

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**E.A.P. DE ODONTOLOGÍA**

**Prevalencia de cáncer en mucosa oral en el servicio de  
estomatología quirúrgica del hospital nacional Arzobispo  
Loayza en el período 2008 al 2012**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista**

**AUTOR**

**Evelin Zusan García León**

**Lima – Perú**

**2014**

**MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS:**

*Esp. C.D. María Magdalena Castañeda Mosto*

*C.D. Alejandro Cornejo García*

*ESP. CD. ADRIAN MALLMA MEDINA*

**A Dios,**

Gracias por guiarme y colocar a gente tan maravillosa en  
mi camino.

**A mis padres Elena y Zócimo,**  
gracias por el amor y paciencia, y por  
enseñarme que cuando uno  
persevera alcanza sus metas.

**A mi tía Dina:**

Por ser mi segunda madre,  
y hacerme saber que en la vida  
la familia es lo más importante.

**A mis hermanos Ernesto, Mitsy y Sindy:**

por ser mis modelos a seguir en

todo aspecto y enseñarme que

con esfuerzo todo se logra.

**A mi Darita,**

Por ser mi alegría y mi compañía en

muchas noches de desvelo

**A mis amigos Eliberto, Oscar y Carlos:**

por siempre estar en las buenas y en las malas y demostrarme que todo se puede superar trabajando en equipo.

**A mi estimado Dr Adrian:**

por brindarme su confianza y enseñarme que en la vida solo se logran las metas tratando de ser mejores cada día.

**A la UNMSM y a mi querida**

**Facultad de Odontología,**

gracias por brindarme los años más

hermosos de mi vida.

# AGRADECIMIENTOS

**A mi asesor el Dr. Adrian Mallma Medina**, profesor e investigador del departamento de Ciencias Básicas de la Facultad de Odontología de la UNMSM, por la dedicación y apoyo brindado en cada momento, así como también haberme dado la confianza necesaria para que en algunos momentos difíciles haya podido encontrar una solución.

**A la Dra. María Magdalena Castañeda Mosto**, profesora e investigadora del departamento de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Odontología de la UNMSM, por el apoyo incondicional y la confianza brindada hacia mi persona en la realización del presente trabajo, así como también por sus consejos y asesoría en cada momento de la investigación. Siempre estaré agradecida por la dedicación mostrada y por los valiosos aportes que me dio para que mi trabajo sea cada vez mejor.



**Al Dr. Alejandro Cornejo García**, profesor e investigador del departamento Médico Quirúrgico de la Facultad de Odontología de la UNMSM, por la dedicación y tiempo brindado, así como también sus valiosos aportes en la presente investigación.

**Al Dr. Jhames Oré De la Cruz**, responsable del servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL, por el apoyo y asesoría brindada en la realización del presente trabajo.

**A la Dra. Cecilia Rodríguez**, por sus consejos y apoyo incondicional en la realización del presente trabajo.

Al personal que labora en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en los diferentes servicios a los que acudí para la realización de este trabajo, gracias por el apoyo e interés mostrado hacia mi persona y la ayuda incondicional brindada en todo momento.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
<b>II.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
	2.1. Antecedentes	14
	2.2. Bases Teóricas	16
	2.3. Definición de términos	26
	2.4. Planteamiento del Problema	27
	2.4.1. Área Problema	27
	2.4.2. Delimitación	27
	2.4.3. Formulación	28
	2.5. Justificación	28
	2.6. Objetivos de la Investigación	29
	2.6.1. Objetivo General	29
	2.6.2. Objetivos Específicos	29
<b>III.</b>	<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>30</b>
	3.1. Tipo de Estudio	30
	3.2. Población y Muestra	30
	3.2.1. Población	30
	3.2.2. Muestra	30
	3.2.3. Criterios de Inclusión	30
	3.3. Operacionalización de Variables	31
	3.4. Materiales y Métodos	32
	3.4.1. Procedimientos y Técnicas	32
	3.4.2. Recolección de Datos	32
	3.4.3. Procesamiento de Datos	32
	3.4.4. Análisis Estadístico	32

<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>50</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>53</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>55</b>
<b>VIII. RESUMEN</b>	<b>56</b>
<b>IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b>	<b>58</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>60</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS:

<b>Tabla 1:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral en pacientes atendidos en el en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>34</b>
<b>Tabla 2:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según edad por año en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>36</b>
<b>Tabla 3:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según género del paciente en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>38</b>
<b>Tabla 4:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según la localización anatómica en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>40</b>
<b>Tabla 5:</b> Prevalencia de diversos tipos de Cáncer en Mucosa Oral con diagnóstico histopatológico en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>42</b>
<b>Tabla 6:</b> Prevalencia de las distintas variedades histológicas de las neoplasias según el diagnóstico histopatológico en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>44</b>
<b>Tabla 7:</b> Frecuencia de neoplasias y Cáncer en Mucosa Oral en pacientes atendidos en el en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>46</b>
<b>Tabla 8:</b> Prevalencia de las diversas tipos de neoplasias orales según diagnóstico histopatológico presentadas en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>48</b>

<b>Gráfico 1:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>34</b>
<b>Gráfico 2:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral por año en pacientes atendidos en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>35</b>
<b>Gráfico 3:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según edad en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>37</b>
<b>Gráfico 4:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según género de los paciente en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>39</b>
<b>Gráfico 5:</b> Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según la localización anatómica en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>41</b>
<b>Gráfico 6:</b> Prevalencia de diversos tipos de Cáncer en Mucosa Oral con diagnóstico histopatológico en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>43</b>
<b>Gráfico 7:</b> Prevalencia de las distintas variedades histológicas de las neoplasias según el diagnóstico histopatológico en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>45</b>
<b>Gráfico 8:</b> Frecuencia de neoplasias y Cáncer en Mucosa Oral en pacientes atendidos en el en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>47</b>
<b>Gráfico 9:</b> Prevalencia de las diversas tipos de neoplasias orales según diagnóstico histopatológico presentadas en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012.....	<b>49</b>

# I. INTRODUCCIÓN

La odontología, como parte de las ciencias de la salud, busca no solo el tratamiento de las enfermedades que afectarán el periodonto y los dientes, sino que también busca ayudar al profesional médico en la identificación de ciertas patologías sistémicas que pueden tener manifestación en boca, así como también tiene como objetivo la identificación temprana de patologías que afectan directamente el aparato estomatognático, cuya identificación tardía podría ser muy perjudicial para la salud del paciente. Dichas patologías cuyos diagnósticos tempranos son importantes para el buen pronóstico final del paciente son por ejemplo: enfermedades autoinmunes, cáncer oral, entre otros.

El cáncer oral, una patología cuya prevalencia esta en incremento, muchas veces no es correctamente diagnosticado o tempranamente diagnosticado, a pesar que la cavidad oral es una área de fácil acceso. Esta patología, cuyo porcentaje de supervivencia es de solo un 25 %, equivale entre el 2 a 4 % de los cánceres diagnosticados. Las causas de una falencia en el diagnóstico del cáncer oral se debe a que muchas veces las manifestaciones del cáncer oral no generan molestias en el paciente, ocasionando que éste no acuda a consulta y dificultando así el temprano diagnóstico; otro motivo, y aun más preocupante, es el que los profesionales odontólogos no se encuentran correctamente preparados para identificar las manifestaciones del cáncer y así dejar pasar el diagnóstico de esta patología en sus estadíos más incipientes. Sea cual sea la razón, el cáncer oral no da muchas oportunidades a los pacientes cuyo diagnóstico es erróneo, y por ende es necesario entender cuán prevalente es esta enfermedad. Así como también es necesario que los profesionales odontólogos sepan diagnosticar tempranamente esta patología y tener en claro con qué frecuencia se puede presentar en la consulta.

El presente trabajo busca establecer la prevalencia de cáncer en mucosa oral en un servicio hospitalario, para observar la frecuencia de casos que podrían presentarse en la práctica privada u hospitalaria, así como también se busca resaltar de qué manera se realiza su correcto diagnóstico clínico y anatomopatológico.

## II. MARCO TEÓRICO

### II.1. Antecedentes

**GARCÍA G.V. et al. (2009)** realizaron una revisión bibliográfica donde clasifican y describen a los tumores malignos de los tejidos blandos orales siendo el más prevalente el carcinoma oral de células escamosas y ubicándose con mayor frecuencia en lengua, suelo de boca y mucosa yugal. Entre las etiologías más comunes encontramos el tabaco, el alcohol, las radiaciones y la genética. Se concluye que el odontólogo desempeña un importante papel en la prevención del cáncer oral, ya que si es diagnosticado a tiempo el tratamiento será conservador a comparación de otro que se encuentre en una fase más avanzada donde el pronóstico empeora drásticamente.<sup>1</sup>

**TONACO B. F. et al (2008)** realizaron un estudio epidemiológico descriptivo y transversal cuyo objetivo fue analizar la epidemiología del cáncer oral basado en los informes histopatológicos de un laboratorio público en el Mato Grosso, Brasil del 2005 al 2006. Se utilizó como muestra 1.324 reportes histopatológicos analizándolos de acuerdo a las siguientes variables: tipo histológico, el género, la edad, y el lugar del paciente de residencia. Sus resultados identificaron 44 casos de cáncer oral, siendo el más frecuente el carcinoma escamoso y presentándose en la mayoría de los diagnósticos a hombres de entre 50 y 60 años que viven en el interior del Estado. Se concluye que en el servicio de patología oral del Laboratorio de MT, hubo un aumento de 269% de casos entre 2005 y 2006, registrando así una considerable patología en el número de casos de cáncer de boca.<sup>2</sup>

**PEÑA G. A. et al (2005)** realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente el cáncer de la cavidad bucal en pacientes desde 1999 hasta el 2004. Se utilizó como muestra 79 pacientes diagnosticados con cáncer de cavidad bucal, los cuales fueron agrupados por edad, sexo, estadio clínico, etc. Sus resultados fueron que se presenta una mayor prevalencia en el grupo etario 70-79 años con 53.16% y en el sexo

masculino con 74.68%. Se concluye que es más frecuente en el sexo masculino con una relación respecto a la mujer de 10:1, aunque se ha observado que la frecuencia en las mujeres va en ascenso, debido a la mayor incidencia de mujeres fumadoras.<sup>3</sup>

**RIVERA S. P. et al. (2005)** realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar la frecuencia de cáncer en cavidad oral durante los últimos 20 años en Chile. Los datos de mortalidad fueron recolectados del Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de los registros de defunciones y los de morbilidad del Ministerio de Salud a través de los egresos hospitalarios. Los resultados fueron que la mortalidad representó el 1% con respecto a todos los cánceres, agrupada por edad y género fue de (H:M 2,8:1) y por ubicación anatómica fue la lengua 39%, glándulas salivales mayores 30%, piso de boca 18%, labio 9% y encía 4%. En la morbilidad representó el 1,6% con respecto a todos los cánceres y agrupados por edad y género fue de (H:M 2,3:1). Se concluye que la incidencia de cáncer en cavidad oral está en incremento para el sexo femenino a comparación del masculino que son los más comúnmente afectados.<sup>4</sup>

