de cada cinco muertes entre americanos, al menos cada minuto alguien morirá de cáncer.(12)

A pesar de que los tumores de cabeza y cuello representan un porcentaje bajo de las neoplasias (5%), las profundas deformidades funcionales y cosméticas hacen que éstas tengan relativa importancia, más aún cuando se sabe que la edad tiene el impacto más significativo sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer. En Estados Unidos, la incidencia de cáncer se duplica cada cinco años a partir de los 25 años de edad. Ciertos cánceres alcanzan una incidencia máxima entre los 60 y 80 años; otras enfermedades muestran su máxima incidencia entre el nacimiento y los 10 años de edad.(6,19)

Las diferencias geográficas se relacionan con la incidencia del cáncer, proporcionan claves etiológicas y obligan al estudio de poblaciones migratorias. El cáncer gástrico se ha reducido en 4 veces en Estados Unidos desde 1930. La incidencia de cáncer de colon y pulmón es baja en Japón, no obstante, en inmigrantes japoneses a Estados Unidos, la incidencia aumenta e

incluso iguala a la de la población nativa, reflejando presumiblemente los cambios dietéticos. El cáncer de pulmón en Estados Unidos ha aumentado de 5:100,000 en 1930 a 50:100,000 en 1980 y ciertamente refleja los hábitos tabaquicos.(6)

EPIDEMIOLOGIA NACIONAL

Como se mencionó anteriormente las características de incidencia de una enfermedad maligna, varían de acuerdo al sexo, edad, raza, ubicación geográfica, etc. Según datos obtenidos en el último boletín informativo proporcionado por el instituto nacional de cancerología (INCAN), se abarca los años 1989-1990, se cuantificaron datos de cáncer, donde se encontró que el número de casos que afectaron cabeza y cuello fue de un total de 70; los cuales se manifestaron de la siguiente manera :

SEXO

Localización	F	M	Total
Cavidad oral	5	7	12
Glándulas salivales	4	7	11
Lengua	5	5	10
Orofaringe	0	9	9
Encía	2	5	7
Labio	3	2	5
Hipofaringe	2	2	4
Nasofaringe	3	2	5
Fosas Nasales	3	4	7
Total	27	43	70

Casos reportados según grupo de edades

Edades	# de casos
0 - 5	0
6 - 9	0
10 - 14	1
15 - 19	0
20 - 24	3
25 - 29	0
30 - 34	3
35 - 39	2
40 - 44	2
45 - 49	5
50 - 54	8
55 - 59	8
60 - 64	10
65 - 69	8
70 - 74	8
75 - +	12
Total de casos	70

La frecuencia del carcinoma epidermoide oral en Guatemala es de 3% según el estudio practicado por la Dirección General de Servicios de Salud en las diversas instituciones del país. Las regiones más comunes afectadas son en orden de frecuencia: lengua en un 35.5%, reborde alveolar inferior en un 12.7% y labio inferior en un 12%. La apariencia clínica más frecuente es un tumor (47% de los casos). El color más frecuente encontrado en las lesiones de carcinoma epidermoide oral en la población guatemalteca es predominantemente en las combinaciones de gris, amarillo, negro y blanco, o sea que no se dan colores puros con frecuencia, excepto cuando se trata de lesiones rojas, en donde el color del carcinoma epidermoide se ve bastante bien definido.(12)

VI. MANEJO DEL PACIENTE Y PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

Un problema en el diagnóstico de cáncer oral, radica en la multitud de lesiones poco definidas y en su aparición variable y controversial. Muchas de éstas lesiones son benignas y algunas presentan cambios que fácilmente pueden ser confundidas con malignidades. Algunas lesiones pueden ser consideradas premalignas porque están estadísticamente correlacionadas con un cambio canceroso subsecuente, por lo que es de vital importancia un diagnóstico oportuno para el mejor pronóstico del paciente.

El retraso en el diagnóstico se debe en muchas oportunidades, a la falta de consulta de los pacientes; pero en su considerable número de casos el diagnóstico se ha retrasado por que el clínico no sospechó la posible malignidad de la lesión y la trató por medio de procedimientos empíricos, inadecuados para el control del cáncer. Muchos pacientes se retrasarán por más de tres meses antes de notar algún síntoma o signo oral. Este tipo de retrasos en el diagnóstico puede solamente conducirnos a la extensión local de la lesión y a incrementar el riesgo de su metástasis.

Desde que el cáncer oral tiene tan mal pronóstico, la temprana detección y el tratamiento adecuado es esencial para mejorar los rangos de cura. La

biopsia es el único método para diagnosticar cáncer definitivamente.

La **citología exfoliativa** es una técnica para observar al microscopio la morfología de las células individuales después de haber sido obtenidas del tejido, montadas en el portaobjetos, fijadas y coloreadas. La gran utilidad de citología exfoliativa es argumentada en la detección del cáncer oral, por el hecho de que el 95 de los cánceres orales son de origen epitelial.

El manejo del paciente con cáncer debe ser muy minucioso e integrar tanto los aspectos clínico y físicos del padecimiento como factor psicológico del mismo, por lo que se sugiere seguir el siguiente esquema :

- 1- **METODOS PREVENTIVOS** como una buena higiene oral y la disminución del uso del tabaco.
- 2- **DIAGNOSTICO PRECOZ** se debe investigar cualquier lesión en la cavidad oral y síntomas de ronquera. Se debe enseñar la autoexaminación a los grupos que poseen alto riesgo de tener cáncer dentro de la cavidad oral.

3 CUIDADOS DURANTE EL TRATAMIENTO :

- a) Cuidados preoperatorios : se debe crear un buen programa especial para el fumador empedernido con el fin de disminuir el consumo de tabaco y mejorar adí su función pulmonar ; esta idea debe aplicarse también con el alcoholico, a fin de mejorar su nutrición e higiene oral.

Se debe planear la forma en que el paciente se comunicara oralmente, luego de la operacón, en caso ede que pierda la voz.

Se debe ayudar al paciente a que obtenga destreza para sus cuidados postoperatorios. (ej. succionar, alimentarse por tubo, etc.).

En los pacientes con laringectomia, se debe de planear una terapia especial para aprender a hablar.

- b) Cuidados postoperatorios : Se debe de proveer al paciente de lapiz y papel para comunicarse, debiendo colocarse la aguja del suero endovenoso en la mano que el paciente no utiliza para escribir.

Controlar si el paciente ha sido provisto de un timbre y asegurarse si se ha estimulado el uso de la escritura para comunicarse.

Después de la laringectomía, si no es posible articular palabras por medio del uso del esófago, se puede planear un curso de aprendizaje con un experto en la materia, o se puede utilizar la electrolaringe.

- c) Cuidados durante la radioterapia : Se debe conservar una higiene oral cuidosa, utilizado xilocaina viscosa y el los paciente que sufrieron una irradiación intensa de las glandulas salivales, se puede considerar la utilización de saliva artificial.

4- ETAPA DE CONVALECENCIA Y REHABILITACION

- a) Enseñara al paciente a succionar, alimentarse por tubo y a tener especial cuidado en la higiene oral.
- b) Después de una laringectomia es utilil que el paciente se ponga en contacto con alguien que haya tenido el mismo problema y hable con voz esófagica. Se puede pñanear una terapia para aprender a hablar.

Los principios del tratamiento de lesiones malignas es el siguiente :

Para lesiones pequeñas (menores de 1 cm. de diámetro) se puede utilizar igualmente la excisión quirúrgica o la irradiación externa.

Para lesiones más extensas (mayores de 1 cm. de diámetro pero menores de la mitad de un labio) se puede útilizar la escisión quirúrgica con reconstrucción o la irradiación.

Para las lesiones muy extensas (que afectan todo un labio y/o la comisura) la irradiación produce mejores resultados cosméticos.

El tratamiento adecuado para tumores malignos intraorales es un proceso complicado que requiere de la cooperación de especialistas experimentados y

calificados en diversas disciplinas: cirujanos, oncólogos de radiación, oncólogos médicos (quimioterapistas), odontólogos y profesionales paramédicos. Cada caso se evalúa individualmente por todos estos profesionales para elegir el mejor tratamiento posible.

Algunos factores contribuyen a pobres resultados con respecto al tratamiento contra el cáncer. Estos son malnutrición, alcoholismo, tabaquismo, infecciones y el más importante es que las lesiones ya son diagnosticadas en una etapa muy avanzada.

CIRUGIA: Para controlar la lesión primaria, es necesario efectuar resecciones con amplios márgenes. Cuando se realizan resecciones con márgenes inadecuados, se requiere un tratamiento radioterapéutico postoperatorio ya que las recidivas son frecuentes.

Las indicaciones para la cirugía son:

- Para tumores que no son radiosensitivos.
- Para recurrencias en área que ya han sido irradiadas.
- Para situaciones en que los efectos secundarios de la radiación son similares o mayores que los efectos provocados por la cirugía.

- Para neoplasias involucrando hueso, ganglios linfáticos glándulas salivales.

RADIOTERAPIA: Existen varias técnicas de irradiación:

- Las lesiones pequeñas (T1, menores de 2 cm.): radioterapia externa más irradiación intersticial con radium peroral
- Lesiones moderadas (T2, de 2 a 4 cm.): irradiación externa más irradiación intersticial con radium.
- Lesiones avanzadas (T3, mayores 4 cm.): irradiación externa, fundamentalmente con electrones y dosis de refuerzo con irradiación intersticial.
- Las adenopatías cervicales pueden recibir altas dosis mediante implantes intersticiales.

La selección del tratamiento a radioterapia se hace con los criterios siguientes :

- El tiempo relativo de cura que pudiera obtener en radioterapia comparado con cirugía u otra modalidad.
- La relativa morbilidad asociada con el tratamiento de radiación.

- El resultado funcional y cosmético versus el resultado de la cirugía o una combinación de ambos.

QUIMIOTERAPIA: Su efectividad a sido generalmente limitada por administrarse en pacientes con estadios avanzados y por la mala nutrición de los mismos. Su utilización en estadios tempranos como coadyugante del tratamiento radiante y/o quirúrgico, puede ofrecer una mejoría en los resultados. En general las lesiones de la cavidad oral tienen mejor respuesta a la quimioterapia.

TRATAMIENTOS COMBINADOS: Actualmente la combinación más empleada es la que utiliza altas dosis de radioterapia preoperatoria o postoperatoria asociadas con cirugía radical.(11,13)

VII. CONSIDERACIONES EN EL MANEJO DEL PACIENTE Y EL TRATAMIENTO

Generalmente los ganglios cervicales metástasicos son controlados mediante disección radical de cuello. Simultaneamente con la disección del tumor primario. Los ganglios positivos son considerados de mal pronóstico.

Aunque la radioterapia no es tan positiva como la cirugía para controlar los ganglios cervicales metástasicos, está indicada en las siguientes circunstancias.

- Metástasis regionales en los ganglios cervicales de carcinomas de nasofaringe, base de la lengua o amígdala, cuando el tumor primario ha sido tratado por irradiación
- Recidivas ganglionares seguidas a la disección radical de cuello.
- Adenopatías cervicales inoperables por fijación.

Complicaciones quirúrgicas: La rehabilitación y la reconstrucción es esencial, cuando se ha realizado amplias resecciones sobre estructuras críticas como la lengua, la faringe y la laringe, Se debe enseñar al paciente a hablar, tragar y a una adaptación social. Puede ocurrir fistulas, infecciones secundarias,

pérdida de la piel y ruptura de la carótida externa.

Complicaciones radioterapéuticas: La resequedad de la boca y la pérdida del gusto son comunes. Estos síntomas pueden desaparecer en un lapso de 6 meses a 1 año. Las caries dentales pueden prevenirse mediante tratamientos con fluoruro, buena higiene dental y soluciones especiales antisépticas. Las extracciones dentales deberán evitarse, y en el caso de estar indicadas, se cubrirá al paciente con antibióticos y se ocluirá la cavidad. La radionecrosis de la mandíbula es una de las mayores complicaciones y debe de tratarse a la mayor brevedad posible, incluso de ser necesario, se llegará a una resección quirúrgica.

Segundos tumores primarios: Existe una alta frecuencia de segundos tumores primarios debido a que el excesivo consumo de tabaco y alcohol, crea epitelios displásicos.(13)

VIII. RESULTADOS Y PRONOSTICO

La sobrevida a los 5 años es una buena guía para evaluar la efectividad terapéutica, ya que la mayoría de las recidivas aparecen durante los dos primeros años posteriormente al tratamiento.

Es común la presencia de un segundo tumor o múltiples tumores primarios.

Es esencial establecer una buena higiene oral e informar al paciente de los factores incitantes como el tabaco y la bebida alcohólica.(11,13)

OBJETIVOS

GENERALES

- Determinar las características clínicas y frecuencia de cáncer de cabeza y cuello de pacientes atendidos en los hospitales regionales de Zacapa y Cobán durante el período comprendido entre los años 1986 a 1995. Cuyo diagnóstico de cáncer fue confirmado con estudio Histopatológico.
- Aportar datos clínico-epidemiológicos que puedan ser de utilidad en el campo de la patología bucal, especialmente para el mejor desarrollo de la docencia durante la formación del odontólogo y a la vez que sirva de fuente de consulta en relación a los casos de cáncer de cabeza y cuello existentes en la población guatemalteca.

ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de casos diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello, en los hospitales regionales de Zacapa y Cobán durante el período comprendido entre 1986 a 1995.
- Establecer la edad más afectada por neoplasias malignas de cabeza y cuello.
- Establecer el sexo más afectado por neoplasias malignas de cabeza y cuello.

- Establecer el grupo étnico más afectado por los tumores malignos de cabeza y cuello.
- Determinar los hábitos relacionados con cáncer de cabeza y cuello.
- Establecer la lesión básica más frecuente de cáncer de cabeza y cuello.
- Establecer el tipo de neoplasia maligna de cabeza y cuello que afecta en mayor proporción la cavidad oral de los guatemaltecos.
- Establecer la localización más frecuente de neoplasias malignas de cabeza y cuello.

DEFINICION DE VARIABLES DE ESTUDIO

FRECUENCIA : Se llama frecuencia al conjunto de datos reunidos en forma que puedan apreciarse inmediatamente sus particularidades, estadísticamente hablando las podemos definir como el número de veces que tiene lugar un suceso o la cantidad de veces que se repite.

CARACTERISTICAS CLINICAS : Son el conjunto de rasgos clínicos y radiológicos con que se presenta o se da a conocer una enfermedad distinguiéndose de las demás en determinado momento.

A- **EDAD** : Se define como el tiempo que una persona o animal a vivido desde su nacimiento, comprende cada uno de los períodos en que se considera la vida humana : la infancia, la edad adulta que sucede a la adolescencia, edad avanzada que comprende la vejez o ancianidad.

B- **SEXO** : El sexo es una condición humana que distingue al macho de la hembra, en los seres humanos y los animales. Término adjetivo especificador de masculino y femenino.

C- **ETNIA** : Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y organizaciones sociales varias.

D- HABITOS : Modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas.

Costumbres, practica o formas de conducirse en particular.

E- TIPO DE NEOPLASIA : Tipo representativo de una formación tumoral de tejido con carácter maligno.

F- LOCALIZACION : Acción y efecto de localizarse en un sitio o lugar determinado.

G- UBICACIÓN GEOGRAFICA : Acción o efecto de ubicarse en un lugar determinado donde existe dispersión de medios de producción y de fuerzas de trabajo.

INDICADORES PARA MEDIR LAS VARIABLES

Frecuencia :

Indicadores :

A) Diagnóstico clínico : se utilizó el resultado obtenido después de realizados el examen físico, historia médica, datos de laboratorio del paciente, que estaba anotado en la ficha clínica del paciente, que se encontraron en los archivos donde se llevó a cabo la investigación.

