

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

---



**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS  
DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES,  
EN PACIENTES DEL HOSPITAL “HIPÓLITO UNANUE” DE  
TACNA 1999 - 2008**

**Tesis para optar el Título Profesional de:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**Presentada Por:**

**Bach. María Alejandra Chávez Núñez**

**TACNA –PERU**

**2011**

**ASESOR:**

**Med. Angel Rosado Caro**

**MIEMBROS DEL JURADO:**

**Mag. Nelly Kuong Gomez**

**Mag. Gustavo Allasi Tejada**

**Med. Aldo Vargas Molineros.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios que me dio esta vida, una familia maravillosa y la oportunidad de estudiar una carrera profesional tan bonita como es la Odontología.

A mi madre María Elena Núñez de Chávez por haberme apoyado incondicionalmente durante todos estos años de estudio.

A mi hija Micaela por haberme acompañado en todo momento y se ha sacrificado junto apoyándome y comprendiendo mi ausencia durante largas horas.

A mi Asesor Dr. Ángel Rosado Caro por brindarme todo su apoyo y facilidades para realizar esta tesis.

A mi Jurado por impartirme sus conocimientos y brindarme el tiempo suficiente para revisar mi tesis.

## **RESUMEN**

Nuestra investigación se basa en un estudio descriptivo, retrospectivo, y de corte transversal sobre la frecuencia de Neoplasias Benignas y Malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes diagnosticadas en el Servicio de Anatomía Patológica en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante el periodo 1999 – 2008.

La base del estudio estuvo constituida por 103 casos de neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes confirmados histológicamente, que se presentaron en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Hipólito Unánue de Tacna. Las principales variables epidemiológicas estudiadas fueron: Neoplasias Benignas y Neoplasias Malignas más frecuentes; localizaciones anatómicas afectadas; edad, sexo y servicio de procedencia de la muestra.

La información se tomó de las Solicitudes de Examen Anatomopatológico que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se encontró que la frecuencia de Neoplasias Benignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes en el periodo 1999 al 2008 fue de 74.76%, con 77 de los 103 casos encontrados; y la frecuencia de neoplasias malignas fue de 25,24% con 26 de los 103 casos encontrados.

La neoplasia benigna más frecuente fue el Papiloma con un 49.35%, seguido del fibroma con 25.97%. La neoplasia maligna más frecuente fue el Carcinoma Epidermoide con un 46.15%; seguido del Carcinoma Basocelular con un 30.77%.

En la distribución según sexo; se encontró el 61.04% de los pacientes con neoplasias benignas fueron mujeres; y que el 65,38% de neoplasias malignas correspondían al sexo masculino.

Los rangos de edad con mayor número de neoplasias benignas fueron de 31 a 40 y de 41 a 50 años y el rango con mayor número de casos de neoplasias malignas fue de 71 a 80 años. La localización anatómica más frecuente fue la lengua con un mayor número de neoplasias benignas y la segunda localización más frecuente fue la región labial con mayor número de neoplasias malignas.

El servicio de procedencia que derivó mayor número de casos fue el Servicio de Cirugía con un 41.75% del total de casos encontrados; seguido del Servicio de Otorrinolaringología con 28.16% de los casos y Dental con 20.38%.

## **INDICE GENERAL**

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO I: El Problema de la Investigación.....</b>	<b>7</b>
1.1 Fundamentación del Problema.....	8
1.2 Formulación del Problema.....	9
1.3 Objetivos de la Investigación.....	10
1.3.1. Objetivo General .....	10
1.3.2. Objetivos Específicos.....	10
1.4 Justificación.....	11
<b>CAPITULO II: Revisión de la Literatura.....</b>	<b>13</b>
2.1 Antecedentes de la investigación.....	14
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	18
2.2 Marco teórico .....	20
2.2.1. Anatomía de la Cavidad Bucal.....	20
2.2.2 Neoplasias Generalidades.....	21
2.2.3 Neoplasias Benignas.....	24
2.2.3.1 Tumores Odontogénicos Benignos.....	25
2.2.3.2 Tumores no Odontogénicos.....	30
2.2.4 Neoplasias Malignas.....	35

<b>CAPITULO III: Variables y Definiciones Operacionales.....</b>	<b>..46</b>
3.1 Operacionalización de las variables.....	..47
<b>CAPITULO IV: Metodología de la Investigación.....</b>	<b>..50</b>
4.1 Ámbito de la Investigación.....	51
4.2 Población y muestra. ....	51
4.3Criterios de Selección.....	51
4.4 Instrumentos de Recolección de datos. ....	52
4.5 Tratamiento y Recolección de Datos.....	52
4.6 Procesamiento de la información.....	52
<b>CAPITULO V: Procesamiento y Análisis de Datos.....</b>	<b>53</b>
Tabla n°1.....	54
Tabla n°2.....	57
Tabla n°3.....	59
Tabla n°4.....	61
Tabla n°5.....	63
Tabla n°6.....	65
Tabla n°7.....	67
Tabla n°8.....	69
Tabla n°9.....	72
Tabla n°10.....	73
Tabla n°11.....	74
Tabla n°12.....	75
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>76</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>78</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>86</b>

## **INTRODUCCION**

Una parte importante de la odontología es el estudio de las neoplasias de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes, ya que el odontólogo desempeña un papel de importancia en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. Las neoplasias benignas, representan hallazgos frecuentes en la cavidad bucal y su reconocimiento y diagnóstico temprano, permite diferenciarlas de las neoplasias malignas, y de esta manera darles el tratamiento más adecuado.

Las neoplasias malignas son actualmente una de las enfermedades que despiertan mayor interés entre los investigadores, por ser una causa importante de muerte en el mundo, que solo cede lugar a las enfermedades cardiovasculares y los accidentes del tránsito.

Entre las localizaciones anatómicas que pueden ser afectadas por las neoplasias desempeña un papel importante el de cavidad bucal y las estructuras adyacentes, las cuales a pesar de no ser de las de mayor frecuencia, produce un alto grado de morbilidad y deformidades, que en ocasiones convierten al afectado en un ser marginado y repulsivo para la sociedad. Las neoplasias de la cavidad bucal y de la cabeza y cuello tienen un gran riesgo de producir incapacidad, problemas estéticos y eventualmente, la muerte.

Su prevalencia tiene rangos muy amplios en las diferentes poblaciones; la incidencia anual varía de 2 a 4 casos por 100,000 habitantes en los países industrializados, a 25 casos por 100,000 habitantes, en los países en vías de desarrollo.

Para realizar el presente trabajo se obtuvieron datos de los registros del departamento de Anatomía Patológica del Hospital Hipólito Unanue del MINSA, Tacna, así de esta manera dar un aporte de casuística a la especialidad de patología bucal valiéndonos de la presentación de la frecuencia de neoplasias



benignas y malignas que afectaron a la cavidad bucal entre los años 1999 - 2008.

Elegimos al Hospital Hipólito Unanue, MINSA para la ejecución del presente estudio por ser una institución con gran captación de pacientes. Siendo adecuada para realizar el presente trabajo de investigación y así presentar un informe que refleje la frecuencia de neoplasias de la cavidad bucal y sus estructuras adyacentes en nuestra ciudad.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

## 1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

El conocimiento de la patología bucal y el examen sistemático de la boca permitirá una mejor comprensión del estado general del paciente y facilitará el diagnóstico precoz de lesiones graves.

La Neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede los tejidos normales, no está coordinado con el resto del organismo y persiste de la misma forma tras finalizar el estímulo que la originó.

Las neoplasias en la boca alcanzan magnitudes importantes y su prevención consiste en identificar una o varias de las causas desencadenantes. (ARECHAVALA, 2002)

Las neoplasias benignas suponen un problema estético y funcional para los pacientes portadores de estas; ya que en muchos de los casos provocan grandes deformaciones faciales.

Uno de los campos importantes en la odontología es el abordaje de tumores tanto benignos como malignos.

Los tumores malignos están convirtiéndose rápidamente en un importante problema de salud pública para el mundo subdesarrollado; es obvio que estos países no privilegiados deben enfrentar el problema del cáncer teniendo en cuenta sus propias realidades sociales y económicas. En el Perú, el cáncer es la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y de las infecciosas (PINILLOS – ASHTON, 2006).

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), con sede en Lima, atiende a la mayoría de pacientes con cáncer; los informes estadísticos nos muestran que aproximadamente el 43% de los pacientes provienen de provincias fuera de Lima. Asimismo, se ha intentado hacer una estadística de la incidencia y prevalencia del cáncer en el Perú, realizando el llamado Registro del cáncer de Lima Metropolitana, donde se toma datos del INEN y de otras entidades

públicas y privadas que atienden a pacientes con cáncer en la ciudad de Lima (INEN, 2009)(MEZA, 2009).

Actualmente, se esta descentralizando la atención oncológica con la creación de Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas (IREN), tanto para la zona Norte, con sede en Trujillo, como para la zona Sur, con sede en Arequipa, interconectados con un centro de mayor complejidad en la atención de las enfermedades neoplásicas como lo es el INEN (PINILLOS – ASHTON, 2006) (INEN, 2009).

El cáncer de la cavidad bucal y de las estructuras adyacentes, una vez diagnosticado, debería ser tratado por el cirujano de cabeza y cuello en estrecha colaboración con el odontólogo capacitado en este tipo de lesiones, y de esta manera obtener una mejor calidad de vida del paciente, en lo que se refiere principalmente al órgano de la masticación.

En ocasiones es el odontólogo el primero en observar las tumoraciones de cabeza o cuello y le toca establecer el diagnostico diferencial y/ o presuntivo. Por tal motivo, con este estudio pretendo identificar la frecuencia de neoplasias benignas y malignas de cavidad bucal y estructuras adyacentes con la finalidad de que sirva como antecedente en el momento de observar en la práctica alguna similitud para poder establecer un diagnóstico temprano.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

De todo lo expuesto se plantea el problema de investigación siguiente:

### ***1.2.1. Pregunta General:***

- **¿Cuál es la frecuencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, diagnosticadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna entre los años 1999 y 2008?**

### ***1.2.2. Preguntas Específicas:***

- ¿Cuál es la frecuencia de Neoplasias Benignas y Malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes según la edad y sexo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 1999 y 2008?
- ¿Cuál es la localización anatómica más afectada por las distintas neoplasias benignas y malignas?
- ¿Cuál es el diagnóstico histopatológico de las neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal?
- ¿Cuáles son los servicios de los que proceden las muestras?

### **1.3. OBJETIVOS.**

#### ***1.3.1. Objetivo General.***

Determinar la frecuencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, diagnosticadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna entre los años 1999 y 2008?

#### ***1.3.2.- Objetivos específicos***

- Determinar la frecuencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, diagnosticadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna, teniendo en cuenta la edad y sexo entre los años 1999 y 2008.
- Conocer la localización más frecuente de neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes.

- Tipificar el diagnóstico histopatológico de las neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal.
- Analizar la procedencia más frecuente de muestras para el diagnóstico de tumoraciones de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, diagnosticadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna, entre los años 1999 y 2008.

#### **1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

Actualmente, no existe ningún trabajo de investigación en el ámbito de la Región de Salud de Tacna sobre las neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, por lo tanto el presente trabajo pretende determinar la frecuencia de estas lesiones diagnosticadas histológicamente en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna entre los años 1999 y 2008.

Los resultados obtenidos podrán servir como marco referencial para establecer las medidas de prevención y tratamiento oportuno de estas lesiones, que beneficie a la población del ámbito de acción de la Región de Salud de Tacna.

##### ***1.4.1. Relevancia Científica:***

La presente investigación proporciona nuevos aportes estadísticos y cognoscitivos para la especialidad de patología general y bucal.

##### ***1.4.2. Relevancia Social:***

Este trabajo de investigación permite conocer la frecuencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal en una determinada sociedad en este caso la sociedad de Tacna y así identificar el riesgo de nuestra población.

### ***1.4.3. Interés Personal:***

Mi particular interés es profundizar el conocimiento de estas patologías despertando el interés del odontólogo general por estas lesiones destacando la importancia de realizar un diagnóstico precoz.

## **CAPITULO II**

### **REVISION DE LA LITERATURA**



## 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Los antecedentes de la investigación nos permitirán una adecuada comparación y ubicación analítica del problema en investigación, haciendo la acotación de que son escasos los trabajos sobre el mismo tema tanto a nivel nacional como internacional; a continuación tenemos la referencia de algunos.

### 2.1.1. Antecedentes Internacionales:

PEÑA A., ARREDONDO M Y VILA L., realizaron un estudio descriptivo en el Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” de la ciudad de Camagüey, Cuba, para caracterizar clínica y epidemiológicamente el cáncer de la cavidad bucal desde el año 1999 hasta el 2004. Se estudiaron 79 casos y dentro de las características compatibles con nuestro estudio, tenemos los siguientes resultados; Al distribuirse los pacientes atendiendo a grupos de edades, se observó una mayor prevalencia de la enfermedad en el grupo de 70- 79 años, con 24 (53.16 %). De la misma manera, existió mayor prevalencia del sexo masculino con un total de 59 casos (74.68 %).

Distribución de frecuencia según la localización anatómica

Localización anatómica	No.	%
Lengua	24	30.38
Suelo de la boca	23	29.11
Paladar duro	12	15.20
Trígono retromolar	9	11.39
Carrillo	9	11.39
Reborde alveolar	2	2.53
Total	79	100.00

Distribución de frecuencia según el tipo histológico

Tipo histológico	No.	%
Carcinoma epidermoide	76	96.20
Tumor mixto maligno	1	1.27
Carcinoma adenoideo quístico	2	2.53
Total	79	100.00

En la frecuencia de la localización anatómica, prevalece la lengua y el suelo de la boca (con 24 para el 30.38 %, y 23 para el 29.11 %, respectivamente).

En cuanto al tipo histológico, predominó el carcinoma epidermoide con un total de 76 casos (96.20 %) (PEÑA A, ARREDONDO M Y VILA L, 2004).

MAYNARD K. Y CARCACHE A., estudiaron la prevalencia de los tumores de la región oral y cervicofacial en pacientes atendidos en el Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, años 2000 al 2006 con auspicio de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN, Managua.

