

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología



Trabajo de grado para optar por el título de:

Doctor en Odontología

**Prevalencia del carcinoma epidermoide en pacientes que acuden a la
consulta de maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter,
en el periodo enero-diciembre, 2016.**

Sustentantes

Br. Karolina Medina 09-0042

Br. Darismaldys Sosa 09-0539

Asesor temático

Dra. Anny Benitez

Asesor metodológico

Dra. Sonya A. Streese

Santo Domingo, República Dominicana año, 2017

Los conceptos
emitidos en este
trabajo son
estrictamente
responsabilidad del
autor.

Prevalencia del carcinoma epidermoide en pacientes que acuden a la consulta de cirugía maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, en el periodo enero – diciembre, 2016.

Dedicatoria

A Dios porque me ha permitido ver sus frutos, por darme fuerzas, sabiduría y comprensión para culminar con esta etapa de mi vida, Dios encamíname en tu verdad, y enséñame, porque tú eres el Dios de mi salvación (salmos 25-4-6).

A mi madre Ada Valdez, por guiarme por el mejor camino de la vida, por su dedicación, entrega y su arduo apoyo, por confiar en mí, por darme fuerzas en aquellos momentos de desmayo, no sé qué sería mi vida sin ti. Te Amo mami.

Darismaldy Sosa.

Primeramente quiero darle gracias a Dios, es el proveedor de este logro en mi vida, es el que hizo posible todo esto. Gracias papa Dios, eres un rey de palabras y todo es a tu tiempo.

A mis padres: Ángel Pericles Medina, eres el mejor, no solo lo digo por aludir como hija sino porque nunca existirían palabras exacta para describirte, eres un súper héroe, nunca te rindes y me enseñas cada día a ser mejor ser humano y nunca pones un "no" ante alguna repuesta; te amo por ser el pilar en todos mis logros.

Sandra Guzmán mi madre, sin duda, la mejor madre, la mejor tutora y el mejor soporte, nunca te rindes y eso me lo transmites de alguna manera, siempre estas atenta en todo siempre dices las palabras exactas en cada oración, te amo mami, por eso este logro es para ti, gracias Dios por mi madre.

A mi hija, Samara Castillo Medina, mi motor, mi corazón, mi niña, esto es tuyo y tú eres esa razón por la que nunca me rendí, quiero dejarte un legado "el que persevera triunfa" te amo con todo mi ser hija, gracias por cada día poner una sonrisa en mis labios.

Karolina Medina.

Agradecimientos

A Dios, aunque no tengo palabras para expresar todos mis agradecimientos hacia ti, pero sin duda alguna me has acogido en tus brazos, he visto tu luz en esos momentos de felicidad y tristeza, gracias por sostenerme, por darme lo que merezco, gracias por tu inmenso amor y tus glorias, gracias por permitirme ver culminar esta etapa de mi vida. Te agradezco por tu salvación, sanación y por qué sé que curaras mi alma.

A mis padres, Ada Valdez y Quintin Sosa: por su apoyo incondicional, por enseñarme el bien y el mal, suplir mis necesidades, por confiar en que podía lograr mis metas, por enseñarme que no hay logro sin sacrificio, por ser unos padres de ejemplos, los amo.

A mis hermanos Danabel Sosa, Darysleida Sosa y Niceny Valdez: por ser mis cómplices y estar cada vez que los necesite, por sus buenos consejos y su amor eterno.

A mi pareja Fernando Matos: por apoyarme en todo momento y en cada decisión que tome, por permanecer firme a mi lado, por tu tiempo y comprensión en este proyecto, te amo.

A Felipe Valdez, Leo Valdez, Alcedo Valdez y Arcenidia Valdez, tíos, gracias por creer en mí y todo el apoyo que recibí en algún momento de este trayecto de vida.

A Cleorfa Encarnación, madrina, eres todo un ejemplo de excelencia y pulcritud, gracias por permanecer a nuestro lado, mis padres no se equivocaron al elegirte, te quiero.

A mis mejores amigos Aurys Segura y Jhoan Quezada: porque en el momento más vulnerable y de tristeza me mostraron que si tengo amigos, que no estaba sola, fueron mis ojos y mis pies para ver y caminar, solo me queda agradecerle su amor y amistad. Eternamente agradecida.

A Karolina Medina Guzmán: mi compañera de tesis y proyecto de vida, nada de esto hubiera sido posible sin tu apoyo, comprensión y colaboración, gracias amiga y compañera.

Darismaldy Sosa.

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres Sandra y Pericles por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener un excelente educación en el transcurso de mi vida, sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mi hermana: Sandra Medina, la mejor hermana, siempre estás en todo, aun cansada nunca me dices "no", te amo nunca podré decirte con palabras todo lo que siento por ti, te admiro y me enseñas cada día a seguir mis sueños cueste lo que cueste por eso, este logro es tuyo manita, gracias hermana.

A mi hermana: Karina Medina: hermana la competencia en la familia, siempre me motivas de alguna manera a seguir mis sueños, siempre dices que soy la mejor en lo que hago y aunque peleamos te amo como a nadie.

A mi pareja: Ireño José Castillo, mi amor eres parte de todo desde el principio, gracias por aguantar cada una de mis rabietas y saber llevar bien la situación, eres uno de los protagonistas en este logro.

A mis tíos y primos por ser parte significativa en mi vida, y por haber hecho el papel de una familia verdadera en todo momento, gracias por su apoyo, comprensión y sobre todo amistad.

A mis amigos por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidare.

A mi cuñado: Jorge Arturo Sánchez: el mejor, aunque siempre terminaba jugando con tu tiempo para que me llevaras a la universidad o me ayudaras arreglar algo nunca dijiste "no" eres uno de los pilares en mi trayectoria. Gracias.

A mi compañera de tesis: Darismaldys Sosa valdez, más que mi compañera de tesis te veo como una amiga, te quiero mucho, eres de esa persona que la vida debiera de presentarle a todo el mundo, con ese carácter único, siempre me dices lo que piensas sin importar que, y de alguna manera te lo agradezco y por eso ya podemos decir juntas en este largo trayecto, lo logramooooos!

Karolina Medina.

Le agradecemos de manera muy especial a nuestra asesora temática Dra. Anny Benitez por recorrer junto a nosotras este importante camino, depositar toda su confianza y por su gran apoyo.

Al doctor Rogelio Prestol: Gracias por permitirnos la entrada al Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, por creer en este maravilloso tema.

A nuestra querida Dra. Sonya Streese, no hay palabras grandes para demostrar todo nuestro agradecimiento, un ejemplo como persona y maestra, siempre dispuesta y entregada, nunca un no, y siempre nos brida la mejor sonrisa, eternamente agradecida.

A nuestro director de escuela, Dr. Rogelio Cordero por dar lo mejor de sí, por siempre estar dispuesto y escuchar a los alumnos.

A la Dra. Guadalupe Silva, gracias por su disposición y colaboración a la hora de realizar en este trabajo.

A la Dra. Rocío Romero, por apoyarnos, enseñarnos y guiarnos en este trabajo.

Darismaldy Sosa

Karolina Medina

Índice Esquemático

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Introducción.....	11
CAPITULO 1. EL PROBLEMA DEL ESTUDIO	
1.1. Antecedentes de estudio.....	12
1.1.1. Antecedentes Internacionales.....	12
1.1.2. Antecedentes Nacionales.....	14
1.1.3. Antecedentes Locales.....	16
1.2. Planteamiento del problema.....	17
1.3. Justificación.....	19
1.4. Objetivos.....	20
1.4.1. Objetivos generales.....	20
1.4.2. Objetivos específicos.....	20
CAPITULO 2. MARCO TEORICO	
2.1. Generalidades del Cáncer.....	21
2.2. Clasificación de los tumores malignos según los tejidos blandos de la cavidad oral.....	22
2.3. Carcinoma epidermoide.....	22
2.3.1. Aparición del carcinoma epidermoide.....	23
2.3.2. Diagnóstico del carcinoma epidermoide.....	23
2.4. Factores de riesgos del Carcinoma epidermoide.....	24
2.4.1. Tabaco.....	24
2.4.2. Alcohol.....	25
2.4.3. Radiación.....	26
2.4.4. Agentes infecciosos.....	26
2.4.5 VIH.....	27
2.4.6. Genética.....	27
2.4.7. Malnutrición.....	28

2.5. Localización.....	28
2.6. Estadios y grado de diferenciación de los tumores malignos.....	31
2.7. Mortalidad y morbilidad.....	34
2.8. Tratamiento del Carcinoma epidermoide.....	35
2.8.1. Quirúrgico.....	35
2.8.2. Radioterapia.....	37
2.8.3. Quimioterapia.....	38
2.9. Prevención.....	38
2.9.1. Prevención primaria.....	38
2.9.2. Prevención secundaria.....	39
2.9.3. Prevención terciaria.....	39
CAPITULO 3. LA PROPUESTA	
3.1. Hipótesis del trabajo.....	40
3.2. Hipótesis nula.....	40
3.3. Variables y operacionalización de las variables.....	41
CAPITULO 4. MARCO METODOLOGICO	
4.1. Tipo de Estudio.....	44
4.2. Localización, Tiempo.....	44
4.3. Universo y Muestra.....	44
4.4. Unidad de Análisis Estadístico.....	44
4.5. Criterio de Inclusión y Exclusión.....	44
4.6. Técnicas y Procedimiento para la Recolección y Presentación de la Información...	45
4.7. Plan Estadístico de Análisis de la Información.....	45
4.8. Aspectos Éticos Implicados en la Investigación.....	46
CAPITULO 5. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS	
5.1. Resultados del estudio.....	47
5.2. Discusión.....	52
5.3. Conclusiones.....	54
5.4. Recomendaciones.....	55
Referencias bibliográficas.....	56

Anexos.....	63
Anexo 1. Instrumento de recolección de dato.....	64
Anexo 2. Solicitud de la cantidad de los pacientes del Instituto de Oncología Dr. Heri- Berto pieter.....	66
Glosario.....	67

Resumen

El carcinoma epidermoide es una de las neoplasias más vista en la cavidad oral, ocupa el lugar número 12, siendo más común en países sub-desarrollados, asociados a malos hábitos como; consumo de alcohol, y tabaco y actualmente en aumento. Este estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal fue abordado con el propósito de determinar la prevalencia del carcinoma epidermoide en pacientes que acudieron a la consulta de cirugía maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter en el periodo enero-diciembre del año 2016. En este estudio se utilizó una ficha de recolección de datos que incluía: edad, género, ID, factores de riesgo, características clínicas, estadio y grado de diferenciación de la lesión. La revisión arrojó un total de 474 pacientes, 40 de estos casos fueron pacientes afectados con carcinoma epidermoide. Los resultados arrojaron: que del total de la muestra (40), 29 (72.50%) fueron del sexo masculino; el rango de edad más afectado fue (61-80 años), y la localización anatómica más frecuentemente fue la lengua, representando el 38.64%. Con relación a las características clínicas: 14 pacientes presentaron zonas con irregularidad, 4 (5.48%) lesiones induradas en el rango de 40-60 años, 6 (8.22%) en el rango de 61-80 años y 4 (5.48%) en rango de edad (81-100 años) lo que representó 19.18% del total de la muestra. De 40 pacientes afectados con carcinoma epidermoide se pudo observar que estos presentaron la lesión en un estadio IV con grado diferenciación GX (indeterminado); lo que sugiere que en este estadio todos los pacientes sufrieron metástasis.

Palabras claves: Carcinoma epidermoide, neoplasia maligna, lesión, grado de diferenciación y estadios de la lesión.