B) Diagnóstico histopatológico : se utilizaron los resultados histopatológicos, obtenidos después de realizada la biopsia, que se encuentran anotados en los archivos del laboratorio de patología donde se llevó a cabo la investigación.

Características clínicas :

Edad :

Indicadores : fue la edad anotada en la ficha clínica de los pacientes, que se anotó en el momento de practicarse el examen físico e interrogatorio el primer día de consulta en el Hospital.

Sexo :

Indicadores : fue el anotado en la ficha clínica del paciente. (F o M)

Etnia :

Indicadores : fue el anotado en la ficha clínica del paciente. (I, L y M)

Habitos :

Indicadores : fue lo expuesto en la ficha clínica del paciente, si ingiere alcohol o consume tabaco principalmente, y otros tipos que fueron referidos.

Tipo de neoplasia :

Indicadores : fue el anotado en la ficha clínica del paciente, después de haberse hecho el diagnóstico histopatológico.

Localización :

Indicadores : fue la estipulada en la ficha clínica del paciente al momento de haberse efectuado el examen clínico al paciente.

Todas las demás características clínicas presentes, fueron corroboradas al momento de nuestra investigación, y que constituyeron nuestra población en estudio.

METODOLOGIA

POBLACION Y MUESTRA

Población :

Fueron todos los pacientes atendidos en los centros Hospitalarios de Cobán y Zacapa durante el periodo comprendido entre 1986 a 1995.

Muestra :

Fueron todos los pacientes con diagnóstico de Cáncer de cabeza y cuello, femenino y masculino, que fueron atendidos en los Hospitales Regionales de Cobán y Zacapa durante el periodo entre 1986 a 1995.

Procedimiento :

Se visitó la Dirección General de Servicios de Salud donde se pidió autorización para poder ingresar a los Hospitales Regionales de Cobán y Zacapa por medio de una carta dirigida al encargado del departamento de patología, posteriormente se determinó la muestra, que fué integrada por todos los pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello atendidos en dichos hospitales, en el periodo comprendido entre 1986 a 1995, según las fichas de registros médicos que se llevan en dichos centros, luego se procedió a tomar un listado de los expedientes de estos pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello en los cuales se revisaran meticulosamente datos, tales como, nombre, sexo, edad, lugar de procedencia, ocupación, nivel socioeconómico, hábitos, apariencia clínica y semiología. Luego se localizó y citó a los pacientes integrantes de la muestra que están siendo atendidos actualmente, para corroborar los datos de las fichas clínicas como las mencionadas anteriormente. Se evaluó clínicamente a los pacientes que estén siendo atendidos durante nuestra investigación en base a los lineamientos establecidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El examen se inició estando el paciente sentado, en posición adecuada y con la boca cerrada, se inició la evaluación, observando el estado general del

paciente.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL

El examen se hizo en secuencia y de manera ininterrumpida en el siguiente orden :

I Exámen de estructuras blandas

II Exámen de tejidos de soporte dentario

III Exámen de las piezas dentarias

1o. Se inspeccionó y se llevó a cabo la palpación externa, que incluyo articulación temporomandibular, musculos masticadores, glándulas parotidas y sistema ganglionar del area. Se inició apoyando firmemente la yema de los dedos indice, medio y anular, sobre la zona bajo estudio que en su orde fueron : inserción superior del musculo temporal, la masa del mismo, la glándula parotida, el musculo masetero, la región suborbitaria y geniana, la región submaxilar y porción lateral del cuello.

2o. El examen se inicio estando el paciente colocado en el sillón dental en posición adecuada y con la boca cerrada. El examinador se ubicó frente y a la

derecha del paciente. Empleando un bajalenguas en cada mano, se examinó el borde del bermellón de ambos labios (iniciando en el lado derecho del paciente), distendiéndolo suavemente con el auxilio del bajalenguas y luego la región de las comisuras, separando los labios con los bajalenguas.

3o. Se indicó al paciente que abriera parcialmente la boca y se procedió a examinar la porción vestibular de la cavidad bucal. Para ello se colocó el bajalenguas de la mano izquierda, sobre la mucosa labial superior derecha, en el área que corresponde a la región de caninos. Se separó ampliamente el carrillo y con el auxilio del bajalenguas de la mano derecha se procedió a examinar la mucosa del mismo, desde la región retromolar hacia adelante. Al mismo tiempo debió examinarse mucosa alveolar y encía.

4o. Se examinó la región labial superior, observándose, mucosa labial, encía y frenilos, para lo cual se dejó el bajalenguas de la mano izquierda como se indicó en el paso 1. Seguidamente se colocó el bajalenguas de la mano derecha a nivel del área del canino izquierdo indicándole al paciente que cierre parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad.

5o. Se procedió a examinar la región vestibular izquierda, para lo cual se dejó el bajalenguas de la mano derecha en el mismo lugar indicado en el paso 3, con

el bajalenguas de la mano izquierda se separo ampliamente el carrillo y se procedio a examinar las mismas regiones y en el mismo orden como fueron observadas en el lado derecho.

6o. Se examinó la región labial inferior para la cual se colocó el bajalenguas de la mano derecha en el canino inferior izquierdo y el bajalenguas de la mano izquierda a nivel del canino inferior derecho.

7o. Se anotó en la ficha con una X en los hallazgos obtenidos.

8o. Se examinó la mucosa del paladar duro y blanco, así como la encia palatina. Se pidio al paciente que inclinara hacia atrás la cabeza y que abriera ampliamente la boca para poder observar por visión directa la mucosa del paladar, inspeccionando de atrás hacia adelante de la encia y la mitad derecha del paladar, y en sentido inverso la región izquierda.

9o. Se examinó la orofaringe que comprende : pilares anteriores y posteriores del paladar, uvúla, amigdalas palatinas y paredes laterales y posterior de la orofaringe. Se adosaron dos bajalenguas colocandolos sobre la parte posterior del dorso de la lengua y se presionó firmemente hacia abajo al mismo tiempo que se pidio al paciente que dijera AAA.

10o. Se anotó con una X los hallazgos obtenidos.

11o. Se examinó el dorso y los bordes de la lengua, observandola primero en posición normal y luego en protrusión. Con el extremo del bajalenguas se exploró la superficie dorsal de dicho organo de atrás hacia adelante en el lado derecho y en forma inversa en el lado izquierdo. Se pidió al paciente que moviera la lengua hacia la izquierda, al mismo tiempo que la protruye. En esta posición se examinó el borde derecho de la lengua con un bajalenguas mientras el carrillo fue separado con el otro. Cuando el paciente no fue capaz de mantener la lengua en posición, se utilizó un trozo de gaza colocado alrededor del vertice de la lengua para guiar sus movimientos.

12o. Se examinó el vientre de la lengua, piso de la boca y encia lingual, para ello se pidió al paciente que llevara la lengua hacia el paladar mientras mantenía la boca abierta y con los bajalenguas adosados se examinaron las regiones ya mencionadas siempre iniciando del lado derecho y luego del izquierdo.

13o. Se examinó la región retromolar superior e inferior utilizando un espejo intraoral, de derecha a izquierda.

14o. Se palpó con el dedo indice colocado sobre la mucosa del carrillo en la

parte posterior del surco mucobucal superior derecho, al mismo tiempo se colocó el dedo pulgar sobre la piel de la cara, de manera que coincida con la posición que ocupa el dedo índice en el lado interno. A partir de esta posición se realizó la palpación bidigital del carrillo derecho e izquierdo, superior e inferior.

15o. Se determinó la consistencia de los tejidos gingivales, la presencia de exudado y la tendencia a sangrar, se palpó el aspecto bucal de la mucosa alveolar y la encía, iniciando en la región de la tuberosidad derecha, presionando firmemente los tejidos con el dedo índice, en sentido anterior hasta llegar a la tuberosidad izquierda, luego del área retromolar izquierda desplazando hasta el área retromolar derecha.

16o. Se procedió a la palpación del paladar y la encía palatina, la cual se efectuó presionando con el dedo índice la mucosa en la misma secuencia indicada para esta región.

17o. Se realizó la palpación de la lengua, para lo cual se pidió al paciente que protruyera, y se presionó entre el dedo índice y el dedo pulgar, de la región más posterior del lado derecho hasta el vértice y de aquí hasta la región posterior del lado izquierdo.

18o. Se realizó la palpación del piso de boca, la encía lingual y glándulas salivares submaxilar y sublingual, apoyando los dedos de la mano izquierda, sobre la piel de la región submaxilar derecha y con el dedo índice derecho se presionó el lado derecho del piso de la boca y la encía lingual de atrás hacia adelante, al mismo tiempo que se presionó con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte a la palpación, hasta llegar al lado izquierdo.

19o. Se anotó en la ficha con una X los hallazgos encontrados.

Para la etapa del examen de los tejidos duros, piezas dentarias, el procedimiento se inició en la arcada superior con la pieza más posterior del lado derecho y se continuó con el lado izquierdo, pasando seguidamente a la arcada inferior izquierda a derecha. Se anotó con una X los hallazgos encontrados.

Por último se llevo a cabo la tabulación de datos, procesamiento de la información por medio de la estadística descriptiva.

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Archivo del departamento de Patología del Hospital

Edad : _____

Sexo : _____

Etnia : Indígena : _____ Mestizo : _____ Ladino : _____

Lugar de procedencia : _____

Ocupación : _____

Hábitos :

a) Consume tabaco : Si ____ No ____ Consumo anteriormente : Si ____ No ____

Años de fumar : _____ Promedio de cigarrillos al día : _____

b) Consume alcohol : Si ____ No ____ Consumo anteriormente : Si ____ No ____

Años de consumir : _____

Antecedentes familiares :

Enfermedades sistemicas :

Datos de la lesión :

Lesión basica :

Úlcera : _____

Tumor (tamaño variable) : _____

Asociación a piezas dentarias :

Vital : _____

No vital : _____

Localización anatomica de la lesión :

Cabeza :

Región parietal : _____

Región temporal : _____

Región frontal : _____

Región occipital : _____

Cara :

Tercio superior : _____

Tercio medio : _____

Tercio inferior : _____

Cavidad bucal :

Labios :

Lengua :

Superior : _____

Dorso : _____

Inferior : _____

Bordes : _____

Base : _____

Piso de boca : _____

Encía y reborde alveolar : Posterior : _____

Anterior : _____

Area retromolar : _____

Pladar duro : _____ Paladar blando : _____

Mucosa del carrillo : _____ Tuberosidad : _____

Cuello :

Región anterior : Izquierda : _____ Derecha : _____

Región posterior : Izquierda : _____ Derecha : _____

Sintomas dominantes :

Dolor : _____ Fiebre : _____ Lesión en piel : _____

Hemorragia : _____ Disfagia : _____ Cambio en lunares : _____

Supuración : _____ Disfonia : _____ Ninguno : _____

Otros : _____

Resultados de otros exámenes :

Histológico : _____

Radiológico _____

Patológico : _____

Otros : _____

Tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la consulta medica :

1 - 30 días : _____ 1 - 2 meses : _____ 3 - 6 meses : _____

7 - 12 meses : _____ 1 - 2 años : _____ 3 - mas años : _____

Diagnóstico clínico : _____

Diagnóstico histopatológico : _____

Tratamiento :

Cirugía : _____

Radioterapia : _____

Quimioterapia : _____

Inmunoterapia : _____

Otros : _____

Completo tratamiento : _____ Rehusó tratamiento : _____

Ningún tratamiento : _____ No se sabe : _____

Otros :

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA FICHA CLINICA

Se procedió a recabar los datos de la ficha de recolección anotándolos con los parametros utilizados, de la siguiente manera :

1. Nombre del paciente : nombre del paciente registrado en los expedientes del Hospital.
2. Edad : se anotó en el espacio correspondiente a este parametro, la edad cronológica anotada en la ficha del paciente al que se le efectuó el examen clínico e histopatológico.
3. Sexo : se anotó F si fue femenino y M si fue masculino.
4. Procedencia : se anotó la región del país de donde proviene el paciente.
5. Ocupación : Se anotó la ocupación del paciente citada en la ficha al momento de hacer el examen.
6. Hábitos : en este parametro se anotó los hábitos referidos en la ficha del paciente, si ingiere alcohol o consume tabaco y la forma de hacerlo.
7. Otros hábitos : se anotó cualquier otro hábito.

8. Antecedentes familiares : se anotaron los antecedentes familiares referidos en la ficha clínica del paciente.

9. Enfermedad sistémica : se anotó cualquier enfermedad sistémica referida en la ficha clínica del paciente.

10. Datos de la lesión :

a) Tamaño de la lesión : se anotó si era úlcera o tumor de tamaño variable.

b) Síntomas y signos : se anotó una X en el espacio correspondiente a el o los síntomas y signos anotados en la ficha o referidos por el paciente.

c) Tiempo transcurrido : entre la aparición de síntomas y la consulta médica, se anotó con una X en el espacio correspondiente.

d) Diagnóstico clínico : se anotó el o los diagnósticos que se encontraron registrados en las fichas clínicas.

e) Diagnóstico histopatológico : se anotó el diagnóstico histopatológico de la biopsia de la lesión.

f) Localización : se anotó con una X la localización correspondiente.

g) Otros exámenes : Se anotó el o los exámenes que se le han efectuado al paciente y los resultados del mismo.

h) Tratamiento : Se anotó el o los tratamientos realizados en el espacio correspondiente.

i) Estado de egreso : Se anotó con una X en el espacio correspondiente el estado del paciente a su egreso.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Finalmente se llevo a cabo la tabulación de datos y procesamiento de la información por medio de la estadística descriptiva, mediante la utilización de porcentajes y frecuencias para la presentación en cuadros y graficas.

RECURSOS Y MATERIALES

Para la realización del examen se necesitaron los siguientes materiales e instrumentos :

- Servilletas
- Bajalenguas
- Espejos dentales
- Exploradores
- Fichas para la recolección de datos
- Guantes de latex desechables
- Mascarillas
- Silla para examinar a los pacientes
- Solución germicida
- Torundas de algodón
- Gazas

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No 1 A

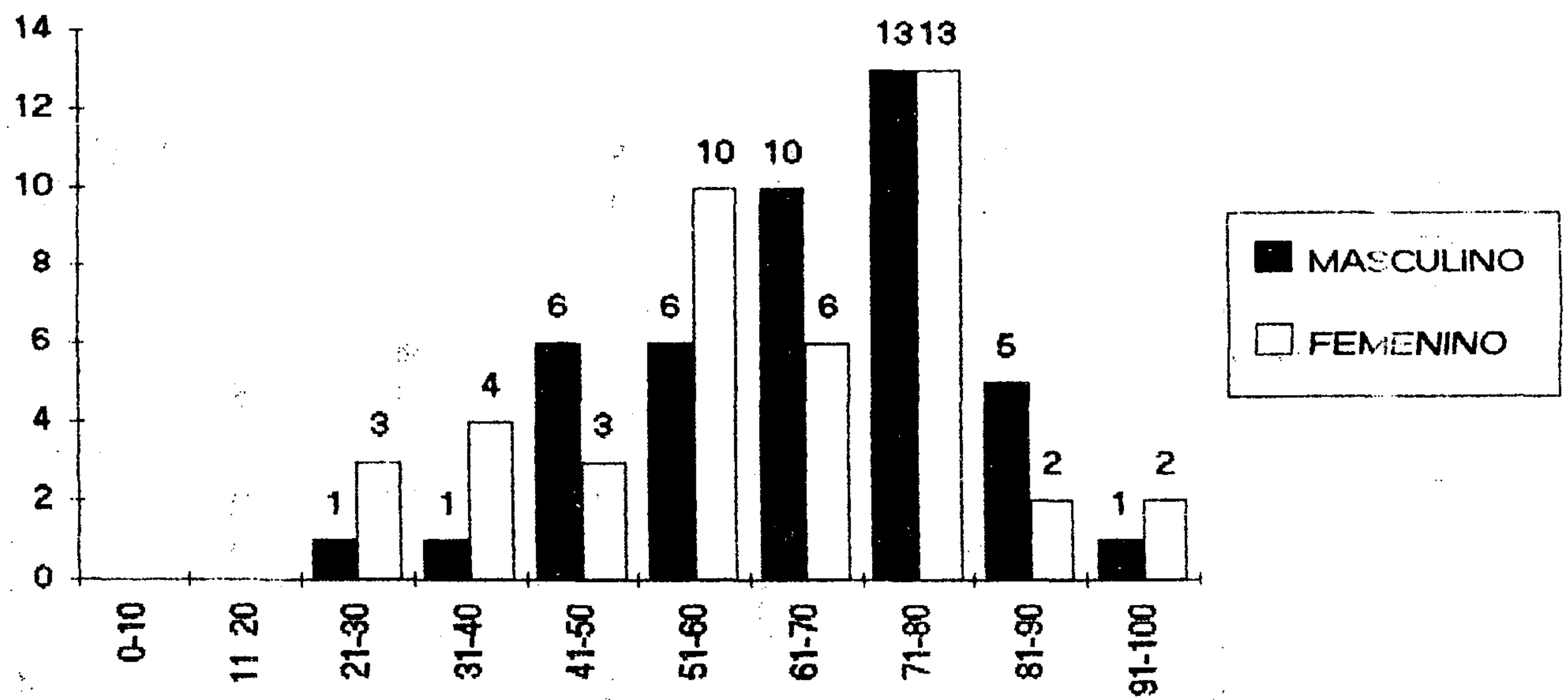
DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO., ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
0-10						
11-20						
21-30	1	1.16	3	3.48	4	4.65
31-40	1	1.16	4	4.65	5	5.81
41-50	6	6.93	3	3.48	9	10.46
51-60	6	6.93	10	11.62	16	18.60
61-70	10	11.62	6	6.97	16	18.60
71-80	13	15.11	13	15.11	26	30.23
81-90	5	5.81	2	2.32	7	8.13
91-100	1	1.16	2	2.32	3	3.48
TOTAL	43	50	43	50	86	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados se observa un mayor número de las edades de 51-80 años con un total de 67.43 %, siendo el rango de 71-80 el que prevalece con un 30.24% . En lo que respecta al sexo podemos observar una proporción de 1-1.