Se estudiaron un total de 139 casos, con los siguientes resultados; el tipo histológico más frecuente fue el Adenoma Pleomorfo con 36 casos, de predominio en glándula parótida con 33 casos, 2 en glándulas salivales menores y 1 en el paladar; con predominio en el sexo femenino con 21 casos y en el sexo masculino 15 casos, presentándose con mayor frecuencia en el rango de edades de 20 a 39 años, con 14 casos. La segunda neoplasia más frecuente de la región maxilofacial fue el Carcinoma Epidermoide, con 21 casos, el cual es un tumor maligno. De estos casos, 16 fueron del sexo masculino y 5 del sexo femenino, siendo la edad más común de presentación en ambos sexos, los pacientes mayores de 60 años, con 11 casos. Se presentaron 7 de neoplasias en la región oral.

El tercer tipo histológico más frecuente de estos tumores fue el Carcinoma basocelular, con 18 casos, 11 en el sexo masculino y 7 en el sexo femenino, siendo el grupo de edades de pacientes mayores de 60 años el más afectado con 11 casos (MAYNARD Y CARCACHE, 2007).

OTAÑO, ROSANA A. - SCHELOVER, EDUARDO R. - PIAZZA, MARÍA E. - ALEGRE, FEDERICO G., en el 2003 revisaron los archivos de estudios histopatológicos de Servicio de Patología y Citodiagnóstico del Hospital “Dr. José Ramón Vidal” de Corrientes en Argentina desde el 1° de agosto de 1998 hasta el 31 de julio de 2003, recabándose datos acerca de la ubicación de las lesiones tumorales malignas diagnosticadas en la cavidad bucal.

En el período comprendido de cinco años se estudiaron, 9040 materiales por métodos histopatológicos, de los cuales se diagnosticaron 65 tumores malignos de cavidad bucal, lo que hace un promedio de 13 casos nuevos por año.

De las 65 neoplasias de la cavidad bucal se observó que, 60 correspondían a carcinomas epidermoides, 2 linfomas no Hodgkin, 1 sarcoma.

Con respecto a la frecuencia de ubicación 29 casos se ubican en la lengua, 14 en el paladar, 16 en piso de boca y 6 en la mucosa de labios.

La edad variaba desde los 25 hasta los 89 años, con un pico de incidencia entre la 5° y 6° década de la vida.

Con respecto al sexo, 52 casos afectaban a varones y 13 a mujeres, lo que da un promedio del 80% para los primeros y un 20 % para los segundos. (OTAÑO, 2003)

ARECHAVALETA PEREZ EYDA, en el 2002 realizó un estudio sobre “Factores de Riesgo de Lesiones Premalignas y Malignas de la Cavidad Bucal”, en el Hospital General Santiago de Cuba; con el objetivo de describir los factores de riesgo ya conocidos con las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, en el periodo 1992 – 2000.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos atendidos mayores de 15 años en el Hospital General Santiago de Cuba; llegando a las conclusiones siguientes el sexo femenino y las edades comprendidas entre 31 y 59 años fueron los más afectados por lesiones premalignas y malignas siendo la leucoplasia la más frecuente. (ACHEVALETA, 2002)

GARCIA MONTEALEGRE ANA XIMENA residente del IV año de la especialidad de cirugía maxilofacial, en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Realizó el estudio de “Correlación Clínico y Cito Histopatologica de los Tumores de Glándulas Salivales en Los Pacientes Atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Máxilo Facial en el periodo de Abril del 2003 a Noviembre del 2006 en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón G”.

Con el Objetivo de determinar las características clínicas y correlación citohistopatológica de los pacientes con tumores de glándulas salivales.

Se estudiaron 51 expedientes de pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial con tumores de glándulas salivales, que se les realizó biopsia por punción aspiración con aguja fina (BAAF) y biopsia quirúrgica (estudio histopatológico).

Como resultado se obtuvo una frecuencia de 72.74% en parótida, y el 17.64% en submaxilar; el 60.9% correspondían a tumores benignos y el 39 % a tumores malignos; ocupando el 54.8% Adenoma Pleomorfo como benigno y el Carcinoma Mucoepidermoide el 15.7% como maligno. (GARCIA, 2007)

SANDOVAL PUIG MARTA, presentó el estudio “Papel pronóstico de los factores clínicos y epidemiológicos en una cohorte de pacientes con cáncer de cavidad oral y orofaringe” con los objetivos de estudiar la prevalencia del cáncer oral y las características demográficas de los pacientes diagnosticados en la Ciudad Universitaria de Bellvitge (España), y por otro lado, estudiar el efecto en nuestra cohorte a estudio, de los factores pronósticos del cáncer oral ya identificados (edad, sexo, estadio clínico y localización del tumor), así como aquellos que no han quedado bien establecidos en la literatura (tabaco, alcohol, demora del diagnóstico), o bien aquellos que no han sido estudiados anteriormente (ingesta de frutas y verduras).

Se estudiaron 157 pacientes con un seguimiento clínico de 2 años obteniendo como resultados que el cáncer oral representa el 4% de todos los tumores malignos de la Ciudad Universitaria de Bellvitge, los pacientes son mayoritariamente hombres (86%), cuya edad queda comprendida entre los 60-69 años (31%). Al año del diagnóstico el 61% de los casos estaban vivos sin recidiva; la mortalidad por cáncer oral a los dos años del diagnóstico era del 31%. La ingesta elevada de verduras tanto antes como después del mismo, incrementa la supervivencia y reduce la mortalidad global y la específica por cáncer oral de manera estadísticamente significativa. Los pacientes fumadores y bebedores, aquellos con demora del diagnóstico, estadio avanzado, tumores de orofaringe y glándulas salivares y con menor ingesta de frutas y verduras presentan peor supervivencia global y mayor tasa de recidiva. (SANDOVAL, 2004)

TORRES DOMINGO SANTIAGO Y BAGAN JOSE, realizaron un estudio en el servicio de estomatología del Hospital de Rioja en España con el objetivo de analizar la frecuencia y tipos de tumores benignos de la mucosa oral.

Se estudiaron 300 casos de pacientes con tumores benignos de la mucosa oral, de los cuales el 53.3% fueron diagnosticados como fibroma siendo así la neoplasia benigna más frecuente. (TORRES, 2006)

### ***2.1.2. Antecedentes Nacionales:***

OCHARAN MIRANDA SIMON CESAR, realizó un estudio “Neoplasias Malignas de la Cavidad Bucal, estudio retrospectivo en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo ESSALUD Arequipa 1990 - 2003”

Se estudiaron 6300 casos de neoplasias Malignas de las cuales 110 asentaron en la cavidad oral siendo el Carcinoma Epidermoide el de mayor incidencia (38.18%), según la edad entre los 60 y 69 años se halló mayor incidencia y según el sexo hubo un predominio masculino. (OCHARAN, 2004).

GOMEZ RAMOS EBONY DEL CARMEN, presentó el estudio “Incidencia de Neoplasias Malignas de Cabeza, Cuello y Cavidad Bucal Diagnosticadas en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital Militar Central de Lima Coronel Luís Arias Shreiber en el periodo Enero 2000 a Diciembre 2007”

Se estudiaron 471 casos de neoplasias malignas de cabeza, cuello y cavidad bucal, obteniendo como resultados que la mayor incidencia se presentó en el año 2002, la neoplasia más frecuente fue el carcinoma basocelular con un 78.8 % de casos, según el sexo se presentó un mayor número de casos del sexo masculino con una incidencia más alta entre 70 a 79 años; en ambos sexos la localización anatómica más afectada fue la región nasal. (GOMEZ, 2009)

## **2.2 MARCO TEÓRICO.**

### ***2.2.1. Anatomía De La Cavidad Bucal:***

El entendimiento de muchos trastornos que afectan las estructuras bucales y parabucles, se logra mediante el conocimiento de la embriología, anatomía e histología de estas estructuras.

La cavidad oral incluye lo siguiente:

- Las dos terceras partes delanteras de la lengua.
- Las encías.
- Los carrillos
- El suelo (fondo) de la boca debajo de la lengua.
- El paladar duro.
- Los labios

Las estructuras adyacentes a la boca son:

- Las glándulas salivales.
- La úvula.

- Las amígdalas y sus pilares.
- La orofaringe

Neoplasia significa “neoformación” o “nuevo crecimiento”, y se define como “una proliferación excesiva, incontrolada, autónoma e irreversible de las células, con características morfológicas y funcionales que se alejan de sus precursoras”. Para Willis tres son las características que definen una neoplasia:

- Formar una masa anormal.
- Tener un crecimiento excesivo incontrolado y autónomo.
- Persistir aún después de desaparecer la causa que lo desencadenó

El término de “neoplasia” describe, por tanto, un estado de falta de regulación del crecimiento celular, en el que se dice que las células neoplásicas están transformadas. En las células y tejidos neoplásicos se produce un fracaso de los mecanismos que controlan la proliferación y maduración celulares. El estado neoplásico surge por cambios en el material genético que se transmiten a las nuevas generaciones de células de la neoplasia. Estudios recientes de genética molecular han demostrado que en la mayoría de los tumores subyace una alteración de genes clave para el control del crecimiento celular; estos genes se denominan oncogenes (Shafer, 2001; Kumar, 2007).

Existen dos tipos principales de neoplasia benigna y maligna, que se identifican por sus patrones de crecimiento:

- Si los bordes del tumor están bien definidos y el tumor crece sólo localmente, la neoplasia se denomina benigna.
- Si los bordes del tumor están mal definidos y las células neoplásicas invaden y destruyen los tejidos circundantes, la neoplasia se denomina maligna.

## ***2.2.2. Neoplasias Generalidades:***

### **2.2.2.1. Definición:**

Según el reconocido oncólogo Sir Ruppert Bilis 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. (ROBINS, 2002)

### **2.2.2.2. Componentes De Las Neoplasias:**

#### **Parénquima:**

Constituido por células transformadas o neoplásicas. Es del que deriva su conducta biológica.

#### **Estroma de Apoyo:**

Constituido por células no neoplásicas, derivado del huésped y formado por tejido conectivo, vasos sanguíneos y tal vez linfáticos, imprescindible para el crecimiento del tumor.



**2.2.2.3. Clasificación Histológica De Las Neoplasias:**

	<b>BENIGNAS</b>	<b>MALIGNAS</b>
<b>Comportamiento</b>	Solo crecimiento expansivo, lento y local.	Crecimiento expansivo e invasivo rápido.
	No infiltrativa	Infiltrativa
<b>Histología</b>	Se A semeja A La Célula Original (Bien Diferenciado)	Muestra Falta De Diferenciación Celular.
	Pocas mitosis	Muchas mitosis con figuras anormales.
	Índice núcleo/ citoplasma anormal o ligeramente aumentado.	Índice núcleo/ citoplasma aumentado.
	Las células son normales, uniformes en todo el tumor.	Células anormales, células de forma y tamaño variables (pleoformismo celular), núcleos de forma y tamaño variables (pleoformismo nuclear) o ambas cosas.
	No da metástasis.	Potencialmente metastático.
	Generalmente no interfiere en la vida del paciente.	Si no son tratadas causan la muerte.

(LOWE Y STEVENS, 2001)

#### **2.2.2.4. Características Generales De Las Neoplasias:**

##### **Diferenciación:**

Se refiere a la medida en que las células parenquimatosas se parecen a las normales comparables, tanto morfológica como funcionalmente.

Por lo general los tumores benignos son bien diferenciados lo que significa que las células neoplásicas son bien parecidas a las que les dieron origen.

Por el contrario los tumores malignos pueden ser bien diferenciados o indiferenciados, ya que las células neoplásicas pueden semejarse o bien no parecerse en nada a las células de origen.

##### **Anaplasia:**

Implica la pérdida de la diferenciación estructural y funcional de las células normales.

Las neoplasias bien diferenciadas se forman por la maduración o especialización de células indiferenciadas, mientras que en el tumor maligno hay proliferación sin maduración de las células transformadas.

##### **Displasia:**

Es una pérdida de la uniformidad de células individuales, así como la pérdida de su orientación. Se limita a los estratos basales y pueden aparecer en todos los niveles superficiales. Cuando afecta solo el espesor del epitelio se denomina carcinomas in situ. (REGEZI, 1991)

#### ***2.2.3. Neoplasias benignas:***

Las neoplasias benignas generalmente tienen un pronóstico muy bueno y raramente provocan la muerte. Por el contrario, las neoplasias malignas son una

de las principales causas de mortalidad. Aunque las neoplasias sólo constituyen una minoría de entidades patológicas que el odontólogo ve, es importante su diagnóstico por la potente capacidad de poner en peligro la salud del paciente. Rara vez el odontólogo encuentra muchas neoplasias; sin embargo, es indispensable que se familiarice con ellas, de tal manera que al momento de toparse con una de ellas pueda distinguir su calidad de benigna o maligna, y sea capaz de instituir el tratamiento adecuado o de referir al paciente a un especialista (SHAFER, 2001; KUMAR, 2007; PEREZ, 2006)

En la boca y estructuras adyacentes, una neoplasia benigna es un crecimiento anormal con poca probabilidad de extenderse en la localización donde aparece o a otras partes del cuerpo. Generalmente se presentan solas y crecen muy lentamente durante un periodo de 2 a 6 años. Pueden aparecer en los labios, encías, paladar o piso de la boca, o la lengua. Estas lesiones son curables quirúrgicamente, teniendo algunas la probabilidad de recurrir. Los signos y síntomas que presentan más frecuentemente son:

- Una tumoración o bulto en cualquier parte de la boca.
- Pueden ulcerarse y sangrar.
- Pueden interferir con la adhesión adecuada de las prótesis dentales.
- Pueden interferir con el habla o con la deglución. (SHAFER, 2001; SAPP, 2005).

Las neoplasias benignas que se presentan con mayor frecuencia en la boca y estructuras adyacentes pueden ser:

#### **2.2.3.1. Tumores Odontogenicos Benignos:**

Los tumores odontogenos son los que derivan de elementos epiteliales, mesenquimatosos o de ambos que forman parte del sistema de formación de los dientes.

**Características Clínicas De Los Principales Tumores Odontógenos:**

<b>TUMOR</b>	<b>EDAD</b>	<b>LOCALIZACION</b>	<b>ASPECTO RX</b>
Ameloblastoma	40 años	Reg. Molar de mandíbula.	Radiolúcido con frecuencia multilocular.
Tumor odontógeno epitelial Calcificante.	40 años	Reg. Molar de la mandíbula.	Radiolúcido o con focos opacos.
Mixoma	30 años	Cualquier región.	Radiolúcido multilocular.
Fibroma Cementificante	40 años	Mandíbula.	Radiolúcido o con focos opacos
Cementoblastoma	25 años	Reg. Posterior de la mandíbula.	Opaco.
Displasia cementaria periapical	40 años	Reg. Posterior de la mandíbula.	Radiolúcido, mixto u opaco.
Odontoma	18 años	Cualquier región.	Opaco

(REGEZI 1991)

***Ameloblastoma:***

Neoplasia benigna derivada de los componentes epiteliales residuales del desarrollo del diente.

