

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"

FACULTAD DE MEDICINA



**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL.**

**TEMA: FACTORES RELACIONADOS CON EL CARCINOMA EPIDERMOIDE
DE CAVIDAD ORAL, HOSPITAL ESCUELA DR. "ROBERTO CALDERON
GUTIERREZ", 2003 a 2007.**

Autor:

**Alioska Espinoza Hernández
Residente de Cirugía Maxilofacial**

Tutor:

**Sidnia Rodríguez.
Especialista en Cirugía Maxilofacial**

Asesor Metodológico:

Dra. Elizabeth Mercado

Dedicatoria

*Le dedico este trabajo monográfico, a mis **Padres**, quienes me han apoyado siempre y sin condición alguna.*

*A mis hermanos **Ana Karina y Oscar Lenin**, que en todo momento de mi especialidad me brindaron todo su apoyo.*

*A mi esposo, **Ramón Uriel**, quien ha sido una pieza importante en la culminación de este estudio y por formar parte de mi vida.*

Agradecimiento

A Dios, en primer lugar, por que solo en El he encontrado, orientación, confianza y paciencia a lo largo de mi especialidad.

A la Dra. Elizabeth Mercado, por estar siempre disponible para apoyarme con la tesis, en medio de tanto trabajo que la rodea siempre.

A mi tutora Dra. Sidnia Rodríguez por su apoyo incondicional.

Al Personal de Estadística y de manera particular al Sr. Noel Cano, por facilitarme la revisión de los expedientes, de los cuales obtuve los datos de este estudio.

A todos los Docentes del Servicio de Cirugía Maxilofacial, porque de cada uno de ellos aprendí un poco.

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir los factores relacionados al Cáncer Epidermoide de la Cavidad Oral.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo. El universo lo constituyeron, todos los expedientes de sujetos con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide, atendidos en la consulta externa del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2003-2007. La muestra fue de cincuenta y cuatro expedientes clínicos seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión.

Resultados: Predomina el sexo masculino en el 63% (n=34) de los casos, la edad promedio fue de 59 años (± 15). El hábito de tabaquismo se encontró en un 63% (n=34), y el alcoholismo en un 56% (n=30). La localización más frecuente fue la lengua en un 28% (n=15) en ambos sexos. Solo el 15% (n=8) tenían antecedentes familiares de neoplasia.

Conclusiones: La edad, el hábito de tabaquismo y el alcoholismo son los factores de riesgos más frecuentemente en sujetos con Carcinoma Epidermoide.

Índice

| | |
|---------------------------|----|
| ▪ INTRODUCCION | 1 |
| ▪ ANTECEDENTES | 2 |
| ▪ OBJETIVOS | 4 |
| ▪ MARCO TEORICO | 5 |
| ▪ DISEÑO METODOLOGICO | 16 |
| ▪ RESULTADOS | 18 |
| ▪ DISCUSION DE RESULTADOS | 22 |
| ▪ CONCLUSIONES | 26 |
| ▪ RECOMENDACIONES | 27 |
| ▪ ANEXOS | 28 |
| ▪ BIBLIOGRAFIA | 33 |

Introducción

El Cáncer Oral es la sexta causa principal de cáncer mundial. Actualmente constituye un problema de salud mundial. En Estados Unidos su incidencia es 30,000 casos por años (1). El Carcinoma Epidermoide representa el 5% de los tumores malignos del organismo (2). Su mortalidad es influenciada por la incidencia de la enfermedad y la supervivencia después del diagnóstico. El pronóstico depende de varios factores: fracaso al tratamiento, el desconocimiento del problema por parte de la población en general y la incidencia de casos en sujetos mayores de edad, desdentados, quienes suponen que no es necesario el examen oral periódico (3). Este Cáncer Oral produce un alto grado de morbilidad y deformidad, pudiendo convertir al enfermo en un ser marginado para la sociedad. Además conlleva a un alto grado de mortalidad.

El Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, es un Centro de Referencia Nacional en la Asistencia Bucal y Maxilofacial, siendo el Cáncer Epidermoide una de las patologías mas frecuente.

De acuerdo al departamento de estadísticas durante el 2003 se diagnosticaron en nuestro centro 11 casos de estos (8 eran mujeres y 3 hombres), en el 2004 se diagnosticaron 9 casos (8 en hombres y 1 en mujer), en el 2005 se diagnosticaron 10 casos (8 en hombres y 2 en mujeres), en el 2006 se diagnosticaron 9 casos (6 en hombres y 3 en mujeres), y en el 2007 se ha incremento a 15 casos (8 en hombres y 7 en mujeres).

Es por ello que nos vemos en la necesidad en realizar un estudio descriptivo inicialmente para conocer la presencia de algunos factores que pueden aumentar de forma proporcional el número de casos de Cáncer Epidermoide en Cavidad Oral y de esta manera incentivar a las autoridades a formar un sistema de vigilancia de la salud bucal, para lo cual es necesario realizar estudios prospectivos e identificar para incidir en los principales factores de riesgos que lo ocasionan y reducir la morbi-mortalidad en la población que lo sufre.

Antecedentes

En el año 1989, Morales R, Amador P, Hermans R. investigaron la “Frecuencia del Carcinoma Epidermoide en Cavidad Bucal, en el Departamento de Cirugía Máxilofacial del Hospital Manolo Morales “. En dicho estudio los resultados que se encontraron fueron: 53 casos de Carcinoma Epidermoide, siendo los mas afectados los mayores de 51 años (51%).

El sexo mas afectado fue el masculino (56%), se observo que un 43.4% de los sujetos afectados eran amas de casa, la mayoría de los sujetos pertenecía a la región III (Managua), y la localización anatómica mas frecuente fue la lengua en 24.5% (4).

En el años 2003 Gaitan Gutiérrez Jorge Isaac, realizo un estudio cuyo tema fue “Prevalencia del Carcinoma Epidermoide de Cabeza y Cuello, diagnosticados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Antonio Lenin Fonseca y el área de Cirugía Maxilofacial del Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez años 1997 al 2001”. En dicho estudio los resultados fueron: 97 casos de tumores malignos de cabeza y cuello; 64 corresponden al Carcinoma Epidermoide (66%), siendo más frecuentes en los hombres (81%), la edades más afectadas fueron los mayores de 63 años (41 %), el grado histológico mas frecuente fue el moderadamente diferenciado con 58% (5).

En 1995, Contreras, Haslam A. Investigo sobre el “Comportamiento y Manejo de las Neoplasias Malignas del Complejo Maxilofacial en H.M.M.P. 1992-1993”. Se estudiaron 69 casos, predominando el Carcinoma Epidermoide con 20 casos. Los tumores malignos se presentaron en el sexo masculino en 36 casos, en edades de 41 a 50 años (14 casos) (6).

En el 2007, Maynard K, realizó un estudio en el Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, el tema fue “Prevalencia de los Tumores de la Región Oral y Cervicofacial, años 2000-2006”. Resultados; la segunda neoplasia mas frecuente de la Región Maxilofacial fue el Carcinoma Epidermoide (n=21).