Introducción

El carcinoma epidermoide o de células escamosas, es una neoplasia maligna que se origina de las células escamosas del epitelio que recubre la mucosa, es la más frecuente de la cavidad bucal. Ocupa el número 12 de todas las neoplasias malignas en el mundo, con variación de porcentaje de acuerdo a la región en la que se encuentre dicha lesión¹. Representa más del 90% de todas las neoplasias malignas en la cavidad oral. Este tipo de cáncer suele localizarse en el labio, lengua, piso de boca, mucosa gingival, paladar y glándula salival. Además de las manifestaciones clínicas y el deterioro que ocasiona en la salud de quienes lo padecen; puede causar la pérdida de trabajo, el aislamiento social, la malnutrición, la desfiguración facial y hasta la muerte².

Este tipo de lesión aparece con más frecuencia en la quinta década de vida, y constituye el tres por ciento de los cánceres diagnosticados en hombres y el dos por ciento en mujeres; asociándose el mismo a hábitos de vida como los son; el tabaco y alcohol. El Carcinoma epidermoide tiene una serie de presentaciones clínicas. En el estadio temprano puede aparecer como una lesión eritomatosa (eritroplásica), asintomática o una lesión blanca (leucoplásia), o ambas (eritroleucoplásia). Puede también aparecer como una erosión, una úlcera pequeña, una masa exofítica, o una lesión periodontal, en estadios avanzados puede presentarse como una masa exofítica grande con o sin ulceraciones, úlcera profunda con una superficie vegetante irregular, bordes elevados y un infiltrado duro de los tejidos bucales³. De aquí la importancia de cuantificar la cantidad de pacientes afectados por esta lesión maligna, ya que aunque se conoce de su aparición, no se sabe a ciencia cierta el alcance de su progresión en la población que acude a la consulta diaria.

Esta investigación fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, orientada, a determinar los factores de riesgo, la localización anatómica más afectada; así como, las características clínicas que presenta el carcinoma epidermoide, según género y edad, de aquellos pacientes que acudieron a la consulta maxilo facial en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, la finalidad de este proyecto fue crear una estadística sobre la alta o baja prevalencia de esta lesión maligna en la cavidad oral de sus usuarios.

CAPITULO 1. EL PROBLEMA DEL ESTUDIO

1.1. Antecedentes del estudio

1.1.1. Antecedentes Internacionales

En el año 1998, Quintana⁴, en la Habana, Cuba, realizó un estudio sobre los tumores malignos maxilo faciales, cuyo objetivo fue estudiar las láminas de pacientes afectados por tumores malignos maxilo faciales. La metodología aplicada para la recopilación de información se creó en un formulario donde se reflejaron las variables siguientes: edad, sexo, raza, localización anatómica y diagnóstico histo-patológico. Para esto se utilizó la ayuda de los departamentos de archivo y el de anatomía patológica de la Facultad de Estomatología de La Habana, donde se examinaron las láminas de todos los pacientes estudiados; como resultado obtenido se encontró, que el sexo masculino fue más afectado que el femenino; en la cavidad bucal fue el labio inferior el más afectado, y el tipo de lesión histológico que más predominó, fue el carcinoma epidermoide. El tres por ciento de todos los tumores encontrados respondieron a metástasis, que debutaron en la zona bucofacial.

En el 2005, Arredondo⁵, en Cuba, realizó un estudio descriptivo en el Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” para caracterizar clínica y epidemiológicamente el cáncer de la cavidad bucal desde el año 1999 hasta el 2004. Se estudiaron 79 pacientes de un universo de 285 y se excluyeron 206 pacientes con cáncer del labio. Se analizaron las variables grupos de edades, sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, localización anatómica, tipo histológico, forma clínica, estadio clínico y modalidad terapéutica. El carcinoma epidermoide fue la variedad histológica más frecuente (76, para el 96,20 %). Su localización prevaleció en la lengua (24 casos, para el 30,38 %). El diagnóstico frecuentemente se realizó en un estadio III (en 42 pacientes, para el 53,16 %) y predominó la forma clínica mixta (38 para el 48,10 %). La radioterapia fue el tratamiento más utilizado en sus diferentes variantes con 64 casos (81,0 %).

En el año 2008, García et al⁶, en la ciudad de México, realizó un estudio sobre carcinoma de células escamosas de cavidad bucal, cuyo objetivo fue, determinar si la supervivencia y muerte de los pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal, está asociada con la

edad, el género, los factores de riesgo, grado histológico y tratamiento recibido. La metodología aplicada para la recopilación de información fue la revisión de los archivos del servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” de 1997 al 2001, donde se examinaron 149 reportes de estudios histopatológicos; como resultado se obtuvo, de los 149 sólo 49 casos contaban con todos los datos, de éstos, la relación hombre-mujer era 2:1, localización más frecuente la lengua, grado de diferenciación: 35 casos bien diferenciados (71,4%), 9 moderadamente diferenciados (18,4%) y 5 poco diferenciados (10,2%). Los factores de riesgo, uso de tabaco (65,3%) y alcohol (63,3%); ambas en 55,1%; hipertensión arterial 10,2% y Diabetes Mellitus 26,5% antecedentes heredofamiliares oncológicos 22,45%. El tratamiento fue la combinación de quimioterapia, cirugía y radioterapia (59,2%).

En el 2015, Cento J⁷, en las Tunas, Cuba, realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la clínica Estomatológica “Héroes de Bolivia”, cuyo objetivo fue describir el comportamiento epidemiológico del programa de detección del cáncer bucal. La metodología aplicada fue todos los pacientes del área de salud y la muestra fue de 33 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, y se estudiaron variables cuantitativas y cualitativas, la información se obtuvo de fuentes secundarias, como las historias clínicas, los registros de las unidades y los indicadores de los servicios; como resultado se obtuvo: predominio del grupo de edad de 35-59 años y el sexo masculino con un 57.5 % en ambos casos, la lesión más encontrada fue la leucoplasia con 71.4 %, seguida del carcinoma con 28.5 %, las lesiones se localizaron en el 100 % en el labio inferior tanto en el sexo masculino como en el femenino, predominado en el primero para un 71.4 %, el factor de riesgo de mayor prevalencia fue el tabaquismo para un 57.5%, seguido de este factor la exposición al sol con 45.4%.

En el 2016, Santelices et al⁸, en Chile, realizaron una revisión literaria en la cual determinaron que el cáncer oral es un problema de salud pública. Su incidencia mundial en 2012, fue de 4.0 nuevos casos por cada 100.000 habitantes. Se realizó un estudio descriptivo cuyo objetivo fue, revisar las publicaciones literarias sobre el cáncer oral en Chile. Utilizaron como material y métodos la revisión narrativa de la literatura que utiliza bases de datos, como; Pubmed, Scielo y Google Scholar. Llevaron a cabo una evaluación crítica de los artículos. Los

resultados fueron los siguientes: de los 27 estudios elegibles, se incluyeron 11 estudios y se utilizaron datos de registros de la población oral; la mortalidad por cáncer oro faringe fue de un porciento y la morbilidad fue de 1.6%. En mujer la estadística presenta 1,3:1 y 1,4:1, y la supervivencia, de 46% a 56.9%. Entre los principales factores de riesgo se identificaron; el tabaquismo y el consumo de alcohol, coincidiendo en que el cáncer oral se mantiene en un estadio bajo.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

En el año 1990, Alemany et al⁹, en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, realizó un estudio retrospectivo durante 5 años, en el periodo 1984-1988, en donde revisaron las historias clínicas de pacientes afectados por Carcinoma bucal; como resultado obtuvieron que, 249 pacientes tuvieron afectados por carcinoma epidermoide. El sexo más afectado fue hombres durante los 60 años; encontraron que en los hábitos de mayor porcentaje estaban, el tabaco y el alcohol.

En el año 1997, Feliz et al¹⁰, en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, realizó un estudio retrospectivo que abarco siete años, compuesto por 500 fichas de pacientes que acudieron a la consulta de maxilo facial del Instituto, comprendido en enero 1990 y diciembre 1996; se seleccionó 126 pacientes a través del diagnóstico de carcinoma epidermoide. Obtuvieron como resultados que la lesión aparece en la cavidad bucal en las últimas décadas de vida, pero esto no descarta la posibilidad de que se pueda diagnosticar en otras etapas de la niñez. La información obtenida indicó que el carcinoma epidermoide de la boca representa un problema al que debe ponerse atención.

En el 2001, La Liga Dominicana contra el cáncer¹¹, INC, en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, realizaron un gran esfuerzo por recopilar y compilar toda la información obtenida en años anteriores y preparar el primer reporte comparativo acerca de la estadística de cáncer oral en la población en general. Esto significa que a disposición del público y en un volumen único, lo que permitió tener una visión clara de lo que ha sido el comportamiento del cáncer en la institución para el período 1998 –2001. Los resultados arrojaron los siguientes datos: se captó un total de 2,442 casos, de los cuales 2,104 (86.2%), fueron casos

analíticos. Del total de casos analíticos, la mayoría resultó ser de sexo femenino (70.2%). El grupo de edad más frecuente en hombres fue (70-79 años), con un 24.1%, mientras que, para las mujeres estuvo comprendido entre (40-49 años), con un 23.2%. Se observó, que un 42.7% de las mujeres con cáncer para el año 2001 tuvieron menos de 50 años; mientras que, sólo un 25.4% de los hombres estaba por debajo de esta edad. Un 45.4% de las mujeres pertenecía al grupo heterogéneo comprendido entre (40-59 años) y un 47.4% de los hombres entre (60-79 años). La localización más frecuente en las mujeres fueron las mamas (37.3%) y cuello uterino (28.2%).

En el 2010, García B et al¹², en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, realizó un estudio con el objetivo de investigar y caracterizar la población que asistió al Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, que padecieron de carcinoma epidermoide en cavidad oral en el periodo mayo 2008-2010; fue un estudio descriptivo en el que se tomó en cuenta la población total, que de acuerdo a los archivos del Instituto Oncológico sufrieron dicha enfermedad; la información recolectada indicó que la población que sufrió de carcinoma epidermoide a nivel de la cavidad oral, estuvo constituida en su mayoría por hombres, y en edades por encima de los 60 años. Utilizaron 692 pacientes que padecieron algún caso de cáncer, de los cuales 128 de carcinoma epidermoide en cavidad oral, para un 18% de los casos. Estos resultados indicaron que el carcinoma epidermoide en cavidad oral es uno de los más frecuentes. Un 60.2 % estaban entre las edades de 61 a 80 años. La segunda edad en rango de importancia en la población comprendida entre los 41-60 años. Determinaron que el sexo masculino fue el más afectado entre los casos encontrados, para un 59%; en cuanto a la localización el mayor porcentaje de carcinoma epidermoide se encontró en lengua (31%), paladar duro y blando (17%) y piso de boca (16%).

1.1.3. Antecedentes Locales

En el año 2015, Martínez y Orozco¹³, en República Dominicana, realizaron un estudio, en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña sobre la Prevalencia del cáncer de laringe en el hospital doctor Salvador Bienvenido Gautier 2010-2012. Donde realizaron un estudio descriptivo con recolección de datos retrospectivos, para tener información de cáncer de laringe diagnosticado por biopsia. Como resultado obtuvieron que del 20,287 % de pacientes que acudieron al departamento de otorrinolaringología se encontraron; (30 %) con cáncer de laringe, (40%) de los pacientes tenía (60-69 años) y el tratamiento más frecuente fue el quirúrgico, con un (66.6 %).

1.2. Planteamiento del problema

La frecuencia del cáncer en general ha aumentado mundialmente en la última década; ocupa ya el 12^{avo} lugar de todas las neoplasias, y su prevalencia va en aumento debido al incremento en el consumo del alcohol y del tabaco, principalmente. El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo¹⁴.