***Ameloblastoma Común:*** Puede producir deformaciones extensas y a veces grotescas del maxilar y la mandíbula, es más frecuente en la mandíbula en el área molar y en la rama ascendente. Clínicamente se reconoce a la palpación por

presentar un crujido como cáscara de huevo. Radiográficamente se observa como pompas de jabón. El tratamiento consiste en la resección marginal o segmentaria y si la lesión es grande una hemimandibulectomía. Histopatológicamente está constituido por un epitelio en el cual la capa de células basales contiene células cilíndricas o en empalizada cuyos núcleos tienden a desplazarse desde la membrana basal al extremo opuesto de la célula (polarización inversa). La polarización inversa de la capa de células basales tiene que formar parte de uno de los patrones arquitectónicos específicos del epitelio asociados con un comportamiento local agresivo. Los 2 patrones más comunes son el folicular y el plexiforme.

El patrón folicular está constituido por epitelio en forma de islotes, filamentos y formaciones medulares contrapuestos a un fondo de estroma de tejido conjuntivo fibroso.

El patrón plexiforme está constituido por un epitelio que prolifera formando una red de pesca o malla.

***Ameloblastoma Uniquístico:*** Es más frecuente en pacientes de 16 a 20 años, suele asociarse a un tercer molar desplazado. Radiográficamente las lesiones suelen ser bien delimitadas y en la imagen radiolucida suele estar incluido un diente. Histológicamente la lesión está constituida por una capsula de tejido conjuntivo, fibroso, denso uniformemente engrosado que rodea una luz llena de líquido.

***Ameloblastoma Periférico:*** Se parece histológicamente al ameloblastoma común pero está limitado por los tejidos blandos de la encía. Se tratan mediante una escisión local. (SAPP, 2005)

***Tumor Odontógeno Epitelial Calcificante:***

Tumor localmente agresivo constituido por bandas y formaciones medulares de células planas y claras que suelen acompañarse de calcificaciones esféricas y depósitos hialinos. Es muy raro. (SAPP, 2005)

Se postula que deriva del estrato intermedio del órgano del esmalte.

Desde el punto de vista radiográfico las lesiones se relacionan con dientes retenidos, el tumor puede ser radiolúcido o contener focos opacos que corresponden a tejido calcificado. (REGEZI, 1991). El patrón histológico más frecuente está constituido por capas de células poliédricas con puentes intercelulares destacados.

### ***Fibroma Odontógeno:***

Neoplasia benigna periférica o intraósea (central), derivada de tejido conjuntivo de origen odontógeno que contiene islotes y bandas ampliamente dispersas de epitelio odontogeno embrionario.

***Fibroma Odontógeno Periférico;*** es la forma más frecuente de fibroma odontógeno y parece proceder del epitelio gingival superficial o de residuos de la lámina dental que permanecen en una localización extraósea. Tiene el aspecto de una tumoración local en la encía; la lesión está constituida por una mezcla de tejido conjuntivo denso que separa zonas localizadas de tejido conjuntivo laxo.

***Fibroma Odontógeno Central:*** Es un tumor raro. Se presenta más en la mandíbula.

### ***Mixoma Odontógeno:***

Lesión rara de comportamiento agresivo derivada del tejido conectivo embrionario.

Se observa siempre radiolúcido. (SAPP, 2005)

El aspecto histopatológico está constituido por células fusiformes ampliamente separadas en contraste con un fondo de sustancia fundamental mucoide no fibrilar.

### ***Cementoblastoma:***

Neoplasia benigna de tejido análogo al cemento, crece en continuidad al cemento

apical produciendo expansión de las tablas corticales y dolor. Radiológicamente dan una imagen radiolúcida o una mezcla entre radiolúcida y radiopaca. La lesión se caracteriza por un depósito de matriz eosinófila no mineralizada rodeada por cementoblastos gruesos que se continúa con la capa de cemento normal de la raíz de un diente. Su tratamiento es la extirpación del diente asociado. (SAPP, 2005)

### ***Fibroma Ameloblastico:***

Lesión que se localiza sobre los molares no erupcionados en pacientes jóvenes, puede provocar ligera expansión de las tablas; radiográficamente se observa una zona radiolúcida uni o multilocular sobre la pieza no erupcionada. El aspecto microscópico está constituido por hebras y cordones delgados de epitelio odontógeno que se parece a la lámina dental y los periodos de caperuza y campana de la odontogénesis temprana. El fondo está formado por tejido conjuntivo embrionario que contiene fibroblastos orientados al azar y están ampliamente separados.

### **Odontoma:**

Lesiones odontógenas se presentan en el lugar de un diente no erupcionado; y son: Compuesto y Complejo.

Odontoma Compuesto; contiene esmalte, dentina, pulpa y cemento en formas reconocibles de diente. Suelen localizarse en la parte anterior de la boca sobre las coronas de dientes no erupcionados, las lesiones son uniloculares y contienen estructuras radiopacas múltiples que se parecen a dientes en miniatura.

Odontoma Complejo; masa nudosa sólida. Se encuentran en las partes posteriores de la mandíbula sobre dientes retenidos con aspecto de una masa radiopaca sólida rodeada de una fina zona radiolúcida.

El tratamiento es la enucleación de la lesión y no presentan recurrencia. (SAPP, 2005 y REGEZI, 1991)

### **2.2.3.2. Tumores No Odontógenos:**

#### ***Papiloma***

Es una Neoplasia Benigna del epitelio de revestimiento, sobresale en la mucosa con aspecto de coliflor de superficie irregular o pedunculado, más frecuente en labios y lengua, puede presentarse a cualquier edad y generalmente como una lesión pequeña (de 3 a 4 mm). En la histología es característica su imagen de proliferación epitelial digitiforme, o corta, redondeada y roma. El epitelio queratinizado o no queratinizado, un núcleo central de tejido fibrovascular y cerca al estrato córneo o de paraqueratina se encuentran células vacuoladas de núcleos hipercromáticos, irregulares, denominadas coilocitos, que tienen que ver con la etiología viral de esta lesión generalmente causada por el Papiloma virus humano (PVH) (SAPP, 2005; SHAH, 2004).

#### ***Fibroma***

El fibroma como neoplasia verdadera es una entidad rara, algunos autores como Shafer y col., lo utilizan como sinónimo de la hiperplasia fibrosa inflamatoria. Clínicamente se observa como una lesión elevada pedunculada o sessil del color de la mucosa o más pálida. Se presenta fundamentalmente en las encías labios y mucosa bucal. En la histología para establecer el diagnóstico debe demostrarse una cápsula que rodea al tejido conjuntivo y proliferación fibroblástica (SAPP, 2005; SHAH, 2006)

#### ***Fibroma Osificante Periférico***

Hiperplasia reactiva del tejido conjuntivo que contiene áreas de hueso. Nace de las papilas interdentes aunque a veces nace de la encía fija bucal o lingual; la mucosa que la recubre puede ser lisa y de coloración normal o presentar ulceración superficial. Histopatológicamente no poseen capsula verdadera y se pueden identificar depósitos osteoides o contener lagunas con núcleos



osteocitarios. (SAPP, 2005)

### ***Lipoma***

Neoplasia benigna del tejido adiposo que se ha observado más frecuentemente en la mejilla y piso de boca, de color amarillento y consistencia blanda. Histológicamente esta constituida por tejido adiposo normal, que puede o no estar encapsulado (SAPP, 2005; SHAH, 2006; SCIVETTI, 2006).

### ***Fibrolipoma***

Tumor fibroso que también contiene tejido graso. (LEXUS, 1996)

### ***Leiomioma***

Neoplasia benigna originada en el músculo liso. En la boca preferentemente se observa músculo liso en las paredes de los vasos sanguíneos y la lesión tiene por lo tanto muchas veces un componente vascular y se conoce como angioleiomioma. Se observa de preferencia en paladar, de color azulado, indoloro y límites netos. Histológicamente, espacios vasculares con paredes engrosadas a base de músculo liso, también existe leiomioma sólido el cual es más raro en boca. (SAPP, 2005)

### ***Hemangioma capilar y cavernoso***

Son tumores frecuentes, considerados hamartomas, la mayoría de ellos congénitos. Más comunes en mujeres, en la boca afectan de preferencia labios, lengua, vestíbulo y paladar, siendo una tumoración con cambio de color. En el tipo capilar es de color rojizo intenso. El cavernoso es de color vinoso. Las dos variedades al presionarlas, cambian su color a más pálido, y esto sirve para diferenciarlos de un hematoma, y otras lesiones violáceas. El hemangioma capilar se caracteriza por numerosos espacios vasculares pequeños con áreas de células

endoteliales macizas. El cavernoso tiene grandes espacios vasculares tapizados por células endoteliales, en los cuales pueden observarse trombos por estasis sanguíneo (REYES, 2006; SAPP, 2005).

Tratamiento: Si es superficial puede extirparse quirúrgicamente si no se debe inducir a la fibrosis mediante soluciones esclerosantes como el tetradecilsulfato sódico, nieve de dióxido de carbono, crioterapia y electrocoagulación.

### ***Angiofibroma:***

Tumor benigno constituido por vasos sanguíneos y que además contiene tejido fibroso. (Lexus, 1996)

### ***Linfangioma***

Se cree también que sea hamartoma, lo más frecuente en boca es que afecte la lengua y la mucosa no tenga cambio de coloración, aunque puede verse enrojecida o rojo vinoso por hemorragias adyacentes. También es una lesión congénita. Existe una condición llamada Higroma quístico, que es una tumoración del cuello, difusa, blanda y recubierta por piel sana que se presenta en lactantes, puede observarse en el síndrome de Turner. Esta lesión como el linfangioma propiamente tal está constituido por vasos linfáticos, de paredes finas tapizadas por células endoteliales, contienen linfa y suero (REYES, 2006; SAPP; 2005).

### ***Neurofibroma y Neurilemoma***

Son las dos neoplasias benignas más frecuentes de las fibras nerviosas, pero entre ellas es mucho más frecuente el neurofibroma. De crecimiento lento, recubiertas por mucosa normal, indoloras, y con ubicación preferencial por el dorso de la lengua. El neurofibroma generalmente se presenta como manifestación de la enfermedad de von Recklinhausen o neurofibramatosis múltiple, la cual es autosómica dominante. Estos pacientes tienen muchas veces macroglosia, hipertrofia ósea y manchas en piel. En bajo porcentaje los neurofibromas pueden

experimentar transformación maligna. El neurofibroma presenta siempre proliferación de fibras nerviosas desordenadas, a veces como formando redes, y otras con gran reacción fibrosa. El Neurilemoma o también llamado Schwanoma, histológicamente tiene una imagen típica por la disposición en empalizada de sus células que se conoce como Antoni A. También hay áreas desordenadas llamadas Antoni B (SAPP, 2005; SCIVETTI, 2006)

### ***Osteoblastoma:***

Es un tumor benigno de etiología desconocida, rara vez se presenta en los huesos del cráneo.

Aparece durante la segunda década de la vida y sus síntoma principal es el dolor intenso, también puede producir expansión de tablas y movilidad dentaria.

Las manifestaciones radiológicas consisten en combinaciones de patrones radiolúcidos y radiopacos mayores de 2 cm de diámetro ya que las mas pequeñas se denominan osteoma osteoide; la lesión esta bien delimitada y puede observarse una ligera radiolucidez rodeando a una masa central con un grado variable de calcificación.

Histopatología; se observan trabeculas irregulares de hueso inmaduro en un estroma que contiene una red vascular importante.

Tratamiento; extirpación quirúrgica, rara vez es recurrente. (REGZI, 1991)

### ***Osteoma:***

Son tumores benignos constituidos por hueso maduro, generalmente son pequeños y asintomáticos.

Histopatología; se describen 2 variantes histológicas; la primera se compone de hueso compacto denso con tejido medular disperso. La otra consiste en trabeculas laminares de hueso esponjoso con gran cantidad de espacios medulares fibrolipidicos. (REGZI, 1991)

### ***Granuloma Central de Células Gigantes:***

Es una lesión benigna de los maxilares por lo general solitaria y radiolúcida, consiste en una proliferación de fibroblastos fusiformes contenidos en un estroma de colágeno, macrófagos cargados de hemosiderina y eritrocitos extravasados.

(REGEZI, 1991)

### ***Adenoma o tumor pleomórfico de la glándula salival***

Su nombre deriva del pleomorfismo en su constitución, es decir, su apariencia grandemente variable, al visualizarse en el microscopio de luz. Se le conoce también como tumor mixto de tipo glándula salival, describiendo su característica pleomórfica en vez de su origen, que es tanto epitelial como mioepitelial.

Clásicamente, es un tumor bifásico y se caracteriza por tener una mezcla de epitelio poligonal y elementos mioepiteliales de forma de huso en un trasfondo de estroma muy variable que puede ser mucoide, mixoide, cartilaginoso o hialino.<sup>1</sup> Los elementos epiteliales pueden acomodarse en forma de estructuras ductales, o bien en forma laminar, agrupados y/o en filamentos que se entrelazan. Las células que conforman el epitelio son de dos tipos, luminales (epiteliales) y no-luminales (mesenquimatosos) y pueden también ser poligonales, laminares o estrellados (por ello el término pleomórficos). Puede haber presentes áreas de metaplasia escamosa y perlas epiteliales. El tumor no está envuelto, pero está por lo general rodeado de una pseudo-cápsula de grosor variable. El tumor se extiende en sus dimensiones a velocidades variables, entrando en el parénquima glandular normal, formando un frente de forma de dedo, aunque ésta variación no implica una transformación maligna (SAPP, 2005; SHAH, 2006).

### ***Adenoma Monomorfo de las Glándulas Salivales***

Grupo de tumores benignos de las glándulas salivales formados por una proliferación de un único tipo de célula epitelial y rodeados por una capsula fibrosa bien definida.

***Adenoma Oxifilico:***

Conocido también como oncocitoma, es un tumor benigno que se caracteriza por la presencia de oncocitos.