De estos casos, 16 fueron en el sexo masculino, siendo más frecuentes en los sujetos mayores de 60 años (n=11). El Carcinoma Epidermoide fue causante de la mayor cantidad de muertes por estas neoplasias (n=4) de 15 que fueron el total, según el tipo histológico de tumores de la región oral y cervico facial. El sitio anatómico más afectado la región geniana (n=6), seguido cervical anterior (n=5). Se presentaron 7 casos de recidivas (7).

Objetivo General

Describir los factores relacionados al Cáncer Epidermoide de Cavidad Oral, Hospital Escuela Dr. “Roberto Calderón Gutiérrez”, Enero 2003 a Diciembre 2007.

Objetivos Específicos

1. Conocer las características socio demográficas de los sujetos con Carcinoma Epidermoide.
2. Conocer los factores asociados a la presencia de Cáncer Epidermoide de Cavidad Oral.
3. Conocer la localización anatómica del Carcinoma Epidermoide de acuerdo al género.

Marco Teórico

Se tiene evidencias de que el cáncer ocurre como consecuencia de las condiciones de vida. Los agentes carcinogénicos que las personas respiran, ingieren o usan, determinan en gran medida la ocurrencia de esta enfermedad. De aquí que la modificación del estilo de vida representa un elemento esencial en la prevención del cáncer.

Se considera que el 30 % de los cánceres orales son prevenibles a partir del control del hábito de fumar. Si el cáncer es detectado tempranamente, el tratamiento será indicado con intención curativa (8).

Neoplasia.

Literalmente neoplasia significa crecimiento nuevo.

Se ha tratado de dar un concepto fijo de neoplasia, pero si bien es difícil de definir, el oncólogo reconocido Sir Rupert Willis, es quien está más cerca de lograr la conceptualización afirmando que “una neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede el tejido normal y no está coordinado con él, y que persiste de la misma forma excesiva tras finalizar el estímulo que suscitó la alteración”.

La neoplasia maligna originada en epitelio se llama Carcinoma, y el que surge de cualquier parte del epitelio del cuerpo se llama Carcinoma de células escamosas (9).

Características Generales.

Los tumores malignos pueden ser bien diferenciados o indiferenciados. El tumor maligno se forma por la proliferación sin maduración de las células transformadas.

Tasa de crecimiento En general la tasa de crecimiento de los tumores guarda relación con sus niveles de diferenciación, y por lo tanto la mayoría de los tumores malignos crecen más rápido que los benignos.

Invasión local: Crecimiento infiltrante: el cáncer crece mediante infiltración progresiva, invasión, destrucción y penetración de los tejidos que lo rodean. La invasión local es una de las características que permite distinguir a los tumores malignos.

Metástasis: Son implantes tumorales alejados del tumor primario que caracterizan de forma inequívoca un tumor maligno. Existen excepciones en cuanto a la metástasis en los tumores malignos como gliomas y Carcinoma Basocelular (10).

Definición.

El Carcinoma Epidermoide también llamado de epitelio espinocelular, Carcinoma de Células Escamosas, es el tumor que mas metástasis provoca la cual va a estar en dependencia de la ubicación de tumor primario y del tiempo de evolución que tenga la lesión, además de ser la neoplasia mas maligna y mas frecuente de la Cavidad Oral (8).

Epidemiología.

Representa el 90 – 95% de todos los tumores malignos de la boca y maxilar. En etapas tempranas puede presentarse como una lesión blanca o mancha roja o bien presentarse como la ulcera persistente, que por lo general el paciente no revela ser conciente de su presencia si no hasta alcanzar estadios relativamente avanzados, dado que se presenta como lesión habitualmente indolora (8).

Los Carcinomas bucales y bucofaríngeos de células escamosas representan de manera general alrededor del 4% de la incidencia total de cáncer en hombres y 2% en mujeres (11).

Incidencia y Mortalidad del Cáncer Epidermoide.

En el años 2004 la Asociación Española contra el Cáncer, reporto un número estimado de nuevos casos y de muerte en Europa según su localización y en ambos sexos: En Cavidad Oral 97.800, casos nuevos y 40,000 muertes a causa de este cáncer (12).

La American Cancer Society dio un estimado de casos nuevos y muertes por cáncer en el 2006 en los Estados Unidos: En Cavidad Oral y Faringe 30,990, en Lengua 9,040, Mucosa Yugal 10,230, en Faringe 8,950, y en otros partes de la Cavidad Oral 2,770, todos estos casos nuevos. Los casos por muertes son: Cavidad Oral y faringe 7,430, lengua 1,780, mucosa yugal 1,820, y otra partes de la Cavidad Oral 1,620 (13).

Sexo y edad

La distribución de la incidencia según el grupo de edad es diferente a según el sexo. Así mientras los hombres presentan una incidencia continua a partir de los 30 años, en las mujeres, la incidencia se estabiliza a partir de los 50 años (14).

Cuando se considera de modo numérico las estadísticas son menos precisas; Se espera que en los Estados Unidos ocurran cerca de 30,000 casos nuevos de cáncer bucal por año, en el que se incluyen los labios y bucofaríngeo, en hombres y mujeres aumento 3:1 a 2:1 en los últimos años. Este cambio se relaciona con un aumento en el número de mujeres fumadoras y a sus expectativas de vida (11).

El factor Genético:

La aparición esporádica del cáncer de cabeza y cuello en adultos jóvenes y en personas que no consumen alcohol ni tabaco ha llevado a pensar en una predisposición genética al cáncer.

La fragilidad del cromosoma provocada por mutágenos es un factor de riesgo independiente y se relaciona con el desarrollo de presuntos segundos tumores primarios. Un subgrupo de sujetos que pueden tener factores genéticos que aumentan su predisposición al cáncer inducido por el alcohol y el tabaco.

Sabemos que en todos los cánceres (transformaciones neoplásicas), surgen mutaciones en los genes que controlan los comportamientos celulares. Los genes deformados pueden generar una célula que crece y prolifera con velocidad descontrolada, que es incapaz de reparar por sí misma el ADN dañado o que rechaza autodestruirse o morir.

Lo que quiere decir que cuando una célula muta hasta este punto puede transmitir las mutaciones a toda su descendencia (progenie) al dividirse. A partir de estos acontecimientos aleatorios, los errores genéticos pueden heredarse y ser provocados por virus o surgir como consecuencia de la exposición a sustancias químicas o la radiación (13).

Ocupación y escolaridad

En la asociación entre cáncer oral y estado civil, se observó que hay más frecuencia en sujetos solteros y divorciados y a nivel de educación los sujetos con educación superior presentaron menor incidencia (15).

Tabaco

El humo del tabaco contiene diversos compuestos entre ellos: monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, aldehídos, cetonas, hidrocarburos aromáticos, fenoles, cresoles entre otros. La carcinogenicidad del humo del tabaco, se atribuye a los compuestos del alquitrán. La nicotina produce dependencia física y psicológica y tiene muchos efectos fisiológicos como la liberación de las catecolaminas, vasoconstricción arterial y aumento del pulso y la presión arterial. Estudios experimentales de la carcinogénesis nos demuestran que el humo del tabaco contiene sustancias que nos pueden producir el cáncer (carcinogénicas) y sustancias que favorecen su desarrollo (co - carcinogénicas).