Esta enfermedad afecta principalmente la cabeza y el cuello. Las personas que padecen este tipo de cáncer siempre ocultan las partes afectadas, ya que presentan deformaciones, que avergüenzan a las personas. A diferencia de los demás tipos de cáncer este es el más temible ante toda la población, ya que no se cura, aunque es controlado con tratamientos y es muy notable.¹ Este cáncer se presenta en un 90% de todos los tipos de cáncer en la cavidad oral; siendo el sexo masculino el más afectado, en edades de 50-60 años. Se manifiesta como una lesión blanquecina, un abultamiento de zona afectada que podría ser de color roja y blanco, afectando principalmente la mucosa gingival, parte lateral de la lengua, paladar duro y blando, piso de boca y las amígdalas; además de las manifestaciones clínicas y el deterioro que ocasiona en la salud de quienes lo padecen puede causar la pérdida de trabajo, el aislamiento social, la malnutrición, la desfiguración facial y hasta la muerte². Para el manejo de estos pacientes es necesario la detección clínica temprana, para poder así, aplicar el tratamiento ideal y paliar la sintomatología del mismo en el control de la enfermedad.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto surgieron las siguientes preguntas de sistematización:

¿Cuál es la prevalencia del carcinoma epidermoide en pacientes que acuden a la consulta de maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter?

¿Cuáles son los principales factores de riesgo en los pacientes diagnosticados con carcinoma epidermoide?

¿Cuáles son las localizaciones anatómicas más comunes en la que se presenta esta lesión?

¿Cuáles son las características clínicas que presentan los pacientes afectados por carcinoma epidermoide?

¿Cuál es el género y la edad más frecuente en el que se presenta el carcinoma epidermoide?

¿Cuál es el estadio y grado de diferenciación más frecuente en el que se presenta esta lesión?

1.3. Justificación

El cáncer se origina por el crecimiento celular anormal en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar tumores visibles en los órganos donde se originan, denominándose así, tumor primario¹⁵.

El carcinoma epidermoide, como lesión puede llegar a convertirse en un tumor primario; puede afectar cualquier parte de la cavidad oral; lamentablemente no manifiestan síntomas, por lo cual no pueden ser diagnosticados a tiempo; este es el cáncer más frecuente y de pronóstico reservado por su agresividad, siendo su morbimortalidad muy elevada¹⁵.

El tratamiento de esta neoplasia maligna constituye un importante reto para el sistema de salud en todo el mundo, debido a la complejidad de esta enfermedad, a pesar de la continua investigación en países desarrollados, además de presentar un reto para el paciente y el entorno familiar en relación al aspecto económico y emocional que presenta quien lo padece².

Esta investigación tubo como finalidad detectar a tiempo algunas de las manifestaciones clínicas que el odontólogo puede reconocer en la etapa inicial, del carcinoma epidermoide; además de aportar información concreta acerca de las características y comportamiento clínico de este tipo de lesión; para que los estudiantes de clínica Dr. René Puig Bentz puedan detectar cualquier alteración o anomalía relacionado con el mismo, y así, realizar los exámenes complementarios para un diagnóstico a tiempo y una esperanza de vida mayor.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia del carcinoma epidermoide en pacientes que acudieron a la consulta de cirugía maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

1.4.2. Objetivos específicos

1.4.2.1. Identificar los principales factores de riesgo en los pacientes diagnosticados con carcinoma epidermoide.

1.4.2.2. Identificar las localizaciones anatómicas más comunes en la que se presenta esta lesión.

1.4.2.3. Determinar las características clínicas que presentan los pacientes afectados con carcinoma epidermoide.

1.4.2.4. Identificar la frecuencia del carcinoma epidermoide, según género y edad.

1.4.2.5. Identificar el estadio y grado de diferenciación más frecuente de la lesión.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

Según la definición de Barbacci¹⁶: los tumores o neoplasias son proliferaciones anormales de los tejidos que se inician de manera aparentemente espontánea, de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo. En este trabajo de investigación se manejarán los conceptos de: generalidades del cáncer, carcinoma epidermoide, aparición de la lesión, clasificación de los tumores, diagnóstico, localización, estadios, mortalidad y morbilidad, factores de riesgos, tratamientos y por último prevención.

2.1. Generalidades del Cáncer

A la mucosa que recubre las diferentes estructuras del área de cabeza y cuello se le conoce como mucosa de vías aerodigestivas superiores con sus siglas (VADS); en ella se origina 85% de los cánceres de la región, 90% de los cuales son carcinomas epidermoides, el 15% restante está constituido por tumores en la glándula tiroides, piel, huesos del esqueleto facial, cartílagos y partes blandas.¹⁷

La presencia de otro tipo de tumor como; sarcoma, melanoma, linfoma, entre otros, suele ser excepcional. La parte digestiva de las vías aerodigestivas está formada por: la cavidad oral, orofaringe, hipofaringe, esfínter esofágico superior, esófago cervical, glándulas salivales y conductos excretores de glándulas salivales, oído medio, y la parte respiratoria está formada por: las fosas nasales, senos paranasales, nasofaringe, laringe y tráquea. Se excluyen de este grupo el resto de tumores de la vía aerodigestiva superior, neoplasias cutáneas, del sistema nervioso y tiroides¹⁷.

Cáncer es el término usual que se aplica a todos los tumores malignos. El término deriva probablemente de la palabra latina que significa ‘‘cangrejo’’, seguramente debido a que un cáncer se adhiere obsesivamente a modo de un cangrejo en la parte a la que se aferra¹⁷.

2.2. Clasificación de los tumores malignos según los tejidos blandos de la cavidad oral

- Carcinoma oral de células escamosas o epidermoide (90%).
- Carcinoma verrugoso.
- Carcinoma de células fusiformes.
- Melanoma.
- Adenocarcinoma, Carcinoma mucoepidermoide.
- Carcinoma basocelular.

Según la clasificación histopatológica y porcentaje

- Carcinoma epidermoide 25-40%.
- Adenocarcinoma 25-40%.
- Carcinoma de células pequeñas 20-25%.
- Carcinoma de células grandes 10-15%¹⁸.

2.3. Carcinoma epidermoide

El carcinoma epidermoide oral, también llamado carcinoma oral de células escamosas, carcinoma de células planas, carcinoma espinocelular, representa más del 90% de todas las neoplasias malignas en la cavidad oral.¹⁹

Es una neoplasia maligna que se deriva del epitelio de revestimiento, producto de la multiplicación e indiferenciación celular, capaz de producir destrucción localmente, diseminación regional y metástasis a distancia. De acuerdo con los conocimientos actuales y considerando las disponibilidades terapéuticas para curar el cáncer del complejo bucal, la única medida que puede aumentar los índices de durabilidad es el diagnóstico en una etapa inicial de cualquiera de los tipos histopatológicos que se desarrollan en esta importante área de la estructura humana.²⁰

2.3.1. Aparición del carcinoma epidermoide

La presentación clínica habitual comienza con una lesión llamada placa, que muestran gran abultamiento a medida que progresan tornándose en tumores exofíticos, vegetantes de superficie irregular y dura. Son de aspecto mixto: rojo y blanco²¹.

Los sitios más frecuentes de presentación son: el piso de la boca, superficie ventral y lateral de la lengua, surco alveolo gingival, paladar blando junto con los pilares amigdalinos. Son síntomas tardíos: la sensibilidad a la palpación, dolor, disfagia o la percepción de una masa. Puede presentar características etiológicas y clínicas parecidas con las displasias de la boca. Se deben contemplar los siguientes diagnósticos diferenciales: lesiones traumáticas, úlceras aftosas, tuberculosis ulcerosa, sífilis primaria y secundaria, úlcera eosinofílica, granulomatosis de Wegener, granuloma letal de la línea media, linfoma, tumores malignos de las glándulas salivares menores y sialometaplasia necrotizante.²¹

El carcinoma epidermoide tiene una evolución histológica conocida. Su origen es intraepitelial y después de un tiempo no preciso, desborda la membrana basal e invade el conjuntivo subyacente. Ante la imposibilidad de evitarlo, se considera que detectado en la etapa intraepitelial, la extirpación total del área afectada permite una curación prácticamente absoluta. Sin embargo, para entender claramente lo dicho se deberá tener en cuenta que el cáncer de la boca es una enfermedad compleja que tiene características conceptuales, clínicas e histológicas que conforman un todo.²²

2.3.2. Diagnóstico del carcinoma epidermoide

Para un buen diagnóstico se deben realizar los siguientes estudios:

- Biopsia
- Endoscopia para detectar un segundo cáncer primario
- Radiografía de tórax y TC de cabeza y cuello

Es preciso biopsiar cualquier lesión sospechosa. Se puede hacer biopsia incisional o por cepillado, según la preferencia del cirujano. En todos los pacientes con cáncer de la cavidad

oral se debe hacer laringoscopia y esofagoscopia directa para descartar un segundo cáncer primario simultáneo. Se debe hacer TC de cabeza y cuello y radiografía de tórax; sin embargo, como en la mayoría de los sitios en la cabeza y el cuello, la PET/TC ha comenzado a desempeñar un papel más importante en la evaluación de pacientes con cáncer de la cavidad oral²³.

El diagnóstico se realiza a través de múltiples biopsias debido a la naturaleza multifocal de la enfermedad. Existe un 15% de falsos negativos si se utilizan citologías.

La cavidad oral no requiere medidas especiales para su examen y la biopsia se realiza fácilmente. Sin embargo, entre el 27 y el 50% de los pacientes se diagnostican con lesiones avanzadas. Este retraso en el diagnóstico se debe a que la mayoría de estos pacientes son de edad avanzada y muchos de ellos portadores de prótesis dentales, están acostumbrados a padecer frecuentemente de úlceras y molestias en la cavidad oral y no ven la urgencia de acudir a un tratamiento. Por otro lado, muchos clínicos no suelen sospechar que estas lesiones son malignas y retrasan el diagnóstico. La historia clínica debe ser completa, anotando todos los datos de la enfermedad y los antecedentes del paciente. La cavidad oral se considera de alto riesgo: el suelo de la boca, la porción lateral de la lengua, el espacio retromolar, la mucosa gingival y el paladar duro y blando²¹

2.4. Factores de riesgo del Carcinoma epidermoide

2.4.1. Tabaco

Es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de lesiones premalignas y del cáncer oral, en especial del carcinoma oral de células escamosas. Ocho de cada diez pacientes con cáncer oral son fumadores de tabaco en sus diversas formas: cigarrillos, puros, tabaco de mascar, tabaco en pipa, entre otros. Los componentes más carcinogénicos del tabaco son la N-nitroso-nor-nicotina, hidrocarburos aromáticos polinucleares y el polonium, siendo perjudiciales localmente y favoreciendo la absorción de sustancias carcinógenas.²⁴

El riesgo de padecer el carcinoma epidermoide tiene tendencia a disminuir al aumentar la edad de comienzo al hábito de fumar, por ello tiene una gran importancia el incremento del

hábito de fumar que se ha producido últimamente entre las mujeres y los jóvenes. El riesgo de cáncer es directamente proporcional a la cantidad de tabaco consumido.

El tipo de tabaco también influye; el oscuro es más alcalino y más irritante que el claro; por consecuencia, su inhalación es en menor cantidad y se le relaciona más con el cáncer laríngeo que con el de la lengua. Los fumadores de tabaco oscuro tienen 59 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de boca que los no fumadores, y los de tabaco claro, tienen 25 veces mayor.¹

2.4.2. Alcohol

El etanol puro, por sí solo, no es una sustancia carcinogénica, pero se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Mientras, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos, como el tabaco. Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran:²⁴

- Desprendimiento del epitelio.
- Ulceraciones en la mucosa.
- Gingivitis.
- Petequias.
- Lesiones blancas.