***2.2.4. Neoplasias Malignas***

El cáncer de la cavidad bucal ocupa el lugar 22 del total de neoplasias malignas por topografía. En el varón ocupa el lugar 14 y en la mujer el sitio 23. El cáncer de la cavidad bucal constituye el 6% de todos los tumores diagnosticados en Estados Unidos.

Los tumores de la cavidad bucal producen alteraciones en las funciones de la masticación, la deglución, el lenguaje y deformidades anatómicas y estéticas.  
(GOMEZ, 2009)

**Etiología:**

Se cree que la etiología del cáncer oral es multifactorial.

De todos los factores que se cree están involucrados en la etiología del cáncer bucal, el que se considera más importante es el tabaco. Todas las formas de tabaquismo, incluido también el tabaco no fumado en forma de rape o masticado. La ingestión de alcohol aumenta aparentemente el riesgo de desarrollar cáncer bucal, tiene la capacidad de irritar la mucosa y actuar como solvente de carcinógenos por ejemplo los de tabaco. (REGUEZI, 1991)

Se piensa que algunos microorganismos participan en las causas del cáncer bucal, además de una estrecha relación entre algunos virus y el cáncer por ejemplo el herpes virus se relaciona con el sarcoma de kaposi, el virus del Epstein barr se

relaciona con el linfoma de Burkitt y el virus del papiloma humano con el carcinoma de células escamosas y con el carcinoma verrucoso.

La luz ultravioleta es un agente carcinógeno conocido como factor relevante en el carcinoma de células escamosas de los labios.

La irritación crónica se considera como modificador más no como iniciador del cáncer bucal. Es improbable que el traumatismo mecánico por roce o por fricción induzca al cáncer bucal. Sin embargo si un cáncer se inicia por otra causa, probablemente estos factores aceleren el proceso. (REGEZI, 1991)

### **Principales Neoplasias Malignas De La Cavidad Bucal:**

Dentro de las neoplasias malignas más frecuentes de la boca, encontramos al carcinoma epidermoide (carcinoma a células escamosas), que se presenta en cualquier parte de la cavidad oral e inclusive en la amígdala y orofaringe, luego le sigue el carcinoma basocelular, de asiento principalmente en el labio superior, linfomas y otras neoplasias derivadas del tejido mesenquimal, pero menos frecuentes (SUAREZ 2002).

#### ***Carcinoma escamoso o epidermoide***

Es la Neoplasia Maligna más común de la cavidad bucal, aunque se puede presentar en cualquier parte de la boca y estructuras adyacentes, ciertos lugares son afectados con más frecuencia que otros.

Etiología y epidemiología

- El carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide) es el responsable cerca del 90% de las neoplasias malignas de cabeza y cuello.
- El promedio de edad del paciente con carcinoma escamoso de cabeza y cuello es de 59 años.
- La relación hombre: mujer de pacientes con carcinoma de células escamosas es alrededor de 3:1. Esta relación se está estrechando, porque la mujer está fumando y bebiendo más.

- El 85% de los pacientes con carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello han tenido una historia con el hábito del tabaco y alcohol (GONZALEZ, 2008; BASTERRA, 2004).

#### Factores etiológicos:

- Consumo de tabaco fumado o no.
- Radiación solar.
- Irritación crónica: por alcohol o mecánica.
- Infecciones
  - Virus papiloma humano.
  - Virus de Epstein Barr.
  - VIH: predispone neoplasias en personas jóvenes.
  - Cándida Albicans: candidiasis crónica hiperplásica.
  - Treponema pallidum (sífilis).

#### Otros factores:

- Nutrición (carencia vitamina A).
- Cambios en el epitelio por la edad.
- Sexo.

#### Signos del carcinoma bucal

- Ulceración o erosión: al tocarla no se puede desplazar, sino que está adherida.
- Eritema
- Leucoplasia.
- Induración: bordes duros.
- Fijación.
- Cronicidad.
- Linfadenopatías: en cánceres avanzados son ganglios duros, no desplazables.

#### Formas clínicas del carcinoma epidermoide de la cavidad bucal

- Endofítica: forma ulcerada.
- Exofítica.
- Forma de placa.

En los 3 casos el crecimiento es infiltrativo, lo que clínicamente se expresa como no desplazable.

#### Diagnóstico del carcinoma escamoso

- Biopsia: el más útil de todos. Se deben tomar varias muestras.
- Azul de toluidina: colorante que se coloca sobre una placa blanca, luego se pasa ácido acético, y donde queda azul, allí se toma la muestra.
- Anticuerpos monoclonales: porque hay cánceres tan indiferenciados que no se sabe de donde vienen.
- Tomografía computariza.
- Resonancia Magnética
- Radiografía: bordes apolillados, radiolucidos, etc. (GONZALES, 2008; BASTERRA, 2004).

#### *Carcinoma epidermoide de labio*

El que mejor pronóstico tiene, sus características clínicas:

- Representa el 30-40%.
- Más común en el hombre que en la mujer.
- Más frecuente en el labio inferior, en los bordes derechos e izquierdo, es raro en la línea media (protegida por la nariz).
- Con frecuencia se instala sobre una queilitis actínica (la línea del bermellón se vuelve un margen redondeado y tumefacto y la piel desarrolla surcos, la mucosa se vuelve moteada con manchas rojas y blancas que luego se ulceran.
- El carcinoma incipiente puede aparecer como una úlcera en el labio inferior.



- En lesiones más avanzadas puede presentarse como un aumento de volumen indurado, ulcerado con queratina (carcinoma bien diferenciado).
- Dan metástasis tardía en los ganglios submentonianos, submandibulares y en la cadena yugular alta.

#### Diagnóstico diferencial

- Carcinomas incipientes, diferenciar de queratoacantoma.
- En lesiones más extensas y solevantadas se debe hacer el diagnóstico diferencial con lesiones granulomatosas del labio, como granuloma piógeno.
- En las lesiones cubiertas por una costra de labio inferior en el bermellón, debe hacerse el diagnóstico de carcinoma de células basales. (MIJARES, 2003; QUINTANA, 2009)

#### *Carcinoma epidermoide de lengua*

No tiene buen pronóstico, mejor cuando se ubica en la punta.

- Se presenta en un 30-50% de los cánceres escamosos.
- Más frecuente en el adulto anciano y en el hombre.
- La ubicación más frecuente es el tercio posterior del borde lateral, sin embargo, puede afectar la parte ventral de la lengua, es raro en el dorso.
- Puede presentarse como un área blanca, roja o una leucoeritroplasia.
- Puede ser ulcera o un nódulo indurado.
- En un corto período puede extenderse al piso de boca y los pilares amigdalinos.
- Se fija la lengua y el paciente tiene dificultad para hablar y comer. Constituye el motivo por el que consulta el paciente.
- Dan metástasis tempranamente en ganglios submaxilares y cervicales.

#### Diagnóstico diferencial

- Úlcera tuberculosa.
- Granuloma traumático.
- Úlcera sifilítica

### ***Carcinoma epidermoide del piso de boca***

#### Características clínicas

- Es uno de los carcinomas más frecuentes.
- Desde una pequeña lesión eritematosa hasta una lesión muy extendida, profunda e indurada.
- Normalmente el paciente acude a la clínica por problemas para hablar o para comer.
- Puede presentarse como una simple leucoplasia, una eritroplasia o una leucoeritroplasia.
- Puede ser un nódulo exofítico indurado, ulcerado o no.
- Generalmente se inicia en la zona anterior de las carúnculas.
- Invade la parte ventral de la lengua (fijándola al piso de boca) y el reborde alveolar (se detecta con radiografía oclusal).
- Da metástasis temprana a los ganglios de la cadena yugular superior.
- En estados avanzados, hay halitosis.
- Al principio es indoloro.

#### Diagnósticos diferenciales

La mayoría de los aumentos de volumen en piso de la boca no cancerosos, son aumentos de volumen blandos, no ulcerados: ránulas, lipomas, flegmón de piso de boca. De modo que una lesión indurada y ulcerada debe considerarse como posible lesión maligna y debe biopsiarse (CORRALES, 2006).

### ***Carcinoma epidermoide de encía y reborde***

- Tiene predilección por las mujeres.
- Representa el 4-6%.
- Se presenta como una leucoplasia verrugosa o como úlcera indurada
- Más frecuente en mandíbula, en las zonas posteriores.

- Invaden el hueso a través del periodonto cuando existen dientes. Si no hay dientes baja igual.
- Movilidad dentaria y pérdida de dientes, en ausencia de enfermedad periodontal avanzada. Importante la radiografía.
- Si se efectúan extracciones el alvéolo no cicatriza.
- Metástasis de ganglios linfáticos submandibulares y cervicales.

### **En la mucosa de la mejilla (carrillo)**

- Representa el 10-15%
- Es más frecuente en la zona de molares y retromolar.
- Generalmente son úlceras induradas.
- Pueden instalarse sobre un liquen plano, pero no necesariamente ser bilateral.
- Son lesiones generalmente medianamente diferenciadas y dan metástasis a ganglios submandibulares.

### Cuando compromete paladar

- Se presenta con mayor frecuencia en zonas laterales adyacente a los pilares anteriores del istmo.
- Generalmente en pacientes fumadores.
- Invaden rápidamente los tejidos vecinos y esto sucede antes que se produzca ulceración.
- Generalmente son mal diferenciados y tienen mal pronóstico.
- Generalmente dan metástasis temprana a los ganglios cervicales y yugulares (SHAFER, 2001; CORRALES, 2006).

### ***Carcinoma verrucoso de Ackerman***

Más común en hombres que mascan tabaco. Para algunos autores es una fase tardía de la leucoplasia verrucosa proliferativa. Generalmente presenta varios focos: encía, mucosa alveolar, piso de boca. Es de crecimiento lento, ya que es muy bien diferenciado (células muy cohesionadas y ordenadas, disqueratosis), además es endofítico y extendido. Su patrón puede ser también exofítico, papilar, verrucoso y tiende a distribuirse difusamente. Rara vez da metástasis. Tratamiento: quirúrgico, con buen pronóstico, pero tiende a recidivar.

### *Carcinoma de células basales (basocelular)*

Se da exclusivamente a nivel de piel. Es una neoplasia maligna cuyas células del parénquima provienen de las células basales del epitelio. Tiene buen pronóstico, casi nunca da metástasis y tardíamente. Afecta a pacientes adultos de edad intermedia y ancianos. Se da en estrecha relación con piel expuesta: cara, cuero cabelludo, cuello, brazos, con frecuencia en el labio superior.

La lesión se inicia como una pápula de color rojizo (telangiectasia en la piel que lo cubre), comienza a hacerse en el centro una úlcera, con bordes solevantados. Esta úlcera es localmente muy destructiva.

- Puede presentarse solitario o múltiple.
- Puede ser una ulcera extensa con bordes indurados, o pigmentados con coloración oscura (que se confunde con melanoma maligno de piel).

### Histología

Epidermis muy queratinizada. En la dermis hay islotes de células basales, son pequeños y se tiñen mucho. En la periferia hay células más altas que se encuentran en empalizada, incluso a veces con polaridad invertida. En el estroma hay un tejido conjuntivo fibroso y un proceso inflamatorio crónico (SAPP, 2005; CORRALES, 2006).

### Diagnóstico Diferencial

- Nevus.
- Tumores anexiales de piel.
- Tumores dérmicos y mesenquimáticos.
- Carcinoma epidermoide (de células escamosas).

### Tratamiento

Quirúrgico, con amplio margen de seguridad, pues tiende a la recidiva.

***Carcinoma Linfoepitelial o Nasofaríngeo:*** Se asocia al virus del Epstein Barr.

Clínicamente se manifiesta con adenopatías, obstrucción nasal, otitis media unilateral, epistaxis.

Histopatológicamente puede ser de 3 tipos:

Queratinizante; con desmosomas de queratina.

No Queratinizante; presenta islotes de células epiteliales agrupadas.

Indiferenciado; contiene células neoplásicas cuyo origen epitelial es difícil de diferenciar.

### ***Adenocarcinoma:***

Toda malignidad originada en el epitelio del conducto salival o en las glándulas salivales de origen epitelial es un adenocarcinoma.

Evidencia un patrón de crecimiento infiltrativo y tiene capacidad metastásica.

La característica que diferencia este tumor de los adenomas de células basales es el hallazgo de nidos pequeños de la neoplasia en estructuras adyacentes normales.

(REGESI, 1991)

### ***Carcinoma Adenoide Quístico:***

Tumor maligno de las glándulas salivales formado por células cúbicas que elaboran un patrón sólido. Generalmente se presenta en la Glándula Parótida, es de crecimiento lento y suele afectar los troncos nerviosos (N. Facial) provocando

parestesias o parálisis. Histológicamente está formado por nidos ovalados de células epiteliales cúbicas con núcleos hipercromáticos. Existen 3 patrones de crecimiento; el **Patrón Cribiforme** es el clásico ya descrito que tiene un aspecto de queso Zuizo o panal; el **Patrón Tubular** predominan elementos tubuloductales y el **Patrón Basaloide** consiste en nidos sólidos de células basales.

#### ***Carcinoma Mucoepidermoide:***

Es una lesión de la glándula salival. Todos los grados de lesión mucoepidermoide son carcinoma con potencial metastático.

Los de bajo grado suelen seguir un curso invasivo local y no son agresivos, son tumores productores de mucina, tiene estructura bifásica de células epidermoides y secretoras de moco.

Se encuentran de 60 a 90 % en la glandula parótida, representa el tumor maligno más común de las glándulas salivales en niños.

Esta malformación también se puede originar centralmente en la mandíbula, presuntamente en elementos salivales embrionarios atrapados o por transformación neoplásica de células localizadas en quistes odontógenos.

Los tumores con bajo grado de malignidad experimentan un periodo prolongado de crecimiento indoloro. Los de alto grado de malignidad crecen con rapidez y muchas veces se acompañan de dolor y ulceración mucosa. (REGGEZI, 1991)

#### ***Ameloblastoma Maligno:***

Esta neoplasia se origina en la mandíbula o maxilar a partir del órgano del esmalte, restos odontógenos, epitelio reducido del esmalte y revestimiento epitelial de los quistes odontógenos, en especial el quiste dentífero.