El cigarrillo es un buen conductor del calor y ocasiona lesiones celulares, produciendo hiperqueratinización y carbonización de la mucosa oral con escasez de la salivación, tornándose esta blanca, pálida y endurecida con úlceras sobre todo en el área donde se coloca el cigarrillo (16).

En la India y otros países de Asia, el Cáncer Oral es la enfermedad maligna más frecuente y puede explicar más del 50% de los casos de cáncer. Esto se relaciona con el hábito de tabaco masticable, mezclado con otras sustancias y la prevalencia de su uso.

El uso del tabaco es la causa mas prevenible de fallecimiento prematuro en los Estados Unidos y es el responsable de aproximadamente un 30% de todos los fallecimiento por cáncer, la mayoría por cáncer de pulmón, así como una gran proporción por cáncer de labio y de Cavidad Oral, así también el cáncer de laringe y faringe se puede atribuir el hábito de fumar (17).

Alcohol

El consumo de alcohol al parecer aumenta el riesgo de presentar la enfermedad pero es muy difícil la identificación del alcohol como factor carcinógeno, porque casi siempre los sujetos con cáncer presentan ambos hábitos.

La mayor parte de los expertos consideran el alcohol al menos como promotor si no iniciador de la enfermedad. Se considera que este efecto se deba a la capacidad de irritación de la mucosa y de actuar como solvente carcinógeno en especial del tabaco, pero también a los contaminantes carcinógenos de las bebidas alcohólicas.

La regularidad y consistencia del empleo puede reducir el uso excesivo de alcohol contribuyendo a disminuir el riesgo de cáncer.

Distribución anatómica

Clasificación:

- Carcinoma Epidermoide de Labios
- Carcinoma Epidermoide en Lengua
- Carcinoma Epidermoide en Piso de la Boca
- Carcinoma Epidermoide de Mucosa Yugal
- Carcinoma Epidermoide de las Encías y Mucosa Alveolar
- Carcinoma Epidermoide del Paladar Duro
- Carcinoma Epidermoide de la Orófaringe

La distribución anatómica del Cáncer Epidermoide también puede variar de acuerdo al lugar de estudio, sin embargo podemos decir que en el labios se presenta en un 44%, lengua en un 14.5%, suelo de la boca 12%, encía inferior en 12.1%, mucosa yugal en 9.7%, encía superior y paladar duro en 4.7% (18).

Carcinoma Epidermoide de los Labios

Es la neoplasia mas frecuente de la mucosa de la boca, con un porcentaje entre 25-40% de todos los Carcinomas de la Cavidad Oral. El labio inferior constituye la localización primaria en más del 95% de los casos

Es mas frecuente en varones (3:1), en edades promedio entre 70-80 años. El Carcinoma de labio es raro en la raza negra y se observa mas frecuente en individuos de compleción ruda, particularmente en los expuestos a los rayos solares. Así mismo se ha postulado que los fumadores de pipa son más propensos en este tipo de cáncer.

En estos casos el Carcinoma escamosos no es tan letal como en otras localizaciones de la Cavidad Orofaringea. El pronóstico de vida a los 5 años es de 90%. Aunque para tumores pequeños la radioterapia puede obtener supervivencias semejantes a la de la cirugía. Sin embargo por estética es mejor la cirugía.

En el labio inferior la mayoría de las lesiones se presentan en el borde del bermellón y en situación equidistante entre la línea media y la comisura labial. En el labio superior suelen presentarse en la línea media. Con respecto a otras localizaciones, el cáncer de labios tiene un pronóstico más favorable y da metástasis a los ganglios linfáticos regionales con menos frecuencia (5-10%) y tardíamente, casi a los dos años de diagnosticado (1).

Carcinoma de la Mucosa Yugal

Llamado también Carcinoma de la Mucosa Intra Oral correspondiente a las mejillas. Este presenta un curso clínico agresivo, afecta a personas mayores de 70 años, varones y su frecuencia se relaciona con la higiene oral y la acción de irritantes locales, concretamente, la costumbre de masticar picadura de tabaco, desempeña un papel importante en la patogénesis.

Clínicamente las lesiones ofrecen un aspecto ulcero - infiltrante, exofítico o verrugoso. Una adenopatía submaxilar o trismo por infiltración del tumor pueden ser los primeros síntomas.

Se localiza frente al tercer molar o bien en la comisura bucal. El tipo ulcero - infiltrante es el más sintomático y doloroso, el tipo verrugoso es el que tiene el mejor pronóstico.

En un 50% de los sujetos se presenta con metástasis linfáticas regionales, la cirugía es muy efectiva cuando el tumor se mantiene a nivel de la mucosa yugal. La supervivencia a los 5 años es 40%, sin embargo cuando existen adenopatías cervicales el pronóstico es muy desfavorable, por lo que en estos tumores está indicado un vaciamiento ganglionar de forma electiva (1).

Carcinoma de las Encías y de la Mucosa Alveolar

Es menos frecuente que el Carcinoma de labios y lengua, comprende el 10% de los tumores malignos de la boca. Es más frecuente en varones (4:1), generalmente se localizan en región

de premolares y molares inferiores en un 75%. Sus homónimos aunque son menos frecuentes, también manifiestan una preferencia por el tercio posterior de la arcada dental.

Clínicamente los primeros síntomas son dolor en las encías y disestesia, posteriormente se presentan úlceras, odontalgias, pérdida de piezas dentales, aparece una masa intra oral y una inflamación local, estos síntomas se producen durante menos de tres meses. La probabilidad de encontrar adenopatías en mandíbula es del 32% y en maxilar superior es del 14%.

En un 30% de los casos existe invasión ósea por lo que el tratamiento indicado es la exéresis amplia como mandibulectomia marginal para dejar los márgenes apropiados. La radioterapia se reserva para los sujetos con metástasis cervical oculta, márgenes de refección inapropiados o para cuando existe un alto riesgo de recidiva. El pronóstico a 5 años es de 40% (1).

Carcinoma de Lengua

Constituye el 30% de los de la Cavidad Oral, y afecta con mayor frecuencia a varones con una relación de 1.5-1, en la edad media de la vida, con una media de los 60 años. Entre los factores predisponentes se describen el alcohol, el tabaco, sífilis, y síndrome de Plummer – Vinson.

El borde lateral del tercio medio es el sitio mas frecuente de localización en un 75%. La primera manifestación clínica puede consistir en una zona indolora, de aspecto indurado o engrosamiento local. En otras ocasiones aparece una úlcera superficial, un área de descamación o una masa vigente o ulcerada.

El Carcinoma Epidermoide de lengua puede desarrollarse en un epitelio aparentemente normal, en focos de leucoplasia o sobre una glositis crónica preexistente. El Carcinoma de lengua es la neoplasia intra oral que da metástasis más precozmente y con mayor frecuencia. El 40% de los casos presentan metástasis cervicales ganglionares en el momento del diagnostico, esta cifra se eleva a un 70% si se considera únicamente el cáncer de la base

de lengua, por ello a causa del drenaje linfático bilateral que tiene la lengua se recomienda vaciamiento bilateral supraomohiideo.