Existe una fuerte relación entre la aparición del carcinoma epidermoide y la ingesta abusiva de bebidas alcohólicas. Este riesgo aumenta cuando el hábito se encuentra desde edad muy temprana y también si está asociado al hábito de fumar.²⁵ El consumo excesivo de cualquier tipo de alcohol juega un papel muy importante en la carcinogénesis oral, depende de la dosis consumida y tiene un papel independiente.¹

Se ha investigado la asociación entre el cáncer oral y el uso de enjuagues bucales con alto contenido de alcohol basándose en la hipótesis de que la permanencia del alcohol en contacto con la mucosa oral durante un mayor tiempo que al ingerir una bebida alcohólica, podría hacer pensar en un posible efecto nocivo a partir de un mecanismo local. Sin embargo, no se ha

podido confirmar una relación causal entre el uso de colutorios y el desarrollo de cáncer oral, pero, por otro lado no se justificaría el empleo de alcohol en los colutorios orales.²⁴

2.4.3. Radiación

La luz ultravioleta es considerada como un factor carcinogénico importante en la etiología del cáncer de piel y labio en pacientes de tez clara. El descuido de la higiene, así como, la irritación crónica de los tejidos blandos ocasionada por diferentes factores, son también mencionadas como posibles causas modificadoras del curso o desarrollo del carcinoma de la boca en pacientes con el síndrome de Plummer Vinson, que afecta más el sexo femenino en edad media.²⁵

2.4.4. Agentes infecciosos

Ciertos gérmenes infecciosos, incluso virus, bacterias y parásitos, pueden causar cáncer o aumentar el riesgo de que se desarrolle el mismo. Algunos virus pueden interrumpir las señales que controlan normalmente el crecimiento y la proliferación de las células. También, algunas infecciones debilitan el sistema inmunitario, lo que hace que el cuerpo tenga menos capacidad para combatir otras infecciones que causan el cáncer. Y algunos virus, bacterias y parásitos causan también inflamación crónica que puede conducir al cáncer.²⁶

La Sífilis y hongos como candidiasis crónica, han sido considerados factores predisponentes para el cáncer oral, sin que se haya podido demostrar por el momento una relación directa causa-efecto.²¹ Se conoce la infección por cándida o las lesiones precancerosa como Cándida albicans, esta es capaz de producir metabolitos carcinogénicos y podría transferir oncogenes a los queratinocitos.

Se conoce desde hace muchos años la existencia de cánceres orales en pacientes con sífilis. La localización oral más común de este proceso canceroso, es la lengua, con áreas leucoplásicas y atróficas en las que se puede producir la aparición de un Carcinoma epidermoide, hasta en el 33%.²¹

2.4.5. VIH

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana contribuye al desarrollo tumoral y al mal pronóstico. Se sabe que se asocia a enfermedad de Hodgkin, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin, carcinoma cervicouterino y carcinoma del conducto anal, y que generalmente estos pacientes tienen infección por uno o más virus ADN, como el virus herpes humano-8, de Epstein-Barr y del papiloma humano. Sin embargo, existe poca evidencia de que el VIH sea directamente oncogénico; aunque la infección viral pueda contribuir a la patogénesis o complicar el tratamiento neoplásico, no se ha encontrado alguna proteína viral directamente transformadora ni una transducción de oncogenes celulares²⁷.

2.4.6. Genética

El desarrollo del cáncer bucal es un proceso en múltiples etapas que implica la acumulación de alteraciones genéticas y epigenéticas en genes regulatorios. La carcinogénesis bucal comienza como hiperplasia epitelial, progresa a displasia y culmina en un fenotipo maligno, habitualmente precedido por cambios visibles en la mucosa bucal²⁸.

Existe evidencia molecular epidemiológica que sustenta la hipótesis de mayor susceptibilidad genética; alteraciones en la capacidad de metabolizar carcinógenos, en el sistema de reparación del DNA y en el sistema de apoptosis, hacen que ciertos individuos requieran menor dosis de carcinógeno que otros para desarrollar una neoplasia. En un futuro, la identificación en la población general de estos individuos (probablemente con historia familiar de cáncer de cabeza y cuello) con biomarcadores específicos, tendrá un impacto importante en la prevención primaria, detección oportuna y prevención secundaria del cáncer originado en mucosas de VADS²⁹.

Se observa una predisposición asociada en caso de:

- Mutaciones.
- Aumento de mutaciones del ADN.
- Dificultad en metabolizar carcinógenos.
- Dificultad de reparar el ADN.

2.4.7. Malnutrición

Las dietas pobres en ciertos grupos de alimentos han sido asociadas a la aparición de cáncer del tracto respiratorio alto; la información más consistente es que la ingesta de frutas y vegetales disminuye el riesgo de padecer cáncer de la boca asociado a la cantidad de vitaminas C, E, flavonoides y beta-carotenos. Los fumadores duplican su riesgo de padecer cáncer si tienen un consumo bajo de frutas y vegetales, y ha sido reportado que este riesgo disminuye si los pacientes consumen con regularidad frutas, vegetales y pescado. Aunque se sabe que los carotenoides disminuyen el riesgo, no se puede precisar cuál o cuáles de los más de 500 tipos tienen un papel protector³⁰.

2.5. Localización

El cáncer bucal en su localización más frente se encuentra en:

Labio: el carcinoma de células escamosas del labio, es la neoplasia carcinomatosa presente en mayor medida en la cavidad oral, y en la raza blanca. Dentro de este tipo de carcinoma, el labio inferior es el más comúnmente afectado en relación al labio superior, esto debido posiblemente a la exposición más directa a los rayos ultravioleta de la luz solar³¹.



Figura 1. Carcinoma del labio³².

Lengua: este se presenta con bastante frecuencia, siendo los hombres más afectados que las mujeres. Casi siempre detectado en etapa avanzada, se presenta como una gran úlcera indolora, lo que muchas veces provoca que la primera consulta del paciente sea la pérdida de la movilidad de la lengua¹⁹.



Figura 2. Carcinoma epidermoide en la parte lateral de la lengua³³.

Piso de boca: se presenta casi siempre en personas de edad mediana o avanzada. Es muy agresivo localmente. Esto dificulta establecer el sitio de origen cuando se detecta en fase avanzada, incluso puede comprometer la musculatura de la lengua, provocando inmovilidad y dificultad para hablar. Su metástasi es rápida y casi siempre se detecta al momento del diagnóstico. Como todos los cánceres de la mucosa oral, es asintomático en sus primeras etapas. Es precedido por lesiones leucoplásicas, eritroplásicas o una combinación de ambas, que empieza a crecer, se endurece hasta convertirse en una úlcera.¹⁹



Figura 3. Carcinoma epidermoide, piso de boca³⁴.

Mucosa gingival: se ha indicado que en muchas oportunidades el odontólogo lo ha confundido con una enfermedad periodontal, porque en muchos pacientes el primer síntoma es el aflojamiento de los dientes que están rodeados por tejido tumoral rojizo (eritroplásico)

y que ha destruido el soporte óseo de la pieza dentaria, lo que dicho sea de paso compromete el pronóstico al afectar el hueso. Esta situación debe evaluarse mediante examen radiográfico, para identificar claramente el tamaño del tumor.¹⁹



Figura 4. Carcinoma epidermoide de mejilla³⁵.

Paladar: la aparición del Carcinoma epidermoide del paladar es de los menos frecuentes, siendo el más frecuente el adenocarcinoma¹⁹.



Figura 5. Carcinoma epidermoide, paladar³⁶.

Glándula salivar: el cáncer de glándulas salivales puede no causar síntomas. Se puede descubrir durante un examen dental de rutina o durante un examen físico. El cáncer de glándulas salivales u otras afecciones pueden causar signos y síntomas, tales como³⁷:

- Un nódulo en el área del oído, mejilla, mandíbula, labio o dentro de la boca.
- Líquido que sale de los oídos.

- Dificultad para tragar o abrir la boca ampliamente.
- Adormecimiento o debilidad en la cara.
- Dolor en la cara que no desaparece.



Figura 6. Carcinoma epidermoide en glándulas salivales³⁸.

2. 6. Estadios y grado de diferenciación de los tumores malignos

El estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido a otros órganos del cuerpo. El sistema de estadiaje más empleado es el TNM (tumor, nódulo o ganglio y metástasis) que valora la enfermedad local (tamaño tumoral), regional (número de ganglios afectados) y diseminación a distancia (presencia de metástasis). Las subdivisiones correspondientes serán las siguientes.³⁹

- T1: tumor menor o igual a dos cm.
- T2: tumor mayor de dos cm pero menos de cuatro cm.
- T3: tumor mayor de cuatro cm.
- T4: el tumor invade estructuras adyacentes.
- N0: no hay metástasis ganglionares.
- N1: hay metástasis en un ganglio linfático homolateral menor o igual a tres cm.

- N2: metástasis en un ganglio linfático homolateral mayor de tres cm pero menor de seis cm o metástasis en múltiples ganglios homolaterales menores de seis cm.
- N3: metástasis en un ganglio linfático mayor de seis cm.
- M0: no hay metástasis a distancia.
- M1: hay metástasis a distancia.

Este tipo de subdivisión es la más común, pero en el presente estudio no es la más usada en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter; siendo la más usada, la mencionada a continuación por la facilidad de comprensión y manejo en el diagnóstico.

- Estadio 0: Hay células anormales presentes pero no se han diseminado al tejido cercano. Se llama también carcinoma in situ, o CIS. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer.
- Estadios I, II y III: Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
- Estadio IV: El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo.

El grado de un tumor es la descripción de un tumor que se basa en la forma como se ven las células y el tejido de un tumor al microscopio. El grado de un tumor es una indicación de la rapidez con la que probablemente crecerá y se extenderá el tumor. Si las células del tumor y la organización del tejido del tumor se asemejan a las células y a los tejidos normales, el tumor se llama "bien diferenciado". Estos tumores tienden a crecer y a extenderse a un paso más lento que los tumores que son "indiferenciados" o "escasamente diferenciados", los cuales tienen células que se ven anormales y a los que les pueden faltar las estructuras de tejido normal⁴⁰.

Existe un grado de diferenciación para este tipo de lesión⁴⁰.

- GX: No es posible asignar un grado (grado indeterminado).
- G1: Bien diferenciado (grado bajo).

- G2: Moderadamente diferenciado (grado intermedio).
- G3: Escasamente diferenciado (grado alto).
- G4: Indiferenciado (grado alto).

Tumor primario (T)

TX, el tumor primario no puede ser estudiado

T0, no hay evidencia de tumor primario

Tis, carcinoma *in situ*

T1, el tumor invade la lámina propia o la submucosa

T2, el tumor invade la muscular propia

T3, el tumor invade la adventicia

T4, el tumor invade estructuras adyacentes

Ganglios regionales (N)

NX, los ganglios regionales no pueden ser estudiados

N0, no hay adenopatías regionales

N1, invasión ganglionar regional (g. mediastínicos y perigástricos, excluyendo g. celíacos)

Metástasis a distancia (M)

MX, la presencia de metástasis a distancia no puede ser estudiada

M0, no hay metástasis a distancia

M1, hay metástasis a distancia

Figura 7 Sistema TNM⁴¹.

Estadificación			
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIA	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIB	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Estadio III	T3	N1	M0
	T4	Cualquier N	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Figura 8. Estadios de los tumores⁴¹.

2.7. Mortalidad y morbilidad

El cáncer oral, es una de las enfermedades de la cavidad oral que amenaza la vida. Entre los diferentes tipos de cáncer, el oral se encuentra entre el sexto y octavo lugar en el mundo, representa aproximadamente el cuatro por ciento de todos los tipos de cáncer y ocasiona del tres al 10% de la mortalidad por cáncer. El cáncer oral es el más común de la región de cabeza y cuello, afecta sobre todo a hombres, el 75% de los casos se detectan alrededor de los 60 años y el 90% corresponden a carcinoma epidermoide oral, la mayoría en estadios avanzados al momento del diagnóstico.⁴²

La incidencia de cáncer oral muestra una gran variabilidad geográfica. El riesgo más alto de mortalidad está en la población masculina, se encuentra en Francia, India, Brasil y algunos países del sur de Asia. En Sri Lanka y Pakistán el cáncer oral es la segunda causa de muerte por cáncer, y en la India, uno de los países con la incidencia más alta.⁴²

En República Dominicana la tasa de mortalidad no recoge en un 100% la realidad, se estima que un 15% de muerte están asociadas a cáncer, y su tasa de prevalencia es de 41 por 100,000 habitantes; el sexo más afectado es el femenino en edad avanzada, siendo más frecuente en la región sur del país, algunos especialistas atribuyen esto a problemas de contaminación.

El Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, cuya lucha por el cáncer es su insignia, diagnostica cada año un promedio que ronda entre los 1,980 y 2,100 casos de la enfermedad. Anualmente se reciben allí unos 12,000 pacientes nuevos y se ofrecen en general cerca de 40,000 atenciones, no todas con diagnóstico maligno.⁴³

Un estudio publicado en el documento “Agenda de Salud República Dominicana y Centroamérica 2008- 2017”, estima que cada año mueren aproximadamente unas 32,000 personas por diferentes tipos de cáncer y se diagnostica en promedio un total de 51,724 nuevos casos.⁴³

2.8. Tratamiento del Carcinoma Epidermoide

El tratamiento de los cánceres en general, constituyen un importante reto para las organizaciones sanitarias de todo el mundo. Los recursos de que se dispone en la actualidad son escasos, parciales y con graves inconvenientes, por lo tanto se deben administrar estratégicamente²⁵.

También la concientización social sobre los factores de riesgos, la intervención de los medios y la cultura médica pueden contribuir a la disminución de casos nuevos o al diagnóstico y tratamiento precoz.

El tratamiento suele ser extirpación quirúrgica, radioterapia, quimioterapia o combinación de ambas y se realiza según el estado de salud general, la localización, edad del paciente y en función del estadio clínico⁴⁴.

2.8.1. Quirúrgico

El objetivo principal de un tratamiento quirúrgico, es la eliminación del tumor mediante exeresis del mismo. Es muy importante que se utilicen técnicas de reconstrucción adecuada para restaurar la función y la estética de forma adecuada, esto debe tener en cuenta una fase de planificación quirúrgica. De manera general se debe reconstruir de forma primaria el defecto. El tratamiento quirúrgico es efectivo como tratamiento único en estadios iniciales y suele utilizarse en combinación con radioterapia, ya en estado avanzado.⁴⁴

Las ventajas del tratamiento quirúrgico son:

- Es efectivo en el cáncer en estadios iniciales con una mínima morbilidad y una recuperación rápida.
- Permite el estudio histológico de las lesiones y de extensión tumoral al cuello, lo cual proporciona información sobre el pronóstico para la planificación del tratamiento.
- Queda reservada la opción del tratamiento de radioterapia, para ser incluida en el tratamiento de posibles recidivas⁴⁴.

Las desventajas del tratamiento quirúrgico son:

- En estadios avanzados pueden quedar secuelas funcionales y estéticas.
- Puede haber complicaciones derivadas del tratamiento quirúrgico, como; la hemorragia, dehiscencia e infección⁴⁵.

Existen varios tipos de cirugía como:

Escisión: se extirpa el tumor junto con un margen pequeño de piel normal para tratar los cánceres de células escamosas.

Legrado y electrodesecación: este método algunas veces resulta útil en el tratamiento de cánceres de células escamosas pequeños y delgados, pero no se recomienda para tumores más grandes⁴⁵.

Cirugía de Mohs: la cirugía de Mohs tiene la mejor tasa de curación. Es especialmente útil en el tratamiento de cánceres de células escamosas de más de dos cm de ancho o con bordes pobremente definidos, para cánceres que han reaparecido después de otros tratamientos, para un cáncer que se está extendiendo a lo largo de los nervios, debajo de la piel y para un cáncer localizado en ciertas áreas de la cara. Este método es típicamente más complejo y toma más tiempo que otros tipos de cirugía⁴⁵.

2.8.2. Radioterapia

Como definición la radiación es energía que se mueve de un lugar a otro. Esa energía puede moverse a través de ondas o partículas. La radiación de alta energía, como los rayos X, puede modificar o destruir células. La radioterapia utiliza rayos X de alta energía o haces de protones para destruir el cáncer⁴⁶.

La radioterapia es una opción de tratamiento para el carcinoma epidermoide de alto riesgo. Tiene como objetivo destruir las células cancerosas y demorar el crecimiento del tumor sin dañar el tejido sano cercano⁴⁶. En estos tumores los resultados suelen ser inferiores a la cirugía y su empleo se limita por la imposibilidad de confirmar los márgenes, especialmente en tumores de gran tamaño o que invaden en profundidad. Se reserva para pacientes de edad avanzada con tumores inoperables. Sin embargo, en algunas localizaciones, como el labio inferior, la respuesta es similar al tratamiento quirúrgico y los resultados funcionales y cosméticos pueden ser superiores⁴⁷.

Estos autores señalan que el retraso en la iniciación de la radioterapia después de la operación aumenta la tasa de recidivas. Sin embargo, otros difieren ya que, no hallaron diferencias significativas en el control de la enfermedad en este sentido.⁴⁷

Existen dos tipos de radiaciones:

- Radiación de haz externa: es la forma más común. Este método se administra a través de una máquina grande, que apunta los rayos X de alta potencia directamente sobre el tumor desde fuera del cuerpo; es capaz de realizar tratamientos de muy alta precisión gracias al acelerador lineal. El mantenimiento de estos aceleradores lineales ha de realizarse periódicamente y debe ser exhaustivo⁴⁸.
- Radiación interna: se inserta en el tejido en donde está el tumor o cerca del mismo. Se usa para tratar tumores de cabeza y cuello, próstata, cérvix, ovarios, senos, y regiones perianal y pélvica. Algunas mujeres que reciben radiación externa para tratar el cáncer de seno reciben una dosis de refuerzo de radiación⁴⁸.

2.8.3. Quimioterapia

Se dispone de quimioterápicos que han demostrado un aumento de la supervivencia en pacientes con cáncer de alto riesgo o localmente avanzados. En pacientes inmunosuprimidos, los retinoides orales disminuyen el número de cáncer y recidivas, por lo que su uso en pequeñas dosis está indicado en aquellos pacientes que presenten varios carcinomas epidermoides cutáneos de alto riesgo⁴⁷.

Los factores que permiten pronosticar la respuesta tumoral a la quimioterapia, son todavía poco conocidos, y están relacionados con la edad del sujeto, su estado general, el grado de diferenciación tumoral, la localización del tumor y el tipo de tratamiento.

2.9. Prevención

La prevención del cáncer es lo que se hace para disminuir el riesgo de padecer cáncer. Esto puede incluir mantener un estilo de vida sano, evitar la exposición a sustancias que se sabe causan cáncer y vacunarse o tomar los medicamentos que pueden proteger para no padecer cáncer²⁶. Con la prevención de este, se reduce el número de casos nuevos en un grupo o población determinada. Se espera que esto reduzca el número de muertes por cáncer¹⁸.

2.9.1. Prevención primaria

Consiste en:

- Eliminar los factores de riesgo que pueden producir la enfermedad y establecer hábitos saludables.
- En el cáncer oral los factores de riesgo principales son; el tabaco y el consumo excesivo de alcohol.
- Eliminar el tabaquismo y/o minimizar el consumo de alcohol.
- La eliminación de factores irritativos con prótesis mal ajustadas, obturaciones insatisfactorias.
- Consumo de vegetales y frutas, disminuye en un 10% el riesgo de cáncer oral.
- Practicar una buena higiene oral.

- Tratamiento a lesiones o problemas dentales.²⁶

2.9.2. Prevención secundaria

- Implica la detección de lesiones precancerosas y el establecimiento del diagnóstico de la enfermedad en el estadio más precoz.
- El examen que realiza el dentista o el médico general cuando un paciente consulta por otro motivo, se mantiene como la principal herramienta capaz de identificar precozmente casos de cáncer oral.
- La visita anual al dentista, es un elemento fundamental de la prevención secundaria.
- El diagnóstico del cáncer oral se establecerá a través del examen de la mucosa oral, dental, piso de boca, palpación de cuello y la historia médica completa. En caso de detectarse alguna lesión sospechosa podrían ser necesarias pruebas adicionales, para determinar el diagnóstico exacto y establecer el tratamiento más adecuado, según el estadio del cáncer²⁶.

2.9.3. Prevención terciaria

- Persigue prevenir la aparición de recidivas o de nuevos cánceres primarios, así como, reducir la morbilidad terapéutica.
- El dentista debe involucrarse en la prevención y manejo de las secuelas del tratamiento del mismo: prevención de caries, exodoncias previas a la radioterapia, diagnóstico y tratamiento de infecciones orales²⁶.

CAPITULO 3. LA PROPUESTA

3.1. Hipótesis del trabajo

He: La prevalencia del carcinoma epidermoide es alta en pacientes que acuden a la consulta de maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

3.2. Hipótesis nula

Hn: La prevalencia del carcinoma epidermoide no es alta en pacientes que acuden a la consulta de maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

3.3 Variables y operacionalización de las variables

Variables Dependientes

- Localización anatómica de carcinoma epidermoide
- Características clínicas
- Grado de diferenciación
- Estadio de la lesión

Variable Independiente

- Edad
- Género
- Factor de riesgo

Variables	Conceptos	Indicador	Dimensión
Factores de riesgo del carcinoma epidermoide	Es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	-Consumo de alcohol. -Consumo de tabaco. -Prótesis mal confeccionada. -Exposición a luz ultravioleta. -Antecedentes familiares.	SI/NO
Localización Anatómica de la lesión	Es una estructura corporal, ubicación y división de esta.	Lugar anatómico de la cavidad oral.	-Labios superior e inferior -lengua -Piso de la boca -carrillo -paladar duro y blando
Características clínicas de la lesión del carcinoma epidermoide	Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.	Placa Ulceras Irregular Indurada Blanquecina Eritematosa	Presencia Ausencia
Estadio de la lesión.	Se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido a otros órganos del cuerpo.	-Tumor. -Nódulo o ganglio. -Diseminación a distancia.	0- Células anormales presentes, no diseminación al tejido cercano. I, II Y III- cáncer presente IV- Metástasis

Grado de diferenciación	Es la descripción de un tumor que se basa en la forma como se ven las células y el tejido de un tumor al microscopio.	<p>-No hay crecimiento ni extensión.</p> <p>-Células y organización del tejido del tumor, similar a células y tejidos normales.</p> <p>- Células y organización del tejido del tumor, con ciertas características similares a células y tejidos normales.</p> <p>-Crecimiento y extensión lento del tejido tumoral.</p> <p>-No hay diferenciación celular.</p>	<p>-GX-No hay grado</p> <p>-G1-Bien diferenciado</p> <p>-G2-Moderadamente diferenciado</p> <p>-G3-Escasamente diferenciado</p> <p>-G4-Indiferenciado</p>
Género	Identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino.	Características sexuales.	<p>Femenino</p> <p>Masculino</p>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización de la biopsia	Rango de edad	40-90 años

CAPITULO 4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, en el que se recolectaron los casos de carcinoma epidermoide que acudieron a la consulta de cirugía maxilo facial del Instituto de Oncológico Dr. Heriberto Pieter, con la finalidad de crear una estadística sobre la prevalencia de esta neoplasia maligna; y de corte transversal, porque la información fue recogida en un único momento de la investigación.

4.2. Localización y tiempo

Este estudio se realizó en el área de cirugía maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, periodo enero- diciembre 2016, ubicado en la avenida Dr. Bernarda, Correa Isidrón, Santo Domingo, República Dominicana.

4.3. Universo y muestra

Universo: se recolectaron 474 fichas de pacientes que acudieron a la consulta de cirugía maxilo facial del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter.