Los síntomas iniciales pueden ser movilidad dental o maloclusión. Junto con el crecimiento del ameloblastoma puede ocurrir la resorción de la raíz. (REGGEZI, 1991)

#### ***Melanoma Maligno:***

Los melanomas derivan de la transformación maligna de melanocitos o de células nevosas. Por lo general ocurren después de los 50 años de edad. Se puede observar como una pigmentación elevada bien definida.

Tratamiento; quirúrgico o con quimioterapia. (REGEZZI, 1991)

### ***Linfomas***

El término se refiere a una serie de desórdenes causados por una proliferación neoplásica del sistema linforeticular. Se ven afectados los ganglios linfáticos y el bazo (esplenomegalia). También existe la ubicación extraganglionar, como por ejemplo, encía. Nodal: sitios específicos en que hay ganglios linfáticos. Extraganglionar: donde no hay ganglios linfáticos.

Representa menos de un 5% de tumores malignos de cabeza y cuello. Se presentan con mayor frecuencia en:

- Anillo de Waldeyer.
- Paladar blando.
- Base de la lengua.
- Glándulas salivales mayores (que se formaron de la mano con los ganglios linfáticos durante el desarrollo embrionario).

Los linfomas se clasifican en:

- Linfosarcoma
- Sarcoma de células reticulares
- Linfoma folicular gigante.
- Linfomas de Hodgkin.

(CORRALES, 2006; SANDOVAL, 2004).

### ***Osteosarcoma:***

Neoplasia maligna más frecuente derivada de las células óseas, que en los maxilares produce un ensanchamiento radiográfico de la membrana periodontal

de los dientes.

Las lesiones de la mandíbula y el maxilar suelen advertirse por primera vez como tumefacciones óseas de consistencia dura en las corticales vestibular o lingual y a menudo asociadas a separación de dientes.

El aspecto radiográfico del osteosarcoma varía según el tipo histopatológico. Las del tipo telangiectásico tienen escasa formación de hueso y son radiolúcidas. Las lesiones de tipo osteoblástico y condroblástico forman grandes cantidades de tejido mineralizado produciendo áreas grandes radiopacas dentro de un fondo radiolúcido no definido. Un hallazgo radiográfico importante es el ensanchamiento del ligamento periodontal y el aspecto de rayos de sol en la radiografía oclusal.. (SAPP, 2005)



**CAPITULO III**  
**VARIABLES Y DEFINICIONES**  
**OPERACIONALES**

### **3.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

#### ***3.1.1. Variables dependientes:***

- Neoplasias Benignas más frecuentes.
- Neoplasias malignas más frecuentes.

#### ***3.1.2. Variables Independientes:***

- Localizaciones Anatómicas (topografía).
- Servicio de Procedencia de la muestra.
- Edad
- Sexo

VARIABLES	INDICADOR		CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VARIABLES de Estudio</b>				
Incidencia de Neoplasias Benignas	Examen Anatomopatológico.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Papiloma.</li> <li>2. Fibroma.</li> <li>3. Angiofibroma.</li> <li>4. Fibrolipoma.</li> <li>5. Hemangioma.</li> <li>6. Adenoma Pleomorfico de glandulas salivales.</li> <li>7. Adenoma Oxifilico de G. Salivales</li> </ol>	Nominal.
Incidencia de Neoplasias Malignas	Examen Anatomopatológico.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carcinoma Basocelular.</li> <li>2. Carcinoma Epidermoide.</li> <li>3. Carcinoma linfoepitelial.</li> <li>4. Carcinoma Adenoquístico.</li> <li>5. Linfoma</li> </ol>	Nominal.
Localizaciones Anatómicas	Topografía	Cavidad Bucal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Labios.</li> <li>2. Carrillos.</li> <li>3. Encía.</li> <li>4. Lengua.</li> <li>5. Paladar.</li> <li>6. Úvula.</li> <li>7. Piso de Boca.</li> </ol>	Nominal.
		Estructuras Adyacentes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amígdala.</li> <li>2. Glándula Parótida.</li> <li>3. Glándula Submaxilar.</li> <li>4. Orofaringe</li> </ol>	

Procedencia	Servicio.		Dental. Otorrinolaringología. Cirugía. Serciquem. Dermatología.	Nominal.
<b>Variables Intervinientes</b>				
Edad	Años		1. 01 a 10 años 2. 11 a 20 años 3. 21 a 30 años 4. 31 a 40 años 5. 41 a 50 años 6. 51 a 60 años 7. 61 a 70 años 8. 71 a 80 años 9. 81 a > años	Intervalo
Sexo	Genero		Masculino.  Femenino	Nominal.

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **4.1 AMBITO DE LA INVESTIGACION:**

##### **4.1.1 *Ámbito Espacial:***

La Investigación se realizó en el Área de Anatomía Patológica del Hospital Hipólito Unanue - Minsa - Tacna.

##### **4.1.2. *Diseño de Investigación:***

Estudio retrospectivo, no experimental, descriptivo y de corte transversal.

#### **4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

La base de estudio está constituida por 103 casos de Neoplasias tanto Benignas como Malignas de la Cavidad Bucal y estructuras Adyacentes que se presentaron en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Hipólito Unánue MINSA de Tacna en los periodos 1999 – 2008.

La información se tomó de los registros de las Solicitudes de Examen Anatomopatológico remitidos desde todos los servicios con los que cuenta el hospital y que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

##### **4.3.1. *Criterios de inclusión:***

- Todos los pacientes diagnosticados como neoplasia benigna o maligna de la boca y estructuras adyacentes.
- Ambos Sexos.
- Pacientes de cualquier Edad.
- Casos que se presentaron en los años de estudio.

#### **4.3.2. Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados.
- Pacientes con neoplasias de otras regiones anatómicas.
- Pacientes con neoplasias en años anteriores o posteriores al estudio.

#### **4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:**

Los datos se recolectaron de:

- Solicitud de examen anatomopatológico: Archivadas en el servicio de Patología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Copia del Informe Anatomopatológico: Emitida por el Jefe del Servicio de Patología en respuesta a la solicitud de examen anatomopatológico.

#### **4.5 TRATAMIENTO Y RECOLECCION DE LOS DATOS:**

Para la recolección de datos, se revisaron en el Archivo del servicio de patología las solicitudes de Examen Anatomopatológico (Anexo 2) entre los años 1999 al 2008 y se procedió al llenado de la Ficha de Recolección de Datos (Anexo 1) la cuál ya está validada puesto que la hemos tomado de un estudio anterior realizado por Ebony Gomez.

#### **4.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:**

La información recopilada ha sido procesada con la utilización de Sistemas de Computación Windows Vista Starter, por el programa SPSS 15.0. La redacción se efectuó en Microsoft Office Word versión 2007; las tablas y gráficos se elaboraron en Microsoft Office Excel versión 2007.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS E INTERPRETACION DE DATOS**



**TABLA 1**

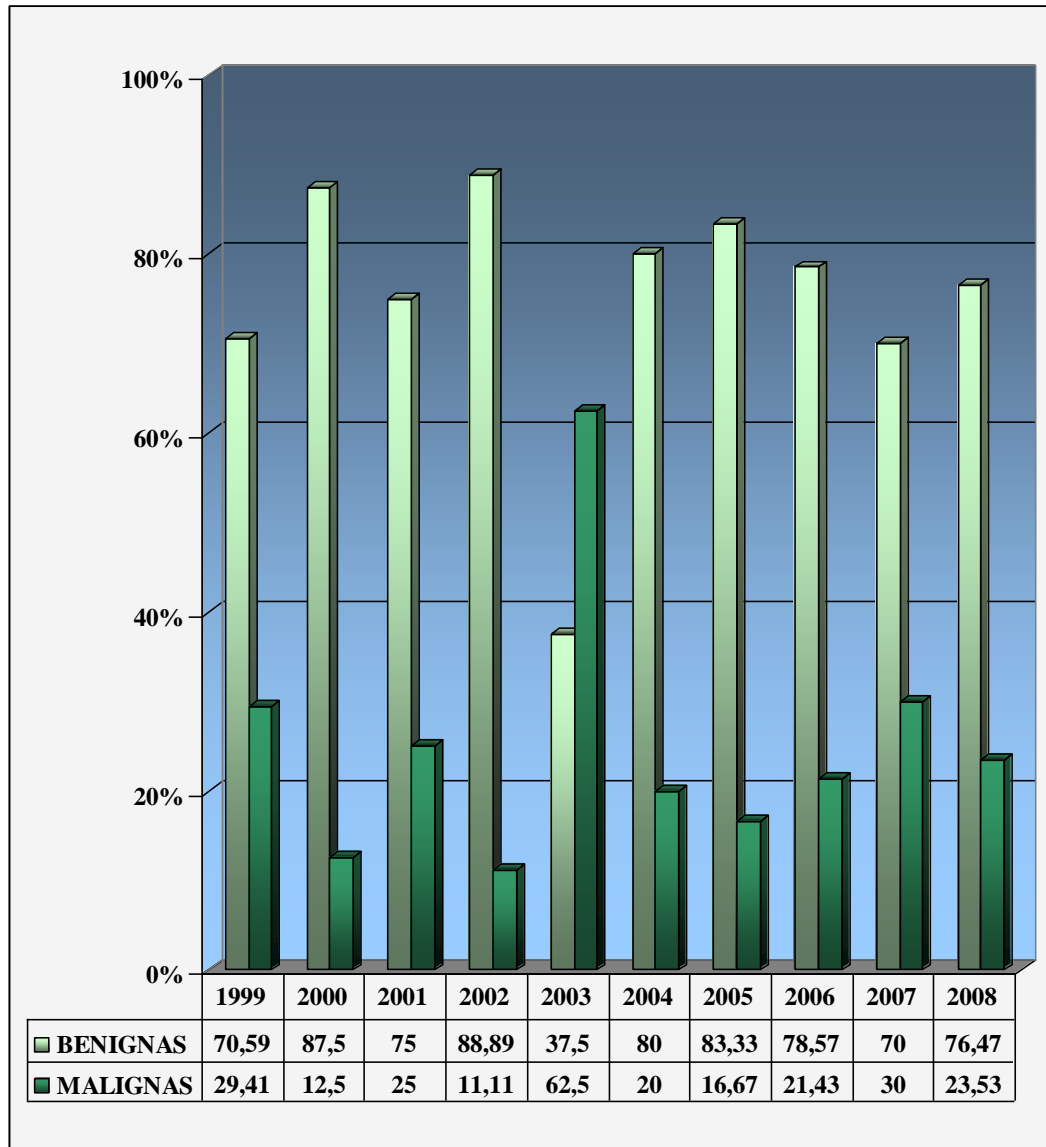
**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 1999- 2008**

AÑO	TOTAL DE CASOS		NEOPLASIAS BENIGNAS		NEOPLASIAS MALIGNAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1999	17	16,50	12	70,59	5	29,41
2000	8	7,77	7	87,5	1	12,5
2001	4	3,88	3	75	1	25
2002	9	8,74	8	88,89	1	11,11
2003	8	7,77	3	37,5	5	62,5
2004	10	9,71	8	80	2	20
2005	6	5,83	5	83,33	1	16,67
2006	14	13,59	11	78,57	3	21,43
2007	10	9,71	7	70	3	30
2008	17	16,5	13	76,47	4	23,53
<b>TOTAL</b>	103	100	77	74,76	26	25,24

FUENTE: Ficha de recolección de Datos

**GRAFICO 1**

**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 1999- 2008**



Fuente: TABLA N°1

**Interpretación:** Según la tabla y gráfico 1 observamos que la frecuencia de presentación de neoplasias benignas y malignas, no es uniforme durante los años de estudio, encontrándose el mayor número de neoplasias benignas en el año 2008 con una frecuencia del 76,47% del total de casos en ese año, y para las neoplasias malignas en los años 1999 y 2003 con 5 casos en cada año lo que corresponde al 29,41% en el año 1999 y 62,5% en el 2003.

**TABLA 2**

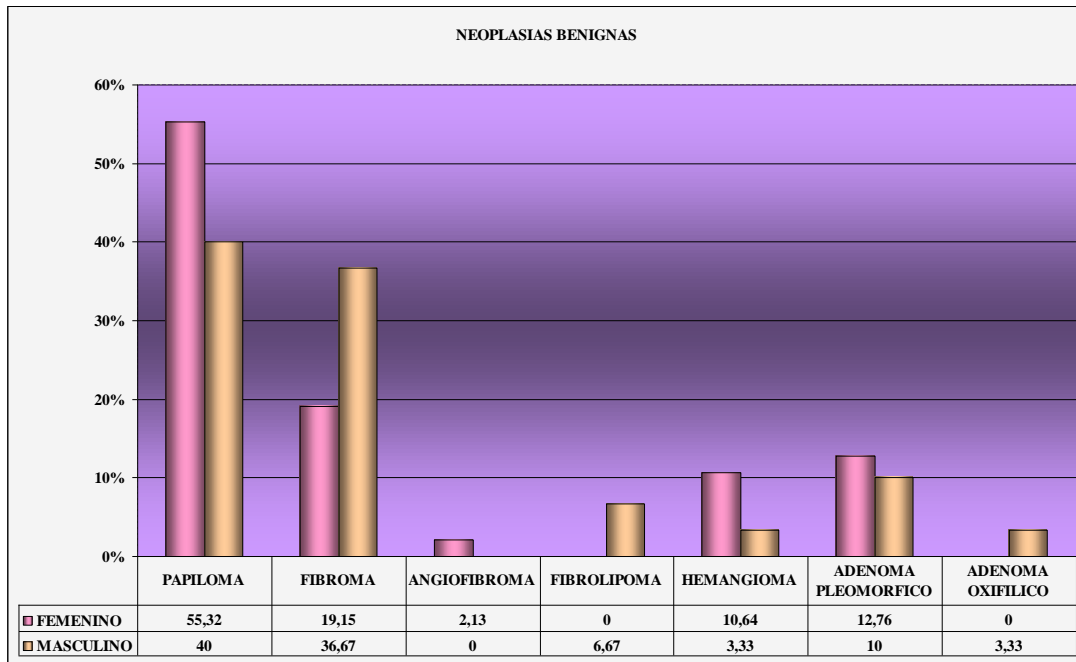
**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES SEGÚN SEXO, HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 1999- 2008**

NEOPLASIAS BENIGNAS	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>PAPILOMA</b>	26	55.32	12	40	38	49,35
<b>FIBROMA</b>	9	19.15	11	36.67	20	25,97
<b>ADENOMA PLEOMORFICO DE GLAD.SALIV</b>	6	12.76	3	10	9	11.69
<b>HEMANGIOMA</b>	5	10.64	1	3.33	6	7.79
<b>FIBROLIPOMA</b>	0	0	2	6.67	2	2.6
<b>ANGIOFIBROMA</b>	1	2.13	0	0	1	1.3
<b>ADENOMA OXIFILICO</b>	0	0	1	3,33	1	1,3
<b>TOTAL</b>	47	61,04	30	38,96	77	100

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

**GRAFICO 2**

**DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE NEOPLASIAS BENIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES SEGÚN SEXO. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 1999- 2008**



FUENTE: Tabla 2

Según la tabla n° 2 y gráfico n°2 la neoplasia benigna más frecuente durante el periodo de estudio fue el Papiloma con un 49,35% (38 casos) de los cuales 26 corresponden al sexo femenino y 12 al sexo masculino; seguido del Fibroma con 25,97% (20 casos) de los cuales 9 corresponden al sexo femenino y 11 al sexo masculino.