**OCHSENIUS R. G. et al (2003)** realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de caracterizar clínica y patológicamente el cáncer de labio en los años 1975 a 2000. Se utilizó como muestra 390 casos con lesiones de labio en donde se agruparon los casos por edad, ubicación, frecuencia, etc. Sus resultados fueron que del total de casos sólo el 18,46% se encontró en labio ubicándose así en el cuarto lugar de frecuencia precedido por lengua, piso de boca y encía – reborde. Se concluye que las diferencias en edades entre pacientes con lesiones precancerosas y cancerosas cada vez es mayor.<sup>5</sup>

**QUER M. et al (2001)** realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de definir la prevalencia de los carcinomas escamosos de cabeza y cuello desde 1984 a 1998. Se utilizó como muestra a 2500 pacientes diagnosticados con carcinomas escamosos de cabeza y cuello excluyendo a los carcinomas in situ,



centrando el estudio en algunas características epidemiológicas tales como localización, consumo de tabaco, grado histológico, etc. Sus resultados fueron que por grupo etario la edad media es de 61 años mientras que por su localización destaca la laringe con más de la mitad de los diagnósticos, por sexo se encontró una relación 12/1 siendo un 92% varones y un 8% mujeres el total de la muestra. Se concluye la importancia del tabaco y del alcohol en la epidemiología del conjunto de los carcinomas de cabeza y cuello, confirmando así la necesidad de insistir en campañas de prevención.<sup>6</sup>

## **II.2. Bases Teóricas**

### **II.2.1. Cáncer Oral**

El carcinoma oral de células escamosas es un proceso multiseccional que implica una serie de alteraciones discretas, irreversibles y complementarias en los genes que controlan el crecimiento, la muerte y la diferenciación celular.<sup>7</sup>

### **II.2.2. Epidemiología del Cáncer Oral**

El cáncer de cabeza y cuello es el 6º cáncer humano más frecuente. El 3% de todos los cánceres se localizan en la cavidad oral. No obstante existe una variabilidad geográfica con una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste asiático y sobretodo en la India, en la cual el cáncer oral representa el 40% de todos los tumores malignos. Cada año se diagnostican en el mundo más de 575.000 casos nuevos de cáncer oral. La incidencia en España es de 5,7-12,9 casos por 100.000 hombres/año y de 0,6-2,1 casos por 100.000 mujeres/año, aunque estas cifras se están igualando con la adopción por parte de la mujer de hábitos nocivos similares a los de los hombres.<sup>1,9</sup>

En cuanto a la edad, el 90% de los cánceres orales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano.<sup>7</sup>

Las principales localizaciones son lengua y suelo de boca en Europa y el norte de América y la mucosa yugal en la India.<sup>7</sup>

En referencia a la histología el 90% de los carcinomas orales son del tipo carcinoma oral de células escamosas.<sup>8,9,10</sup>

La supervivencia a los 5 años es del 40-56% aunque varía según el tipo de cáncer:

- 70% Cáncer labial
- 30% Otras localizaciones orales<sup>1,7</sup>

### **II.2.3. Etiología del Cáncer Bucal**

Podríamos decir que la etiología del cáncer oral es multifactorial, ya que existen una serie de factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinogénicos favoreciendo el desarrollo de la enfermedad. Entre éstos, destacamos:

#### **❖ Tabaco**

El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de lesiones premalignas y del cáncer bucal, en especial del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE). 8 de cada 10 pacientes con cáncer bucal son fumadores de tabaco en sus diversas formas: cigarrillos, puros, tabaco de mascar, tabaco en pipa, etc. 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. Además, se ha observado un efecto sinérgico entre el tabaco y el alcohol.<sup>1,7</sup>

#### **❖ Alcohol**

El etanol puro, por sí mismo, no es una sustancia carcinogénica, sin embargo, se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, 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:

- Desprendimiento del epitelio.
- Ulceraciones en la mucosa.
- Gingivitis.
- Petequias.
- Lesiones blancas.<sup>1,7</sup>

#### ❖ **Dieta**

Algunos nutrientes y hábitos alimenticios están asociados al desarrollo de muchas enfermedades, así como el consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes favorece el desarrollo del cáncer bucal, ya que desprenden sustancias carcinógenas como las aminas heterocíclicas.<sup>1,7</sup>

#### ❖ **Inmunosupresión**

El aumento del cáncer oral en jóvenes podría explicarse por el problema de la inmunosupresión crónica asociada al VIH.<sup>1</sup>

#### ❖ **Factores dentales**

Resulta difícil de valorar la posible relación existente entre la presencia de una dentición en mal estado, prótesis mal adaptadas, prótesis antiguas y dientes rotos o astillados y la existencia de cáncer oral. Sin embargo, hay algunos estudios que avalan esta relación.<sup>7</sup>

#### ❖ **Infecciones**

En relación a las infecciones virales, no está claro el papel del virus del papiloma humano en relación con el cáncer oral, ya que algunas publicaciones presentan un rango de porcentajes que oscila de forma excesivamente amplia del 0% al 91%. En relación a las infecciones bacterianas se ha visto relación con sífilis y glositis sífilítica pero más bien debido a los fármacos empleados en el tratamiento de estas entidades como las sales de arsénico u otros metales pesados. Y

finalmente en relación a las infecciones micóticas, no está claro si las cándidas son elementos sobre infectantes de la lesión o agentes específicos productores de la misma.<sup>1,7</sup>

#### ❖ **Radiaciones**

Las personas con poca pigmentación en la piel que estén sometidas a una exposición solar ocupacional y prolongada presentan mayor riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide de labio. El labio pasa por una serie de cambios preneoplásicos que progresan más intensamente cuando la dosis de radiación actínica se acumula y cuando se va envejeciendo. A estos cambios se les denomina queilitis actínica. Si continuara la exposición se podría acabar desarrollando un carcinoma epidermoide.<sup>1,7</sup>

Por otro lado, se ha visto relación entre las radiaciones ionizantes y un aumento del riesgo de neoplasias de glándulas salivares.<sup>7</sup>

#### ❖ **Factores socioeconómicos y ocupacionales**

Se ha podido constatar una prevalencia del cáncer bucal en trabajadores de la rama textil, comerciantes de alcohol, trabajadores de imprentas, manipuladores de material fosforescente para la fabricación de las esferas de los relojes y también en las clases sociales más desfavorecidas y en sujetos divorciados debido a problemas de malnutrición.<sup>7</sup>

#### ❖ **Genética**

Se observa una predisposición asociada en caso de:

- Síndromes (mutaciones).
- Aumento de mutaciones del ADN.
- Dificultad en metabolizar carcinógenos.
- Dificultad de reparar el ADN.<sup>1,7</sup>

## II.2.4. Clasificación de los tumores malignos de los tejidos blandos orales

En función del tejido del que derivan encontramos:

a) Tumores malignos derivados del *epitelio*:

- Carcinoma oral de células escamosas o epidermoide (90%).
- Carcinoma verrucoso.
- Carcinoma de células fusiformes.
- Melanoma.
- Adenocarcinoma, carcinoma mucoepidermoide.
- Carcinoma basocelular.<sup>7,10</sup>

• El carcinoma oral de células escamosas o epidermoide

Es el cáncer que comienza en las células escamosas, encontrándose éstas en piel, revestimiento de los órganos huecos del cuerpo y en los pasajes de los tractos respiratorio y digestivo. Supone el 4% de todos los cánceres del organismo y el 90% de todos los cánceres de la cavidad oral.<sup>7,10</sup>

• El carcinoma verrucoso

Consiste en un carcinoma epidermoide descrito aparte por ser su comportamiento distinto, ya que poseen menor grado de malignidad, tienen un crecimiento lento y este no es invasivo.<sup>7,10</sup>

• El carcinoma de células fusiformes

Comprende un tumor bimórfico que muestra en la superficie focos de carcinoma epidermoide y más en profundidad células fusiformes.<sup>7</sup>

• El melanoma

Es una neoplasia de los melanocitos de alto grado de malignidad que es poco frecuente pero importante ya que podría confundirse con una pigmentación de la mucosa oral.<sup>10</sup>

- El adenocarcinoma o carcinoma mucoepidermoide  
Define un cáncer que afecta a las glándulas salivales.<sup>7,10</sup>
- El carcinoma basocelular  
Consiste en un cáncer que se origina en la capa más profunda de la epidermis (estrato basal), sobretodo en áreas expuestas al sol.<sup>7,10</sup>

### **II.2.5. Manifestaciones clínicas del Cáncer oral.**

El carcinoma epidermoide o de células escamosas, es el cáncer de mucosa oral más frecuente, la cual puede presentarse siguiendo uno de estos dos caminos:

- “De novo”, desarrollándose directamente a partir de mucosa sana.
- Siguiendo la secuencia: estado precanceroso (displasia epitelial)-carcinoma.<sup>2,4</sup>

Aproximadamente un 50% de los carcinomas epidermoides se desarrollan sobre un epitelio previamente alterado. Así, entendemos por lesión precancerosa un tejido morfológicamente alterado en el cuál la aparición de cáncer es más probable que en su homólogo normal. Una condición precancerosa es un estado sistémico generalizado que predispone a un riesgo mayor de padecer cáncer. El potencial de malignización de estos estados llamados “potencialmente cancerosos” viene determinado por la presencia de displasia epitelial, entendiéndose por ésta la combinación variable de una serie de fenómenos microscópicos indicativos de un desorden de la maduración epitelial y una alteración de la proliferación celular.<sup>3</sup>

En la biología del crecimiento tumoral se pueden distinguir cuatro fases bien definidas:

1. Alteración maligna de la célula diana: transformación.
2. Crecimiento de las células transformadas.
3. Invasión local.
4. Metástasis.<sup>4</sup>

El tamaño del tumor depende del cociente producción/ pérdidas. Cuantas más células hay en división, más sensibilidad a la quimioterapia. El crecimiento de las células transformadas se lleva a cabo gracias a los vasos sanguíneos que, por un lado, liberan factores de crecimiento y células liberadoras de factores de crecimiento y, por otro, sirven de fuente de nutrición. La invasión local depende de la agresividad y del potencial maligno del tumor. El cáncer aparece por transformación maligna de una sola célula y con el paso del tiempo se producirá “heterogeneidad tumoral” que hace referencia a la aparición de subclones con fenotipos diferentes de la célula primera originando una gran variedad de tipos celulares.<sup>4,5</sup>

La metástasis tumoral podría esquematizarse de la siguiente manera:

- a. Invasión de la matriz extracelular.
- b. Circulación por el torrente sanguíneo.
- c. Depósitos secundarios en lugares alejados.<sup>5</sup>

Atendiendo a la semejanza o ausencia de similitud con el epitelio malpighiano del que deriva, podemos clasificar los carcinomas orales en tres grados:

- **Bien diferenciados:** Histológicamente son muy similares al epitelio pavimentoso malpighiano del que derivan. Las células tumorales conservan la capacidad de formar queratina, formando perlas o globos córneos dentro de unos límites bien definidos. Las mitosis son moderadas y hay escasas atipias celulares. Frecuentemente aparece un infiltrado peritumoral.<sup>2,3,5</sup>
- **Moderadamente diferenciado:** El número de mitosis aumenta y la queratinización celular va disminuyendo, dejando de formar globos córneos y queratinizándose células de forma aislada. El infiltrado tumoral va disminuyendo.<sup>2,5</sup>
- **Mal diferenciados o indiferenciados:** Desaparece la actividad queratoblástica. Los clones celulares pierden su semejanza con las células de

las que derivan y se rompe la adhesión intercelular facilitando las metástasis.<sup>2,3,5</sup>

El hallazgo clínico más frecuente a nivel oral es el de una úlcera indurada, de bordes evertidos y en ocasiones dolorosa que, generalmente, se acompaña de adenopatías cervicales.<sup>3</sup> En estadios más avanzados, el carcinoma epidermoide puede presentarse bajo tres formas clínicas:

- Morfología endofítica: conformando una úlcera irregular con bordes evertidos y fondo sucio.
- Morfología exofítica: de crecimiento tumoral vegetante, irregular e indurado a la palpación.
- Tipo mixto: formado por asociación de las dos formas anteriores.<sup>7,8</sup>

En cuanto a la sintomatología, ésta puede estar ausente o manifestarse en un amplio rango.<sup>7</sup>

#### **II.2.6. Diagnóstico del Cáncer Oral**

El pronóstico y la supervivencia del paciente cambian radicalmente ante un diagnóstico precoz. De este modo, un examen sistemático de la mucosa oral, tanto por medios visuales como mediante la palpación digital, deben formar parte de todo examen dental rutinario. A continuación expondremos una sistemática a seguir en la revisión de pacientes:

1. Realizar una Historia Clínica rigurosa.
2. Dar principal énfasis al historial médico del paciente y a los antecedentes que éste presente.
3. Luego realizar un examen físico exhaustivo, observando a detalle cada región bucal intraoral y extraoral.
4. Empezamos con el examen de los labios, la superficie externa debe estar libre de grietas o úlceras y el examen del aspecto interno labial.
5. Examen de las cadenas ganglionarias de forma rutinaria: submental, cadenas submandibulares, cadenas cervicales y cadenas yugulodigástricas.
6. Visión global, atendiendo especialmente al tejido gingival y al vestíbulo.



7. Examen de mucosa yugal.
8. Piso de boca (zona de alto riesgo de malignización).
9. Examen de la superficie ventral de la lengua.
10. Examen de la superficie dorsal de la lengua.
11. Bordes laterales de la lengua (tomar la lengua con una gasa).
12. Visualización del paladar.
13. Retirar prótesis.
14. Examen velo paladar y pilares posteriores.
15. Examen orofaringe.<sup>3,5,10</sup>

El diagnóstico definitivo de cáncer oral conlleva la realización de una biopsia para hacer un estudio anatomopatológico. Algunas herramientas utilizadas como coadyuvante a la biopsia son el azul de toluidina o la tinción con solución de lugol que ayudan a delimitar la zona idónea de resección, así como la citología exfoliativa o la biopsia por aspiración o por raspado.<sup>3,10</sup>

Por otro lado, los avances científicos nos acercan a un punto donde el cáncer, en lugar de resultar una amenaza imprevisible, se va haciendo cada vez más previsible, más “conocido”. Nos encontramos en la era de los marcadores tumorales que pueden ser detectados y medidos con las más modernas técnicas de inmunohistoquímica. Estos marcadores participan y nos informan de la proliferación celular y nos alarmarán precozmente sobre el comienzo de la malignización en un tejido.<sup>5</sup>

Dentro de los marcadores moleculares podemos distinguir:

- Marcadores de superficie: carbohidratos, antígenos de histocompatibilidad (HLA), factores y receptores de crecimiento, antígeno CD57 e integrinas, entre otros.
- Marcadores intracelulares: citoqueratinas, marcadores de queratinización anómala, cambios en el núcleo, oncogenes y genes supresores de tumores, productos del ácido araquidónico y enzimas, entre otros.<sup>5,8</sup>

Se utilizan anticuerpos monoclonales y policlonales para poder detectar marcadores tisulares que nos informen tanto del % de proliferación como de apoptosis existente en una determinada muestra de tejido perteneciente a una lesión cancerosa o precancerosa.<sup>5,8</sup>

Para facilitar el seguimiento clínico y terapéutico de los pacientes se emplea la clasificación TNM: T (Tamaño del tumor primario); N (Presencia de ganglios linfáticos); M (Metástasis a distancia). De una forma más desglosada las subdivisiones correspondientes son:

- a) T1: Tumor menor o igual a 2 cm; T2: Tumor mayor de 2 cm pero menor de 4 cm; T3: Tumor mayor de 4 cm; T4: El tumor invade estructuras adyacentes.
- b) N0: No hay metástasis ganglionares; N1: Hay metástasis en un ganglio linfático homolateral menor o igual a 3 cm; N2a: Metástasis en un ganglio homolateral mayor de 3 cm pero menor de 6; N2b: Metástasis en múltiples ganglios homolaterales, menores de 6 cm; N3. Metástasis en un ganglio linfático mayor de 6 cm.
- c) M0: No hay metástasis a distancia; M1: Hay metástasis a distancia.<sup>5,8</sup>

El factor más importante en la supervivencia es la etapa de la enfermedad en que se diagnostica. De forma práctica se establece el estadiaje tumoral que comprende:

- Estadio 1: T1 M0 N0.
- Estadio 2: T2 M0 N0.
- Estadio 3: T3 N0 M1; T1 N1 M0; T2 N1 M0; T3vN1 M0.
- Estadio 4: T4 M0 N0; Tx M2-3 N0; Tx Nx M1.<sup>3,5,8</sup>

Los estadios I y II engloban el período inicial, donde la tasa de supervivencia suele ser elevada, mientras que los estadios III y IV representan las fases avanzadas de la enfermedad, donde el pronóstico empeora drásticamente.<sup>3,5,8</sup>

El tratamiento del paciente oncológico es multidisciplinar, siendo más agresivo y menos conservador cuanto más tarde se diagnostique la enfermedad. Es por

ello que el siguiente punto que desarrollaremos es de vital importancia para la calidad de vida de las “víctimas” de un cáncer.<sup>5,8</sup>

### II.3. Definición de Términos

- **PREVALENCIA:** Se denomina a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.
- **CÁNCER:** La OMS lo define como un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, cuya característica es que se da una generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da nombre a la metástasis.
- **CÁNCER ORAL:** Cáncer localizado en la cavidad bucal y la orofaringe.
- **SÍNTOMAS:** Es la señal o indicio subjetivo de una enfermedad que está sucediendo o que va a suscitarse posteriormente.
- **SIGNOS:** Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.
- **MUCOSA ORAL:** Membrana húmeda que reviste la cavidad bucal y orofaríngea que tiene contacto con el medio externo.
- **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Determinación o identificación de una enfermedad mediante el examen de los síntomas que presenta.

## **II.4. Planteamiento del problema**

### **II.4.1. Área Problema**

El Cáncer de mucosa oral es una patología maligna cuyos casos al año van en incremento, por lo que refieren los profesionales odontólogos que trabajan en la práctica privada, así como en las diversas entidades hospitalarias. Se presume que dicho incremento se da básicamente por el estilo de vida, hábitos nocivos y a la exposición a radiación o a agentes químicos diversos de manera crónica.

Las características principales del cáncer de mucosa oral son la ulceración, metástasis y su carácter asintomático, por lo cual los pacientes no acuden a consulta a tiempo y su pronóstico se ve perjudicado. Este tipo de neoplasia equivale entre el 2 a 4 % de todos las neoplasias diagnosticadas y el porcentaje de supervivencia es de solo un 25% de los individuos diagnosticados.

### **II.4.2. Delimitación del Problema**

Las diversas encuestas y entrevistas realizadas en los servicios de odontología a niveles hospitalarios y también a los colegas odontólogos que trabajan en consultorios privados nos da una idea inexacta de cómo los pacientes con cáncer oral y fundamentalmente el cáncer de mucosa oral va en incremento. Es importante realizar estudios más detallados de cómo esa prevalencia va en aumento y cuantos odontólogos realmente tienen la capacidad de diagnosticarlo en sus estadios más incipientes para poder tomar las medidas rápidas para el mejor beneficio del paciente. Por lo tanto el presente trabajo buscó realizar un estudio de cómo se va dando la prevalencia de cáncer oral por año en un servicio hospitalario.

### **II.4.3. Formulación del problema**

¿Cuál es la prevalencia de cáncer en mucosa oral en los pacientes atendidos en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012?

### **II.5. Justificación**

Los estudios sobre cáncer en mucosa oral son importantes para dilucidar cuál es la prevalencia, cuales son las manifestaciones del cáncer oral, cuales son los métodos diagnósticos y cuál es la conducta a tomar ante esta patología. Dentro de todos los puntos que involucra el conocimiento del cáncer en mucosa oral, el saber la prevalencia es importantísimo para poder tener una idea de cuantos pacientes podrían estar presentando esta patología, y así poder aplicar el conocimiento sobre las medidas a tomar ante este mal y también poder conocer la casuística de ella para que se pueda tomar conciencia del avance de esta enfermedad a través de los años por diversos agentes muy comunes en nuestra sociedad. Es por eso que los estudios sobre prevalencia de cáncer en mucosa oral son de suma importancia para tener en claro que tan frecuente es esta patología, y poder hacernos la idea de que en algún momento podría llegar un paciente con ella a la consulta, y que el odontólogo entienda que él y nadie más que él tiene la responsabilidad de poder diagnosticar y tratar dicha patología cuando recién presenta sus primeras manifestaciones y características. Con el presente trabajo no solo se buscó identificar la prevalencia de esta patología en los años 2008 al 2012, sino también se buscó motivar a otros profesionales a seguir investigando sobre la prevalencia de esta patología en años subsiguientes.

## **II.6. Objetivos**

### **II.6.1. Objetivo General**

- Determinar la prevalencia de cáncer en mucosa oral en los pacientes atendidos en el servicio de estomatología quirúrgica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012.

### **II.6.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la prevalencia de cáncer en mucosa oral según edad del paciente en el servicio de estomatología quirúrgica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Determinar la prevalencia de cáncer en mucosa oral según género del paciente en el servicio de estomatología quirúrgica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Determinar la prevalencia de cáncer en mucosa oral según la localización anatómica en el servicio de estomatología quirúrgica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Determinar la prevalencia de los distintos tipos de neoplasias según el diagnóstico histopatológico.
- Determinar la prevalencia de las distintas variedades histológicas de las neoplasias según el diagnóstico histopatológico.