La supervivencia a los cinco años es inferior al 30% en tumores en estadio III y IV, y de 70% en estadios I y II (1).

Carcinoma del Paladar Duro

El Carcinoma Epidermoide del paladar duro es poco frecuente, se dice que por cada Carcinoma de células escamosas en el paladar existen 3 o 4 tumores de glándulas salivales. Sin embargo afecta principalmente a varones.

La supervivencia a los cinco años es 40% en sujetos menores de 60 años y de 26% en sujetos mayores de 60 años. Además los varones tienen un peor pronóstico con 28% a los 5 años que las mujeres con 39%. Para las lesiones de tamaños inferiores a los 3 cm., la supervivencia es del 50%. El 30% de los tumores presenta metástasis cervical, que suelen ser ipsilateral. La cirugía y la radioterapia logran resultados aceptables en tumores con estadios bajos, así como control de la enfermedad local (1).

Carcinoma del piso de la Cavidad Oral

Es el área en forma de “u” comprendido entre la encía del maxilar inferior y la lengua, abarca del 10 al 15% de la totalidad de los tumores malignos de la boca, como en la mayoría de la enfermedad afecta principalmente hombres, entre la quinta y séptima década de la vida. Muchos de estos sujetos son fumadores y consumidores de bebidas alcohólicas.

La mayor parte de estas lesiones asientan en el segmento anterior del piso de la Cavidad Oral en su zona media, lateral o afectando al frenillo lingual. Al comienzo la lesión puede tener un tamaño reducido hasta que se manifiesta como una masa exofítica o papilar.

Durante su crecimiento invade precozmente las encías, base y raíz de la lengua, músculo genogloso y periostio.

Más del 65% de los sujetos con tumores T3 o T4 presentan adenopatías palpables clínicamente. La presencia de ganglios metastáticos oscila entre 35 y 70% durante el curso de la enfermedad, y la supervivencia a los 5 años, entre 35 y 88% según la estadificación, con una media global de 65%.

La cirugía es el tratamiento de elección. En un 20% de los sujetos se administra radioterapia y quimioterapia adyuvante (1).

Pronóstico

Esta en íntima relación con el estadio clínico de la enfermedad. De este modo la expectativa de vida a los 5 años, de los pacientes con un estadio I supera el 80%. Pero para aquellos con un tumor avanzado (III y IV) no supera el 40%.

La aparición de adenopatías metastásicas induce, en los tumores de pequeño tamaño, una reducción de la supervivencia en un 30%. (20)

En la actualidad la sobrevida es un poco mayor en relación con la cifra desalentadora de las décadas pasadas y se encuentra en un ligero aumento de 45% a casi 50% de los sujetos con esta enfermedad, aunque en sujetos de raza negra la supervivencia es mucho más baja. En los EE.UU. se ven diferencias raciales significativas de carcinoma epidermoide según las estadísticas de 1973 al 1997, se mostró la incidencia de carcinoma epidermoide superior en negros que en blancos. Esto se puede relacionar al consumo más alto de tabaco, entre este grupo, la tasa de incidencia fue 1.5 veces mayores en negros que blancos (15).

Se ha observado también un incremento de mujeres fumadoras. La mortalidad debida a esta enfermedad representa el 2% de la mortalidad total en hombres y 1% en mujeres; el número total de muertes por años es de 950 (4).

A pesar de los avances en la detección y tratamiento de otras enfermedades malignas, la tasa de sobrevivencia es aún baja .En la actualidad la detección temprana de la enfermedad brinda la mayor esperanza para aumentar la sobre vida (11).

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio: descriptivo, retrospectivo, transversal.

Universo: Todos los expedientes de sujetos con diagnostico de Carcinoma Epidermoide en Cavidad Oral que se atendieron en la consulta externa de Cirugía Maxilofacial en el periodo comprendido de Enero 2003 a Diciembre 2007 en el Hospital Escuela Dr. “Roberto Calderón Gutiérrez”.

Muestra: de acuerdo a los criterios de inclusión se obtuvieron como muestra cincuenta y cuatro expedientes clínicos para ser analizados.

Criterios de inclusión:

- Expediente de sujetos con diagnostico de Cáncer Epidermoide en Cavidad Oral comprobado histopatologicamente, según The American joint commit for Cancer Staging. (18)
- Expedientes de sujetos atendidos en la consulta externa del servicio de Cirugía Maxilofacial del HEDRCG, con historias clínicas que incluyan antecedentes de fumado, ingesta de alcohol, tipo de ocupación, sexo, lugar de habitación, descrito por el manual de la American Cancer Society. (13)

Criterios de Exclusión:

- Expedientes incompletos (ausencia de APP, Historia Clínica incompleta, Ausencia de Reporte de Patología)
- Expedientes de sujetos con Cáncer Epidermoide, metastásico a Cavidad Oral
- Expedientes de sujetos clasificados como Carcinoma Epidermoide de Cavidad Oral, sin diagnostico histopatológico confirmado.
- Expedientes de paciente diagnosticados y manejado por otro servicio medico-quirúrgico.

Variables de Estudio:

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Alcoholismo, tabaquismo
- Antecedente familiares de cáncer
- Localización del Cáncer Epidermoide
- Estadios
- Estado de salud
- Continuidad de la asistencia médica

Procesamiento y análisis de la información:

La información se recabo de los expedientes, luego se vació a una base de datos en donde de acuerdo a variables se procedió al análisis estadístico usándose el programa SPSS versión 11.5, cuyos resultados serán presentados en frecuencias y porcentajes a través de cuadros y gráficos estadísticos.

Resultados

Se hizo una revisión en el departamento de estadística del HEDRC, que involucro 5 años (2003-2007), obteniendo 54 expedientes clínicos que cumplían con los criterios de inclusión para el presente estudio.

De 54 enfermos estudiados con diagnostico de Carcinoma Epidermoide de la cavidad oral encontramos los siguientes resultados socio demográficos:

- La edad promedio fue de 59 años (± 15).
- En cuanto al sexo el mas afectado es el masculino en el 63% (n=34) de los casos, el femenino se afecto en un 37% (n=20)
- La escolaridad que predomino fue la primaria en un 37% (n=20), el analfabetismo fue de 28% (n=15), el nivel de secundaria y universitario fue encontrado en un 24% (n=13) y 11% (n=6) respectivamente.
- La ocupación mas frecuente en las mujeres fue ama de casa en un 85% (n=17). En el grupo masculino las ocupaciones fueron mas diversas las principales fueron la de comerciante en 24% (n=8), la de agricultor en un 15% (5), y la de conductor 9% (n=3). (Anexo /cuadro #1)

En relación a la frecuencia de tabaquismo y alcoholismo se observo lo siguiente: (Anexo / Cuadro # 2)

- El 63% (n=34) de los enfermos del estudio fumaban.
Tiempo promedio de 19.5 años (± 9).
Predominando el sexo masculino en un 76% (n=26).
- El 56% (n=30) de los enfermos del estudio ingerían licor.
El tiempo promedio de ingesta 23.5 años (± 11).
Predominando en sexo masculino en un 80% (n=24).
- Se observó que un 50% (n=27) de los sujetos tenían ambos factores asociados. El 81% (n=22) correspondían al sexo masculino. Un 13% (n=7) solo fumaban y 5% (n=3) solo ingerían licor.