**TABLA 3**

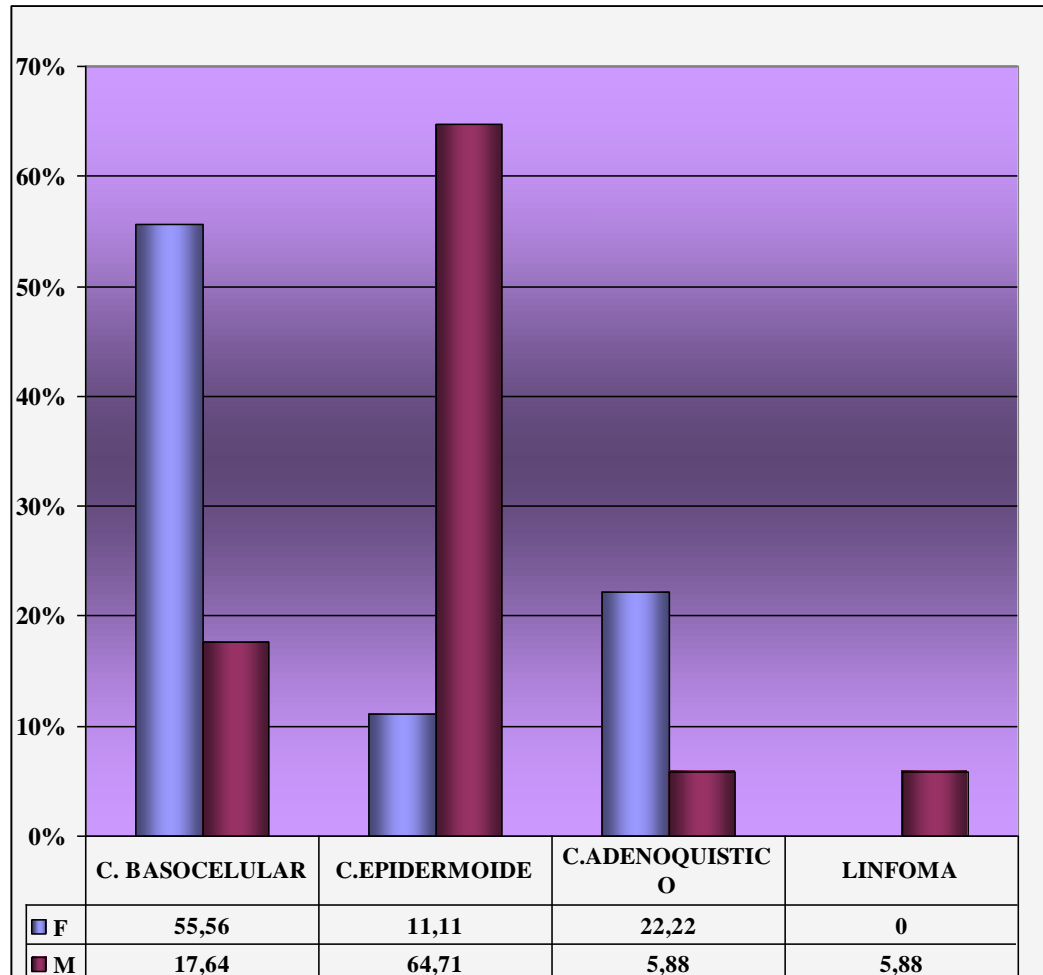
**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES SEGÚN SEXO. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 1999- 2008**

NEOPLASIAS MALIGNAS	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CARCINOMA EPIDERMOIDE	1	11.11	11	64.71	12	46.15
CARCINOMA BASOCELULAR	5	55.56	3	17.64	8	30.77
CARCINOMA LINFOEPITELIAL	2	22,22	1	5,88	3	11,54
CARCINOMA ADENOQUISTICO	1	11,11	1	5,88	2	7,7
LINFOMA	0	0	1	5,88	1	3,85
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>34,62</b>	<b>17</b>	<b>65,38</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

**GRAFICO 3**

**DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES SEGÚN SEXO. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 1999- 2008**



FUENTE: Tabla 3

Conforme la tabla y el gráfico n°3 la neoplasia maligna más frecuente durante el periodo de estudio fue el Carcinoma Epidermoide con el 46,15 % del total de casos; el 11,11% de pacientes con este diagnostico corresponden al sexo femenino y el 64,71%; seguidamente tenemos el Carcinoma Basocelular con una frecuencia de 30,77% (55,56% pertenecen al sexo femenino y 17,64 al sexo masculino).

**TABLA N° 4**

**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES EN RELACION AL GRUPO ETAREO, HOSPITAL HIPOLITO UNANE DE TACNA, 1999 - 2008**

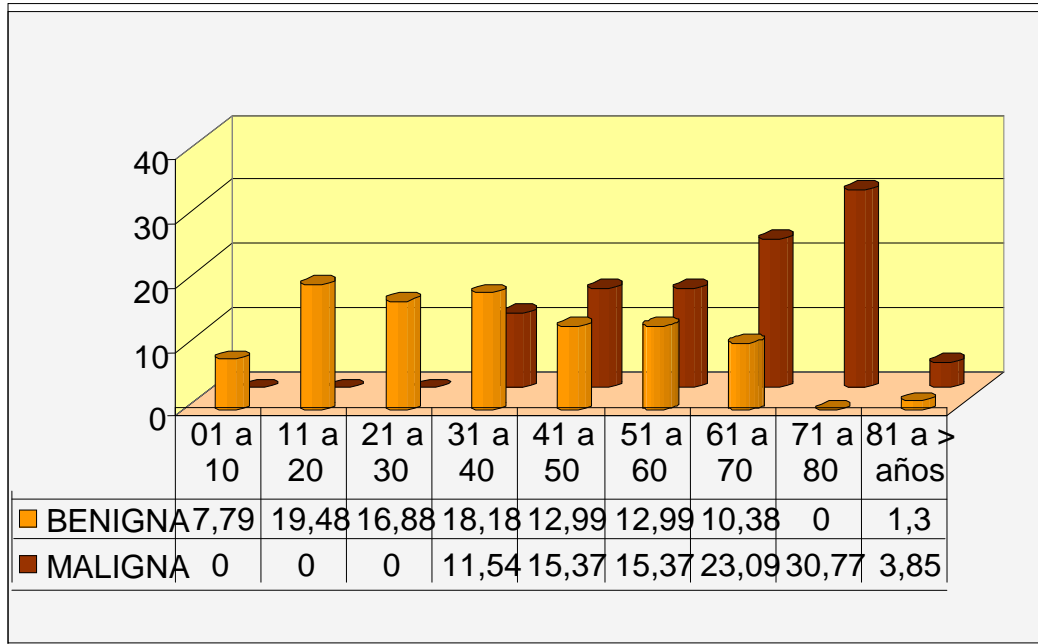
GRUPOS ETAREOS	TOTAL		TIPO DE NEOPLASIA			
			BENIGNA		MALIGNA	
	N°	%	N°	%	N°	%
01 a 10 años	6	5,83	6	7,79	0	0
11 a 20 años	15	14,56	15	19,48	0	0
21 a 30 años	13	12,62	13	16,88	0	0
31 a 40 años	17	16,5	14	18,18	3	11,54
41 a 50 años	14	13,59	10	12,99	4	15,37
51 a 60 años	14	13,59	10	12,99	4	15,37
61 a 70 años	14	13,59	8	10,38	6	23,09
71 a 80 años	8	7,77	0	0	8	30,77
81 a > años	2	1,94	1	1,3	1	3,85
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>74,76</b>	<b>26</b>	<b>25,24</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos



**GRAFICO 4**

**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN RELACION AL GRUPO ETAREO.**



FUENTE: Tabla 4

Según la tabla y gráfico n°4, el rango con mayor número de casos de neoplasias benignas fue entre 11 a 20 años con 19,48% (15 casos), en segundo lugar de 31 a 40 años con 18,18% (14 casos). La edad promedio fue 35 años con un rango de 6 a 83 años. El rango con mayor número de neoplasias malignas fue entre 71 a 80 años con 30,77% (8 casos) seguido del rango entre 61 a 70 años con 23,09%. Siendo la edad promedio 62 años con un rango de 31 a 81 años.

**TABLA N° 5**

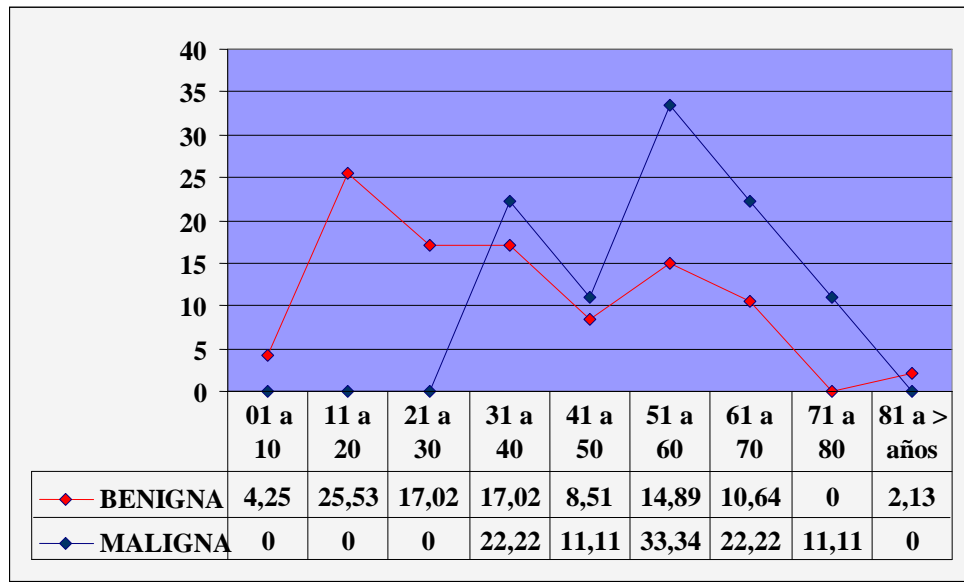
**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN RELACION AL GRUPO ETAREO PARA EL SEXO FEMENINO, FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES, HOSPITAL HIPOLITO UNANE DE TACNA, 1999 - 2008**

GRUPOS ETAREOS	TOTAL		TIPO DE NEOPLASIA			
			BENIGNA		MALIGNA	
	N°	%	N°	%	N°	%
01 a 10 años	2	3,57	2	4,25	0	0
11 a 20 años	12	21,42	12	25,53	0	0
21 a 30 años	8	14,28	8	17,02	0	0
31 a 40 años	10	17,86	8	17,02	2	22,22
41 a 50 años	5	8,93	4	8,51	1	11,11
51 a 60 años	10	17,86	7	14,89	3	33,34
61 a 70 años	7	12,5	5	10,64	2	22,22
71 a 80 años	1	1,78	0	0	1	11,11
81 a > años	1	1,78	1	2,13	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100.00</b>	<b>47</b>	<b>83.92</b>	<b>9</b>	<b>15.79</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

**GRAFICO 5**

**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN RELACION AL GRUPO ETAREO PARA EL SEXO FEMENINO.**



FUENTE: Tabla 5

De acuerdo con la tabla y gráfico n°5; para el sexo femenino de los 56 casos revisados, 47 (83.92%) correspondieron a neoplasias benignas y 9 (15.79%) correspondieron a neoplasias malignas; la mayor frecuencia de neoplasias benignas estuvo entre los 11 y 20 años con 25.53%, en cuanto a las neoplasias malignas la mayor frecuencia se encontró entre los 51 y 60 años con un 33,34%.

**TABLA N° 6**

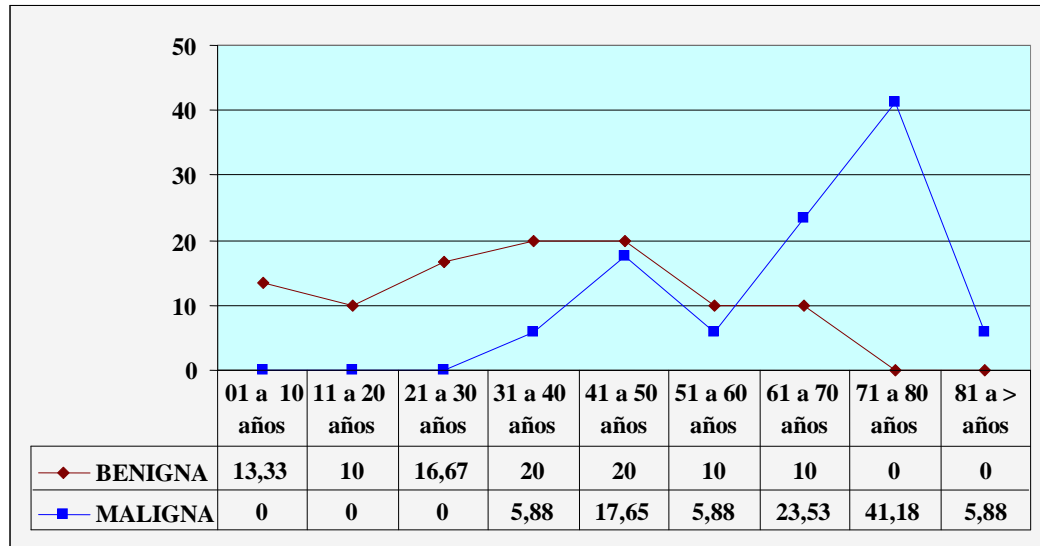
**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN RELACION AL GRUPO ETAREO PARA EL SEXO MASCULINO, FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES, HOSPITAL HIPOLITO UNANE DE TACNA, 1999 - 2008**

GRUPOS ETAREOS	TOTAL		TIPO DE NEOPLASIA			
			BENIGNA		MALIGNA	
	N°	%	N°	%	N°	%
01 a 10 años	4	8,51	4	13,33	0	0
11 a 20 años	3	6,38	3	10	0	0
21 a 30 años	5	10,64	5	16,67	0	0
31 a 40 años	7	14,89	6	20	1	5,88
41 a 50 años	9	19,16	6	20	3	17,65
51 a 60 años	4	8,51	3	10	1	5,88
61 a 70 años	7	14,89	3	10	4	23,53
71 a 80 años	7	14,89	0	0	7	41,18
81 a > años	1	2,13	0	0	1	5,88
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>63.83</b>	<b>17</b>	<b>36.17</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

**GRAFICO 6**

**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN RELACION AL GRUPO ETAREO PARA EL SEXO MASCULINO.**



FUENTE: Tabla 6

En cuanto al sexo masculino, de los 47 casos revisados 30 (68.83%) fueron neoplasias benignas y 17 (36.17%) fueron neoplasias malignas; la mayor frecuencia de neoplasias benignas se dieron entre 31 a 40 años (20%) y 41 a 50 años (20%), 6 casos en cada grupo etareo, mientras que la mayor frecuencia de neoplasias malignas se dio entre las edades de 71 a 80 años con 7 casos (41,18%).