GRAFICA CUADRO No 1A



CUADRO No 1B

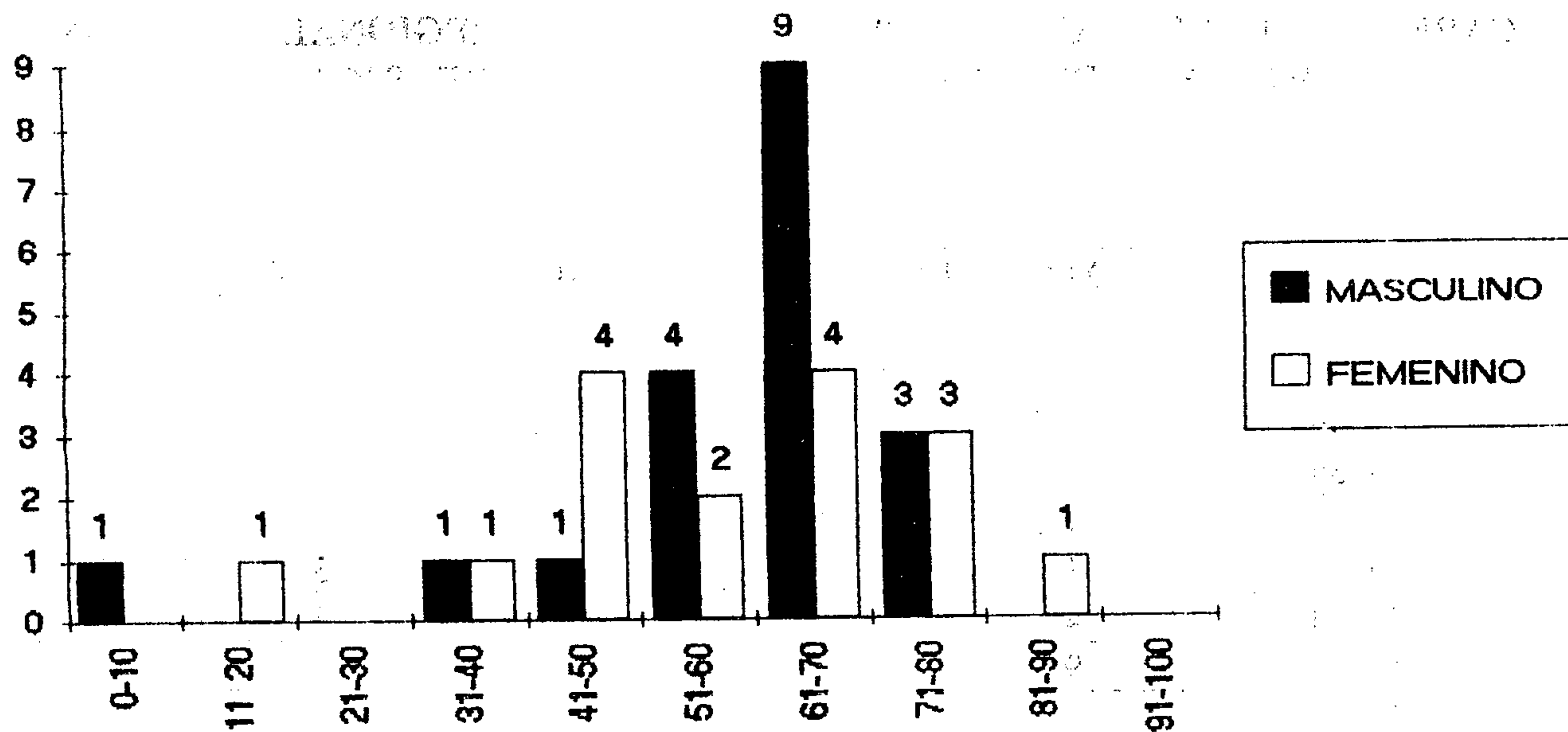
DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO., ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
0-10	1	2.85			1	2.85
11-20			1	2.85	1	2.85
21-30						
31-40	1	2.85	1	2.85	2	5.71
41-50	1	2.85	4	11.42	5	14.28
51-60	4	11.42	2	5.71	6	17.14
61-70	9	25.71	4	11.42	13	37.14
71-80	3	8.57	3	8.57	6	17.14
81-90			1	2.85	1	2.85
91-100						
TOTAL	19	34.28	16	45.71	35	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Coban hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados se observa un mayor numero de las edades de 51-80 anos con un total de 51.42%, siendo el rango de 61-70 el que prevalece con un 37.14%. En lo que respecta al sexo se observa un mayor numero de casos en el sexo masculino con un 45.71%.

GRAFICA CUADRO No 1B



CUADRO No. 2 A

DISTRIBUCION SEGUN ETNIA Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

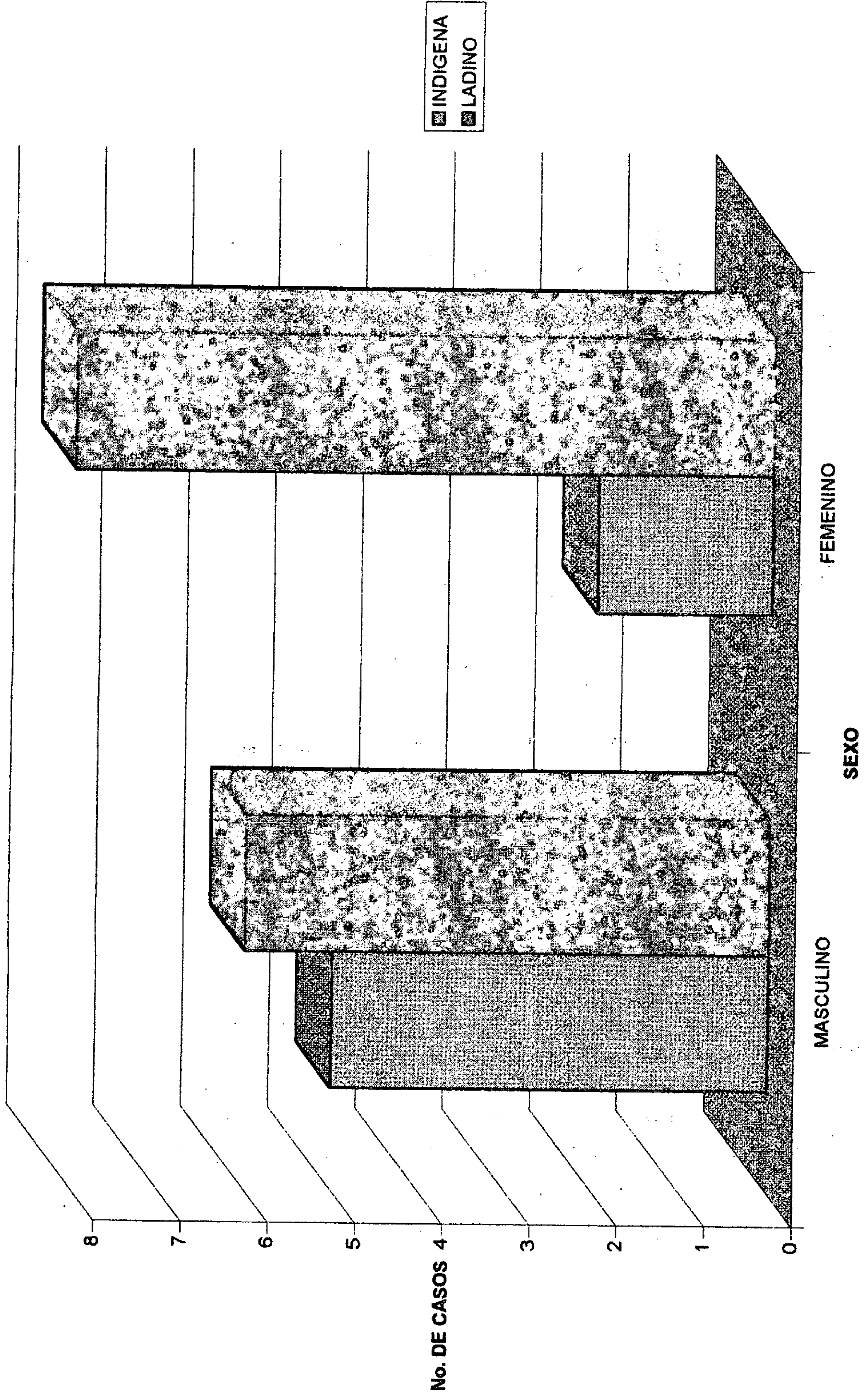
	INDIGENA		LADINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	2	9.52	8	38.09	10	47.61
MASCULINO	5	23.8	6	28.57	11	52.3
TOTAL	7	33.33	14	66.66	21	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Coban y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados el 66.66% era ladino, quedando un 33.33% de la etnia indígena, siendo sien en los indígenas un 23.8% del sexo masculino y un 9.52% del femenino, y en los ladinos el mayor porcentaje esta en el sexo femenino (38.09%) a comparacion del masculino (28.57%).

Nota: no se cuenta con el total de los datos por no estar anotados en la ficha clinica.

GRAFICA CUADRO No. 2 A



CUADRO No. 2B

DISTRIBUCION SEGUN ETNIA Y SEXO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

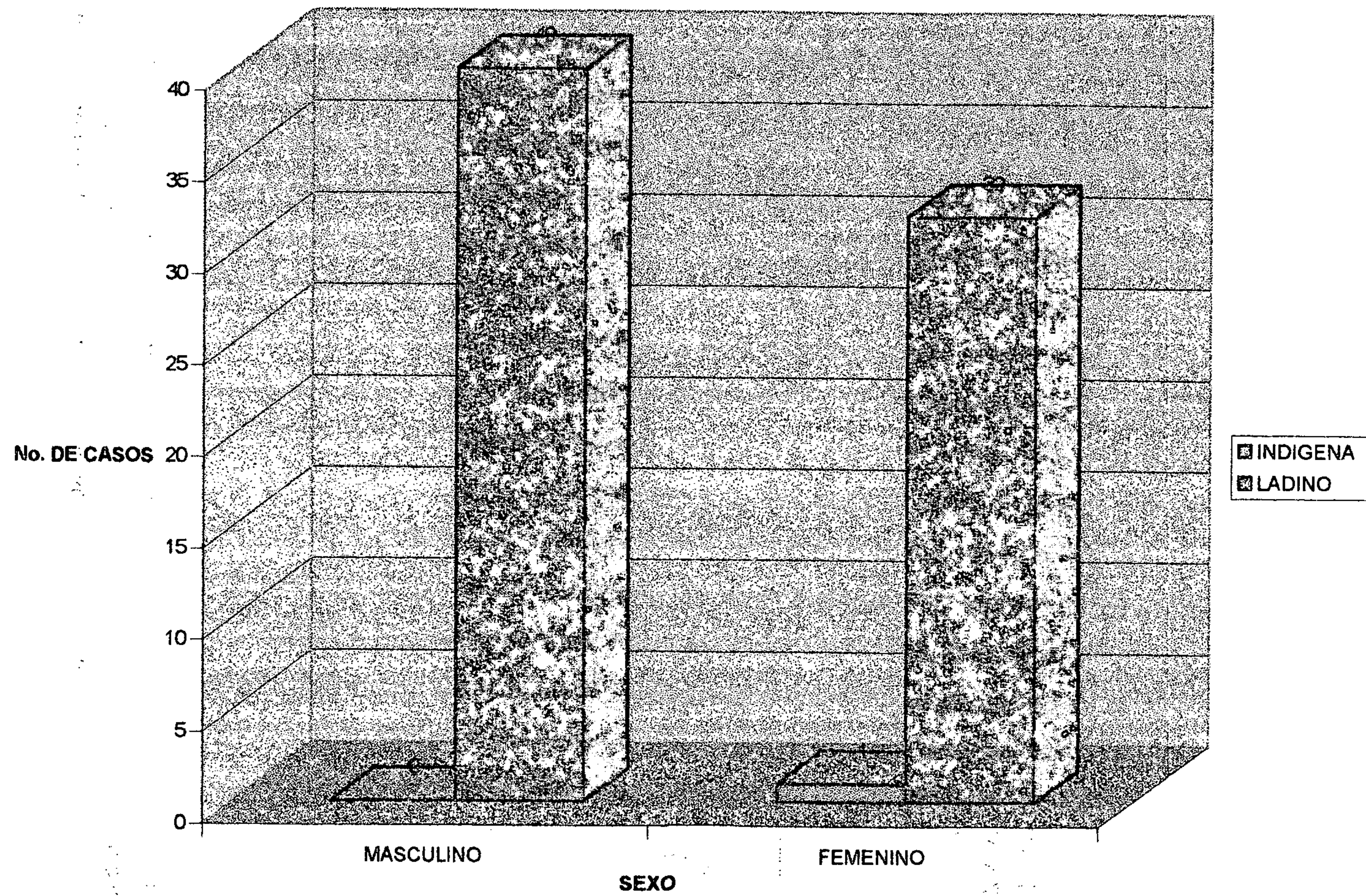
	INDIGENA		LADINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
FEMENINO	1	1.36	32	43.8	33	45.2
MASCULINO			40	54.79	40	54.79
TOTAL	1	1.36	72	98.87	73	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa y hallzgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados el 98.87% eran ladinos, siendo un 54.79% del sexo masculino y un 45.2% del femenino del cual el 1.36% era indigena.

Nota: no se cuenta con el total de los datos por no estar anotados en la ficha clinica.