Del total de enfermos con Carcinoma Epidermoide de Cavidad Oral 31% (n=17) no fuman ni ingieren licor, dentro de este subgrupo tres tenían antecedentes familiares de cáncer, uno a nivel de la lengua.

Del total de sujetos estudiados (n=54), el 15% (n=8) tenían antecedentes de neoplasias en familiares de primer grado, pero solo uno era relacionado a neoplasia oral. Los otros eran a cáncer uterino, leucemia, cáncer de colon, cáncer de tiroides, cáncer hepático. (Anexo / Cuadro # 3)

Localización del cáncer epidermoide de acuerdo al genero: (Anexo / Cuadro # 4)

- El área mas afectada sin diferenciar el genero es la lengua con un 28% (n=15), seguida de la Mandíbula con 24% (n=13) y el Paladar Duro y Blando con 17% (n=9).
- El área mas afectada en el sexo masculino fue la Lengua con un 29% (n=10), seguida de la Mandíbula con 24% (n=8) y el Paladar Duro y Blando con un 18% (n=6).
- Las áreas mas afectadas en el sexo femenino fueron la Lengua y la Mandíbula con un 25% (n=5), seguidas del Paladar Duro y Blando y la Orófaringe con un 15% (n=3).

Localización más frecuente vs. Tabaquismo y el Alcoholismo: (Anexo / Cuadro # 5)

- Cuando existe el consumo de ambos se observa que la localización mas frecuente es la Lengua con un 28% (n=18), seguida de la Mandíbula con 27% (n=17), Paladar Duro y Blando 13% (n=8) y Orofaringe 11% (n=7).
- Cuando el consumo es de solo tabaco, las localizaciones son: la Lengua con 29% (n=10), Mandíbula 26% (n=9), Orofaringe, Labio Inferior, Paladar Duro y Blando y Mucosa Yugal con 9% (n=3).
- Cuando el consumo es de solo alcohol, las localizaciones son: Lengua y Mandíbula con 27% (n=8), Paladar Duro y Blando con 17% (n=5) y la Orofaringe con 13% (n=4).

Si bien no es objetivo de nuestro estudio los siguientes resultados, no podíamos dejar de mencionarlos, ya que considero que son muy importantes para el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, así como el hecho de que pueden ser pautas o bases para estudios posteriores.

Se pueden considerar como objetivos secundarios:

Porcentaje de mortalidad de acuerdo a la localización, el estadio y el género: (Anexo / Cuadro # 6)

- De los 54 sujetos investigados, el 30% (n=16) habían fallecido, el 35% (n=19) estaba vivo, el 35% (n=19) de los sujetos se desconoce su estado médico porque no han asistido a las consultas.
- La localización más frecuente del carcinoma en los sujetos fallecidos fue la lengua 31% (n=5), Orófaringe 25% (n=4), mandíbula 19% (n=3), paladar blando y duro 19% (n=3), lengua y piso 6% (n=1).
- Los decesos se presentaron con más frecuencia en los siguientes estadios:

- 25% en el estadio T4N2M0
 - 12.5% en los estadios T4N1M0, T4N0M0, T3N0M0 y T2N0M0
 - 6% en los estadios T3N1M0, T2N1M0, T2N2M1 y T1N0M0
- El genero masculino presento el mayor numero de fallecidos, para un 81% (n=13) vs. 19% (n=3) en el género femenino.

En el estudio observamos que en un 35% (n=19) de los sujetos estudiados no continuaron en la asistencia de la consulta, la mayoría son del sexo masculino en un 61% (n=11) y el femenino represento el 39% (n=7), se desconoce al momento su estado de salud porque no asistieron más a las consultas.

Los estadios que tenían estas personas fueron: en un 37% (n=7) T2N0M0, un 21% (n=4) se encontraban en estadio T3N1M0, el 10.5 % (n=2) en estadio T4N2M0 y otro 10.5% (n=2) en estadio T4N1M0, el resto corresponde a los estadios T4N2M1, T3N2M0, T2N2M0, T2N1M0 a los que le corresponden un 2% (n=1) a cada uno.

En relación a la procedencia y el abandono del tratamiento, encontramos los siguiente resultados: (Anexo / Cuadro # 7)

- En cuanto a la procedencia el 63% (n=34) eran de los departamentos y solo el 37% (n=20) correspondían a la Capital.
- El departamento mas afectado fue Matagalpa con un 13% (n=7), seguido del departamento de Esteli, con un 11% (n=6) y Carazo con un 7% (n=4). El resto de departamentos oscilaron entre un 6% y un 2%.
- De los pacientes que abandonaron el tratamiento el 63% (n=12), pertenecían a los departamentos y solo un 37% (n=7) correspondían a la capital.

- Los departamentos que mayormente presentaron paciente que abandonaron el tratamiento fueron: Esteli, Carazo, RAAN y León con un 11% (n=2) respectivamente.

Discusión de Resultados

Algunos estudios realizados en América y Europa indican que el sexo donde predominó dicha patología fue el masculino, según los datos proporcionados por nuestro estudio de igual manera, el sexo más afectado fue el masculino con un 61% (n=33), a su vez este dato se correlaciona con los obtenidos en un estudio previo realizado en el mismo centro asistencial en el año de 1989, en donde el sexo masculino fue afectado en un 56%.

La edad promedio fue de 59 años. Tomando en consideración este resultado, podemos pensar que esta patología ha tenido oscilaciones en el tiempo dado que en estudios previos las edades de afectación han sido diferentes. En el año de 1995 un estudio revela que la afectación fue en pacientes menores de 50 años, pero en un estudio del año 2003 los más afectados fueron los pacientes mayores de 60 años.

La escolaridad de los pacientes afectados es un dato a tomar muy en cuenta, dado que el nivel de enseñanza determina en gran medida la manera y el tiempo de búsqueda de ayuda a la hora de diagnosticar o tratar cualquier patología. En el estudio que estamos presentando el bajo nivel de escolaridad (analfabetismo y primaria) representó el 65% (n=35), siendo la primaria la que predominó con un 37% (n=20).

Estudios previos, como el realizado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en Lima, Perú entre los años 2000 y 2001, indican que la regularidad y la consistencia del empleo reducen el uso de tabaco y alcohol, por ende disminuyendo el riesgo de cáncer oral. Dicha afirmación difiere con nuestros resultados dado que el 90% (n=19), de las mujeres afectadas trabajaban (amas de casa) y el 97% (n=33), de los varones tenían un trabajo estable.

Estudios experimentales han demostrado que la carcinogenesis del humo del tabaco es un factor muy importante a tomar en cuenta, dado que esta puede producir cáncer. De nuestros pacientes el 63% (n=34) fumaba, siendo el sexo masculino el predominante con un 76% (n=26) y teniendo como promedio de exposición los 19 años y medio.