## **III. MATERIALES Y METODOS**

### **III.1. Tipo de estudio:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

- Descriptivo: describió las características de los pacientes con cáncer de mucosa oral en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Retrospectivo: registró hechos ocurridos con anterioridad al diseño de este estudio.
- Transversal: La recolección de datos se realizó en un solo momento de acuerdo a los objetivos de la investigación.

### **III.2. Población y muestra**

#### **III.2.1. Población:**

- La población está conformada por las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012.

#### **III.2.2. Muestra:**

- La muestra está conformada por las historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de cáncer en mucosa oral que fueron atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012.

#### **III.2.3. Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer en mucosa oral y su ubicación en el periodo 2008 al 2012.
- Historias clínicas que cuenten con el análisis anatomopatológico diagnosticando cáncer.
- Historias clínicas de pacientes mayores de 18 años.

### III.3. Operacionalización de Variables:

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA
Prevalencia de cáncer en mucosa oral	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer en mucosa oral que existe en una población en un determinado tiempo.	Diagnóstico Histopatológico	Diferenciación celular	Cualitativa Nominal	Carcinoma Epidermoide Carcinoma Verrucoso Carcinoma de células fusiformes Carcinoma Adenoescamoso Carcinoma Basaloide de células planas
		Variedad Histológica	Diferenciación celular	Cuantitativa Ordinal	CEO bien diferenciado CEO moderadamente diferenciado CEO pobremente diferenciado
		Localización Anatómica	Observación	Cualitativa Nominal	Labio Lengua Piso de boca Paladar Encía Carrillo
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad		Años cumplidos	Cuantitativa Ordinal	18 - 29 años 30 - 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años 60 - 69 años 70 a más años
GÉNERO	Características diferenciales de un hombre y mujer		Historia Clínica	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino



## **III.4. Materiales y Métodos**

### **III.4.1. Procedimientos y Técnicas**

- Se elaboró una solicitud dirigida al Hospital Nacional Arzobispo Loayza para los permisos correspondientes, como acceso al archivo de historias clínicas del hospital y al laboratorio de anatomía patológica.
- Se registró de las historias clínicas el número de historia clínica, la fecha de admisión, edad (distribuidas en 7 grupos etáreos), sexo (masculino o femenino) y localización de la lesión (Labio, lengua, piso de boca, paladar, encía y otras localizaciones).
- Se registró de los informes anatomopatológicos el diagnóstico anatomopatológico y la variedad histológica.
- Luego la información fue recolectada y procesada.

### **III.4.2. Recolección de datos**

- Los datos obtenidos fueron transcritos a una ficha de recolección de datos, para luego ser trasladados a una base de datos en el programa Excel Microsoft 2007.

### **III.4.3. Procesamiento de datos**

- Luego de la recolección de los datos, éstos fueron procesados en una computadora Pentium IV utilizando los siguientes programas: procesador de texto microsoft word 2007, microsoft excel 2007, SPSS versión 17.

#### **III.4.4. Análisis Estadístico**

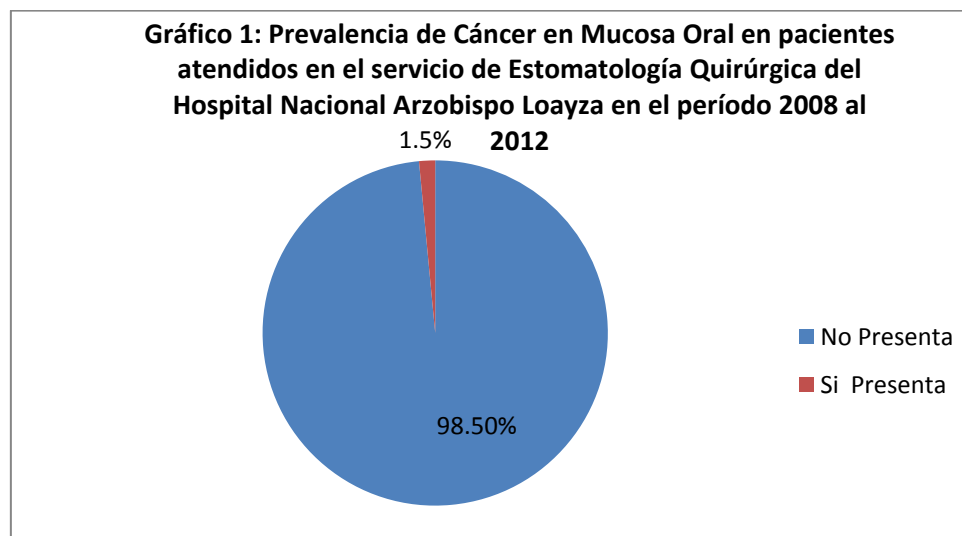
- Se utilizó una estadística descriptiva para el análisis de resultados y se presentaron tablas y gráficos para la distribución de frecuencias absolutas y relativas.

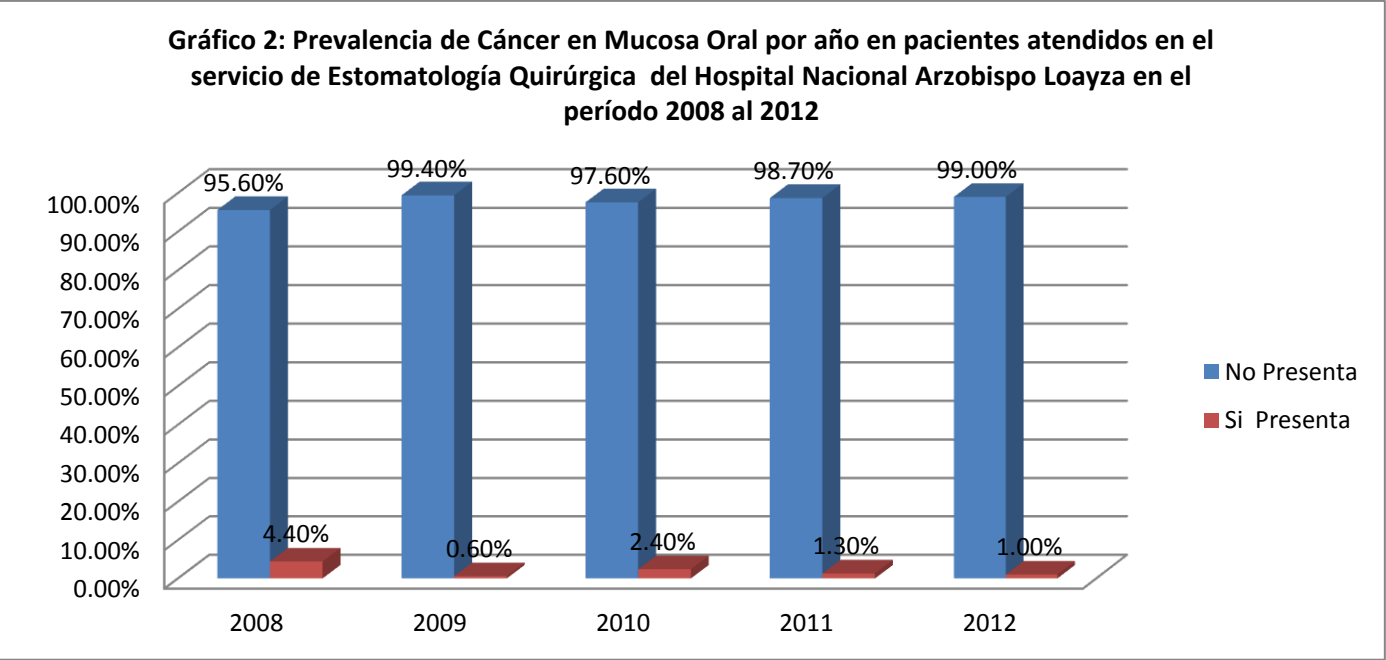
## IV. RESULTADOS

**Tabla 1: Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral en pacientes atendidos en el en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012.**

Presencia de cáncer en mucosa oral	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No Presenta	216	95.6%	319	99.4%	371	97.6%	773	98.7%	1054	99.0%	2733	98.5%
Si Presenta	10	4.4%	2	0.6%	9	2.4%	10	1.3%	11	1.0%	42	1.5%
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100%</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>	<b>380</b>	<b>100%</b>	<b>783</b>	<b>100%</b>	<b>1065</b>	<b>100%</b>	<b>2775</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas del servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 -2012



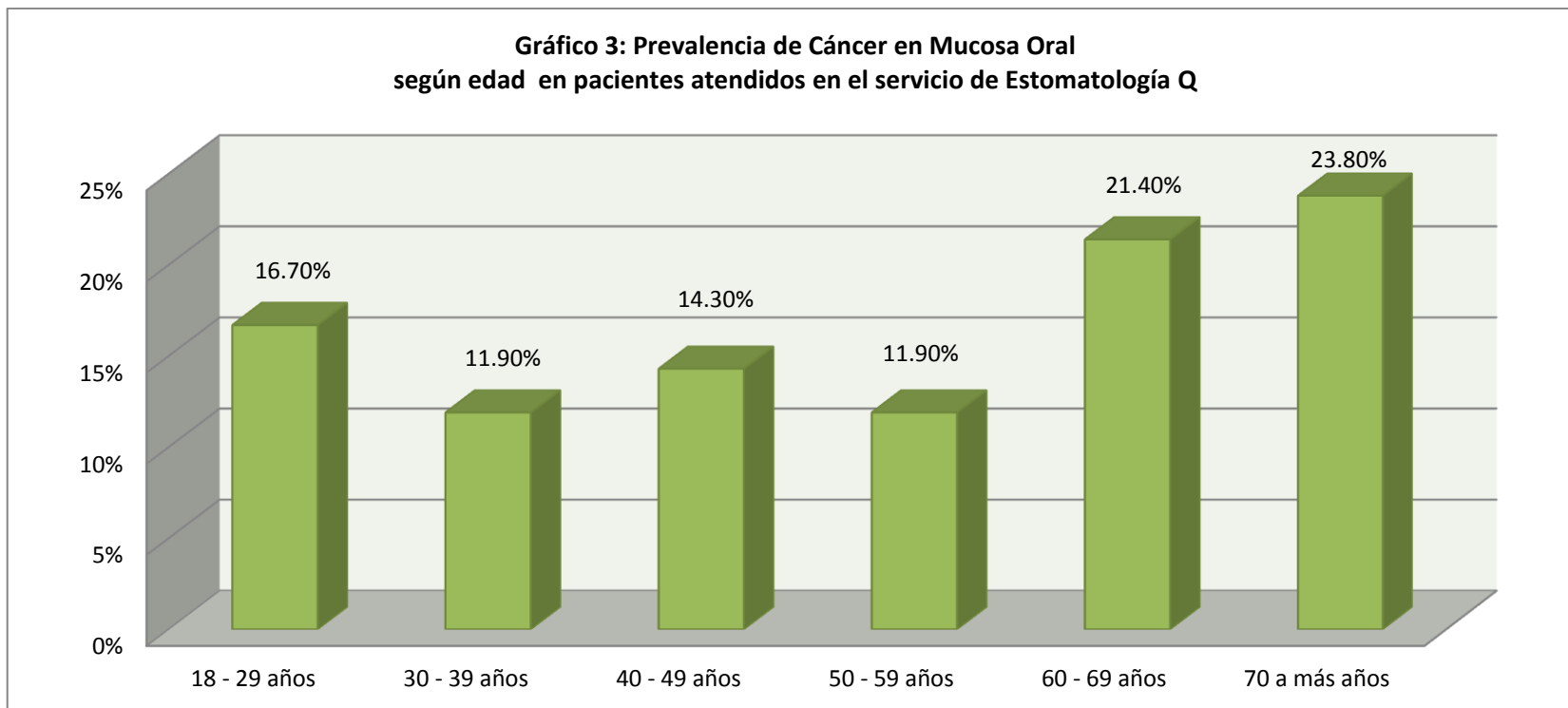


- En los años 2008 al 2012 fueron atendidos un total de 2775 pacientes en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL. Del total de pacientes atendidos en ese período, 42 tuvieron diagnóstico definitivo de cáncer en mucosa oral lo que representa el 1,5 %.