GRAFICA CUADRO No. 2 B



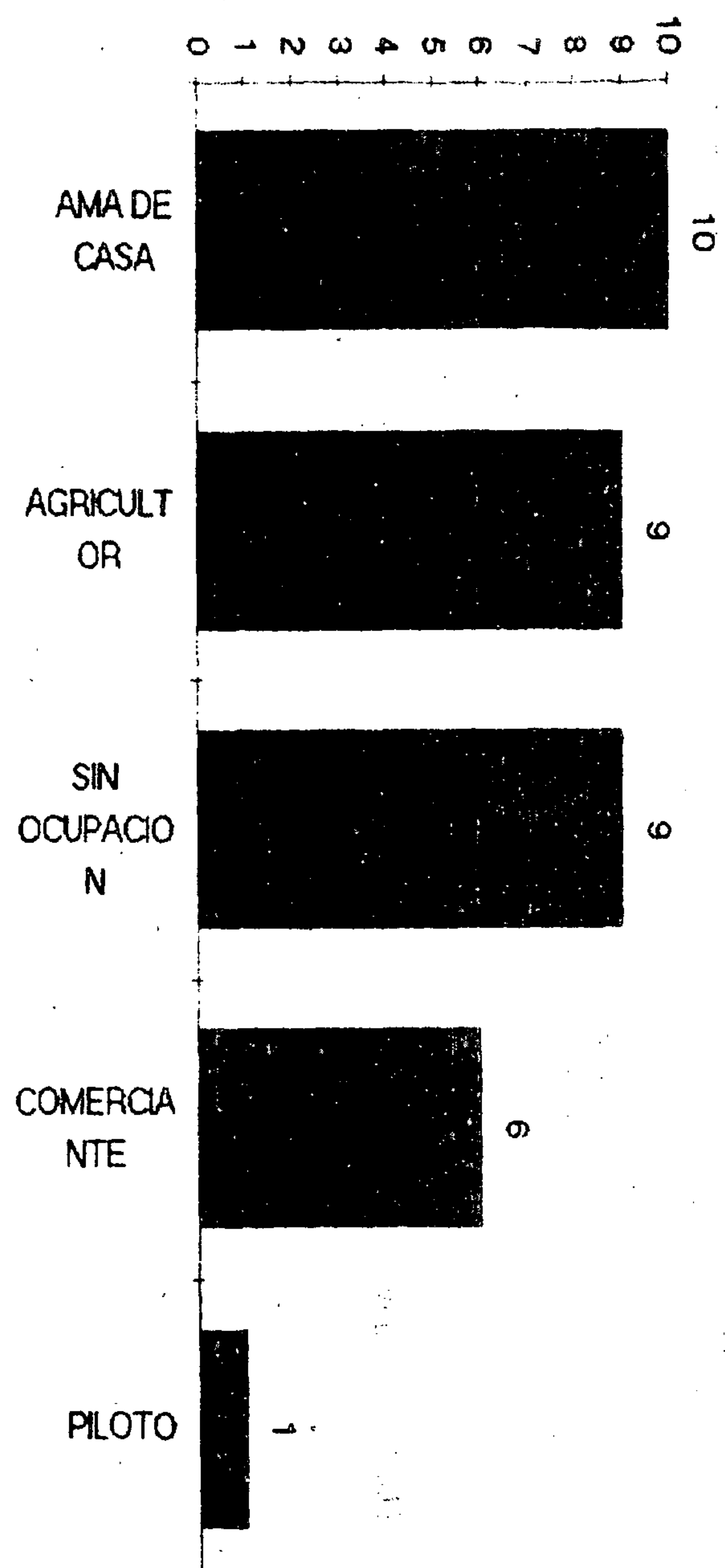
CUADRO No. 3A

DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DE COBAN EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS DE 1986 A 1995.

	f	%
AMA DE CASA	10	28.17
SIN OCUPACION	9	25.71
AGRICULTOR	9	25.71
COMERCIANTE	6	17.14
PILOTO	1	2.85
TOTAL	35	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Coban y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados las amas de casa (28.17%), las personas sin ocupacion (25.71%) y los agricultores (25.71%) son los mas afectados haciendo un total de 79.59%.



GRAFICA CUADRO No 3A

CUADRO No. 3B

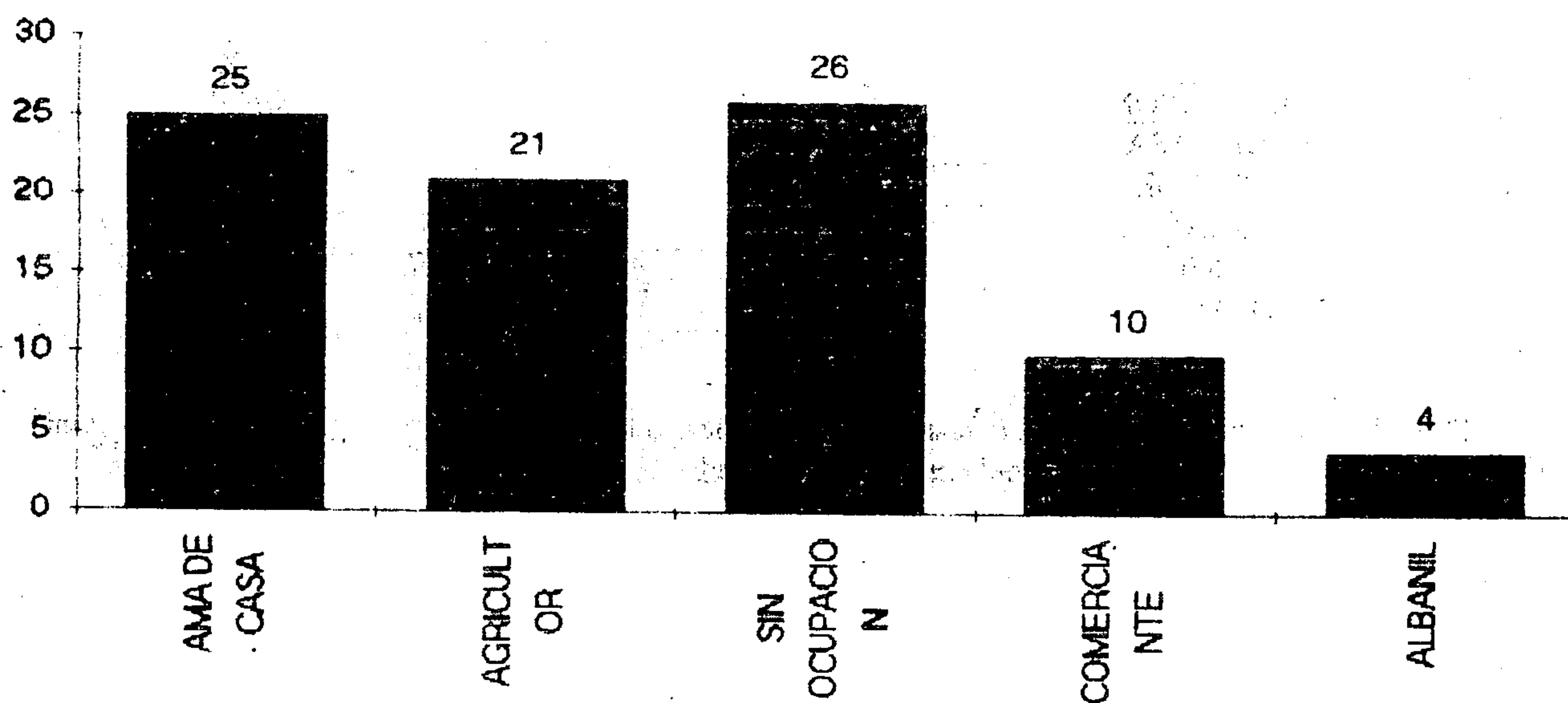
DISTRIBUCION SEGUN OCUPACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS DE 1986 A 1995.

	f	%
SIN OCUPACION	26	30.73
AMA DE CASA	25	29.06
AGRICULTOR	21	24.41
COMERCIANTE	10	11.62
ALBAÑIL	4	4.65
TOTAL	86	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados las personas sin ocupacion (30.73%), las amas de casa (29.06%) y los agricultores (24.41%) son los mas afectados, haciendo un total de 84.20%.

GRAFICA CUADRO No 3B



CUADRO No. 4A

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TIEMPO DE EVOLUCION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL COBAN, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.

	1-30 DIAS		1-2 MESES		3-6 MESES		7-12 MESES		1-2 AÑOS		3- MAS AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	2	10			3	15	3	15	1	5			9	45
CARCINOMA BASOCELULAR									3	15			3	15
LINFOSARCOMA											2	10	2	10
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE					1	5	1	5					2	10
SARCOMA					1	5							1	5
MELANOMA							1	5					1	5
OSTEOSARCOMA			1	5									1	5
FIBROMA					1	5							1	5
TOTAL:	2	10	1	5	6	30	5	25	4	20	2	10	20	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cobán y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados los rangos entre 3 meses a 2 años fueron los que más pacientes registraron con un total de 75%, siendo de 3-6 meses (30%) el que más casos presentaba.

Nota: no se cuenta con el total de los datos por no estar anotados en la ficha clínica.

CUADRO No. 4 B

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TIEMPO DE EVOLUCION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACAPA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.

	1-30 DIAS		1-2 MESES		3-6 MESES		7-12 MESES		1-2 AÑOS		3- MAS AÑOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA BASOCELULAR			1	1.96	4	7.84	3	5.88	10	19.6	6	11.76	24	47.05
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	1	1.96	2	3.92	11	21.56	5	9.8	4	7.84			23	45.09
CARCINOMA ADENOIDE							2	3.92	1	1.96			3	5.88
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE					1	1.96							1	1.96
TOTAL:	1	1.96	3	5.88	16	31.37	10	19.6	15	29.41	6	11.76	51	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados el 31.37% tuvieron un tiempo de evolución de 3-6 meses y un 29.41% entre 1-2 años siendo el Carcinoma Basocelular el que mas casos presentaba.
Nota: no se cuenta con el total de los datos por no estar anotados en la ficha clínica.

CUADRO No. 5 A

DISTRIBUCION SEGÚN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.

	RADIOTERAPIA		QUIMIOTERAPIA		CIRUGIA		REHUSO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA BASOCELULAR	6	15.78			2	5.26	2	5.26	10	26.31
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	12	31.57	1	2.63	3	7.89	3	7.89	19	50
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE					1	2.63			1	2.63
MELANOSARCOMA			1	2.63	1	2.63			2	5.26
LINFOEPITELIOMA	2	5.26	1	2.63					3	7.89
OSTEOSARCOMA	1	2.63			1	2.63			2	5.26
TOTAL	21	55.26	3	7.89	8	21.05	5	13.15	38	100

FUENTE : Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Cobán y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados la radioterapia (55.26%) fué el tratamiento de mayor elección, seguido por la cirugía (21.05%), rehusando el tratamiento un 13.15%.

CUADRO No. 5.B

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.

	RADIOTERAPIA		QUIMIOTERAPIA		CIRUGIA		REHUSO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA BASOCELULAR	9	9.78			30	32.60	6	6.52	45	48.91
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	18	19.56	2	2.17	13	14.13	4	4.34	37	40.21
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE	3	3.26			3	3.26			6	6.52
ADENOCARCINOMA	2	2.17			1	1.08			3	3.26
LINFOEPITELIOMA	1	1.08							1	1.08
TOTAL	33	35.86	2	2.17	47	51.08	10	10.86	92	100

FUENTE. Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados la radioterapia (55.26%) fue el tratamiento de mayor elección, seguido por la cirugía (21.05%), rehusando el tratamiento un 13.15%.

CUADRO No. 6 A

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y HALLAZGOS CLINICOS DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZAY CUELLO , ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	Hemorragia		Dolor		Disfagia		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	1	9.1	5	45.95	4	36.36	10	90.9
CARCINOMA BASOCELULAR			1	9.1			1	9.1
TOTAL	1	9.1	6	54.54	4	36.36	11	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatologico del Hospital Regional de Coban hallazgos clinicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados los hallazgos que mas prevalecen son el dolor y la disfagia con un 90.90%, siendo el dolor (54.54%) el que predomina

Nota: no se cuenta con el total de los casos por no estar anotados en la ficha clinica

CUADRO No. 6 B

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y HALLAZGOS CLINICOS DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZAY CUELLO , ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA , DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	HEMORRAGIA		DOLOR		FIEBRE		DISFAGIA		ARDOR		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	1	4.76	5	23.8	2	9.5	4	19			12	57.1
CARCINOMA BASOCELULAR	1	4.76	3	14.28	2	9.5			1	4.76	7	33.33
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE	1	4.76									1	4.76
LINFOEPITELIOMA							1	4.76			1	4.76
TOTAL	3	14.28	8	38.1	4	19	5	23.8	1	4.76	21	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatologico del Hospital Regional de Zacapa hallazgos clinicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados el dolor es el hallazgo que mas prevalece con un 38.1%, seguido por disfagia (23.8%) y fiebre (19%).

Nota: no se cuenta con el total de los casos por no estar anotados en la ficha clinica.

CUADRO No. 7 A

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LESION DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO , ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE COBAN EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.**

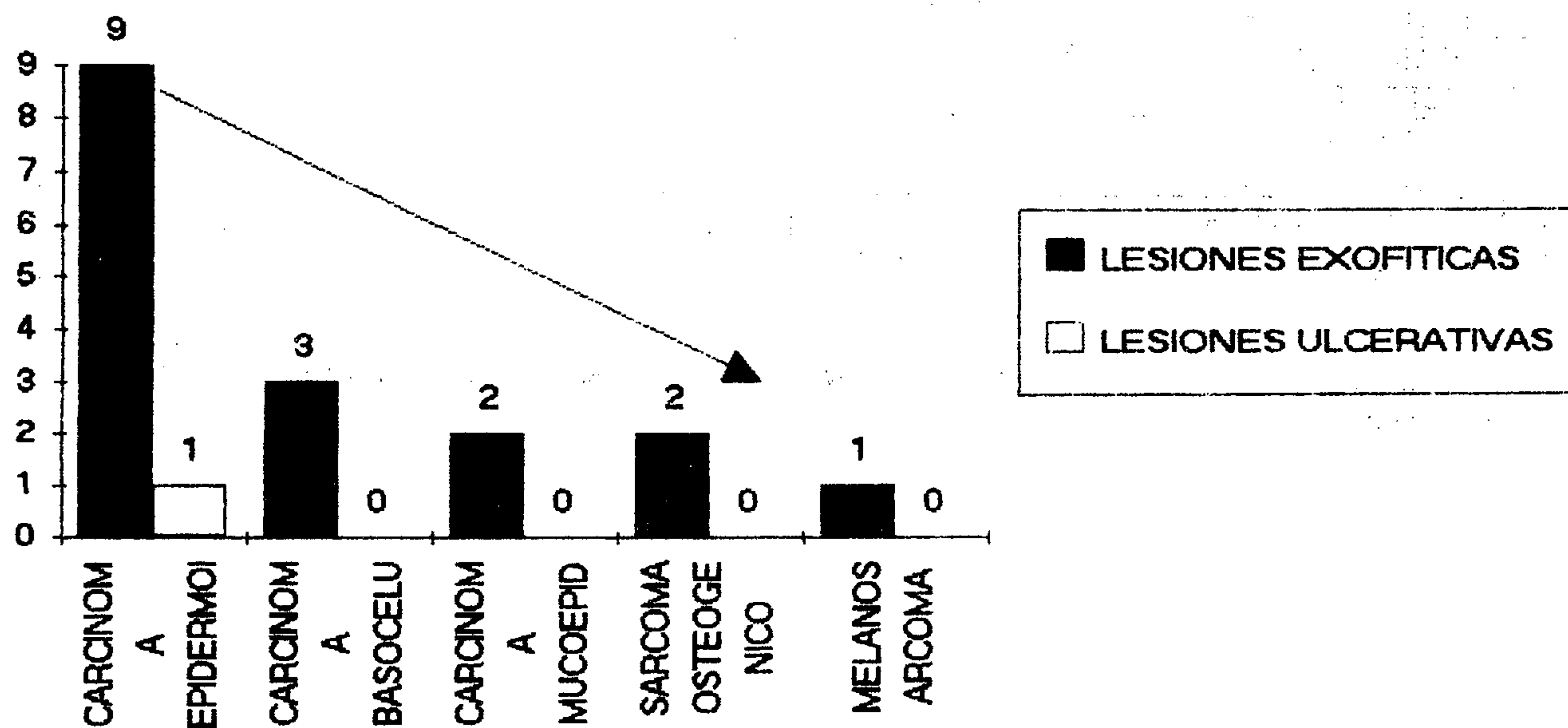
	LESIONES EXOFITICAS		LESIONES ULCERATIVAS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	9	50	1	5.55	10	55.5
CARCINOMA BASOCELULAR	3	16.66			3	16.66
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE	2	11.11			2	11.11
SARCOMA OSTEOGENICO	2	11.11			2	11.11
MELANOSARCOMA	1	5.55			1	5.55
TOTAL	17	94.4	1	5.55	18	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Coban y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados el 94.45% presentaban una lesión exofítica y el 5.55% una lesión ulcerativa, en el cual predomina el Carcinoma Epidermoide con un 55.5%.