El alcohol a diferencia del tabaco se considera como un co – carcinogénico, debido a la capacidad de irritación sobre la mucosa oral y de actuar como solvente carcinógeno, en especial del tabaco. Al igual que en el tabaco el sexo mayormente afectado fue el masculino con 80% (n=24), de un total de 56% (n=30) que ingerían licor, con una edad promedio de exposición de 23 años y medio.

Así mismo podemos observar que el 50% (n=27), de los pacientes consumían alcohol y fumaban.

De forma separada el 37% (n=20) no fumaba y el 44% (n=24), no ingería alcohol.

El 15% (n=8) de los pacientes poseían historia medica familiar de cáncer en diversas áreas del organismo. Dicha información puede estar relacionada a lo plasmado en diferentes estudios médicos internacionales, los cuales indican que cuando una célula mutada es incapaz de reparar el ADN dañado esta puede transmitir las mutaciones a toda su descendencia (familiares) al dividirse.

En relación al sexo podemos mencionar que el área anatómica más afectada es la lengua 28% (n=15), seguida de la mandíbula 24% (n=13), Paladar Duro y Blando 17% (n=9) y la Orofaringe 11% (n=6). Independientemente si es del sexo masculino o femenino la ubicación anatómica mas afectada es la lengua.

Al tomar en consideración la ubicación anatómica con el consumo de alcohol y tabaco se observan los siguientes resultados: si el paciente consume ambos carcinógenos las localizaciones mas frecuentes en orden de aparición son: Lengua 28% (n=18), Mandíbula 27% (n=17), Paladar Duro y Blando 13% (n=8) y Orofaringe 11% (n=7). Si solo consume tabaco el orden seria: Lengua 29% (n=10), Mandíbula 26% (n=9), Orofaringe, Labio

Inferior, Paladar Duro y Blando y Mucosa Yugal con un 9% (n=3). Si el consumo es exclusivo de alcohol el orden sería: Lengua 27% (n=8), Mandíbula 27% (n=8), Paladar Duro y Blando 17% (n=5) y Orofaringe 13% (n=4).

En ambos casos sea que se consuma solo alcohol o solo que se fume o que inclusive se consuman ambos, la localización más frecuente es la Lengua, seguida de la Mandíbula.

Al momento de estar realizando dicho estudio podemos observar que un 30% (n=16) de los pacientes ya había fallecido, 35% (n=19) aun estaban con vida y un 35% (n=19) de estos se desconocía su estado de salud, dado que habían abandonado el tratamiento y por lo tanto era imposible determinar el estado de los mismos.

Podemos mencionar que en los fallecidos la localización mas frecuente fue la Lengua con un 31% (n=5), lo que se relaciona con la ubicación mas frecuente encontrada, seguida de la Orofaringe con un 25% (n=4) y la Mandíbula 19% (n=3).

En cuanto a los estadios encontrados, al momento del deceso, observamos que el estadio mas frecuente fue el T2N2M0 con un 25% (n=4), seguido de los estadios T4N1M0, T4N0M0, T3N0M0 y T2N0M0 con un 12.5% (n=2) cada uno respectivamente, siendo el sexo masculino el mas afectado con un 81% (n=13) contra un 19% (n=3) del sexo femenino.

Tomando en consideración que el 35% (n=19) de los pacientes no continuaron asistiendo a las consultas y que de estos el 37% (n=7) poseían un estadio T2N0M0 podemos decir que el seguimiento de los pacientes es sumamente importante dado que a como lo indica nuestro estudio el 12.5% de los fallecidos poseían este estadio.

En cuanto al lugar de procedencia de cada uno de los pacientes vemos que los departamentos ocuparon un 63% (n=34) en su conjunto y la capital un 37% (n=20) de forma individual. De los departamentos el que mas presento casos de Cáncer Epidermoide,

fue Matagalpa, con un 13% (n=7), seguido de Esteli con 11% (n=6) y Carazo con 7% (n=4).

Esta enfermedad probablemente es mas frecuente de lo que se encontró en este momento, si tomamos en consideración que los sujetos que más acudieron al hospital fueron los que vivían en la capital, en donde el acceso a los sistemas de salud es mejor en relación a los departamentos.

Al mismo tiempo vemos que el porcentaje de abandono estuvo también relacionado con la procedencia, dado que al igual que el lugar de origen, los mayores abandonos de tratamiento se dieron en los departamentos con un 63% (n=12) en conjunto.

Se debe mencionar que aunque la capital represento el 37% (n=7) del total de abandonos, fue el departamento de forma individual, con mas casos.

Cabe señalar que dentro de las limitantes del estudio estuvieron la falta de información de los expediente clínicos, en cuanto a los factores que describe la literatura como de riesgo para la aparición de cáncer oral, como es el caso de los virus, la mala higiene oral y el uso o no de prótesis mal ajustada, esto debido a que no se realiza un examen clínico completo de la cavidad oral.

Así mismo la forma en que se archivan los expedientes clínicos nos es la más correcta ya que existieron expedientes de pacientes conocido por el servicio, los cuales no fueron incluidos en el estudio, por que sus expedientes no aparecían

Conclusiones

- El Carcinoma Epidermoide de la cavidad oral es mas frecuente en varones mayores de 50 años.
- El Tabaquismos y el Etilismo fueron los factores de riesgo mas frecuentes.
- El Cáncer de lengua fue la ubicación anatómica que más se presento.
- La mayoría de los pacientes se diagnosticaron en etapa avanzada de su enfermedad.

Recomendaciones

1. Promover estudios de mayor profundidad en el país, sobre la incidencia y prevalencia, de estas patologías como estudios de casos controles que asocien estos factores que han demostrado ser un riesgo, además de investigar otros factores que pueden estar presentes en el desarrollo de dicho problema.
2. Definir estrategias de prevención, previo conocimiento real de una enfermedad que en la mayoría de los casos es silente pero altamente discapacitante y mortal, que se presenta según nuestro estudio en personas de poco nivel escolar y por consiguiente de escasos recursos económicos cuyo desenlace suele ser fatal
3. Descentralizar la atención de esta patología, y hacerla accesible a los departamentos, contratando especialistas en esos lugares, que promuevan la prevención de la aparición del Carcinoma Epidermoide y cuiden de su manejo una vez diagnosticados.
4. Priorizar las citas de consultas de control a los pacientes con estadios avanzados, para así aumentar la supervivencia de estos pacientes.
5. Definir con estudios posteriores el porque del alto porcentaje de abandono de la asistencia hospitalaria, lo que prácticamente expone a estos sujetos a un alto grado de mortalidad a corto o mediano plazo.
6. Se recomienda la reorganización urgente de los archivos de nuestra unidad hospitalaria, para facilitar estudios de importancia social y de salud de la población nicaragüense.

ANEXOS

Clasificación TNM según The American Joint Commit for Cancer Staging and End Results Reporting (AJCCS).

T- Tumor primario

TIS: Carcinoma in situ

T1: Tumor menor de 2 cm. o menos en el diámetro mayor

T2: Tumor mayor de 2 cm. pero no mayor de 4 cm. en el diámetro mayor

T3: Tumor mayor de 4 cm. en el diámetro mayor

T4: Tumor que invade estructuras adyacentes

G- Ganglios Linfáticos Regionales

G0: Ganglios linfáticos cervicales homo laterales clínicamente palpable, no se sospecha metástasis

G1: Ganglios linfáticos cervicales homo laterales palpables y no fijos, no se sospecha metástasis

G2: Ganglios linfáticos cervicales contra laterales o bilaterales palpables, no están fijos y se sospecha metástasis.