**TABLA N° 7**

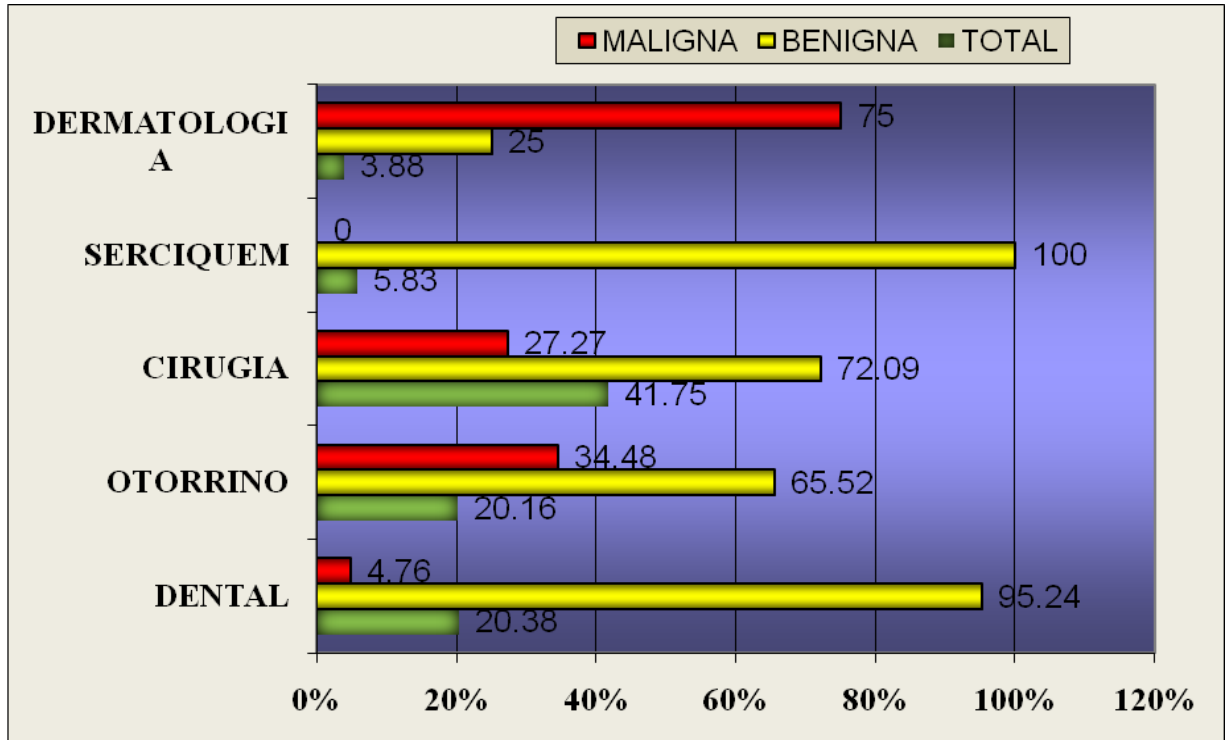
**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN RELACION A LA PROCEDENCIA,  
 FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD  
 BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES, HOSPITAL HIPOLITO UNANE DE  
 TACNA, 1999 - 2008**

PROCEDENCIA	TOTAL		TIPO DE NEOPLASIA			
			BENIGNA		MALIGNA	
	N°	%	N°	%	N°	%
CIRUGIA	43	41.75	31	72,09	12	24.24
OTORRINO	29	28.16	19	65.52	10	34.48
DENTAL	21	20.38	20	95.24	1	4.76
SERCIQUEM	6	5.83	6	100.00	0	0.00
DERMATOLOGIA	4	3.88	1	25.00	3	75.00
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100.00</b>	<b>77</b>	<b>74.76</b>	<b>26</b>	<b>25.24</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

**GRAFICO 7**

**FRECUENCIA DE NEOPLASIAS EN RELACION A LA PROCEDENCIA,**



FUENTE: Tabla 7

Según la tabla y gráfico n°7 la mayor frecuencia de casos, tanto para neoplasias benignas o malignas, procedieron de los consultorios de Cirugía General con 43 casos (72.09% neoplasias benignas y 27.27 % neoplasias malignas), de Otorrinolaringología con 29 casos (65.52% neoplasias benignas y 34.48% neoplasias malignas), de los consultorios dentales 21 casos (95.24% neoplasias benignas y 4.76% neoplasias malignas).

**TABLA 8**

FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES SEGÚN LOCALIZACION ANATOMICA, HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 1999- 2008

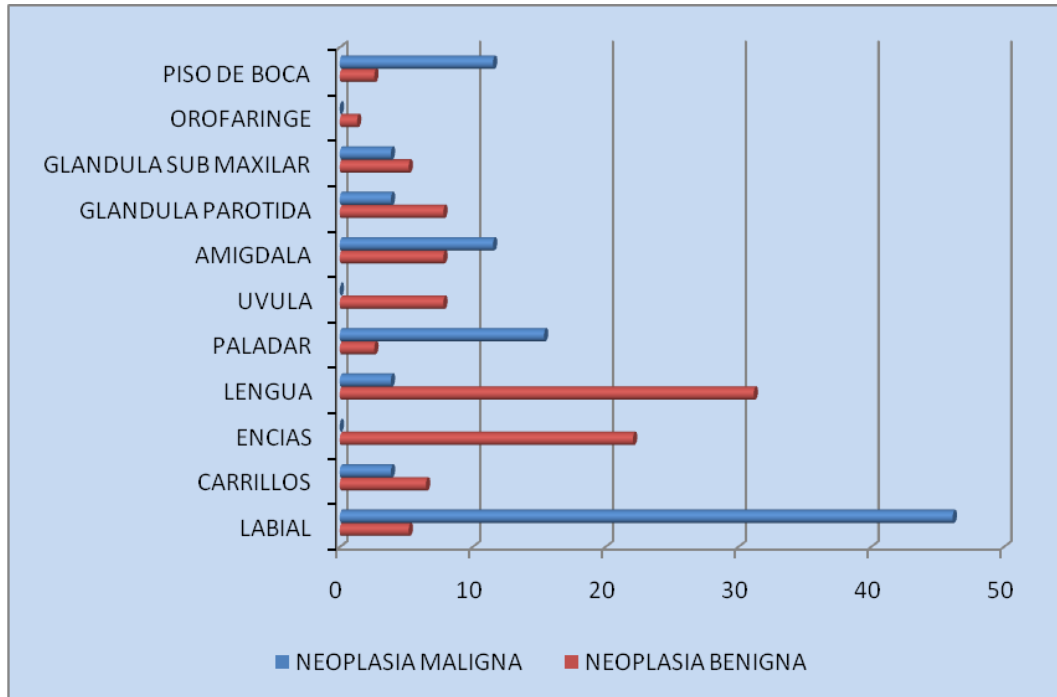
LOCALIZACION ANATOMICA	TOTAL		NEOPLASIA MALIGNA		NEOPLASIA BENIGNA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LABIAL	16	15,53	12	46.15	4	5.19
CARRILLOS	6	5,83	1	3.85	5	6.49
ENCIAS	17	16,5	0	0	17	22.08
LENGUA	25	22,33	1	3.85	24	31.17
PALADAR	6	6,8	4	15.38	2	2.60
UVULA	6	5,83	0	0	6	7.80
AMIGDALA	9	8,74	3	11.54	6	7.80
GLANDULA PAROTIDA	7	6,8	1	3.85	6	7.80
GLANDULA SUB MAXILAR	5	5,83	1	3.85	4	5.19
OROFARINGE	1	0,97	0	0	1	1.30
PISO DE BOCA	5	3,88	3	11.54	2	2.60
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>25,24</b>	<b>77</b>	<b>74.76</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos



**GRAFICO 8**

FRECUENCIA DE NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL Y ESTRUCTURAS ADYACENTES SEGÚN LOCALIZACION ANATOMICA HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 1999- 2008



FUENTE: Tabla 8

Según la tabla y gráfico n° 8; la localización anatómica más afectada por neoplasias benignas fue la lengua con 31,17%, la segunda localización más frecuente de neoplasias benignas fueron las encías con 22,08%. La mayor cantidad de neoplasias malignas se ubicaron en la región labial 46,15%.

**TABLA N° 9**  
**FRECUENCIA DEL TIPO DE NEOPLASIA BENIGNA EN RELACION A**  
**LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN.**

LOCALIZACION DE LA LESION	TOTAL		PAPILOMA		FIBROMA		ANGIO-FIBROMA		FIBRO-LIPOMA		HEMANGIOMA		ADENOMA PLEOMOR. DE G. SALIVAL		ADENOMA OXIFILICO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Lábios	4	5.20	3	75	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25	0	0.00	0
Carrillo	5	6.49	2	40.00	1	20.00	1	20.00	1	20.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Encía	17	20.08	2	14.29	14	82.35	0	0.00	0	0.00	1	7.14	0	0.00	0	0.00
Lengua	24	31.17	18	75.00	4	16.67	0	0.00	0	0.00	2	8.33	0	0.00	0	0.00
Paladar	2	2.60	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00
Úvula	6	7.79	5	83.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	16.67	0	0.00	0	0.00
Amígdala	6	7.79	6	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Glándula parótida	6	7.79	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	83.33	1	16.67
Glándula submaxilar	4	5.19	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00	0	0.00
Orofaringe	1	1.30	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Piso de la boca	2	2.60	0	0.00	1	50.00	0	0.00	1	5.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100.00</b>	<b>38</b>	<b>49.35</b>	<b>20</b>	<b>25.97</b>	<b>1</b>	<b>1.30</b>	<b>2</b>	<b>2.60</b>	<b>6</b>	<b>7.79</b>	<b>9</b>	<b>11.69</b>	<b>1</b>	<b>1.30</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla N°9 observamos que la mayor parte de neoplasias benignas se presentaron en la lengua como localización anatómica lo cual corresponde al 31,17%. Así mismo del total de lesiones en lengua el 75% tuvieron el diagnóstico de Papiloma, el 16,67% fueron Fibroma y el 8,33% Hemangioma. Como segunda localización importante tenemos la encía con el 20,08% de casos de los cuales el 82,35% fueron diagnosticadas como Fibroma, el 14,29% como Papiloma y el 7,14% como Hemangioma.

**TABLA N° 10**

**FRECUENCIA DEL TIPO DE NEOPLASIA MALIGNA EN RELACION A LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN.**

LOCALIZACION DE LA LESION	TOTAL		TIPO DE NEOPLASIA MALIGNA									
			CARCINOMA BASOCELULAR		CARCINOMA EPIDERMOIDE		CARCINOMA LINFOEPITELIAL		CARCINOMA ADENOQUISTICO		LINFOMA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Labios	12	46.15	8	66.67	4	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Carrillo	1	3.85	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Lengua	1	3.85	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Paladar	5	19.23	0	0.00	5	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Amígdala	3	11.54	0	0.00	0	0	3	100.00	0	0.00	0	0.00
Glándula parótida	1	3.85	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00
Glándula submaxilar	1	3.85	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00
Piso de la boca	3	11.54	0	0	2	66.67	0	0.00	0	0.00	1	33.33
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>	<b>8</b>	<b>30.77</b>	<b>12</b>	<b>46.15</b>	<b>3</b>	<b>11.54</b>	<b>2</b>	<b>7.69</b>	<b>1</b>	<b>3.85</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla N° 10 observamos que el mayor número de casos de Neoplasias Malignas se presentaron en los labios con el 46.15% de casos; de los cuales el 66.67% se diagnosticaron como Carcinoma Basocelular y 33.33% como Carcinoma Epidermoide. En el paladar se presentaron el 19.23% de casos los cuales corresponden a Carcinoma Epidermoide.

**TABLA N°11**

**FRECUENCIA DEL TIPO DE NEOPLASIA BENIGNA EN RELACION  
AL GRUPO ETAREO**

GRUPOS ETAREOS	TOTAL		PAPILOMA		FIBROMA		ANGIO-FIBROMA		FIBRO-LIPOMA		HEMAGIOMA		A. PLEOMOR. DE G. SALIVAL		ADENOMA OXIFILICO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 01 a 10	5	6,49	2	5,26	2	10	0	0	0	0	1	16,67	0	0	0	0
11 a 20	16	20,78	12	31,58	1	5	1	100	0	0	0	0	2	22,22	0	0
21 a 30	13	16,88	4	10,53	2	10	0	0	0	0	3	50	4	44,44	0	0
31 a 40	14	18,18	5	13,16	7	35	0	0	1	50	1	16,67	0	0	0	0
41 a 50	10	12,99	6	15,79	3	15	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0
51 a 60	10	12,99	6	15,79	3	15	0	0	0	0	0	0	1	11,11	0	0
61 a 70	8	10,39	3	7,89	1	5	0	0	0	0	1	16,67	2	22,22	1	100
71 a 80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81 a más	1	1,30	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>49,35</b>	<b>20</b>	<b>25,97</b>	<b>1</b>	<b>1,30</b>	<b>2</b>	<b>2,60</b>	<b>6</b>	<b>7,79</b>	<b>9</b>	<b>11,69</b>	<b>1</b>	<b>1,30</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla n°11 se observa que en los años de estudio hubo un mayor número de casos de Papiloma entre los 11 a 20 años de edad con un 31.58%, en el caso de Fibroma la mayoría de los casos se presentaron entre los 31 a 40 años de edad con un 35% como datos más relevantes.