Nota: no se cuenta con el total de los datos por no estar anotados en la ficha clínica.

GRAFICA CUADRO No 7A



CUADRO No. 7 B

**DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LESION DE PACIENTES CON
CANCER DE CABEZA Y CUELLO , ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ZACAPA PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1986 A 1995.**

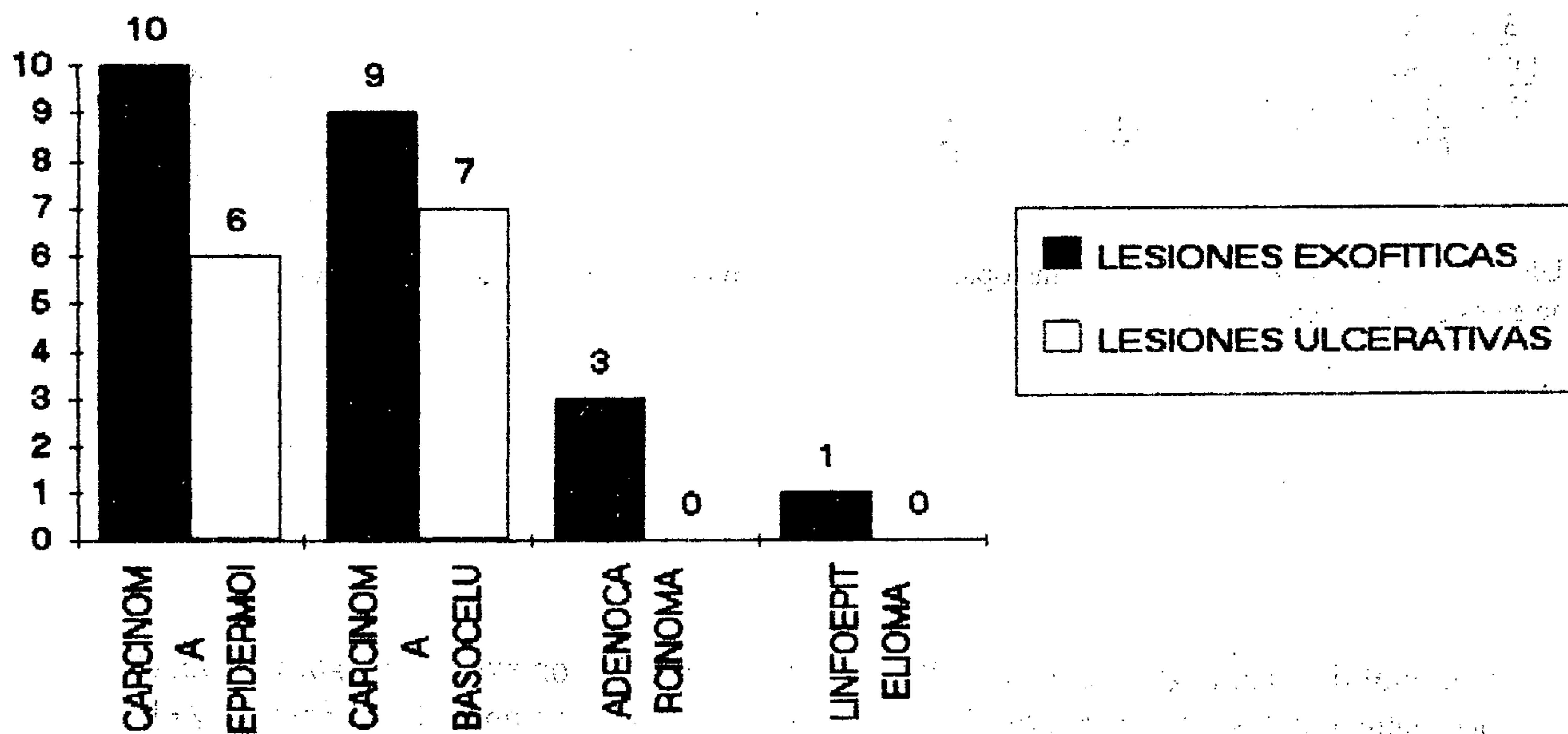
	LESIONES EXOFITICAS		LESIONES ULCERATIVAS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMIOIDE	10	27.77	6	16.66	16	44.444
CARCINOMA BASOCELULAR	9	25	7	19.44	16	44.44
ADENOCARCINOMA	3	8.33			3	8.33
LINFOEPITELIOMA	1	2.77			1	2.77
TOTAL	23	63.88	13	33.11	36	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de caso registrados el 63.88% presentan una lesion exofitica y solo un 33.11% presentan una lesion ulcerativa, del cual predominan el Carcinoma Epidermoide y el Carcinoma Basocelular con 44.44% cada uno.

Nota: no se cuenta con el total de los casos por no estar anotados en la ficha clinica.

GRAFICA CUADRO No 7B



CUADRO No. 8A

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y HABITOS DE PACIENTES CON CANCER EN CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DE COBAN EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 1986 A 1995.

	ALCOHOL		TABACO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	2	13.33	9	60	11	73.33
CARCINOMA BASOCELULAR	1	6.66	1	6.66	2	13.33
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	1	6.66	1	6.66	2	13.33
TOTAL	4	26.66	11	73.33	15	5.2

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Coban y hallazgos clínicos de paientes que acudieron a consulta

Del total de casos registrados el 73.33% concumían tabaco y un 26.67% consumía alcohol, siendo el Carcinoma Epidermoide (73.33%) el que presentaba a mas pacientes con hábitos de fumar o tomar alcohol.

Nota: no se cuenta con el total de los datos por no estar anotados en la ficha clínica

CUADRO No. 8 B

DISTRIBUCION SEGÚN DIAGNOSTICO Y HABITOS DE PACIENTES CON CANCER EN CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 1986 A 1995.

	ALCOHOL		TABACO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	5	16.12	12	38.70	17	54.83
CARCINOMA BASOCELULAR	2	6.45	8	25.8	10	32.25
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	1	3.22	1	3.22	2	6.45
LINFOEPITELIOMA			1	3.22	1	3.22
ADENOCARCINOMA			1	3.22	1	3.22
TOTAL	8	25.80	23	74.19	31	100

FUENTE : Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a la consulta.

Del total de casos registrados el 74.19% consumían tabaco y un 25.80% consumían alcohol, siendo el Carcinoma Epidermoide (54.83%) el que presentaba a más pacientes con hábitos de fumar o tomar alcohol.

Nota : no se cuenta con el total de datos por no estar anotados en la ficha clínica.

CUADRO No. 9A

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y GRADO DE DIFERENCIACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO , ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN , EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

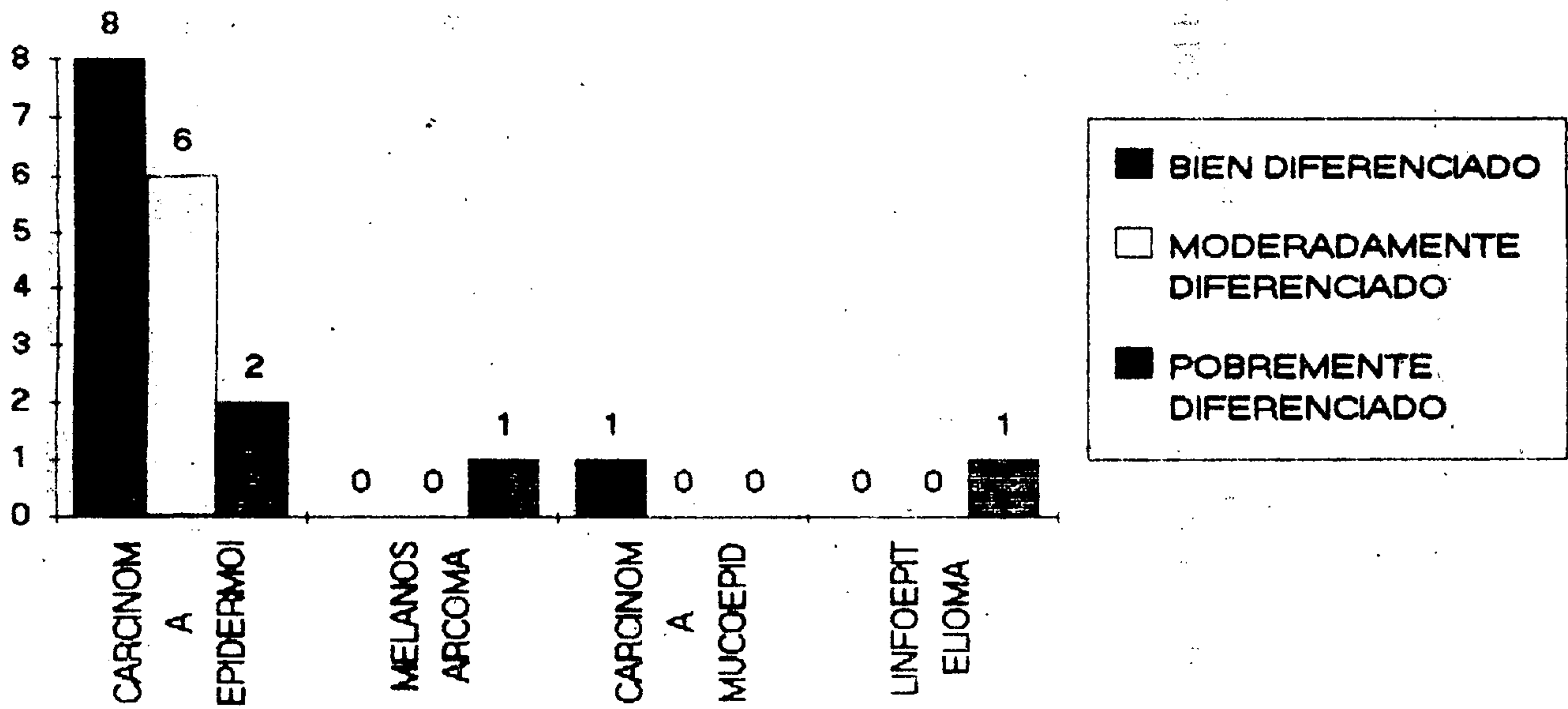
	BIEN DIFERENCIADO		MODERADAMENTE DIFERENCIADO		POBREMENTE DIFERENCIADO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	8	42.1	6	31.57	2	10.52	16	84.2
MELANOSARCOMA					1	5.26	1	5.26
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	1	5.26					1	5.26
LINFOMA					1	5.26	1	5.26
TOTAL:	9	47.36	6	31.57	4	21.05	19	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Coban y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados se presentaron varios carcinomas siendo el epidermoide el mas afectado, de la siguiente forma: 47.36% estaba bien diferenciado, un 31.57% moderadamente diferenciado y el 21.05% pobremente diferenciado.

Nota: no se cuenta con el total de los datos por no estar apuntados en la ficha clinica.

GRAFICA CUADRO No. 9A



CUADRO No. 9 B

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y GRADO DE DIFERENCIACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

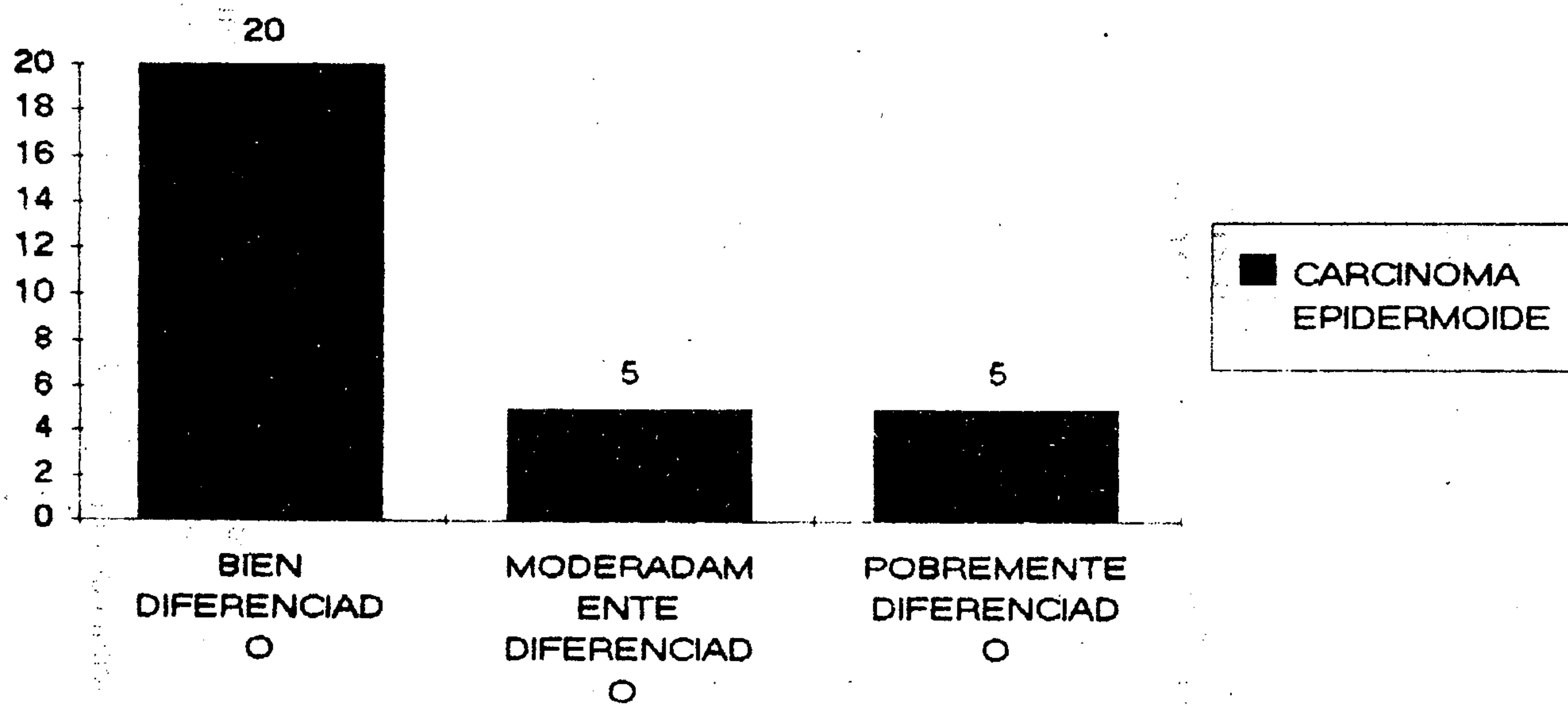
	BIEN DIFERENCIADO		MODERADAMENTE DIFERENCIADO		POBREMENTE DIFERENCIADO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	20	62.5	5	15.62	5	15.62	32	100
TOTAL:	20	62.5	5	15.62	5	15.62	32	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados solo el Carcinoma Epidermoide presentaba diferenciación siendo el moderadamente diferenciado 62.5% el mayor, habiendo del moderadamente y pobremente diferenciado solo un 15.62% cada uno.