Muestra: se tomó como muestra 40 pacientes que fueron diagnosticados con carcinoma epidermoide en edades de 40 a 100 años, durante el periodo enero- diciembre 2016

4.4. Unidad de análisis estadísticas

Los pacientes con carcinoma epidermoide que acudieron a la consulta de cirugía de maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión

- Pacientes que acuden a la consulta maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

- Pacientes de 40-100 años.
- Pacientes no comprometidos con enfermedades sistémicas (hipertensión o diabetes).
- Pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide.

Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes hipertensos.
- Pacientes Diabéticos.
- Pacientes menores de 40 años de edad.
- Pacientes con otros tipos de neoplasias malignas.

4.6. Técnica y procedimiento de la realización y presentación de la información

Ya con la aprobación para recolectar datos, las estudiantes se dirigieron al Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, en varias visitas al departamento de maxilo facial, donde allí se revisaron 474 fichas de pacientes que acudieron a esta consulta; la cantidad de afectados con carcinoma epidermoide arrojó una muestra de 40 pacientes en los registros del departamento; se recolectaron los datos de los pacientes en una ficha previamente elaborada con los siguientes datos: edad, género, ID, localización anatómica, características clínicas, factores de riesgo, grado de diferenciación y estadio de la lesión; este se obtuvo mediante un sistema de estadiaje (TNM). Con los resultados obtenidos se realizaron las tabulaciones, mostradas a través de tablas y así realizar el análisis estadístico de las mismas; para dar respuesta a los objetivos planteado en esta investigación.

4.7. Plan estadístico de la información

Una vez recolectados los datos de los pacientes, se procedió a la codificación de los datos. Se presentaron mediante tablas, que fueron tomados de los record de los pacientes que

acudieron a la consulta maxilo facial, a través del porcentaje de las variables estudiadas, utilizando el programa de Word. Excel 2013.

4.8. Aspectos éticos empleados a la investigación

La recolección de datos se llevó a cabo en el departamento de cirugía maxilo facial de Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, con la autorización y bajo supervisión del doctor encargado en las diferentes tandas. Los datos obtenidos fueron corroborados con la asesora del tema y exclusivos para el trabajo que se realizó. Toda la información recolectada en la presente investigación se utilizó con fines estrictamente académicos y se guardó absoluta confidencialidad. No usando nombres o identificación de los pacientes.

CAPITULO 5. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS

5.1. Resultado del estudio

El estudio presentó un total de 474 pacientes, donde solo se tomaron en cuenta 40 (8.44%) de la muestra total de afectados con carcinoma epidermoide oral, que acudieron a la consulta de maxilo facial del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter.

Tabla 1. Distribución de evaluados según edad y género

Rango de edades	Género				TOTAL	PORCENTAJE
	Femenino		Masculino			
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje		
40 a 60 años	3	27.27%	8	27.59%	11	27.50%
61 a 80 años	5	45.45%	16	55.17%	21	52.50%
81 a 100 años	3	27.27%	5	17.24%	8	20.00%
TOTAL	11	27.50%	29	72.52%	40	100%

Fuente: propia del autor.

Tabla 1 al caracterizar la muestra estudiada según rango de edades y género, se identificó una población de 8.44% (40/474) pacientes afectados con carcinoma epidermoide, estando la mayor cantidad de ellos en el rango de 61-80 años, con (52.50%), así como, el sexo masculino con (55.17%) y el femenino (45.45%). Lo que demuestra que el género masculino fue el más afectado por la lesión en este rango de edad. La mínima lo representa el rango de edad de 81-100 años, (27.27%) femenino y (17.24%) masculino.

Tabla 2. Distribución de los factores de riesgo de los pacientes afectados con carcinoma epidermoide

Factores de riesgo	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Alcohol	1 (2.04%)	13 (26.53%)	14 (28.57%)
Tabaco	5 (10.20%)	16 (32.65%)	21 (42.86%)
Prótesis dental	1 (2.04%)	0 (0%)	1 (2.04%)
Antecedentes clínicos	0 (0%)	1(2.04%)	1 (2.04%)
Ninguno	5 (10.20%)	7 (14.29%)	12 (24.49%)
Total	12 (24.48%)	37 (75.51%)	49 (100%)

*un paciente puede tener más de un riesgo

Fuente: propia del autor.

Tabla 2 se observó que de los pacientes afectados con carcinoma epidermoide, un 2.04% de los cáncer habían sido portadores de prótesis dental mal adaptada y referían antecedentes familiares, 24.49% de estos no tuvieron ningún factor de riesgo. El 28.57% de los pacientes afectados con la lesión, consumían alcohol y un 42.86% tabaco, más de un paciente presentaron uno o más factores de riesgo a la vez, aumentando esta probabilidad de riesgo. Siendo el tabaco y el alcohol los más frecuentes, los cuales están reportados en la literatura como factores asociados a la aparición del carcinoma epidermoide.

Tabla 3. Localizaciones anatómicas más comunes de la lesión

Localización	Rangos de edad						TOTAL
	40 a 60 años		61 a 80 años		81 a 100 años		
	F	M	F	M	F	M	
Lengua	2 (4.55%)	4 (9.09%)	1 (2.27%)	6 (13.64%)	1 (2.27%)	3 (6.82%)	17 (38.64%)
Labio Superior	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.27%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.27%)
Labio Inferior	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.27%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.27%)
Piso de Boca	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.27%)	2 (4.55%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (6.82%)
Carrillo	0 (0%)	1 (2.27%)	1 (2.27%)	5 (11.36%)	0 (0%)	3 (6.82%)	10 (2.735%)
Paladar Duro	0 (0%)	2 (4.55%)	2 (4.55%)	2 (4.55%)	1 (2.27%)	1 (2.27%)	8 (18.18%)
Paladar Blando	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Orofaringe	1 (2.27%)	1 (2.27%)	0 (0%)	1 (2.27%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (6.82%)
Espacio retromolar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.27%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.27%)
TOTAL	3 (6.82%)	8 (18.18%)	5 (11.36%)	19 (43.18%)	2 (4.54%)	7 (15.91%)	44 (100%)

*cuatro pacientes presentaron más una localización anatómica.

Fuente: propia del autor.

Tabla 3 muestra las localizaciones anatómicas más comunes donde se presentaron en los casos de carcinoma epidermoide. Se observó que el lugar más afectado fue la lengua 17 (38.64%). Esta lesión se presentó con más frecuencia en los pacientes de sexo masculino 6 (13.64%) que en los de sexo femenino 1 (2.27%), para el rango de edad de 61-80 años. El valor mínimo de la distribución de las lesiones según localización anatómica fue 2.27%, correspondiente a 1 individuo de la muestra, se encontró tanto en el labio superior e inferior, como en el espacio retromolar.

Tabla 4. Característica clínicas que presentaron los pacientes afectados con carcinoma Epidermoide.

Características clínicas	Rango de edad			TOTAL
	40-60	61-80	81-100	
Placa	2 (2.74%)	3 (4.11%)	2 (2.74%)	7 (9.59%)
Ulcera	2 (2.74%)	11 (15.07%)	0 (0%)	13 (17.81%)
Irregularidad	2 (2.74%)	14 (19.18%)	7 (9.59%)	23 (31.51%)
Escamoso	1 (1.37%)	0 (0%)	1 (1.37%)	2 (2.74%)
Indurada	4 (5.48%)	6 (8.22%)	4 (5.48%)	14 (19.18%)
Blanquecina	4 (5.48%)	5 (6.85%)	4 (5.48%)	13 (17.81%)
Eritematosa	1 (1.37%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.37%)
TOTAL	16 (21.92%)	39 (53.42%)	18 (24.66%)	73 (100%)

*más de un paciente presentaron varias características clínicas.

Fuente: propia del autor.

La Tabla 4 muestra las características clínicas del carcinoma epidermoide donde se presentaron zonas con irregularidades en todos los pacientes 31.51% (23), 17.81% (13) presentaron zonas blanquecinas y 1.37% zona eritematosa, 16 pacientes presentaron más de una características clínica, lo que aumentó el total de casos. La aparición de las irregularidades como marcador de la lesión de carcinoma epidermoide es la primera característica observable en los pacientes que padecen esta lesión, ya que la placa blanquecina aún como signo clínico puede atribuirse a otra alteración, pueden identificarse con un gran abultamiento a medida que progresa la misma, convirtiéndose más luego en tumores exofíticos y vegetantes de superficie irregular y dura²¹. Lo que sugiere que en efecto, el cáncer bucal es una enfermedad compleja que tiene características conceptuales, clínicas e histológicas que conforman un todo¹⁷.

Tabla 5. Grado de diferenciación y estadio en el que se encontraban los pacientes afectados con la lesión

Grado de diferenciación	Estadio de la lesión					TOTAL
	O	I	II	III	IV	
Indeterminado	12 (28.57%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.38%)	12 (28.57%)	25 (59.52%)
Bien diferenciado	1 (2.38%)	1 (2.38%)	1 (2.38%)	3 (7.14%)	2 (4.76%)	8 (19.05%)
Moderadamente diferenciado	2 (4.76%)	0 (0%)	1 (2.38%)	0 (0%)	4 (9.52%)	7 (16.67%)
Escasamente diferenciado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Indiferenciado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (4.76%)	2 (4.76%)
TOTAL	15 (35.71%)	1 (2.38%)	2 (4.76%)	4 (9.52%)	20 (47.62%)	42 (100%)

Fuente: propia del autor.

La Tabla 5 muestra que de los 40 pacientes estadiados que asistieron a la consulta de cirugía maxilo facial en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter en el año 2016: (28.57%) arrojaron un estadio IV (metástasis) con grado GX (indeterminado), representando una minoría el (0%) con grado escasamente diferenciado en estadio IV, un paciente presento más de un estadio de la lesión, por lo cual se observa un aumento en el total de casos. Lo que indica que el cáncer se ha diseminado a parte distante del cuerpo⁴⁰.

5.2. Discusión

Conforme a los objetivos planteados para la realización de esta investigación, y siguiendo el esquema de los resultados, se procedió a comparar los datos obtenidos por otros autores.

El carcinoma epidermoide es un tumor que se puede originar en cualquier parte del cuerpo, siendo el más frecuente el de cavidad bucal. Según la literatura en estadio temprano este cáncer presenta un pronóstico favorable, por lo que ayuda al tratamiento exitoso.

En cuanto a la cantidad de pacientes afectados con carcinoma epidermoide, se revisaron 40 records para un 8.44% (40/474) de los pacientes que acudieron al Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, de los cuales 72.50% eran masculino y 27.59% femeninos, predominando el género masculino en el rango de edad de 61-80 años; lo que coincide con el estudio de Alemany et al⁹, en que el sexo más afectado fue el masculino en edad de 60 años. El predominio del sexo masculino en esta investigación coincide con el estudio Cento J⁷ en el que los hombres son los pacientes que mayor número de cáncer bucal presentan. En estudios realizados por décadas el cáncer oral afectaba a seis hombres por cada mujer, en estos momentos afecta a dos hombres por cada mujer. Aunque no se sabe con certeza el porqué de esto, hay que considerar la posibilidad de que estén sometidos a los factores de riesgos que propician la aparición de esta enfermedad.

En cuanto a los factores de riesgo, se observó que los pacientes afectados de carcinoma epidermoide habían consumido alcohol (28.57%) y/o tabaco (42.86%), lo que coincide con el estudio de Santelices et al⁸, y el estudio de Mesa G et al⁶ en el cual se demostró que el tabaquismo y el alcohol, como factores de riesgo, están asociados a la aparición del carcinoma epidermoide. Esta asociación ha sido muy clara desde hace muchos años, algunos datos moleculares muestran clara evidencia de la carcinogénesis que provocan estas sustancias.