**Tabla 2: Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según edad por año en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012.**

	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18 - 29 años	2	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	30.0%	2	18.2%	7	16.7%
30 - 39 años	2	20.0%	1	50.0%	1	11.1%	0	0.0%	1	9.1%	5	11.9%
40 - 49 años	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	3	30.0%	2	18.2%	6	14.3%
50 - 59 años	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	3	27.3%	5	11.9%
60 - 69 años	2	20.0%	0	0.0%	3	33.3%	1	10.0%	3	27.3%	9	21.4%
70 a más años	3	30.0%	1	50.0%	4	44.4%	2	20.0%	0	0.0%	10	23.8%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.0%</b>	<b>2</b>	<b>100.0%</b>	<b>9</b>	<b>100.0%</b>	<b>10</b>	<b>100.0%</b>	<b>11</b>	<b>100.0%</b>	<b>42</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Informe histopatológico en historias clínicas del servicio de Estomatología Quirúrgica en el HNAL en el período 2008 al 2012



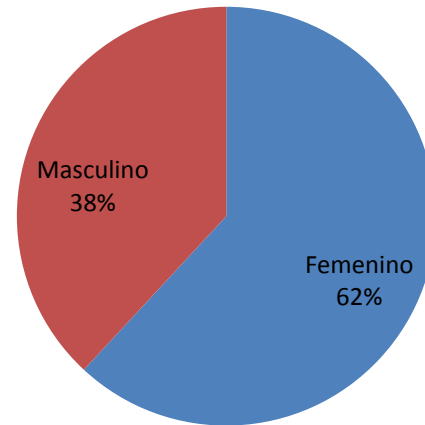
- En los años 2008 al 2012 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL fueron diagnosticados con cáncer en mucosa oral a 42 pacientes, de los cuales con respecto a la edad de los pacientes, entre 18 a 29 años se presentaron en total 7 casos (16,7%), entre 30 a 39 años se presentaron 5 casos (11,9%), entre 40 a 49 años se presentaron 6 casos (14,3%), entre 50 a 59 años se presentaron 5 casos (11,9%), entre 60 a 69 años se presentaron 9 casos (21,4%) y de 70 a más años se presentaron 10 casos (23,8%).

**Tabla 3: Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según género del paciente en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012**

	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Femenino</b>	7	70.0%	1	50.0%	4	44.4%	7	70.0%	7	63.6%	26	61.9%
<b>Masculino</b>	3	30.0%	1	50.0%	5	55.6%	3	30.0%	4	36.4%	16	38.1%
	10	100.0%	2	100.0%	9	100.0%	10	100.0%	11	100.0%	42	100.0%

Fuente: Informe histopatológico en historias clínicas del servicio de Estomatología Quirúrgica en el HNAL en el período 2008 al 2012

**Gráfico 4: Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según género del los paciente en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012**



- En los años 2008 al 2012 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL fueron diagnosticados con cáncer en mucosa oral a 42 pacientes, de los cuales con respecto al sexo del paciente tenemos que en total 26 casos se presentaron en mujeres (61,9%) y 16 en hombres (38,1%).

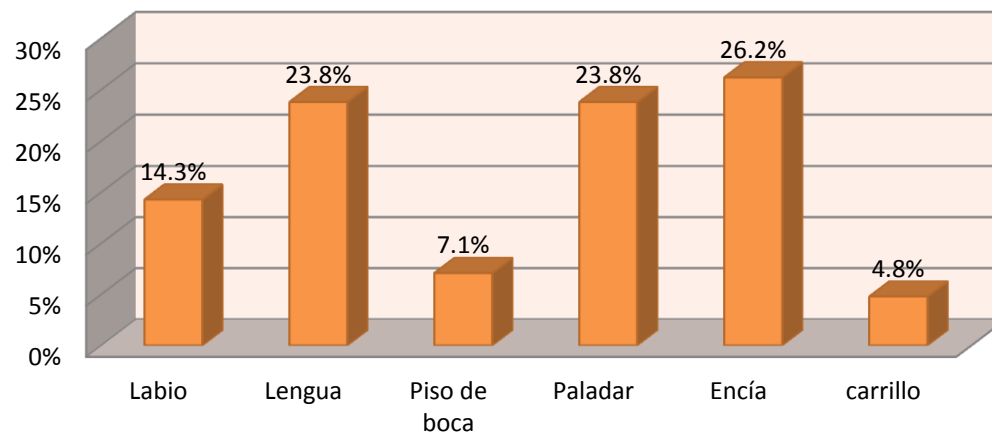


**Tabla 4: Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según la localización anatómica en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012**

	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Labio	1	10.0%	0	0.0%	1	11.1%	2	20.0%	2	18.2%	6	14.3%
Lengua	2	20.0%	0	0.0%	2	22.2%	2	20.0%	4	36.4%	10	23.8%
Piso de boca	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	1	10.0%	1	9.1%	3	7.1%
Paladar	4	40.0%	1	50.0%	0	0.0%	3	30.0%	2	18.2%	10	23.8%
Encía	3	30.0%	1	50.0%	4	44.4%	1	10.0%	2	18.2%	11	26.2%
carrillo	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	1	10.0%	0	0.0%	2	4.8%
TOTAL	10	100.0%	2	100.0%	9	100.0%	10	100.0%	11	100.0%	42	100.0%

Fuente: Informe histopatológico en historias clínicas del servicio de Estomatología Quirúrgica en el HNAL en el período 2008 al 2012

**Gráfico 5: Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral según la localización anatómica en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012**



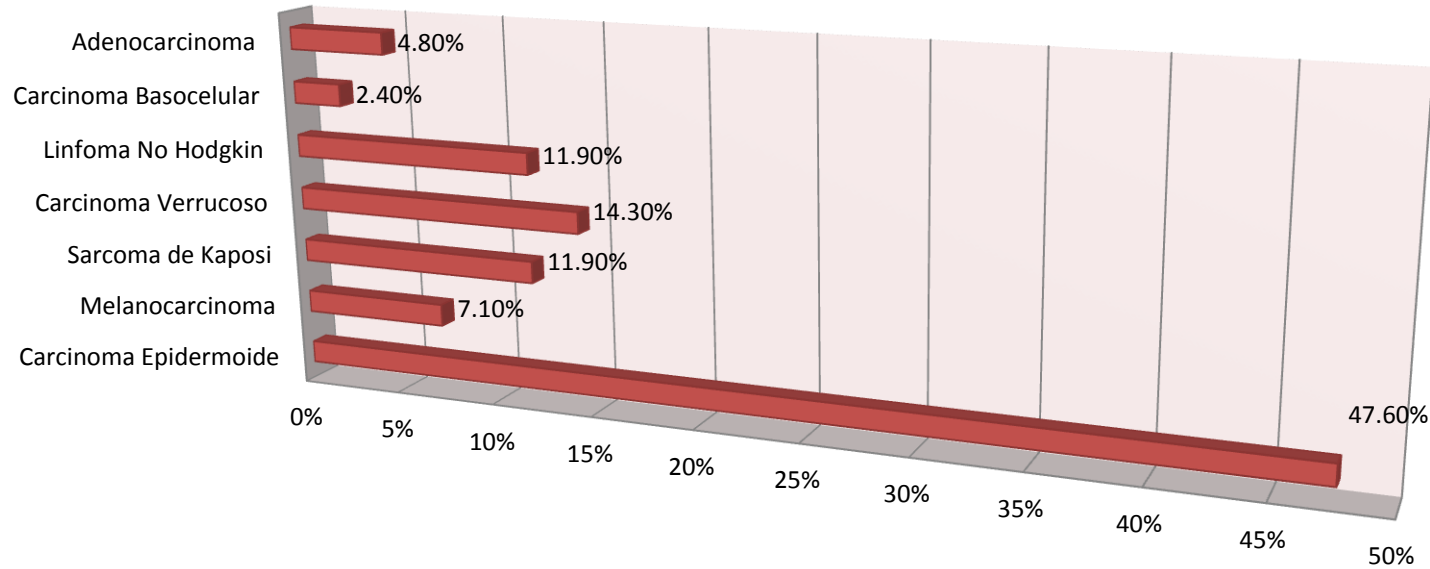
- En los años 2008 al 2012 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL fueron diagnosticados con cáncer en mucosa oral a 42 pacientes, de los cuales con respecto a la localización anatómica se presentaron 6 casos en labio (14,3%), 10 en lengua (23,8%), 3 en piso de boca (7,1%), 10 en paladar (23,8%), 11 en encía (26,2%), 2 en carrillo (4,8%).