Nota: no se cuenta con el total de los datos por no estar apuntados en la ficha clínica.

GRAFICA CUADRO No. 9B



CUADRO No. 10 A

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LOCALIZACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	Carcinoma Basocelular		Linfoepitelioma		Carcinoma Epidermoide		Osteosarcoma		Melanocarcinoma		Carcinoma Mucoepidermoide		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Piel de cara	10	28.5			4	11.42			1	2.63			15	42.85
Maxilar Superior			3	8.5			1	2.63					4	11.4
Encia					2	5.7			1	2.63			3	8.5
Piso de Boca					3	8.5							3	8.5
Piel de Cuello					3	8.5							3	8.5
Labio Inferior					2	5.7							2	5.7
Lengua					2	5.7							2	5.7
Parotida											1	2.63	1	2.63
Maxilar Inferior							1	2.63					1	2.63
Total:	10	28.5	3	8.5	16	45.7	2	5.7	2	5.7	1	2.63	35	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Coban y hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados el carcinoma que mas se presento fue el Epidermoide con un 45.7%, seguido por el Basocelular con un 28.5%, quedando un 22.5% para los 4 carcinomas restantes: Linfoepitelioma 8.5%, Osteosarcoma 5.7%, Melanocarcinoma 5.7% y Mucoepidermoide 2.63%, siendo la region de piel de cara la mas afectada con un 42.85% de los casos, seguidos por maxilar superior (11.4%), encia, piso de boca y piel de cuello con un 8.5% cada uno.

CUADRO No. 10 B

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y LOCALIZACION DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1986 A 1995.

	Carcinoma Basocelular		Linfoepitelioma		Carcinoma Epidermoide		Adenocarcinoma		Carcinoma Mucoepidermoide		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Piel de cara	37	43			8	9.3			1	1.6	46	54
Lengua					7	8.1			1	1.6	8	9.3
Piel de cuello	2	2.3	1	1.6	4	4.6					7	8.1
Paladar					5	5.81					5	5.81
Labio Superior	5	5.81									5	5.81
Labio Inferior					4	4.6					4	4.65
Parotida							3	3.48			3	3.48
Craneo	2	2.32			1	1.6					3	3.48
Piso de Boca					2	2.32					2	2.32
Maxilar Superior					2	2.32					2	2.32
Encia					1	1.6					1	1.6
Total:	46	53.48	1	1.6	34	39.5	3	3.48	2	2.32	86	100

FUENTE: Archivos del departamento histopatológico del Hospital Regional de Zacapa hallazgos clínicos de pacientes que acudieron a consulta.

Del total de casos registrados el carcinoma que más se presentó fue el Basocelular con un 53.48%, seguido por el Epidermoide con 39.5%, quedando un 7.4% para los 6 carcinomas restantes: Linfoepitelioma 1.6%, Adenocarcinoma 3.48% y Mucoepidermoide 2.32%. Siendo la piel de cara la región más afectada con un 54% del total de los casos, seguido por lengua (9.3%) y piel de cuello (8.1%).

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El número de casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados en los Hospitales Regionales de Cobán y Zacapa durante el periodo que comprende de 1986 a 1995 fue de 121 casos, observándose un mayor número de casos en Zacapa (86), a diferencia de Cobán (35). De los casos registrados el rango de edad mas afectado en Cobán es el de 61-70 años con un 37.14%, siendo el sexo masculino en una proporción de 1.18 a 1 con respecto al femenino el más afectado, dándose resultados parecidos a los de la literatura actual. En Zacapa el rango difiere un poco, pues es el de 71-80 años el más afectado con un 30.23%, con una proporción de sexo del total de casos de 1 al, no coincidiendo con lo publicado en la literatura.

Con relación al grupo étnico el 66.66% del departamento de Cobán fueron ladinos y 98.87% en el departamento de Zacapa, el restante 33.33% y 1.36% fueron indígenas respectivamente, llegando a la conclusión de que los ladinos son afectados mayormente por el cáncer, siendo el sexo masculino más afectado en Cobán con 52.3% e igual en Zacapa con 54.79%.

La ocupación más frecuente en orden decreciente en Cobán fue: ama de casa (28.17%) y agricultor (25.71%), y en Zacapa fue: ama de casa (29.06%) y agricultor (24.41%); de estos datos se puede deducir que el agricultor aparece

entre los más afectados debido a su exposición al medio ambiente, pero con respecto a la ama de casa nos surge una interrogante; ¿porque la alta frecuencia de las amas de casa?, lo cual queda como duda ya que no es el motivo de este estudio.

Con relación al tiempo de evolución, en Cobán se encontró que el 30% y 25% de los casos reportados pertenecían al rango de 3 a 6 meses y de 7 a 12 meses respectivamente coincidiendo estos en su mayoría con el carcinoma epidermoide (30%) de 1 a 2 años con un 20% que en su mayoría son carcinomas basocelulares. Con respecto a Zacapa encontramos que de 3 a 6 meses presenta un 31.37% coincidiendo con la mayoría de carcinomas epidermoide (21.56%), y el rango de 1 a 2 años con un 29.41% que en su mayoría son carcinomas basocelulares (19.6%). Esto nos indica el grado de agresividad que pueden tener los carcinomas, como lo establece la literatura el carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de crecimiento rápido y el carcinoma basocelular al contrario tiene un crecimiento menos agresivo y más lento. NOTA: Para establecer el tiempo de evolución se tomó el mismo, como el tiempo transcurrido desde que el paciente evidenció la lesión hasta el momento de su primera consulta.

Con relación al tratamiento de elección se observa en orden decreciente que en Cobán son: Radioterapia (55.26%), cirugía (21.05%), rehusó el tratamiento (13.15%) y quimioterapia (7.89%). En Zacapa se nota una diferencia ya que la

cirugía es el tratamiento más utilizado con un 51.08% , seguido por radioterapia (35.86%), rehusó de tratamiento (10.36%) y quimioterapia (2.17%); lo cual deja una duda ya que en Cobán la mayoría de carcinomas basocelulares eran tratados con radioterapia (15.78%) y en cambio en Zacapa eran tratados con cirugía (32.6%), siendo este último el tratamiento de predilección para esta entidad. Esto nos indica que el tratamiento de elección difiere entre los dos departamentos.

De los hallazgos encontrados en ambos departamentos el dolor (54.54% en Cobán y 38.1% en Zacapa) y la disfagia (36.36% en Cobán y 23.8% en Zacapa) fueron los síntomas que refirieron más los pacientes.

En relación al tipo de lesión que presentaban los carcinomas, encontramos que la lesión exofítica es la más común en los dos departamentos: Cobán con un 94.7% y en Zacapa un 63.88%, esto podemos decir que es debido a que la mayoría eran carcinomas epidermoides y basocelulares siendo lesiones básicas de estos carcinomas. Cabe hacer notar que algunos carcinomas basocelulares están anotados como úlcera por haber estado anotados en las fichas clínicas como tumores ulcerados.

Con relación a los hábitos, fueron encontrados como más frecuentes el tabaco y el alcohol. El tabaco tenía una mayor frecuencia (73.33% EN Cobán y 74.19% en Zacapa). Sin embargo estos porcentajes no son confiables, debido a la falta de

anotación de estos datos en las fichas clínicas, por lo que no es concluyente en ambos Hospitales.

En cuanto al grado de diferenciación, encontramos que en Cobán (47.36%) como en Zacapa (62.5%), la mayoría de los casos presentaban un buen pronóstico, pues éstos estaban bien diferenciados.

La localización en ambos departamentos fue piel de cara, con un 42.85% en Cobán y 54% en Zacapa, observándose que por ser en su mayoría agricultores y estar en contacto con el medio ambiente presentaban más lesiones en piel de cara que en el área intrabucal. Siendo en Cobán el carcinoma epidermoide más frecuente con un 45.7% y el basocelular en Zacapa con un 53.48%, pudiendo concluir que el clima influye con la aparición de algún tipo de cáncer. Intraoralmente no se observa tanto en Cobán como en Zacapa la presencia de algún tipo de carcinoma basocelular, lo cual corrobora datos presentados por la literatura extranjera. Intraoralmente si fueron observados carcinomas epidermoides distribuidos de la siguiente manera: Cobán: Piso de boca (8.5%), encía (5.7%) y lengua (5.7%); y en Zacapa: lengua (8.1%), paladar (5.81%), piso de boca (2.32%) y maxilar superior.

CONCLUSIONES

1. En el guatemalteco la frecuencia de casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados en el departamento de Cobán y Zacapa en el período comprendido entre 1986 a 1995, fue de 121 casos.
2. En Cobán el rango de edad más afectada esta entre los 61-70 años (37.14%), y en Zacapa fue de 71-80 años (30.23%). Siendo el rango de edad más afectado en ambas poblaciones de 51-80 años en un 69.85%.
3. El sexo masculino fue el más afectado en ambas poblaciones con un 57.14% del total de los casos.
4. El grupo étnico más afectado fue el ladino en un 82.75% del total de los casos registrados, en ambos departamentos.
5. Los hábitos más frecuentes reportados, relacionados con cáncer de cabeza y cuello fueron tabaco y alcohol únicamente, siendo el tabaco el referido con más frecuencia de los dos.
6. Las lesiones exofíticas fueron la apariencia clínica más común reportadas, representando un 79.15% del total de los casos registrados, en ambas poblaciones.
7. La neoplasia maligna de cabeza y cuello que se presento con mayor frecuencia en los habitantes de Cobán fue el carcinoma epidermoide con un

45.7%, y en Zacapa el carcinoma basocelular con un 53.48%, tanto en hombres como en mujeres. Cabe hacer notar que el carcinoma basocelular se presentó únicamente en piel.

8. La localización más frecuente de neoplasias malignas de cabeza y cuello en ambas poblaciones fueron: encía, lengua y piso de boca en un 23.41% intraoralmente y piel de cara en un 48.4% extraoralmente. Siendo esta última la localización de mayor frecuencia del total de los casos en ambos departamentos.
9. La mayoría de personas de sexo masculino afectadas por cáncer de cabeza y cuello son agricultores (25.15%), y los paciente femeninos son amas de casa (28.52%), siendo esta la ocupación de mayor frecuencia reportada en los casos registrados.
10. El dolor (46.3%), es el hallazgo clínico encontrado con mayor frecuencia en pacientes afectados por cáncer de cabeza y cuello , en ambas poblaciones y sexos.
11. El tratamiento a elección en Cobán fue radioterapia con un 55.26%, mientras que en Zacapa fue la cirugía con un 51.08%.
12. En ambos departamentos el grado de diferenciación con más frecuencia reportado correspondió al de bien diferenciado en un 50.8% del total de los casos.

RECOMENDACIONES

1. Seria de gran utilidad, incorporar la información obtenida de esta investigación, en el pensum de estudios, para que el futuro odontólogo tenga una imagen más real de lo que se presenta en nuestra población.
2. Proyectar a la Facultad de Odontología y a los Odontólogos para crear campañas encaminadas a prevenir y no solo a diagnosticar lesiones cancerosas de cabeza y cuello.
3. Se recomienda efectuar estudios posteriores que relacionen causa-efecto, para ampliar el conocimiento que se tiene sobre la patología oral en nuestra población.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La mayor limitación encontrada durante la realización de esta investigación fue la deficiencia en la evaluación del paciente, reflejada en anotaciones incoherentes, confusas y muchas veces poco confiables por parte del personal encargado, lo que dificultó la recopilación, tabulación y análisis de la información obtenida.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Servicios de Salud
9a. Av. 14-65, zona 1 Tels. 21801 al 3 y 536071 al 5
Guatemala, C. A.

NUM. 037/95
REF. DR. RRC/sdlr

Al contestar sírvase mencionar el
Número de referencia de esta nota.

Guatemala,
19 de octubre de 1995.-

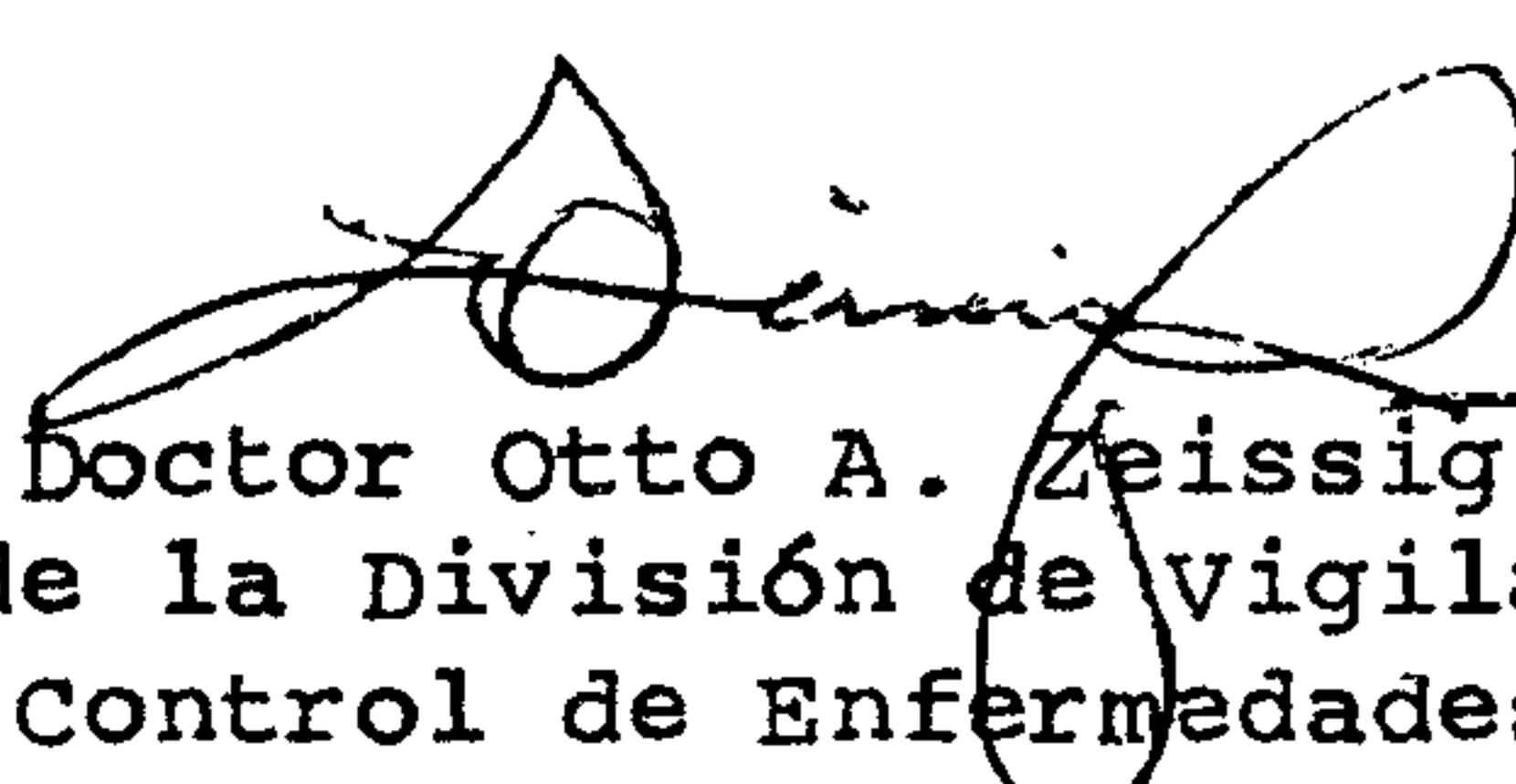
A: Directores Médicos
Hospitales Nacionales
Presente