Con relación a las localizaciones anatómicas, se observó que donde más se presentó esta lesión fue en la lengua (38.64%), seguido del carrillo (22.73%). Estos resultados coinciden con el estudio de García B et al¹², donde se determinó que la localización anatómica con el

mayor porcentaje de carcinoma epidermoide fue la lengua (31%), paladar duro y blando (17%) y piso de boca (16%).

Con relación a las características clínicas del estudio, los resultados arrojaron que el 31.51% de esta lesión se presentó con zona de irregularidad en todas las edades; lo que no guarda similitud con los estudios revisados, debido a que estos no contemplaron las características clínicas antes mencionadas. Sin embargo, es importante destacar que las irregularidades son el primer signo clínico seguido de la placa, y como es de origen intraepitelial, y después de un tiempo no preciso desborda la membrana basal invade el tejido conjuntivo subyacente; de ahí la relevancia de la identificación a tiempo de las características de la lesión.

En cuanto al estadio y grado de diferenciación de la lesión, la mayoría de los pacientes presentaron la lesión en estadio IV (metástasis) con grado de diferenciación indeterminado (59.52%); lo que coincide con el estudio de Quintana⁴, donde todos los tumores encontrados con carcinoma epidermoide respondieron a metástasis. Hay que tener en cuenta que el grado de diferenciación y estadio no guarda relación con las características clínicas del tumor, porque un tumor puede ser grado IV, es decir haber invadido todo el sistema, sin embargo clínicamente no presenta manifestaciones clínicas externas compatibles con la extensión del daño a nivel celular.

5.3. Conclusión

Después de revisar y analizar los resultados de la presente investigación se enlistan las siguientes conclusiones en relación a la prevalencia del carcinoma epidermoide en cavidad oral.

El carcinoma epidermoide representó el 90% de los casos evaluados en la consulta de cirugía maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

Se presentaron 21 casos de carcinoma epidermoide en edades de 61-80 años, siendo la séptima y octava década de vida el periodo más afectado.

El carcinoma epidermoide presentó el mayor número de casos, 29 pacientes masculinos en edades de 61-80 años. La mayoría de los pacientes consumían alcohol y/o tabaco, lo que arrojó un resultado de 14 pacientes consumidores de alcohol y 21 de tabaco.

En cuanto a las localizaciones anatómicas más comunes en la que se presentó la lesión, 17 pacientes lo manifestaron en la lengua, 10 en el carrillo, ocho en paladar duro y, en menor número, tres en piso de boca y orofaringe, y uno para labio superior e inferior.

En cuanto las características más comunes de los pacientes afectados con carcinoma epidermoide, 23 presentaron zonas de irregularidad, donde 12 de estos estaban en etapa clínica IV (metástasis) y con estadio diferenciado.

Con los resultados obtenidos de esta investigación es posible corroborar la hipótesis del estudio en que la prevalencia del carcinoma epidermoide es alta en pacientes que acuden a la consulta de maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

5.4. Recomendaciones

Es necesario brindar más información de la enfermedad en el país de manera que los pacientes puedan acudir a la consulta y obtener el diagnóstico en la etapa inicial de esta enfermedad, lo que produce una reducción significativa de la mortalidad e incrementa la curación, supervivencia y calidad de vida.

Por lo ante expuesto, se recomienda:

- Desarrollar una campaña para concientizar a la población sobre el cáncer bucal y su relación con el uso del tabaco y el abuso del alcohol;
- Capacitar a los estudiantes en cuanto a las neoplasias malignas para estimular el desarrollo de la destreza en la realización de un buen examen clínico con el fin de detectar a pacientes con riesgo de padecer esta lesión;
- Realizar un estudio más amplio, donde se tome en cuenta otros factores sociales, ambientales y económicos que determinen la prevalencia del carcinoma epidermoide a nivel de la población en general.

Referencias bibliográficas

1. Hernández J. Factores de riesgo de cáncer de cavidad oral (lengua). AAPAUNAM. [Artículo internet] 2011. [acceso 7 de julio de 2017]. 3(1): p. 8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2011/pa112p.pdf>.
2. Meza G, Muñoz JJ, Paez C, Cruz B, Aldape B. Carcinoma de células escamosas en la cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México, Experiencia de cinco años. Revista cubana de estomatología [Revista internet] 2009. [acceso 2 de julio de 2017]; 45(3). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n1/original2.pdf>.
3. Souza N, Brito A, Souza A, Gomez S, Reis C, Alvarenga L. Carcinoma escamocelular bucal diagnosticado precozmente. Revista cubana de estomatología [Revista internet] 2014. [acceso 14 de julio de 2017]; 17(5): p. 4. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_03_10/est09310.htm.
4. Quintana D. Estudios sobre los tumores malignos maxilo faciales. Revista cubana de estomatología [Revista internet] 1998. [acceso 17 de mayo de 2017]; 32(2): p. 4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071998000200002.
5. Arredondo M. Comportamiento clínico y epidemiológico en cáncer de cavidad oral. Revista cubana de estomatología [Revista internet] 2005. [acceso 18 de mayo de 2017]; 15(3): p. 4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003.
6. Mesa G, Muñoz J, Páez C, Cruz B, Aldape B. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México. Experiencia de cinco años. Revista avances en odontoestomatología. [Revista internet] 2009. [acceso el 24 de enero de 2018]; 25(1): p. 10. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n1/original2.pdf>.

7. Cento J. Comportamiento epidemiológico del cáncer bucal en la clínica Héroe de Bolivia en las tunas. Estomatología. [Artículo internet] 2015. [acceso 24 de enero de 2018]. 2(1): p. 7. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewFile/1119/255>.
8. Santelices M, Carcamo M, Brenear C, Montes R. Cáncer oral en Chile, revisión de la literatura. Revista médica de Chile [Revista internet] 2016. [acceso 18 de mayo de 2017]; 144(6): p. 4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600011.
9. Alemany A, Dubra D, Garcia S. Revisión bibliográfica y estudio retrospectivo realizado en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter sobre el Carcinoma Epidermoide en la boca [Tesis doctoral]. República Dominicana: Universidad Iberoamericana; 1990.
10. Feliz L, Carina I, Ortiz M. Carcinoma Epidermoide, diagnóstico, tratamiento y prevalencia, en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter [Tesis doctoral]. República Dominicana: Universidad Iberoamericana; 1997.
11. Liga dominicana contra el cáncer I, registro hospitalario de tumores. [Página internet]. República Dominicana: Gil G; 2002 [acceso 20 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.iohp.org/pdf/Reporte_1998_2001.pdf.1\(1\)](http://www.iohp.org/pdf/Reporte_1998_2001.pdf.1(1)).
12. Garcia B, Gonzales V, Alavez A. Incidencia de Carcinoma epidermoide en cavidad oral en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter [Tesis doctoral]. República Dominicana: Universidad Iberoamericana; 2010.
13. Martínez y Orozco. Prevalencia del cáncer de laringe en el hospital doctor Salvador Bienvenido Gautier 2010-2012 [Tesis doctoral]. República Dominicana: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2015.
14. Duran F. Cáncer Bucal [Página internet] 2011. [acceso 30 de junio de 2017]: p. 3. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Cáncer-Bucal/3182417.html>

15. Eco. Fundación para la excelencia y la calidad de la oncología. [Página internet] 2014. [acceso 11 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf>.
16. Instituto Nacional del cáncer. Manual de Enfermería Oncológica. Argentina: edt Ciencia Médicas; 2014. p. 85.
17. Sobin L, Wittekind C. Unión Internacional contra el cáncer (UICC). 620ª ed. Suiza; 2002. p. 3.
18. Corball A. Tumores de cavidad oral. Fundacyc. [Revista internet] 2016. [acceso 9 de noviembre del 2017]; 3(1): p. 68. Disponible en: http://www.fundacyc.org /tumor_e_de_cavidad_oral.pdf.
19. García L. Prevalencia del Carcinoma epidermoide oral en pacientes de dos hospitales de salud pública. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Mayor de San Marco; 2009
20. Gil D, Ramos A, Henríquez G. Carcinoma epidermoide bucal. 16 de abril. [Artículo internet] 2010. 2(1): p. 8. [acceso 14 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/239/08.html>.
21. Centeno D. Tumores malignos de la boca, Servicio de Dermatología, Hospital Córdoba. 4th ed. Argentina; 2010. p. 84.
22. García V, Bascones A. Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología. 25a ed. España; 2009. p.1.
23. Bradley A, Schiff M. Carcinoma epidermoide bucal. Manual MSD [artículo internet] 1899 [acceso 13 de noviembre del 2017] 2(1): p. 12. Disponible en: <http://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gico /tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello/carcinoma-epidermoide-bucal>.
24. García B, Martínez A. Cáncer oral. Revista cubana estomatológica [Revista internet]. 2009. [acceso 12 abril de 2017]; 25(5): p. 20. Disponible en: http://scielo.isciii.es /scielo .Php?script= s ci_ arttext&pid=S0213-12852009000500002.

25. Instituto nacional del cáncer, EEUU [Página internet] EE. UU: Dr. Sharpless N; 2017. [acceso 12 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espa%C3%B1ol/cancer/causas-prevencion/riesgo>.
26. Sociedad de cáncer Americana. Tratamiento del carcinoma de piel de células escamosas. [Página internet] EE. UU: Médicos de la sociedad americana; 2016. [acceso 12 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/c%C3%A1ncer/cancer-de-piel-de-celulas-basales-y-escamosas/tratamiento/carcinoma-de-celulas-escamosas.html>.
27. Vincent T, Hellmans S, Rosenberg S. Práctica y principio de la oncología. 1. 6. Filadelfia. Lippincott. 2001.
28. Villa A, Gohel A. Trastorno potencialmente maligno orales en una gran población dental. [Revista internet]. 2014 [acceso 12 de noviembre del 2017]; 22(6); p. 476. Disponible en: <http://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello/carcinoma-epidermoide-bucal>.
29. Esturgies E, Wei Q, Spitz M. Epidemiología descriptiva y factores de riesgo para el cáncer de cabeza y cuello. 31. 6. Estados Unidos. Seminario en oncología, 2004.
30. Notani P, Joyant K. Roles de la dieta en los cánceres del tracto aerodigestivo superiores. 10. 2. EE. UU. 1987.
31. Lopez M, Goldames I, Rojas B, Matamala D. Carcinoma de Células Escamosas de Labio Inferior: Asociación Entre Grado de Angiogénesis, Graduación Histológica y Frente de Invasión Tumoral [Revista internet] 2008. [acceso 16 de agosto de 2017]; 25(1): p.16. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-9502200800010013&script=sci_arttext.
32. Garcia M, Ibarra M, Valencia P, Legorreta B, Barrios M. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México, experiencia de cinco años [Revista internet] 2009. [acceso 20 de agosto de 2017]; 25(1): p. 8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000100003.

33. Salud Dental para todos. Variaciones clínicas del carcinoma espinocelular [Página internet] California: Marcelo A; 2014. [acceso 19 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.sdpt.net/PAT/variacionclinicancer.htm>.
34. Martínez B. Atlas de casos incipientes de cáncer oral en Chile. [Revista internet] 2005. [acceso 22 de octubre de 2017]; 5(1): p. 13. Disponible en: http://patoral.umayor.cl/patoral/?page_id=1309.
35. Muñoz M, Jaramillo A, Ollague J. Carcinoma epidermoide de cavidad oral. Revista Certificada de Ecuador [Página internet] 2007. [acceso 12 de julio de 2017]; 4(2): p. 8. Disponible en: http://www.medicosecuador.com/revistadermatologia/vol4num2/casos/carcinoma_epidermoide.html.
36. Santana J. Atlas de patología del complejo bucal. 2a ed. La Habana: edt, Ciencias Médicas; 2010. p. 92.
37. García B, Martínez A. Cáncer oral. Revista cubana estomatológica [Revista internet]. 2009. [acceso 12 abril de 2017]; 25(5): p. 20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500002.
38. Martínez B, León B. Estudios sobre la prevalencia sobre las lesiones blanquecinas en la mucosa de la cavidad bucal en el departamento de cirugía maxilo facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, periodo 1991-2000 [Tesis doctoral]. República Dominicana: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2010.
39. Aragón N, García L, Collazos P, Bravo L. Análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. Cáncer oral. Colombia. Revista salud pública. 2014; 70(8): p. 53.
40. Instituto nacional del cáncer, EEUU [Página internet] EE. UU: Dr. Sharpless N; 2017. [acceso 12 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espa%C3%B1ol/cancer/causas-prevencion/riesgo>.
41. Faya S. La ecografía endoscópica en la estadificación del carcinoma de esófago. Scielo. [Revista internet] 2004 [acceso 12 de noviembre del 2017]; 27(4): p. 4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352004000400001s.