G3: Ganglios linfáticos cervicales fijos y se sospecha de metástasis.

M- Metástasis distantes

M0: no hay metástasis

M1: otros síntomas clínicos o radiográficos, o ambos de metástasis diferente a los ganglios linfáticos cervicales.

Estadios de Carcinoma Epidermoide Intra Oral

Etapa 0: Tis N0 M0

Etapa I: T1 N0 M0

Etapa II; T2 N0 M0

Etapa III: T3 N0 M0

T1 N1 M0

T2 N1 M0

T3 N1 M0

Etapa IV: T4 N0 M0

T4 N1 M0

Cualquier T N2 M0

Cualquier T N3 M0

Cualquier T, cualquier N con M1.

Operacionalizacion de Variables

| Variable | Escala | Definición | Dimensión |
|-----------------|---------------|--|---|
| Edad | Continua | Tiempo que ha vivido una persona. | Años |
| Sexo | Dicotómica | Condición orgánica masculina o femenina | Masculino Femenino |
| Ocupación | Categórica | Trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa | Ama de casa Agricultor Carpintero Conductor C.P.F. Comerciante Tornero Estudiante Abogado Periodista Radiotécnico Obrero Soldador Barbero Maestro Ingeniero Civil Administrador |
| Escolaridad | Categórica | Conjunto de cursos que una persona sigue , en un establecimiento docente | Analfabeta Primaria Secundaria Universidad |
| Tabaquismo | Dicotómica | Intoxicación crónica producto del abuso del tabaco | Fuma No fuma |
| Alcoholismo | Dicotómica | Abuso habitual y compulsivo de bebidas alcohólicas | Ingiere licor No ingiere licor |

| | | | |
|-----------------------------------|------------|---|---|
| | | | |
| Antecedentes familiares de Cáncer | Catórica | Se define como el hecho de que algú familiar haya padecido de cáncr | Presente Ausente |
| Localización | Catórica | Determinar o sealar el lugar en que se halla algo o alguien | Lengua Mandíbula Mucosa Yugal Paladar Duro y Blando Orofaringe Piso de Cavidad Oral Lengua y Piso Maxilar Superior Labio Inferior |
| Estadios | Ordinal | Etapa o fase de un proceso, desarrollo o transformaci3n | Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV |
| Estado de salud | Catórica | | Vivo Muerto desconocido |
| Continuidad de la asistencia | Dicot3mica | La presencia de consultas en el hospital o el abandono de las consultas | Si No |

Expediente: _____
Ficha No. _____

Hospital Roberto Calderón Gutiérrez
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Medicas

Ficha de Recolección de Datos

Nombre: _____
Edad: _____
Sexo: _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Procedencia: _____

A.P. Familiares: _____

A.P. Patológicos: _____

A.P. No Patológicos:
Alcohol _____ Drogas _____
Tabaco _____ Uso de Prótesis _____

Diagnóstico: _____

Ubicación: _____

| Tx Medico: | Tx Quirúrgico: |
|------------|----------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Observaciones:

Tabla 1.
Ocupación en sujetos con Carcinoma Epidermoide de acuerdo al género
Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2003 - 2007

| | Masculino | | Femenino | |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Ama de casa | 0 | 0 | 17 | 85 |
| Agricultor | 5 | 15 | 0 | 0 |
| Carpintero | 2 | 6 | 1 | 5 |
| Conductor | 3 | 9 | 0 | 0 |
| C.P.F. | 2 | 6 | 0 | 0 |
| Comerciante | 8 | 24 | 1 | 5 |
| Tornero | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Estudiante | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Abogado | 0 | 0 | 1 | 5 |
| Periodista | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Radiotécnico | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Obrero | 3 | 9 | 0 | 0 |
| Soldador | 3 | 9 | 0 | 0 |
| Barbero | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Maestro | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Ingeniero Civil | 1 | 3 | 0 | 0 |
| Administrador | 1 | 3 | 0 | 0 |

Fuente: Expedientes Clínicos / Departamento de Estadística Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

Tabla 2.
Consumo del Tabaco e Ingesta de Alcohol asociada al
Carcinoma Epidermoide de la Cavidad Oral
Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2003 - 2007

| | Masculino | Femenino |
|------------------------------|------------------|-----------------|
| Tabaquismo (Fr, %) | | |
| Si | 26 (76) | 8 (40) |
| No | 8 (24) | 12 (60) |
| Alcoholismo (Fr, %) | | |
| Si | 24 (71) | 6 (30) |
| No | 10 (29) | 14 (70) |

Fuente: Expedientes Clínicos / Departamento de Estadística Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

Tabla 3.
Antecedentes de Neoplasia en los Pacientes con
Carcinoma Epidermoide de la Cavidad Oral
Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2003 - 2007

| Antecedentes | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 8 | 15 |
| No | 46 | 85 |
| Total | 54 | 100 |

Fuente: Expedientes Clínicos / Departamento de Estadística Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

Tabla 4.
Localización Anatómica en Pacientes con
Carcinoma Epidermoide de la Cavity Oral
Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2003 - 2007

| Localización | Masculino | Femenino | Total |
|-------------------------------|------------------|-----------------|--------------|
| Localización (Fr, %) | | | |
| Lengua | 10 (29) | 5 (25) | 15 (28) |
| Mandíbula | 8 (24) | 5 (25) | 13 (24) |
| Mucosa Yugal | 2 (6) | 1 (5) | 3 (6) |
| Paladar Duro y Blando | 6 (18) | 3 (15) | 9 (17) |
| Orofaringe | 3 (9) | 3 (15) | 6 (11) |
| Piso de Cavity Oral | 1 (3) | 0 (0) | 1 (2) |
| Lengua y Piso | 1 (3) | 1 (5) | 2 (4) |
| Maxilar Superior | 1 (3) | 1 (5) | 2 (4) |
| Labio Inferior | 2 (6) | 1 (5) | 3 (6) |

Fuente: Expedientes Clínicos / Departamento de Estadística Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

Tabla 5.
Localización Anatómica de las Lesiones vs. el consumo del tabaco
y la ingesta de alcohol en Pacientes con Carcinoma Epidermoide de la Cavidad Oral
Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2003 - 2007

| Localización | Tabaco | Alcohol | Ambos |
|-------------------------------|---------------|----------------|--------------|
| Localización (Fr, %) | | | |
| Lengua | 10 (29) | 8 (27) | 18 (28) |
| Mandíbula | 9 (26) | 8 (27) | 17 (27) |
| Mucosa Yugal | 3 (9) | 1 (3) | 4 (6) |
| Paladar Duro y Blando | 3 (9) | 5 (17) | 8 (13) |
| Orofaringe | 3 (9) | 4 (13) | 7 (11) |
| Piso de Cavidad Oral | 1 (3) | 0 (0) | 1 (2) |
| Lengua y Piso | 1 (3) | 1 (3) | 2 (3) |
| Maxilar Superior | 1 (3) | 1 (3) | 2 (3) |
| Labio Inferior | 3 (3) | 2 (7) | 5 (8) |