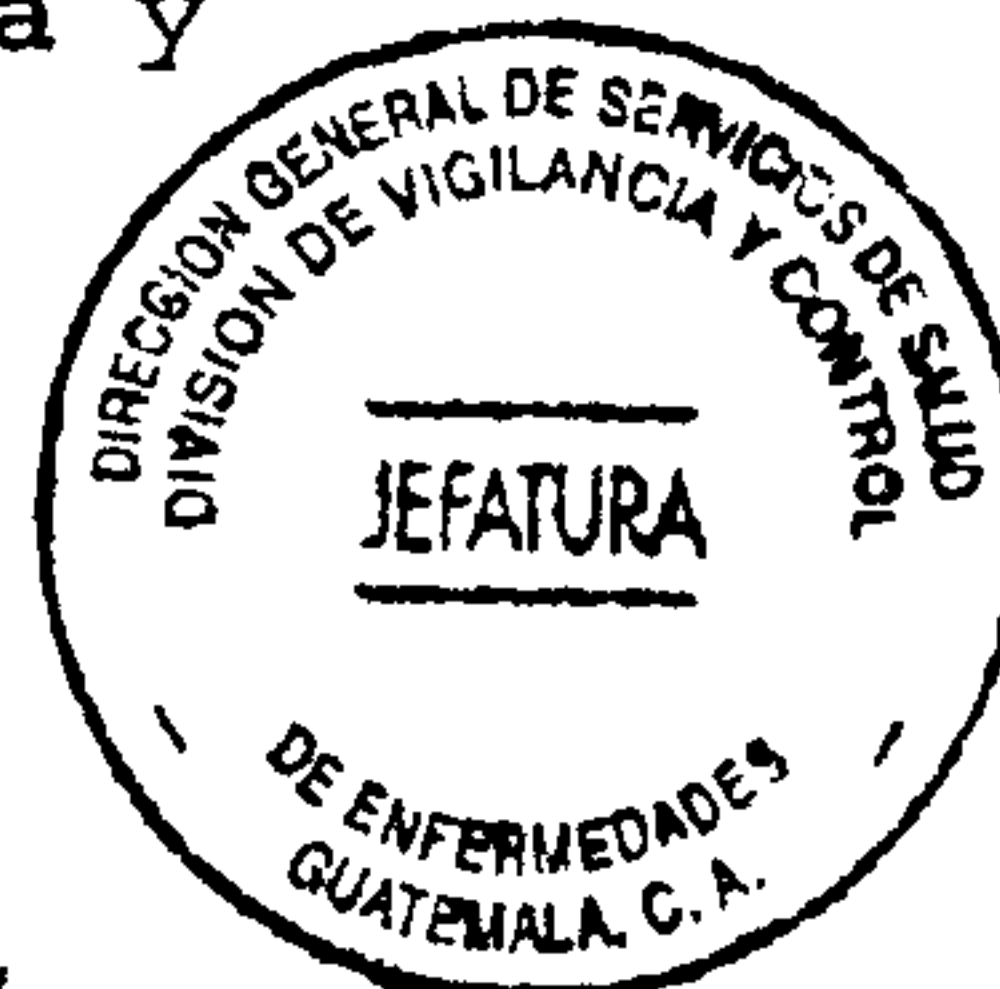
Estimado Sr. Director:

De manera atenta y respetuosa me dirijo a usted, con el objeto de solicitarle su valiosa colaboración en el sentido de autorizar el acceso a la información sobre casos de Cáncer Bucal atendidos en la Institución bajo su digno cargo, a los estudiantes del último año de la carrera de Cirujano Dentista: Nancy Aguirre, Elena Mack, Ricardo Cancinos y Anibal Taracena, quienes efectuarán la investigación correspondiente para llevar a cabo el trabajo "Frecuencia de Cáncer Bucal en Hospitales Regionales de la Republica de Guatemala".-

No está demás hacer de su conocimiento que dicha investigación, está avalada por las Autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos.

Al agradecer la atención que la presente merezca, me es grato suscribirme de usted con muestras de mi alta estima.


Doctor Otto A. Zeissig B
Jefe de la División de Vigilancia y
Control de Enfermedades.



Salud Para Todos los Guatemaltecos

BIBLIOGRAFIA

1. Aparicio Avendaño, R. E.-- Distribucion y frecuencia de los tumores de tejido oseo benignos y malignos de los huesos maxilares reportados de los pacientes de los Hospitales Roosevelt e INCAN de 1975 a 1980.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de odontologia, 1983.-- 54p.
2. Beeson, P.-- Cecil textbook of medicine / P. Beeson, W. McDermont, J. B. Wyngaarden.-- 5th ed.-- Philadelphia : W. B. Saunders, 1979.-- pp.1684-1688, 1889-1890.
3. Bhaskar, S. N.-- Patologia bucal / S. N. Bhaskar ; trad. por E. G. Espinal, M. B. Guglielmotti.-- 6a ed.-- Buenos Aires : El Ateneo, 1981.-- pp. 465-468.
4. Cecil tratado de medicina interna / James B. Wyngaarden, Lloyd H. Smith, ed. ; trad. por Jorge Blanco y Correa Magayanes... [et al.].-- 18a ed.-- Mexico : Nueva Editorial Interamericana, 1991.-- pp. 1382-1384.
5. Fuentes Escobar, F. F.-- El cancer oral en Guatemala estudio de los ultimos diez años de los casos reportados en el INCAN, IGSS, Hospital General San Juan de Dios, Roosevelt y la Facultad de Odontologia.-- Tesis (Cirujano Dentista)-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad Odontologia, 1981.-- 164p.
6. Gardner, A.-- Pathology in dentistry oral manifestations of sistemic diseases.-- Springfield : Charles C. Thomas, 1979.-- pp. 134.
7. Gorlin, Robert J.-- Thoma: patologia oral / Robert J. Gorlin, Henry M. Goldman ; trad. por Joaquin F. Llinas.-- Barcelona : Salvat Editores, 1983.-- pp. 116-119.
8. Giunta, John L.-- Patologia bucal / John L. Giunta ; trad. por Ana Maria Perez Tamayo.-- 3a. ed.-- Mexico : Interamericana McGraw-Hill, 1991.-- pp. 57.
9. Hilielo, A. I.-- Clinical oncology / A. I. Hilielo, D. J. Fink, G. P. Murphy.-- Atlanta : American Cancer Society, 1991.-- pp. 617-642.



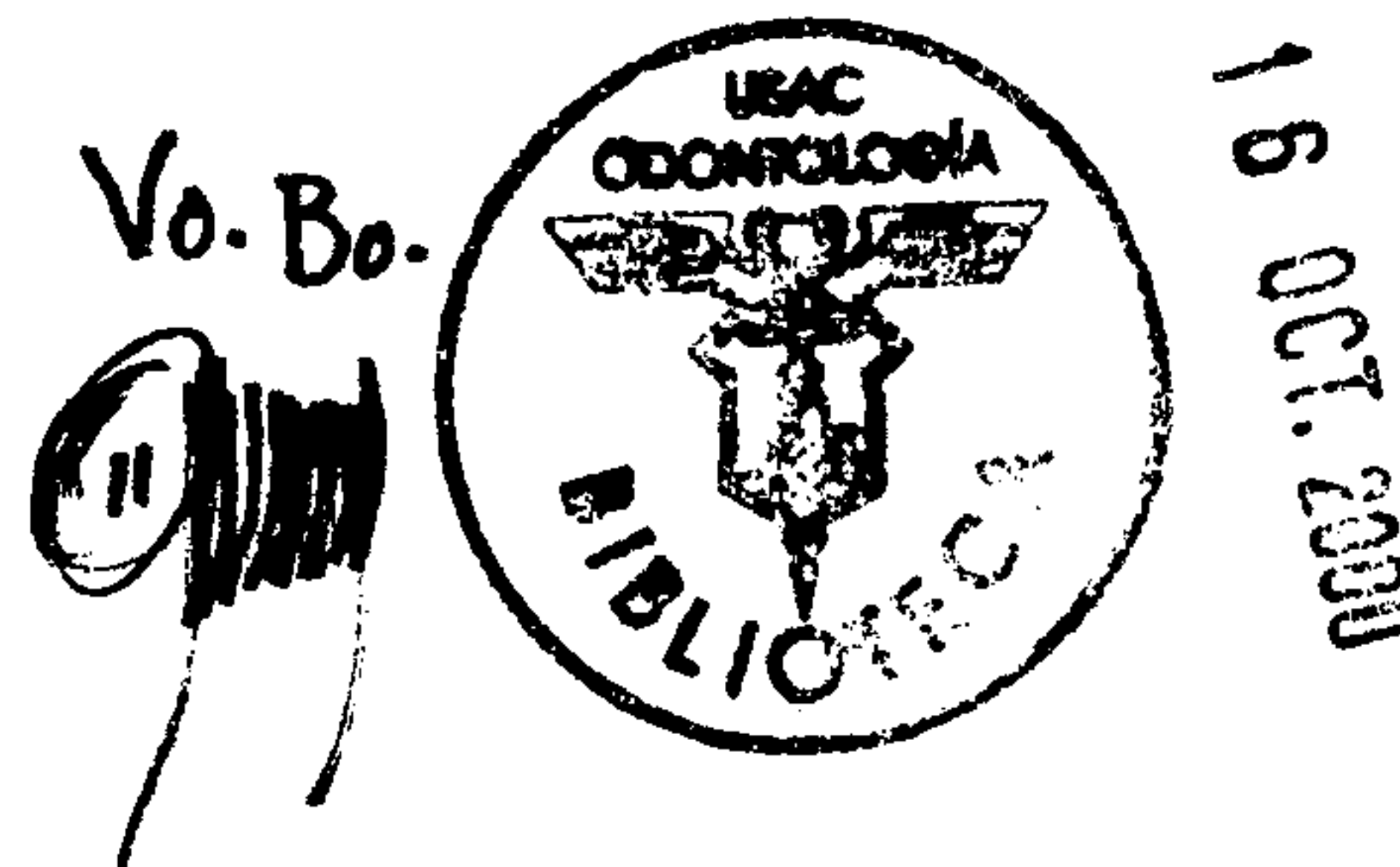
13 OCT. 2000

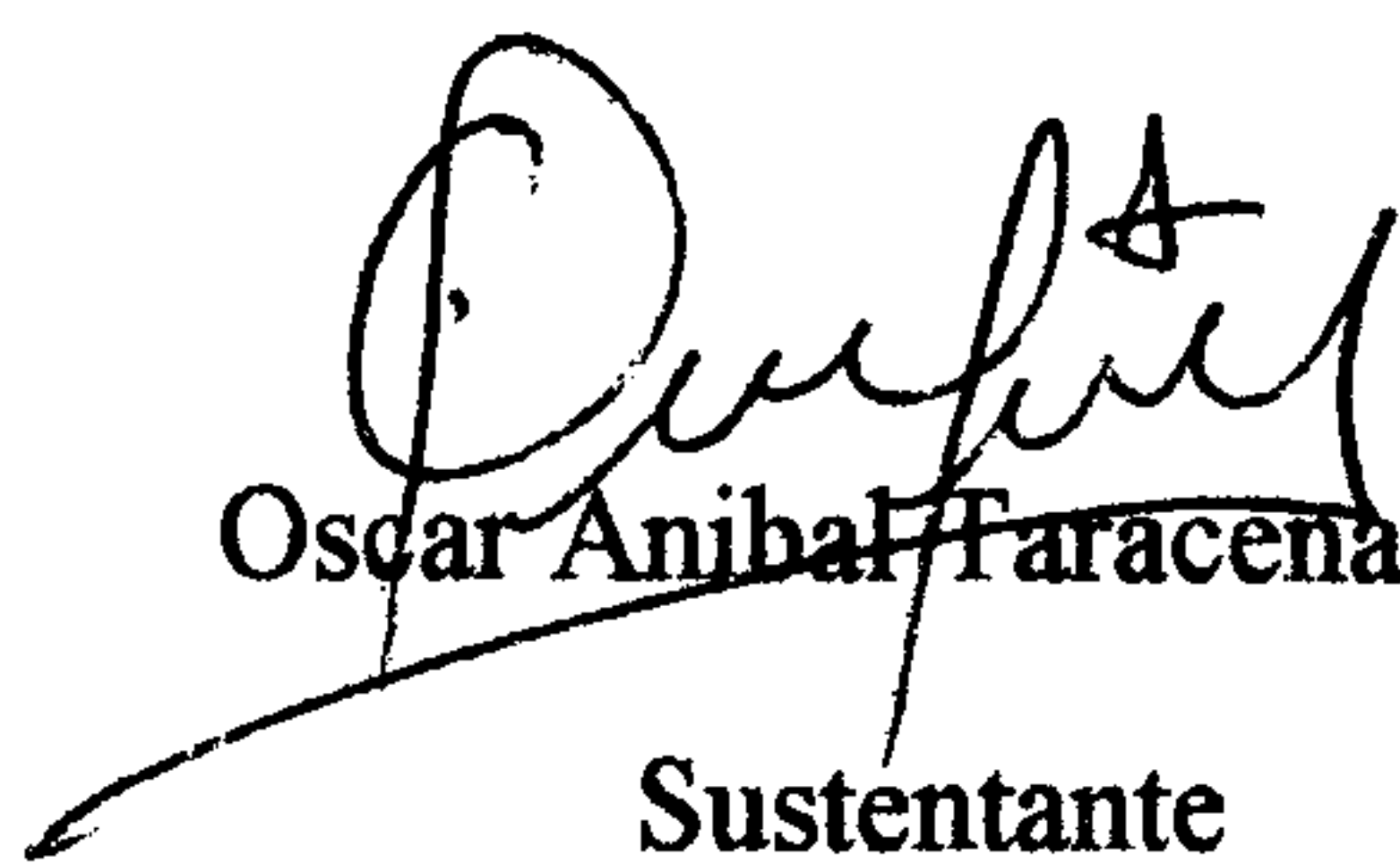
10. Instituto Nacional de Cancerologia.-- Boletin informativo del registro del cancer 1989-1990.-- Guatemala; INCAN, 1989-1990.-- pp. 1-6.
11. Linch, M. A.-- Medicina bucal de Burket: diagnostico y tratamiento / M. A. Linch ; trad. por A. Folch, P. J. Orizaga.-- 8a. ed.-- Mexico : Nueva Editorial Interamericana, 1987.-- pp. 54-56.
12. Lopez Acevedo, C. F.-- Manual de anatomia e histologia de la cavidad oral.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontologia, Departamento de Patologia, 1969.-- pp. 103-119.
13. _____ Manual de patologia oral.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontologia, Departamento de Patologia, 1984.-- pp. 12-20.
14. Malcom, Brian.-- Tumors of the cavity and pharynx / Brian Malcom, Ralph Dockerty, John Vermont.-- Washington : Armed Forces Institute of Pathology, 1968.-- pp. 135-146.
15. Regezi, J. A.-- Patologia Bucal / J. A. Regezi, J. A. Sciubba ; trad. por Sonia Schneider R., M. Palacios.-- Mexico : Nueva Editorial Interamericana, 1991.-- pp. 354-359.
16. Robbins, Stanley L.-- Patologia Humana / Samuel L. Robbins, Vinay Kumar ; trad. por Alberto Folch Pi, Bernardo Rivera.-- 4a. ed.-- Mexico : Interamericana, 1988.-- pp. 220-230.
17. Rubin, Peter.-- Oncologia clinica para estudiantes de medicina y odontologia / Peter Rubin, Omar Salazar, Henry Castrovita ; trad. por Jose Morales.-- New York : American Cancer Society, 1978.-- pp. 160-166.
18. Tratado de patologia bucal / William G. Shafer... [et al.] ; trad. por Maria de Lourdes Hernandez C.-- 4a ed.-- Mexico : Nueva Editorial Interamericana, 1986.-- pp. 113-127, 252-254.
19. Smith, Alfred L.-- Microbyology and pathology.-- 11a. ed.-- Saint Louis : Mosby Company, 1976.-- pp. 178.
20. Tiecke, Robert.-- Oral pathology.-- New York : McGraw-Hill, 1965.-- pp. 98.
21. Thomas, K. H.-- Oral pathology.-- 6a. ed.-- Saint Louis : Mosby Company, 1970.-- pp. 576.