42. Shum N, Garcia H. Incidencias de neoplasias malignas en cavidad oral en el Instituto de Oncológico Dr. Heriberto Pieter, en el periodo diciembre1999 a diciembre 2002 [Tesis doctoral]. República Dominicana: Universidad Iberoamericana; 2002.
43. Armach J. Diagnóstico clínico y patología bucal. 16a ed. Santo Domingo: República Dominicana; 2013. p.299.
44. Gonzales N, Martin F, López M. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. Actas dermo-sifiliograficas. [Revista internet] 2012. [acceso 12 de julio de 2017]; 103(7): p. 567. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/carcinoma-epidermoide-cutaneo-alto-riesgo/articulo/S0001731011005114>.
45. Vidal R. Prevención del cáncer oral. Mapfre salud. [Revista internet] 2016. [acceso 14 de julio de 2017]; 9(2): P. 5. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/cuidados-dentales/prevención-del-cáncer-oral/>.
46. ASCO. [Página internet] Estados Unidos. Cáncer.net; 2014.
47. Diccionario del cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. [Página internet] 2000. [acceso 14 de julio de 2017]; 1(1): p. 3. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=44811>.
48. New York. Presbyterian [página internet]. U.S: global services; 2017.
49. Enciclopedia de salud [Página internet] España: editor global; 2016. [acceso 15 de julio de 2017] Disponible en: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/bacteria>.
50. Kermez J. Comisión nacional para el conocimiento y uso de la biodiversidad. Biodiversidad Mexicana [Revista internet] 2017. [acceso 22 de octubre de 2017]; 5(1): p. 14. Disponible en: http://www.biodiversidad.gob.mx/especies/gran_familia/Bacterias/bacteria.html.
51. RadiologyInf.org para pacientes. Biopsias información general. [Página internet] EE. UU: editor ACR y RSNA; 2017. [acceso 22 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/sp/search/gsa-iframe.cfm?q=biopsia&btnG=&site=>

RadioInfo_sp&client=RadioInfo_sp&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=RadioInfo_sp
&excludeapps=1&filter=0&getfields=* &proxyreload=1.

52. Doctissimo. Carcinógeno. [Página internet] Mexico: editora Bazerolle B; 2017. [acceso 22 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/carcinogeno>.

53. Definición de eritroplasia. [Página internet] USA: editor wordpress; 2009. [acceso 20 de julio de 2017]. Disponible en: <http://definicion.de/erosion/>.

54. CCM salud. [Página internet] Francia: editor figaro CCM; 2015. [acceso 23 de julio de 2017]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/23121-exofitico-definicion>.

55. Medicina oral, patología y cirugía bucal. 10a ed. Argentina: 2005. P.5.

56. Definición ABC. Linfoma. [Página internet] Brasil: editor LTDA; 2007. [acceso 26 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/salud/morbilidad.php>.

57. Conceptos de definiciones de morbilidad. [Página internet] España: editor vinemedia; 2014. [acceso 21 de julio de 2017]. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/mutacion/>.

58. CDC. Centro para el control y la prevención de enfermedades [Página internet] EE. UU: editor Road C; 2016. [acceso 26 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/parasites/es/about.html>.

59. Definición de parasitos. [Página internet] Ecuador: editor Stadler T 2017. [acceso 22 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/términos/Parasitos.htm>.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos de los pacientes que acuden al área de Maxilo Facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, diagnosticado con Carcinoma epidermoide durante el periodo enero-diciembre del año 2016.

Datos personales:

Edad: _____ Sexo: M (). F ().

Fecha: _____

Numero de record: _____

1. Localización anatómica de la lesión en la cavidad oral:

Lengua _____	carrillo_____
Labio superior _____	paladar duro_____
Labio inferior _____	paladar blando_____
Piso de boca_____	Retromolar _____
Orogaringe _____	

2. Características clínicas:

Placa_____	Indurada_____
Ulcera_____	Blanquecina_____
Irregularidad_____	Eritematosa _____
Escamoso _____	

3. Factores de riesgo:

Alcohol_____

Tabaco_____

Prótesis dental_____

Antecedentes familiares de cáncer_____

Ninguno _____

Si su respuesta es positiva a los antecedentes familiares de cáncer, identificar.

4. Estadios de la lesión:

Estadio 0 _____
Estadio I _____
Estadio II _____

Estadio III _____
Estadio IV _____

5. Grado de diferenciación:

GX _____
G1 _____
G2 _____

G3 _____
G4 _____

Asesora temática
Dra. Anny Benitez

**Anexo 2. Solicitud de la cantidad de pacientes del Instituto de Oncología
Dr. Heriberto Pieter.**

Glosario

Aerodigestivo

Conjunto de los órganos y los tejidos de las vías respiratorias y la parte superior del aparato digestivo (incluidos los labios, la boca, la lengua, la nariz, la garganta, las cuerdas vocales, y parte del esófago y la tráquea).⁴⁹

Bacteria

Las bacterias son microorganismos unicelulares de tipo procariótico, es decir, son organismos que solo se pueden observar al microscopio, constituidos por una sola célula autónoma que además no tiene membrana nuclear.⁵⁰

Biopsia

Es la extracción o extirpación de una pequeña porción de tejido para examinarla luego en el laboratorio.⁵¹

Carcinógeno

Un carcinógeno o cancerígeno es un agente físico, químico o biológico potencialmente capaz de producir cáncer al exponerse a tejidos vivos. Basándose en lo anterior, un carcinógeno es un agente físico o químico que puede producir una neoplasia.⁵²

Carcinógenas

Es el proceso por el cual una célula normal se convierte en una célula cancerosa. Se caracteriza por la progresión de varios cambios celulares a nivel del material genético que finalmente desemboca en la reprogramación de la célula provocando que se reproduzca de manera descontrolada, formando de esta forma una masa maligna.⁵²

Eritroplasia

Se define la eritroplasia como una placa aterciopelada de color rojo intenso, que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como atribuible a ningún otro estado. Se trata de una entidad en la que los factores etiopatogénicos son desconocidos en su mayor parte. Tiene tendencia a desarrollar carcinoma, con frecuencia muy superior a la observada en la leucoplasia.⁵³

Eritroleucoplasia

Mancha anormal de tejido rojo y blanco que se forma en las membranas mucosas de la boca y que se puede volver cáncer. El tabaco (fumado o masticado) y el alcohol pueden aumentar el riesgo de padecer de eritroleucoplasia.⁴⁹

Erosión

Es el desgaste que se produce en la superficie de un cuerpo por la acción de agentes externos (como el viento o el agua) o por la fricción continua de otros cuerpos.⁵⁴

Exofítico

Excrecencia que se desarrolla fuera de una mucosa. Inversamente, un tumor endofítico es aquel que se forma en el seno de una mucosa. Los tumores exofíticos son menor invasivos que los tumores endofíticos.⁵⁵

Leucoplasia

Leucoplasia es un término inespecífico que describe cualquier placa hiperqueratósica blanquecina y fija que aparece en una superficie mucosa, que no es característica de otra enfermedad. Para muchos anatomopatólogos el término leucoplasia implica atipia celular y por lo tanto carcinoma in situ; sin embargo, tal y como se utiliza en la actualidad es un término clínico con el que se describen lesiones.⁵³

Linfoma

El linfoma es un cáncer de una parte del sistema inmunitario llamado sistema linfático. Existen muchos tipos de linfoma. Un tipo se denomina enfermedad de Hodgkin. El resto se conoce como linfoma no Hodgkin.⁵⁶

Masa exofítica

Se entiende como lesión exofítica una lesión sólida, excrecente y circunscrita, que hace relieve franco sobre de la mucosa oral normal detectable a la inspección, y a la exploración y generalmente es de consistencia blanda, elástica o duroelástica.⁵³

Melanoma

Melanoma es el tipo más serio de cáncer de piel. Con frecuencia el primer signo de un melanoma es un cambio de tamaño, forma, color o textura de un lunar. La mayoría de los melanomas tienen un área negra o negra azulada. El melanoma también puede aparecer como un lunar nuevo. Puede ser negro, anormal o "de aspecto desagradable".⁴⁹

Metástasis

Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó originalmente a otra parte del cuerpo. Cuando ocurre una metástasis, las células cancerosas se separan del tumor original (primario), viajan a través del sistema sanguíneo o linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos del cuerpo. El nuevo tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario.⁴⁹

Mortalidad

La tasa de mortalidad general es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un período de tiempo (usualmente expresada en tanto por mil por año, ‰).⁵²

Morbilidad

El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados.⁵⁷

Mutación

La Mutación es cualquier alteración o variación en el código genético; es decir, una alteración de los genes de los cromosomas. Es posible que una mutación ocurra mientras se realiza la meiosis.⁵⁸

Neoplasia maligna

Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de neoplasias malignas también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático. El carcinoma es una neoplasia maligna que empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos.⁴⁹

Parásitos

Un parásito es un organismo que vive sobre un organismo huésped o en su interior y se alimenta a expensas del huésped. Hay tres clases importantes de parásitos que pueden provocar enfermedades en los seres humanos: protozoos, helmintos y ectoparásitos.⁵⁹

Petequias

Las petequias son pequeñas manchas en forma de puntos, de color rojo violáceo, visibles en la piel que aparecen tras un micro-hemorragia secundario a la salida de sangre de pequeños vasos subcutáneos llamados capilares.⁵⁵

Radioterapia

La radioterapia (también llamada terapia de radiación) es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores. En dosis bajas, la

radiación se usa en radiografías para ver el interior de su cuerpo, como las radiografías de sus dientes o de huesos fracturados.⁴⁹

Sarcoma

Los sarcomas son un grupo de cánceres que tienen su origen en las células del tejido conjuntivo, también conocido como conectivo o de sostén. Este tejido forma la estructura del cuerpo humano y de sus órganos y puede adoptar distintas cualidades, según el tipo de células que lo formen: grasa, músculo, vasos sanguíneos, cartílagos, tendones y huesos, entre otros.⁵⁹

Sialometaplasia necrotizante

La sialometaplasia necrotizante (SN), es una afección benigna, inflamatoria y autoresolutiva que afecta principalmente a las glándulas salivales menores.⁵⁶

Tumor

Es una masa anormal de tejido corporal. Los tumores pueden ser cancerosos (malignos) o no cancerosos (benignos).⁵³

Virus

Veneno o toxina. Se trata de una entidad biológica que cuenta con la capacidad de autorreplicarse al utilizar la maquinaria celular.⁵⁴



Hoja de firma para trabajo de grado:

Prevalencia del Carcinoma Epidermoide en pacientes que acuden a la consulta de Maxilo Facial del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, en el periodo septiembre – diciembre, 2017.

Sustentantes:

Br. Karolina Medina

Br. Darismaldy Sosa

Dra. Sonya A. Streese
Asesora Metodológica

Dra. Anny Benitez
Asesora Temática

Coordinador del área de cirugía:

Dr. Danilo Báez.

Dra. Roció Romero
Comité Científico

Dra. Guadalupe Silva
Comité Científico

Dr. Rogelio Cordero
Director Escuela de Odontología