Fuente: Expedientes Clínicos / Departamento de Estadística Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

Tabla 6.
Mortalidad vs. Localización Anatómica, Estadío y Genero
en Pacientes con Carcinoma Epidermoide de la Cavidad Oral
Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2003 - 2007

| Sobrevida | Muerto | Vivo | Desconocido |
|----------------------|---------------|-------------|--------------------|
| Pacientes en Estudio | 16 (30) | 19 (35) | 19 (35) |

| Localización | Muerto | Vivo | Desconocido |
|-----------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| Lengua | 5 (31) | 4 (21) | 6 (32) |
| Mandíbula | 3 (19) | 7 (37) | 3 (16) |
| Mucosa Yugal | 0 | 2 (11) | 1 (5) |
| Paladar Duro y Blando | 3 (19) | 2 (11) | 4 (21) |
| Orofaringe | 4 (25) | 0 | 2 (11) |
| Piso de Cavidad Oral | 0 | 1 (5) | 0 |
| Lengua y Piso | 1 (6) | 0 | 1 (5) |
| Maxilar Superior | 0 | 0 | 2 (11) |
| Labio Inferior | 0 | 3 (16) | 0 |
| Total | 16 (100) | 19 (100) | 19 (100) |

| Estadios | Muerto | Vivo | Desconocido |
|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| T4N2M0 | 4 (25) | 3 (16) | 5 (26) |
| T4N1M0 | 2 (13) | 1 (5) | 2 (11) |
| T4N0M0 | 2 (13) | 0 | 0 |
| T3N1M0 | 1 (6) | 1 (5) | 4 (21) |
| T3N0M0 | 2 (13) | 1 (5) | 0 |
| T2N2M1 | 1 (6) | 0 | 0 |
| T2N1M0 | 1 (6) | 2 (11) | 1 (5) |
| T2N0M0 | 2 (13) | 7 (37) | 7 (37) |
| T1N0M0 | 1 (6) | 4 (21) | 0 |
| Total | 16 (100) | 19 (100) | 19 (100) |

| Genero | Muerto | Vivo | Desconocido |
|---------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| Masculino | 13 (81) | 10 (53) | 11 (58) |
| Femenino | 3 (19) | 9 (47) | 8 (42) |
| Total | 16 (100) | 19 (100) | 19 (100) |

Fuente: Expedientes Clínicos / Departamento de Estadística Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

Tabla 7.
Procedencia vs. Asistencia a la Consulta Médica
en Pacientes con Carcinoma Epidermoide de la Cavidad Oral
Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2003 - 2007

| Procedencia | Abandono | Continuidad |
|--------------------|-----------------|--------------------|
| Managua | 7 (37) | 13 (37) |
| Rivas | 1 (5) | 1 (3) |
| Estela | 2 (11) | 4 (11) |
| Matagalpa | 0 | 7 (20) |
| RAAN | 2 (11) | 1 (3) |
| Masaya | 1 (5) | 2 (6) |
| RAAS | 0 | 2 (6) |
| Carazo | 2 (11) | 2 (6) |
| Jinotega | 1 (5) | 0 |
| Chinandega | 0 | 1 (3) |
| Río San Juan | 0 | 1 (3) |
| León | 2 (11) | 1 (3) |
| Boaco | 1 (5) | 0 |
| Total | 19 (100) | 35 (100) |

Fuente: Expedientes Clínicos / Departamento de Estadística Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

Bibliografía

1. Raspall, Guillermo. “Tumores de Cara, Cuello, Boca y Glándulas Salivales”. Editorial masson.2da. Edición .2004.
2. Revista cubana de estomatología / volumen 43 / Pág. 71-7, en la habana enero - marzo 2006 / dowload el articulo en formato pdf. ‘Instituto superior de ciencias medicas dr. Carlos Juan finaly, Hospital Oncológico provincia docente MARIA Curie Camaguey”.
3. <http://www.todocancer.org/aecc> (Asociación Española contra el cáncer)/articulo/id/agina/6.2004.
4. Dr. Roger7 Morales, Dr. Porfirio Amador y Dra. Ruth Herman, Doctores .tesis “Frecuencia del Carcinoma Epidermoide de Cavidad Oral, Hospital Manolo Morales Peralta 1979-1988.”
5. Gaitan, Gutiérrez Jorge Isaac. Bachiller. Tesis UAM .2003. ‘Prevalencia del Carcinoma Epidermoide de Cabeza y Cuello diagnosticados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Lenin Fonseca y el área de Cirugía Maxilofacial del Hospital Dr. Roberto Calderón , años de 1997 a 2001”
6. Contreras Leal, Luís Douglas y Haslan Leiva doctores; tesis CMF, Hospital Manolo Morales Peralta, 1995. “Comportamiento y manejo de las neoplasias malignas del complejo Maxilofacial en el Hospital Manolo Morales Peralta 1992-1993.”
7. Maynard, Kenneth Dr. Tesis. CMF. Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez 2007. “Prevalencia de los tumores de la región oral y cervicofacial en pacientes atendidos en el Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez años 2000-2006.”

8. Norma K Word, dds, ms, Paúl W. Goaz, 135, ddz, Facultad de Odontología Universidad de Madrid España. “Diagnostico diferencia de las lesiones orales y maxilofaciales.” 5ta. Edición. Harcourt brace.
9. Robbins, Patología Estructural y Funcional. Mc.Graw Hill Interamericana. 6ra edición .Pp1533.
10. <http://www.abcmedicus.com/articulo/id/192/pagina/5/carcinoma.html>.
11. Regezi, Sciubba. Patología Bucal Mc.Graw Hill Interamericana 6ta, edición, México 2000.
12. Revista de Asociación Española contra el cáncer 2004. 5ta, edición, Pp 6.
13. Ontología Clínica y Manual de la American Cancer Society, 2da edición 1996, Cáp. /23, Pp399-416.
14. Borrás JM, Borrn, Vilaudiup “Epidemiología y Prevención del Cáncer en Catalunya 1975 – 1992.”Barcelona España 1997.
15. Puchuri León, Maria Teresa Dra. Tesis “Incidencia del Cáncer Epidermoide de lengua en el servicio de cirugía de cabeza y cuello Maxilofacial del hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen años 200 – 20001.” Lima Perú 2002.
16. Rodríguez, Sidnia Dra.” Prevalencia de lesiones orales de los tejidos blandos asociados al habito de fumado en los trabajadores del hospital Manolo Morales periodo de septiembre1993.
17. Centers for disease control and prevention cigarette, smoking among adults- united state, 2000.Morb /mortal wkly report 2002; 51:642-645.

18. Shafer, Levy. Tratado de Patología Bucal. Editorial Interamericana. México D.F. 1986, 2da edición.
19. Piura López, Julio. “Metodología de la investigación Científica” Un enfoque Integrador. 1ra edición. Editorial PAVSA. Años 2006.
20. Medicine 2001;8 956):3004-3013 “Tumores de Cabeza y Cuello “