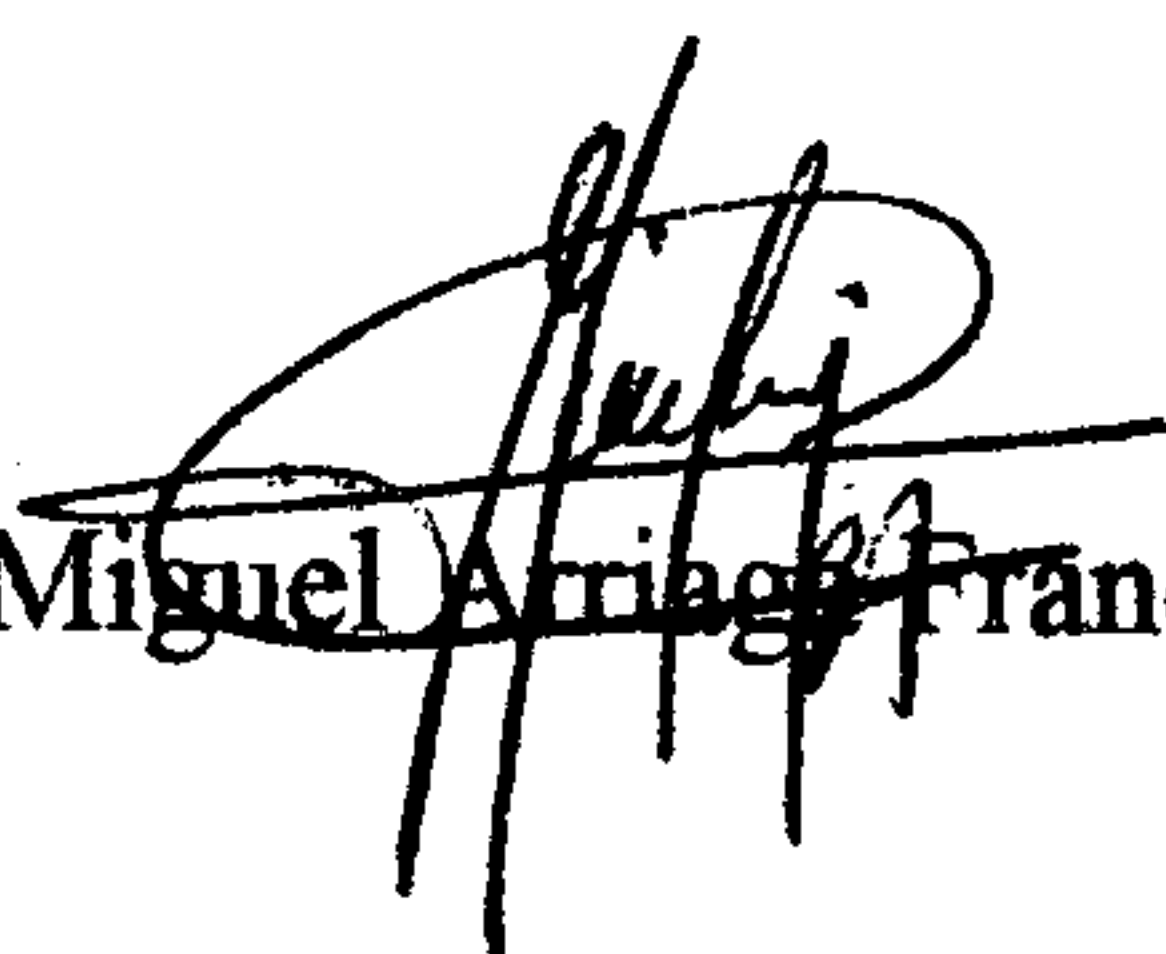


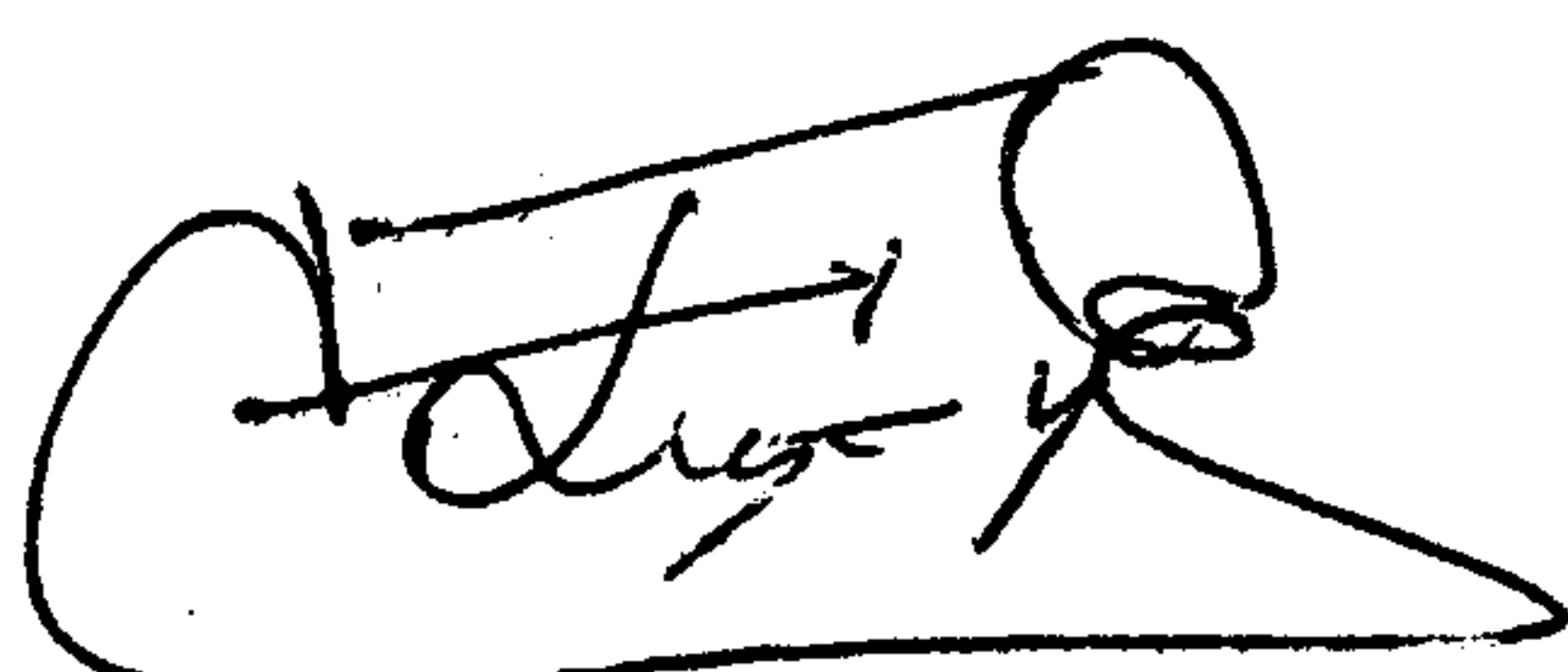
16 OCT. 2009

22. Organizacion Mundial de la Salud.-- Clasificacion histologica internacional de tumores: tipos histologicos de tumores orales y orofaringeos.-- Ginebra, OMS, 1977.-- pp. 25-27. No. 4.
23. United States Departmen of Healt, Education and Welfare.-- Management guidelines for head and neck cancer.-- Maryland : National Center Intitute Editions, 1979. pp.1-22, 23-25.



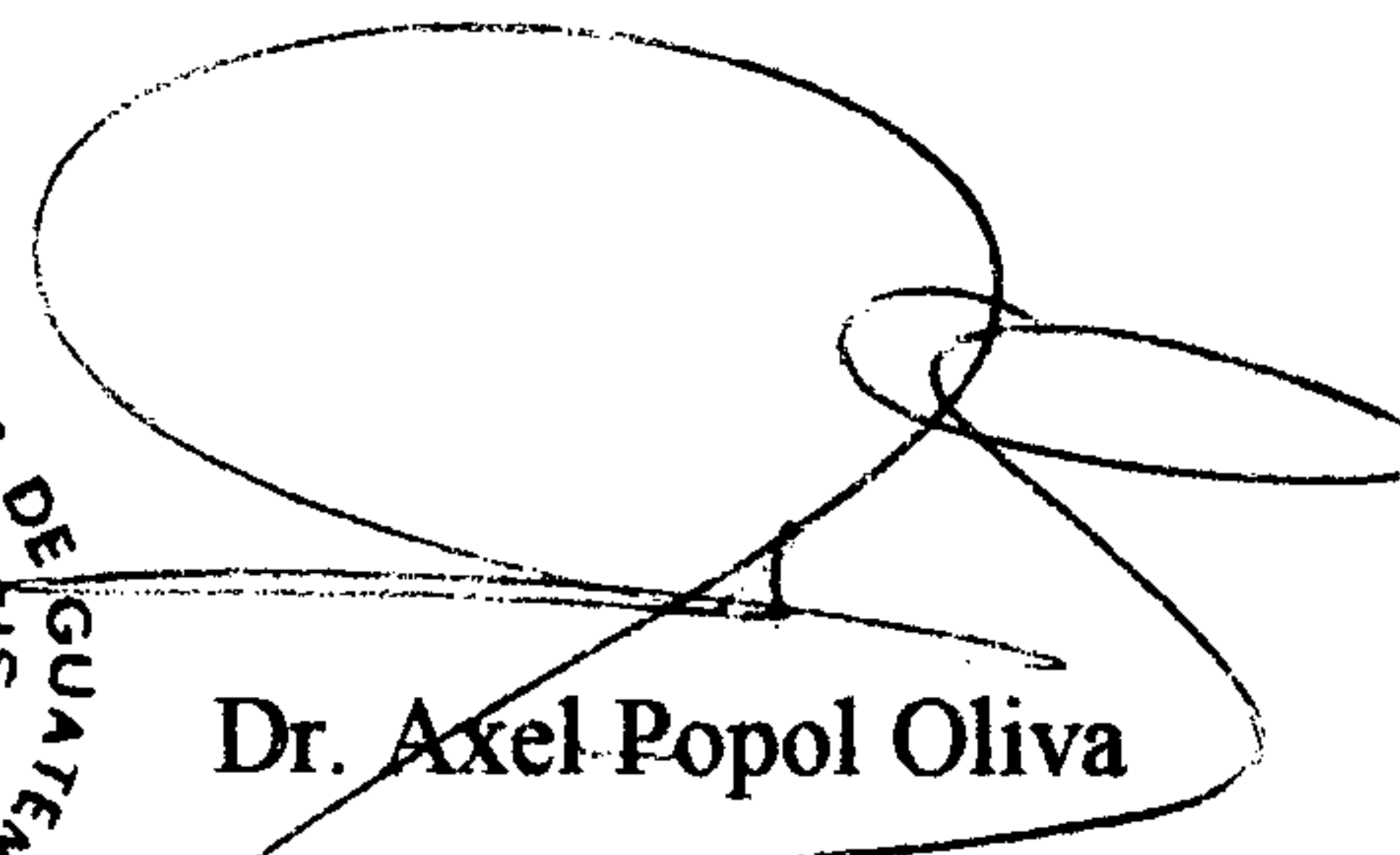

Oscar Anibal Faracena Monzón
Sustentante


Dr. Miguel Arriaga Franco
Asesor

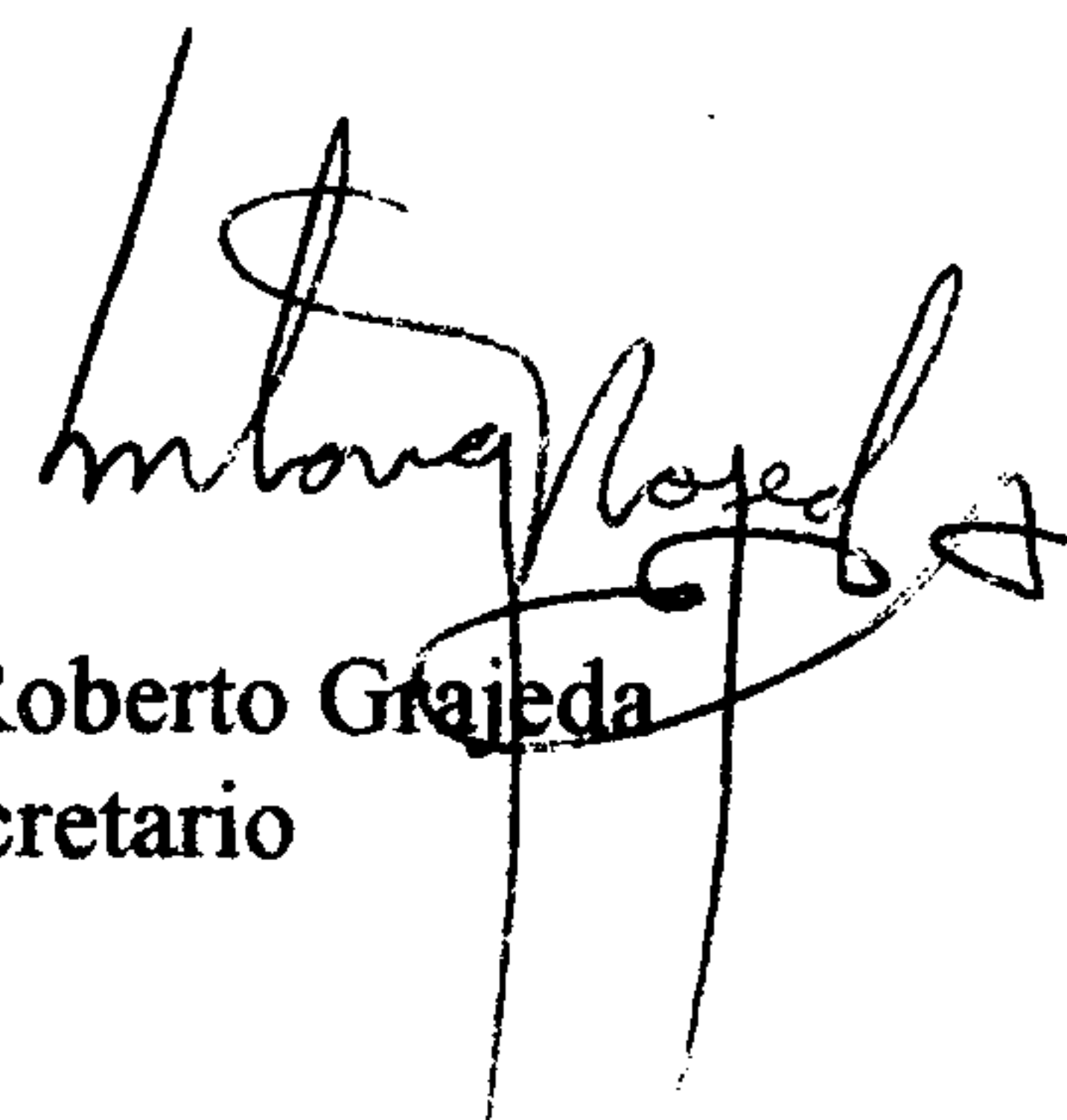

Dr. Fernando Muralles Ruano

Comisión de Tesis




Dr. Axel Popol Oliva

Comisión de Tesis


Dr. Linton Roberto Grajeda
Secretario