**Tabla 5: Prevalencia de diversos tipos de Cáncer en Mucosa Oral con diagnóstico histopatológico en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012.**

	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Carcinoma												
Epidermoide	2	20.0%	1	50.0%	7	77.8%	3	30.0%	7	63.6%	20	47.6%
Melanocarcinoma	2	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	3	7.1%
Sarcoma de Kaposi	3	30.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	5	11.9%
Carcinoma												
Verrucoso	2	20.0%	0	0.0%	2	22.2%	2	20.0%	0	0.0%	6	14.3%
Linfoma No Hodgkin	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	30.0%	2	18.2%	5	11.9%
Carcinoma												
Basocelular	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	1	2.4%
Adenocarcinoma	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	2	4.8%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.0%</b>	<b>2</b>	<b>100.0%</b>	<b>9</b>	<b>100.0%</b>	<b>10</b>	<b>100.0%</b>	<b>11</b>	<b>100.0%</b>	<b>42</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Historias clínicas del servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012

**Gráfico 6: Prevalencia de diversos tipos de Cáncer en Mucosa Oral con diagnóstico histopatológico en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012**



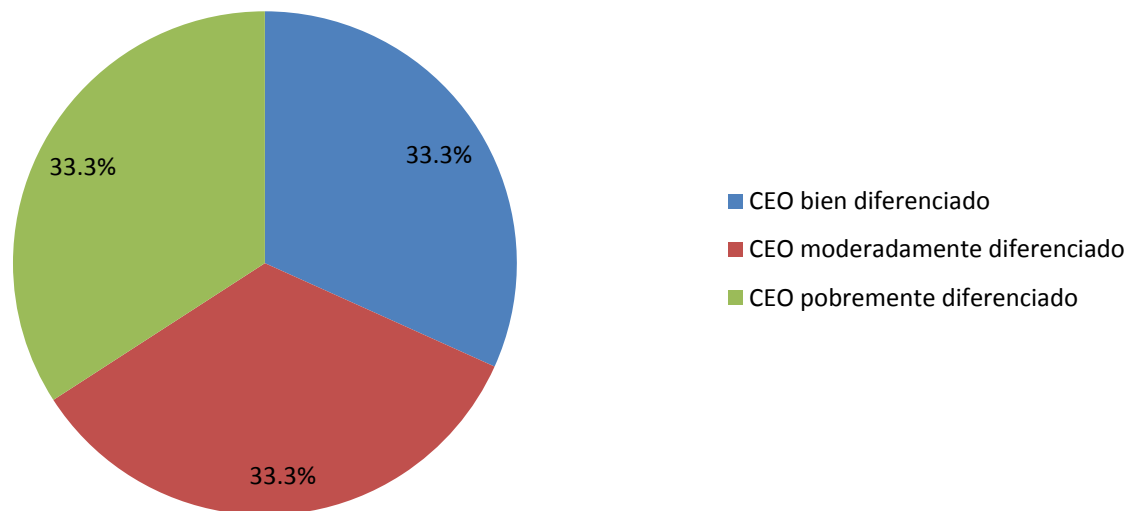
- En los años 2008 al 2012 fueron diagnosticados, en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL , con cáncer en mucosa oral 42 pacientes, de los cuales un total de 20 fueron diagnosticados con carcinoma epidermoide (47,6%), 3 con melanocarcinoma (7,1%), 5 con sarcoma de kaposi (11,9%), 6 con carcinoma verrucoso (14,3%), 5 con linfoma no hodgkin (11,9%), 1 con carcinoma basocelular (2,4%) y 2 con adenocarcinoma (4,8%).

**Tabla 6: Prevalencia de las distintas variedades histológicas de las neoplasias según el diagnostico histopatológico en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012**

	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
CEO bien diferenciado	2	20.0%	1	50.0%	5	55.5%	3	30.0%	3	27.3%	14	33.3%
CEO moderadamente diferenciado	5	50.0%	0	0.0%	2	22.2%	4	40.0%	3	27.3%	14	33.3%
CEO pobremente diferenciado	3	30.0%	1	50.0%	2	22.2%	3	30.0%	5	45.5%	14	33.3%
TOTAL	10	100.0%	2	100.0%	9	100.0%	10	100.0%	11	100.0%	42	100.0%

Fuente: Informe histopatológico en historias clínicas del servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012

**Gráfico 7: Prevalencia de las distintas variedades histológicas de las neoplasias según el diagnóstico histopatológico en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012**



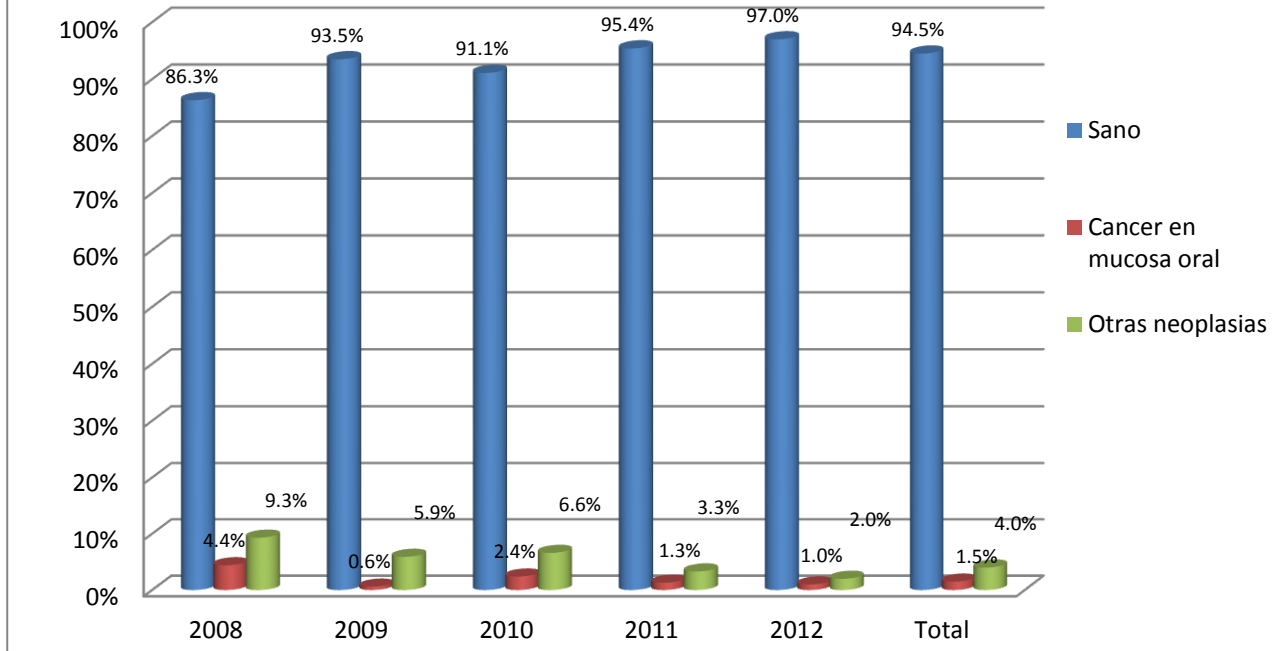
- En los años 2008 al 2012 en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL fueron diagnosticados con cáncer en mucosa oral a 42 pacientes, de los cuales con respecto a la variedad histológica se presentó un porcentaje de 33,3% de tipo bien diferenciado, 33,3% moderadamente diferenciado y 33,3% pobremente diferenciado.

**Tabla 7: Frecuencia de neoplasias y Cáncer en Mucosa Oral en pacientes atendidos en el en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012.**

Diagnósticos	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sano	195	86.3%	300	93.5%	346	91.1%	747	95.4%	1033	97.0%	2621	94.5%
Cancer en mucosa oral	10	4.4%	2	0.6%	9	2.4%	10	1.3%	11	1.0%	42	1.5%
Otras neoplasias	21	9.3%	19	5.9%	25	6.6%	26	3.3%	21	2.0%	112	4.0%
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100.0%</b>	<b>321</b>	<b>100.0%</b>	<b>380</b>	<b>100.0%</b>	<b>783</b>	<b>100.0%</b>	<b>1065</b>	<b>100.0%</b>	<b>2775</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Historias clínicas del servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012

**Gráfico 8: Frecuencia de neoplasias y Cáncer en Mucosa Oral en pacientes atendidos en el en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012**



- En los años 2008 al 2012 fueron atendidos un total de 2775 pacientes en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL, de los cuales 2621 fueron diagnosticados sin ninguna patología neoplásica, 42 con cáncer en mucosa oral y 112 con otras neoplasias.

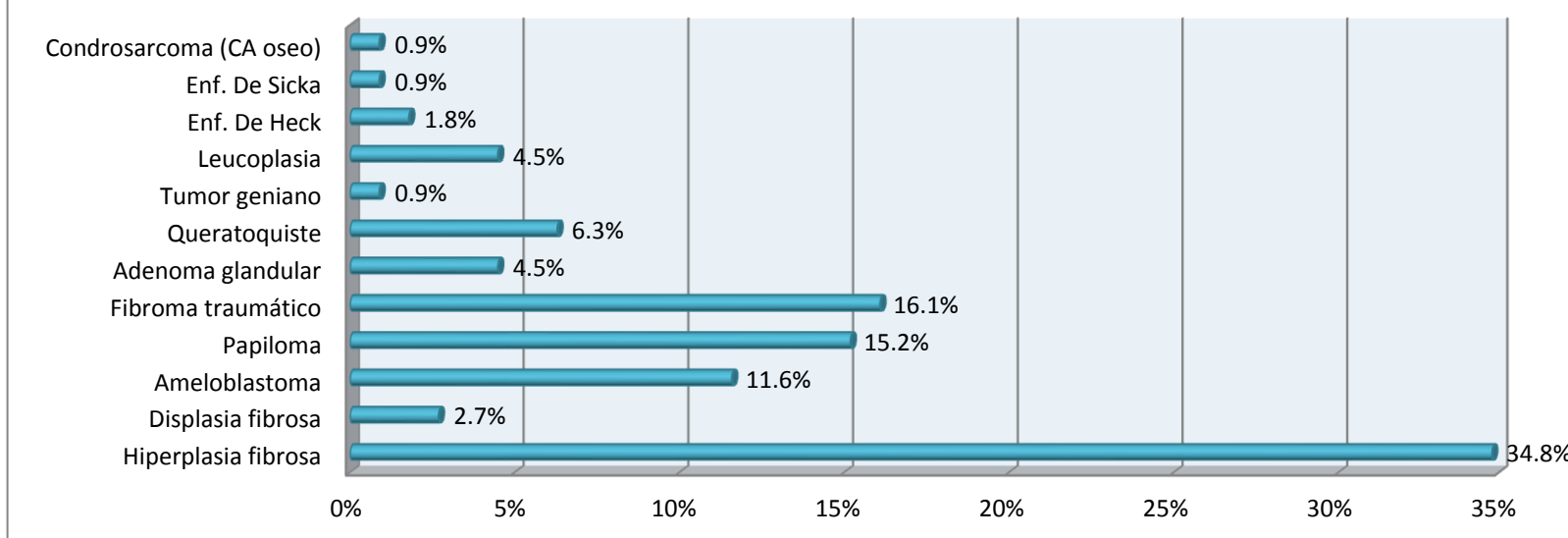


**Tabla 8: Prevalencia de las diversas tipos de neoplasias orales según diagnóstico histopatológico presentadas en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012.**

	2008		2009		2010		2011		2012		TOTAL	
	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hiperplasia fibrosa	6	28.6%	5	26.3%	8	32.0%	12	46.2%	8	38.1%	39	34.8%
Displasia fibrosa	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.8%	1	4.8%	3	2.7%
Ameloblastoma	3	14.3%	3	15.8%	2	8.0%	1	3.8%	4	19.0%	13	11.6%
Papiloma	4	19.0%	2	10.5%	6	24.0%	1	3.8%	4	19.0%	17	15.2%
Fibroma traumático	4	19.0%	4	21.1%	6	24.0%	2	7.7%	2	9.5%	18	16.1%
Adenoma glandular	2	9.5%	0	0.0%	1	4.0%	1	3.8%	1	4.8%	5	4.5%
Queratoquiste	1	4.8%	3	15.8%	0	0.0%	2	7.7%	1	4.8%	7	6.3%
Tumor geniano	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%
Leucoplasia	0	0.0%	1	5.3%	1	4.0%	3	11.5%	0	0.0%	5	4.5%
Enf. De Heck	0	0.0%	0	0.0%	1	4.0%	1	3.8%	0	0.0%	2	1.8%
Enf. De Sicka	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	1	0.9%
Condrosarcoma (CA óseo)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	1	0.9%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100.0%</b>	<b>19</b>	<b>100.0%</b>	<b>25</b>	<b>100.0%</b>	<b>26</b>	<b>100.0%</b>	<b>21</b>	<b>100.0%</b>	<b>112</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Historias clínicas del servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL en el período 2008 al 2012

**Gráfico 9: Prevalencia de las diversas tipos de neoplasias orales según diagnóstico histopatológico presentadas en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012**



- En los años 2008 al 2012 se presentaron en el servicio de Estomatología Quirúrgica del HNAL diagnósticos de patologías que tuvieron alguna sospecha de cáncer en mucosa oral, siendo sus diagnósticos definitivos hiperplasias y displasias fibrosas, ameloblastomas, entre otros. En ese período de tiempo también se presentaron casos de papilomas, las cuales están consideradas como lesiones pre cancerígenas y un caso de condrosarcoma, el cual es un caso de cáncer pero no de mucosa oral sino de hueso.

## **V. DISCUSIÓN:**

El cáncer es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad en el mundo, gracias a factores de riesgo como el alcohol, el tabaco y otros se hace más prevalente el desarrollo de cáncer en la cavidad bucal en la actualidad, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja para desarrollar programas que disminuyan la incidencia de esta patología (Petersen, 2009)<sup>11</sup>.

Muchos estudios realizados indican que un precoz diagnóstico de cáncer oral en los pacientes pueden mejorar el pronóstico de la enfermedad y la esperanza de vida hasta en 2 a 3 veces (Warnakulasuriya, 2010)<sup>12</sup>, por lo que la importancia de un correcto diagnóstico y una correcta identificación de la prevalencia de algunos factores como la edad, sexo y localización en las entidades de salud pública es crucial para la salud de los pacientes.

El presente trabajo nos muestra la prevalencia de cáncer en mucosa oral en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Perú), el cual es una institución de salud importante y referencial en la que acuden una gran cantidad de pacientes por año. El trabajo se realizó estudiando las historias clínicas de los años 2008 hasta el 2012 de dicha institución y buscó determinar tanto la prevalencia de cáncer en mucosa oral, como también buscó identificar la prevalencia con respecto al tipo de carcinoma presentado, al tipo de variedad histológica, a la ubicación, a la edad y el sexo.

El trabajo presentado mostró como resultados que el tipo más prevalente de cáncer en mucosa oral fue el carcinoma epidermoide, similar a lo que obtuvieron como resultados trabajos realizados por García (2009)<sup>1</sup> y Tonaco (2008)<sup>2</sup>, quienes demostraron en sus estudios de prevalencia que el cáncer que tuvo mayor número de casos fue el epidermoide o de células escamosas.

Otros resultados presentados en el trabajo fueron que con respecto a la prevalencia en la ubicación de las lesiones, el cáncer oral se presentó en la mayoría de los casos en la encía, lengua y paladar, resultados que fueron muy similares a los obtenidos por Ochsenius (2003)<sup>5</sup>, los cuales indican que la mayor prevalencia se da en encía y lengua. Estudios realizados por García

(2009)<sup>1</sup> indican que la mayor prevalencia se da en piso de boca y lengua. Por el contrario en otros estudios, como los realizados por Rivera (2005)<sup>4</sup> tienen por resultados que el lugar menos prevalente de ubicación del cáncer oral se da en encía pero coinciden en el que uno de los lugares más prevalentes de la lesión cancerígena se da en lengua.

La edad es un factor importante en el desarrollo del cáncer, incluso en algunos estudios lo definen como la enfermedad de la vejez (Anand, 2008)<sup>13</sup>, por lo que en el presente trabajo se determinó que en los pacientes mayores de 60 años se dio la mayor prevalencia de esta enfermedad, siendo los pacientes mayores de 70 años específicamente los que tuvieron el mayor porcentaje. Trabajos realizados por Quer (2001)<sup>6</sup> demostraron también que la edad en el que se da la mayor prevalencia de cáncer oral son los pacientes mayores de 60 años, mientras que investigaciones de prevalencia realizados por Peña (2005)<sup>3</sup> incidieron en el que la edad más crítica de manifestación del cáncer son los pacientes mayores de 70 años. Por lo contrario, otros estudios como en los que trabajó Tonaco (2008)<sup>2</sup> nos dice que el rango de edad en la que se da mayor prevalencia de carcinoma oral es el de 50 a 60 años de edad.

Otros resultados planteados en la presente investigación es que se evidencio mayor prevalencia de cáncer en mucosa oral en pacientes de sexo femenino, aproximadamente en una proporción con respecto a los hombres de 1,6: 1. Por lo contrario, investigaciones realizadas por Quer (2001)<sup>6</sup> nos indican que la proporción entre hombres y mujeres en prevalencia de cáncer oral es de 12:1 respectivamente e investigaciones hechas por Peña (2005)<sup>3</sup> también nos indican que la proporción hombres: mujeres en cuestiones de prevalencia de cáncer oral es de 10:1 respectivamente, contradiciendo totalmente lo encontrado en el estudio. Mientras que en otros estudios realizados por Rivera (2005)<sup>4</sup>, a pesar de que demuestra que la proporción en prevalencia de cáncer en mucosa oral también favorecen al sexo masculino en una proporción de 2,8:1, éste nos dice también que esa proporción se hace, con el pasar de los años, cada vez menor, pudiendo llegar a favorecer en el futuro al sexo femenino, ya que algunos factores como el tabaco y alcohol se hacen más comunes en las mujeres conforme pasa el tiempo.

Un aspecto importantísimo que se incidió en el estudio fue en la determinación de la prevalencia de papiloma oral, ya que esta patología ha sido definida como un mal pre cancerígeno, llegando a presentar en algunos estudios una estrecha asociación con un futuro carcinoma epidermoide por ejemplo (Anaya, 2008)<sup>14</sup>. En el trabajo, de 112 lesiones diagnosticadas con patologías no cancerígenas, el 15,2% corresponde a papiloma oral, el cual puede con el tiempo y sin un correcto diagnóstico, evolucionar en una lesión cancerígena oral.

Por lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que una vez identificada la prevalencia del cáncer oral de acuerdo a su ubicación, sexo, edad y tipo, podemos tener criterios más acertados para que el profesional odontólogo pueda estar en alerta ante un caso de lesión cancerígena presentado en la consulta privada o a nivel hospitalario. Este trabajo nos va brindar un mayor panorama sobre la prevalencia del cáncer oral y la prevalencia de los diversos factores asociados, los cuales enriquecen los criterios diagnósticos para un correcto protocolo de acción ante dichos casos neoplásicos.

## VI. CONCLUSIONES:

- 1) Existe una prevalencia considerable de cáncer en mucosa oral (1,5%) en la totalidad de pacientes que acudieron al servicio de estomatología quirúrgica del HNAL entre los años 2008 al 2012. Siendo el año 2008 en el que se presentó el porcentaje más elevado (4,4%) y el 2009 el año en el que se presentó el porcentaje más bajo (0,6%) de todos los pacientes atendidos en esos años.
- 2) En el servicio de estomatología quirúrgica del HNAL entre los años 2008 al 2012 fueron atendidos un total de 2775 pacientes, de los cuales 42 presentaron diagnóstico definitivo de cáncer en mucosa oral.
- 3) Dentro de los diversos tipos de carcinomas en mucosa oral que llegaron al servicio de estomatología quirúrgica del HNAL entre los años 2008 al 2012, el carcinoma epidermoide fue el más prevalente representando el 47,6% del total de casos en estos años, mientras que el carcinoma basocelular fue el menos prevalente de todos, representando el 2,4% del total.
- 4) Tomando en cuenta la variedad histológica de los carcinomas presentados en el servicio de estomatología quirúrgica del HNAL entre los años 2008 al 2012, tenemos que en la totalidad de los casos presentados en esos años, se evidenció igual prevalencia entre las variedades bien diferenciadas, medianamente diferenciadas y pobremente diferenciadas, siendo el porcentaje de cada una de ellas el 33,3% del total de los casos.
- 5) Del total de carcinomas presentados en el servicio de estomatología quirúrgica del HNAL entre los años 2008 al 2012 se evidenció que la localización anatómica más prevalente en los cuales se desarrolló las lesiones fueron la encía (26,2%), la lengua (23,8%) y el paladar (23,8%),

siendo el menos prevalente de encontrar estas lesiones en el piso de boca (7,1%) y el carrillo (4,8%).

- 6) De todos los pacientes que fueron diagnosticados con carcinomas en mucosa oral, los mayores de 70 años fueron los que presentaron mayor prevalencia de estas patologías, siendo el 23,8% del total de todos los casos diagnosticados entre los años 2008 al 2012; siguiéndole en prevalencia los pacientes cuyas edades se encuentran entre los 60 a 69 años con un 21,4% del total de casos que se diagnosticaron en estos años.
  
- 7) En el servicio de estomatología quirúrgica del HNAL entre los años 2008 al 2012 fueron diagnosticados 42 casos de cáncer en mucosa oral, encontrándose que el 61,9% de todos los casos presentados en estos años fueron diagnosticados en mujeres, mientras que el 38,1% de los casos fueron diagnosticados en pacientes hombres. Con esto se determina que es una patología más prevalente en mujeres que en hombres.

## VII. RECOMENDACIONES

1. El presente trabajo sirve para evidenciar la prevalencia de cáncer en mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología quirúrgica del hospital nacional Arzobispo Loayza entre los años 2008 al 2012, por lo que se recomienda realizar más estudios con respecto a la prevalencia de cáncer en mucosa oral en periodos de tiempo anterior al 2008, o en periodos posteriores al 2012, con el propósito de tener un control completo de prevalencia con respecto a esta enfermedad.
2. En el trabajo se estudio la prevalencia de cáncer en mucosa oral, por lo que se recomienda hacer estudios de prevalencia en cáncer de tejidos óseos en cavidad oral, para tener un panorama más general de la patología cancerígena.
3. En este estudio se evaluó la prevalencia de cáncer oral diagnosticado en el servicio de estomatología quirúrgica del hospital nacional Arzobispo Loayza, por lo que se recomendaría también realizar estudios comparativos con otros servicios del hospital que podrían estar frente a un caso con cáncer oral no diagnosticado, como el servicio de otorrinolaringología, gastroenterología y cirugía de cabeza y cuello.
4. Por lo expuesto en el presente trabajo, y con los resultados obtenidos. Se recomienda que se realicen a futuro otros estudios de prevalencia de cáncer en mucosa oral en otros hospitales nacionales u otros centros de salud pública que sirvan para elaborar y ejecutar programas preventivo promocionales.



## VIII. RESUMEN:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia de cáncer en mucosa oral en los pacientes atendidos en el servicio de Estomatología Quirúrgica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012. Para la muestra se utilizaron las historias clínicas de pacientes con posible diagnóstico clínico de cáncer en mucosa oral que fueron atendidos en dicho servicio, y los cuales fueron confirmados mediante el análisis anatomopatológico.

Los resultados muestran que del total de pacientes atendidos en ese período, 42 obtuvieron diagnóstico definitivo de cáncer en mucosa oral y de los cuales 20 resultaron carcinomas epidermoides. También se obtuvo como resultado que en su variedad histológica se obtuvo el 33.3%, los cuales fueron evidenciados en sus distintas variedades histológicas a través de estudios biopsicos en igual proporción (bien, moderadamente y no diferenciados). En cuanto a su localización la encía presentó el 26.2%, así como el grupo etáreo de 70 años a mas obtuvo el 23.8% y el sexo femenino el 61.9%.

Las conclusiones del estudio fueron que del total de pacientes atendidos en dicho período, el carcinoma epidermoide se considera el más prevalente. Así como también en la variedad histológica no hubo predominio alguno entre ellos. En cuanto a su localización la encía fue la más predominante, así como el grupo etáreo de 70 años a más y el sexo femenino.

Palabras claves: cáncer, mucosa oral, carcinoma epidermoide, variedad histológica.

## **ABSTRACT**

A descriptive study, retrospective and cross-sectional was conducted with the aim of determining the prevalence of cancer in oral mucosa in patients treated in the surgical stomatology in the Archbishop Loayza National Hospital in the period 2008 to 2012. To sign the medical records of patients were used with possible clinical diagnosis of oral mucosal cancer were treated at the service, and which were confirmed by pathological analysis.

The results show that of all patients seen in this period, 42 had definitive diagnosis of cancer in oral mucosa and 20 which were squamous cell carcinomas. Was also obtained as a result in histological variety 33.3 % for each was obtained. In terms of location the gum obtained 26.2% and the age group 70 years to more earned 23.8 % and 61.9 % female.

The findings were that of all patients seen in this period, squamous cell carcinoma is considered the most prevalent. As well as the histologic type there was no predominant among them. In terms of location the gum was the most predominant and the age group 70 years and more females.

Keyword: cancer, oral mucosa, squamous cell carcinoma, histological variety.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García – García V, Bascones Martínez A. Cáncer Oral: Puesta al día. Av. Odontoestomatol 2009; 25(5): 239-248.
2. Tonaco F, Saliba C et al. Epidemiologia do câncer de boca em laboratorio público do Estado de Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2008; 24(9):1977-1982.
3. Peña A, Arredondo M, Vila L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(1).
4. Rivera P, Martínez R. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y fríngeo en Chile. Rev Méd Chile 2005; 133: 555-563.
5. Ochsenius G, Ormeño A et al. Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer de labio en pacientes chilenos. Correlación clínico-histológica. Rev Méd Chile 2003; 131: 60-66.
6. Quer M, León X et al. Análisis de 2500 carcinomas escamosos de cabeza y cuello. Acta Otorrinolaring Esp 2001; 52: 201-205.
7. García – García V, Gonzáles – Moles MA. Bases moleculares del cáncer oral. Revisión bibliográfica. Av. Odontoestomatología 2005; 21(6): 287-295.
8. Rocha A. Cáncer oral: El papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009; 21(1): 112-121.
9. Gallegos J. Lesiones preneoplásicas de la cavidad bucal: detección y diagnóstico oportuno. Cir Ciruj 2008; 76: 197-198.
10. Lence J. Repercusiones éticas de los programas de pesquisaje masivo en el control del cáncer. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(1).

11. Petersen P. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology* 2009; 45; 454-460.
12. Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncology* 2010; 46; 407-410.
13. Anand P. Curcumin and cancer: An “old-age” disease with an “age-old” solution. *Cancer Letters* 2008; 267; 133–164.
14. Anaya G. High Association of Human Papillomavirus Infection with Oral Cancer: A Case-Control Study. *Archives of Medical Research* 2008; 39; 189-197.
15. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology* 2009; 45; 309–316.
16. Reichart P. Betel quid chewing, oral cancer and other oral mucosal diseases in Vietnam: a review. *J Oral Pathol Med* 2008; 37; 511–514.
17. Liang X. Prevalence and Significance of Human Papillomavirus in Oral Tongue Cancer: The Mayo Clinic Experience. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66; 1875-1880.
18. Zini A. Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. *J Oral Pathol Med* 2010; 39; 299–305.
19. Machado J. Low prevalence of Human Papillomavirus in oral cavity carcinomas. *Head & Neck Oncology* 2010; 2; 1-6.
20. Bagan J. Oral cancer: Clinical features. *Oral Oncology* 2010; 46; 414–417.
21. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncology* 2009; 45; 340–350.

# **X. ANEXOS**

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° del Reporte o Biopsia:

Sexo:

Edad:

Médico:

Localización anatómica:

--- Labio

--- Lengua

--- Piso de boca

--- Paladar

--- Encía

--- Otras localizaciones:

Diagnóstico Histopatológico:

--- Carcinoma epidermoide

--- Carcinoma verrucoso

--- Carcinoma de células fusiformes

--- Carcinoma adenoescamoso

--- Carcinoma Basaloide de células planas

Variedad Histológica:

--- CEO bien diferenciado

--- CEO moderadamente diferenciado

--- CEO pobremente diferenciado

## SOLICITUD PARA EJECUCIÓN DE TESIS EN EL HNAL

SOLICITO: EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS <sup>16929</sup>

Dra. ZARELA SOLIS VASQUEZ

Directora General

Hospital Nacional Arzobispo Loayza



Yo, Evelin Zusan García León, Bachiller en Odontología, con DNI N° 43399285; me presento ante Ud. con el debido respeto y expongo:

Que, habiendo culminado mi Internado Hospitalario en su digna Institución del 01-01-2012 al 31-12-2012. Solicito me brinde el permiso correspondiente para la ejecución de mi Proyecto de Tesis

Lima, 17 de julio del 2013.



*EGL*

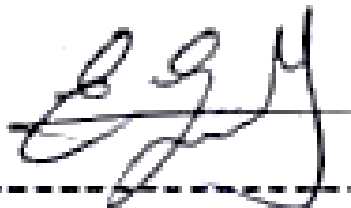
-----  
Evelin Zusan García León  
DNI:43399285

## **CARTA DE COMPROMISO DEL INVESTIGADOR**

Yo: **Evelin Zusan García León**, Investigadora

Principal del Trabajo de Investigación: **Prevalencia de Cáncer en Mucosa Oral en el Servicio de Estomatología Quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012.** Me comprometo a respetar las Normas Institucionales y éticas del Hospital y entregar un ejemplar, en escrito y formato electrónico, a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, del Trabajo de Investigación al ser aceptado como tesis, artículo en una revista, abstract en un Congreso u otra publicación de éste. Además autorizo la publicación del mismo por parte del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Lima, 17 de julio del 2013



-----  
Investigador Principal



## PERMISO DEL HNAL PARA LA EJECUCIÓN DE LA TESIS



### DIRECCIÓN GENERAL

Lima, 18 de Julio del 2013

OFICIO N° 1155 - HNAL -DG- 2013

Bachiller.  
**EVELIN ZUSAN GARCÍA LEÓN**  
Investigadora Principal.  
**Presente.-**

Ref.: Aprobación de Proyecto de Tesis  
Expediente N° 16929-2013

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted para saludarla cordialmente y acusar recibo de vuestra solicitud de autorización para Proyecto de Tesis, titulado: "PREVALENCIA DE CANCER EN MUCOSA ORAL EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL PERIODO 2008 AL 2012".

Al respecto le informamos que teniendo la opinión favorable de la Dirección Académica de la Facultad de Odontología de la UNMSM; de la Jefatura del Departamento de Estomatología de nuestra Institución y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta Dirección autoriza la realización del Proyecto de Tesis.

Se le informa que la vigencia de esta aprobación es por el período de un año a partir de la fecha, luego de lo cual de ser necesario, tendría que solicitar una renovación de Extensión de Tiempo y que los trámites deben realizarse dos meses antes de su vencimiento.

Así mismo el mencionado proyecto estará bajo la asesoría y supervisión del Dr. JHAMES IVAN ORE DE LA CRUZ - Jefe del Servicio de Estomatología Quirúrgica, de nuestra Institución.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración.

Atentamente,



[www.hospitalloayza.gob.pe](http://www.hospitalloayza.gob.pe)

Av. Alfonso Ugarte 848  
Lima - Perú  
T(511) 433-2411 / 431-3799  
Fax : 423-9154

## LESIÓN CANCERÍGENA EN BORDE LATERAL DE LENGUA



## INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO DEL PACIENTE

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
TIPO DE PATOLOGÍA

**INFORME ANATOMO PATOLOGICO**

Nº: 2012-16098

NOMBRES	BALDORN HUIRANDEZON PDA	PROCEDENCIA	CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
ORDEN Nº	2012-012101	MEDICO ENV	119981
H. CLINICA	247934	SEXO	FEMENINO
ECHENVID	10/12/2012	EDAD	
		CAMA	

**MUESTRA RECIBIDA**  
Biopsia de lengua

**EXAMEN MACROSCOPICO**  
Se recibe fragmento de tejido cubierto parcialmente por mucosa que mide 1.5x1x0.8 cm. Al corte tejido pardo claro. Se incluye todo.

**DIAGNOSTICO MICROSCOPICO**  
Carcinoma epidermoide de infiltrante grado histológico: Moderadamente diferenciado.  
Nivel de infiltración: Capa muscular, Borde de sección laterales y profundo: comprometidos por neoplasia

REPORTADO POR: CHIAN GARCIA CESAR  
FCH.REPORTE: 17/12/2012

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"  
DR. CESAR CHIAN GARCIA  
Médico Oncólogo  
C.R.P. 20713 - H.N.E. 13327

## LESIÓN CANCERÍGENA EN PALADAR



## INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO DEL PACIENTE

**INFORME ANATOMO PATOLOGICO**      Nº: 2012-1558

NOMBRES	SOTO ARQUE FORTUNATO	PROCEDENCIA	CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
ORDEN Nº	2012-01270	MEDICO ENV.	DR. PIERINO ALVAREZ BEDOYA
H. CLINICA	2471836	SEXO	FEMENINO      EDAD      55      CAMA
FCH ENVIO	28/12/2012		

**MUESTRA RECIBIDA**  
Biopsia de tumor en paladar

**EXAMEN MACROSCOPICO**  
Se recibe un fragmento de tejido pardo de 1.5x0.8x0.2cms. Superficie irregular. Se incluye todo. (Drs. Liberiano).  
(a)

**DIAGNOSTICO MICROSCOPICO**  
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE DE GRADO INTERMEDIO  
Se observa áreas con diferenciación a células claras.

HOSPITAL N° 2555  
Hospital Nacional "Arzobispo Layza"  
DR. PIERINO ALVAREZ BEDOYA  
C.R.F. 12732      A.C.C. 12732

REPORTADO POR: ALVAREZ BEDOYA PIERINO  
FCH.REPORTE: 28/12/2012