**TABLA °12**

**FRECUENCIA DEL TIPO DE NEOPLASIA MALIGNA EN RELACIÓN  
AL GRUPO ETAREO**

GRUPOS ETAREOS	TOTAL		TIPO DE NEOPLASIA MALIGNA										
			CARCINOMA BASOCELULAR		CARCINOMA EPIDERMOIDE		CARCINOMA LINFOEPITELIAL		CARCINOMA ADENOQUISTICO		LINFOMA		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
< DE 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 A 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 A 30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31 A 40	3	11,54	0	0	2	16,67	0	0	1	50	0	0	0
41 A 50	4	15,38	1	12,5	2	16,67	0	0	1	50	0	0	0
51 A 60	4	15,38	2	25	0	0	2	66,67	0	0	0	0	0
61 A 70	6	23,08	2	25	4	33,33	0	0	0	0	0	0	0
71 A 80	8	30,77	2	25	4	33,33	1	33,33	0	0	1	100	0
81 A más	1	3,85	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>30,77</b>	<b>12</b>	<b>46,15</b>	<b>3</b>	<b>11,54</b>	<b>2</b>	<b>7,69</b>	<b>1</b>	<b>3,85</b>	<b>0</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos

Según la tabla n° 12 las neoplasias malignas en nuestros años de estudio se presentaron desde los 31 años a más; siendo el rango con mayor número de casos de 71 a 80 años con 30.77%. Además podemos observar que la mayoría de casos de Carcinoma basocelular se presentaron entre los 51 a 80 años, en el caso del Carcinoma epidermoide fue entre los 61 a 80 años como datos más importantes.

## **DISCUSION**

En el presente estudio se encontró que de los 103 casos de neoplasias estudiados el 74,76% (77 casos) fueron benignas y el 25,24% (26 casos) fueron malignas.

De los 77 casos de neoplasias benignas el 49,35% corresponden a Papiloma, resultado que comparado con el estudio realizado por Santiago Torres en el hospital de Rioja difiere ya que en este último la neoplasia más frecuente fue fibroma con el 53.3% del total de casos; así mismo se encontró diferencia entre nuestro estudio y el realizado por Maynard y Carcache en el Hospital Roberto Calderón Gutierrez ( Managua) ya que en este la Neoplasia más frecuente fue el Adenoma Pleomorfo de Glandulas Salivales.

Así también de los 26 casos de neoplasias Malignas el 46,15 % corresponden a Carcinoma Epidermoide valor que se acerca al encontrado por Simón Ocharán Miranda 38.18% en el estudio realizado en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (ESSALUD) en Arequipa y al mismo tiempo también se encontró que el carcinoma epidermoide resultó ser la neoplasia maligna más frecuente en el estudio realizado por Maynard y Carcache en Managua, igualmente sucedió con el resultado del estudio de Peña, Arredondo y Vila realizado en Camagüey (Cuba) donde el Carcinoma epidermoide tuvo un valor del 96, 20 % de la muestra; entonces podríamos afirmar que la neoplasia maligna más frecuente en general es el Carcinoma Epidermoide.

En relación a los grupos de edad se presenta un mayor número de casos de neoplasias Benignas en el rango de 11 a 20 años. La edad promedio en nuestro estudio fue 35 años a diferencia de 48 años como edad promedio que se obtuvo en el estudio realizado por Luis Mendoza Anco en el Hospital Goyeneche en Arequipa; a pesar de que los resultados no son similares podemos rescatar que las neoplasias benignas se presentan más a edad temprana.

Por otro lado tenemos que el mayor numero de neoplasias malignas se presentó en

el rango de 71 a 80 años con un 30,77% del total de neoplasias malignas; resultado similar al compararlo con el estudio realizado por Ebony Gomes Ramos en el Hospital Militar Central de Lima con mayor incidencia de neoplasias malignas en el rango de 70 a 79 años y también similar al resultado de Peña, Arredondo y Vila en Cuba con 53, 16% de casos en el grupo de 70 a 79 años de edad. Lo que afirma que a mayor edad aumenta la probabilidad de padecer neoplasias malignas.

Se encontró mayor frecuencia de neoplasias benignas en el sexo femenino 61,04%; Además se encontró que los varones tienen mayor predisposición a las neoplasias malignas con un 65,38% resultado que coincide con los estudios realizados anteriormente en el Hospital Militar Central de Lima 57,1%; y en el Hospital Carlos Seguí Escobedo ESSALUD Arequipa; aunque en la literatura Bascones y Ceballos afirman que hay un incremento de neoplasias malignas en el sexo femenino debido a los hábitos de consumo de alcohol y cigarro.

En cuanto a la localización anatómica más frecuente encontramos que el mayor número de casos de Neoplasias Benignas 31,17% se presentaron en la lengua; de los cuales un 75% fueron papiloma y hubo mayor frecuencia de neoplasias malignas en la región labial 46,15% de las cuales el 66,66% fueron Carcinoma Basocelular.

En lo que se refiere al servicio de procedencia de las muestras; el servicio que derivó mayor número de casos fue el Servicio de Cirugía con 41,75%, seguido del Servicio de Otorrino con 28,16% y Dental con 20,38%.



### CONCLUSIONES

1. La frecuencia de Neoplasias Benignas de la Cavidad Bucal y estructuras adyacentes en el periodo 1999 al 2008 fue de 74.76% del total de casos presentados. El mayor número de casos se presentó en el año 2008 y la frecuencia de Neoplasias Malignas de la cavidad bucal y estructuras adyacentes en el periodo de estudio fue de 25,24% Siendo los años 1999 y 2003 los que presentaron mayor número de casos.
2. En la distribución según sexo encontramos que el 61,04% de los pacientes con neoplasias benignas pertenecían al sexo femenino y el 38,96% al sexo masculino; mientras que el 65,38% de pacientes con neoplasias malignas fueron varones y el 34,62% mujeres.

La edad promedio en nuestro estudio para neoplasias benignas fue de 36 años siendo el grupo de edad con mayor número de casos el de 11 a 20 años; la edad promedio para neoplasias malignas fue de 62 años siendo el rango de edad con mayor número de casos el de 71 a 80 años.

3. La localización anatómica más afectada por neoplasias benignas fue la lengua con el 31,17%, seguida de las encías con 22,08% y la localización más afectada por neoplasias malignas fueron los labios con un 46,15% y el paladar con 15,38%.
4. El servicio que remitió mayor número de casos fue Cirugía con 43 caso (41,75%), luego Otorrino con 28,16% y Dental con 20,38%..
5. Las neoplasias benignas más frecuentes fueron: Papiloma con 49,35%, Fibroma con 25,97%, Adenoma Pleomórfico de G. Salivales con 11,69%. Hemangioma con 7.79%, Fibrolipoma 2,6%.

Las Neoplasias Malignas más frecuentes que se presentaron fueron:

Carcinoma Epidermoide.....	46,15%,
Carcinoma Basocelular.....	30, 77%
Carcinoma Linfoepitelial.....	11,54%.
Carcinoma Adenoquístico .....	7,7%.

### **RECOMENDACIONES**

1. Dar la debida importancia al correcto llenado de las Historias Clínicas para llegar a un diagnóstico correcto.
2. Realizar el examen clínico estomatológico detallado extraoral e intraoral el cuál debe ser minucioso y ordenado.
3. Llenar correctamente la Solicitud de Examen Anatomopatológico.
4. Detallar en la solicitud del Examen Anatomopatológico, el síntoma principal, tiempo de enfermedad y ocupación del paciente, datos importantes para emitir un diagnóstico más preciso.
5. Que el odontólogo reporte los casos encontrados a patología.
6. Impartir charlas en la comunidad sobre las neoplasias en cavidad bucal, cabeza y cuello; su detección precoz y como prevenir su aparición.
7. Tomar cursos de actualización y capacitación en patología bucal para llegar al diagnóstico preciso y así dar una atención estomatológica integral y de calidad.
8. Continuar realizando investigaciones a cerca del tema.

**BIBLIOGRAFIA:**

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. BASTERRA J. "Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial" Texto y Atlas color, 1ª edición, Editorial Masson, 2004.
2. KUMAR V., ABBAS A, FAUSTO N. Patología Estructural y Funcional de Robbins y Cotran, El Tratado, 7ª edición: Elsevier España S.A., 2007.
3. LOWE Y STEVENS, "Anatomía Patológica" Publicado por Elsevier 2001. 2da Edición España.
4. PÉREZ J. Y DE CASTRO C. "Manual de Patología General". 6ª edición, Editorial Masson, 2006.
5. RASPALL Guillermo "Tumores de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello" Editorial Masson 2000.
6. REGEZI A. Joseph. "Patología Bucal" Editorial Interamericana. México 1991.
7. ROBBINS. "Patología Estructural y Funcional". 6ta edición. Editorial Interamericana 2002.
8. SAPP J., EVERSOLE L. Y WYSOCKI G. "Patología oral y maxilofacial contemporánea" 2ª edición, Editorial Elsevier, 2005.
9. SHAFER W., HINE M. Y LEVY B. "Tratado de Patología Bucal" 4ª edición, Nueva Editorial Interamericana, 2001.
10. SHAH J. Y PATEL S. "Cirugía y Oncología de cabeza y cuello", 3ª edición, Editorial Elsevier, 2004.
11. SUAREZ C. "Oncología de cabeza y cuello" 1ª edición, RBA Libros S. A., Barcelona, 2002.

**REFERENCIAS HEMEROGRAFICAS**

1. CORRALES M., MARTÍNEZ G. Y JIMÉNEZ A. “Avances en oncología básica y aplicada”, 1ª edición, Universidad de Granada, 2006.
2. Gonzales R. et al. Metástasis cervical contralateral en el carcinoma epidermoide de la cavidad oral: Estudio clínico analítico retrospectivo en 315 pacientes primariamente tratados con cirugía. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac, Madrid, Vol. 30, N° 3, jun. 2008.
3. PINILLOS – ASHTON “ Cancer en el Perú: Retos para el milenio. Acta médica peruana, may/agos. 2006, vol. 23, N° 2, p. 55.
4. SCIVETTI M. Fibrolipoma gigante de la mejilla: a propósito de un caso. Av Odontoestomatol, Madrid, Vol.. 22, N° 1, feb. 2006.
5. Quintana J y Quintana M. Prevalencia del cáncer de labio en Artemisa – Habana – Cuba 1996 – 2006. Acta Odontológica Venezolana, Vol. 47, N° 1, 2009.

**TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

1. OCHARAN Simon, “Neoplasias Malignas de la Cavidad Bucal Estudio Retrospectivo en el Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo” Arequipa, 2004.
2. GOMEZ EBONY DEL CARMEN, “ Incidencia de Neoplasias Malignas de Cabeza, Cuello y Cavidad Bucal diagnosticadas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Central de Lima Coronel Luis Arias Schreiber en el periodo Enero 2000 a Diciembre 2007” Tacna, 2009.

**REFERENCIAS ELECTRONICAS**

1. Arechavaleta Perez Eyda, “Factores de Riesgo de Lesiones Premalignas y Malignas de la cavidad Bucal Hospital General Santiago de Cuba”.2002.

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/riesgoles>

(agosto 2009)

2. García Montealegre Ana Ximena, “Correlación clínico y cito histopatológica de los tumores de las glandulas Salivales en pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y maxilofacial en el periodo de abril del 2003 a noviembre 2006 en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón g.”

[http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/maxilo\\_facial/cito\\_histopatologia.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/maxilo_facial/cito_histopatologia.pdf)

(agosto 2009)

3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Página Oficial, Estadísticas, Perfil epidemiológico del cáncer en el Perú 2009.

[www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe)

(junio 2009)

4. Mijares A. et al. Carcinoma de Cavidad Oral y su Relación con El Virus de Papiloma Humano, Hospital Oncológico Padre Machado, Caracas, Venezuela, diciembre 1996 a noviembre 2003.

[www.imbiomed.com.mx/1/1/autores.php?method](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/autores.php?method)

(junio 2009)

5. Maynard K. y Carcache A. Prevalencia de los tumores de la región oral y cervicofacial en pacientes atendidos en el Hospital Dr. Roberto Calderón

Gutiérrez, años 2000 al 2006. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN, Managua, 27 de Abril del 2007.

[www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/.../REGIoN\\_ORAL.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/.../REGIoN_ORAL.pdf)

(agosto 2009)

6. Mendoza Anco Luis, “Neoplasias de la Cavidad Oral en el departamentote Oncología del Hospital Goyeneche Arequipa 1983 – 1993”. 1997.

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=240351&indexSearch=ID>

(agosto 2009)

7. Otaño R., Schelover E., Piazza M. y Alegre F. Neoplasias malignas de la cavidad oral en un hospital de Corrientes, Incidencia de los últimos cinco años (agosto 1998 a julio 2003) Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes Argentina.

<http://www1.unne.edu.ar/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-053.pdf>

(julio 2009)

8. Peña A., Arredondo M y Vila L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral, Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Carlos Juan Finlay” Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” Camagüey, 1999 – 2004.

[www.actaodontologica.com/.../prevalencia\\_cancer\\_labio\\_artemisa.asp](http://www.actaodontologica.com/.../prevalencia_cancer_labio_artemisa.asp)

(junio 2009)

9. Reyes D. Lesiones y estados premalignos. Neoplasias benignas de la cavidad bucal, Medicina bucal, 2006.

[www.medicina-bucal2.shtml](http://www.medicina-bucal2.shtml)



(julio 2009)

10. Sandoval Puig Marta. “Papel pronóstico de los factores clínicos y epidemiológicos en una cohorte de pacientes con cáncer de cavidad oral y orofaringe. Ciudad Universitaria de Bellvitge, Cataluña, España, 21-01-2004

<http://www.tesisenred.net/TDX-0715105-130832>

(agosto 2009)

11. Torres Domingo Santiago y Bagan Jose “Tumores Benignos de la Mucosa Oral” España, 2008.

<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i3/medoralv13i3p161.pdf>

(setiembre 2010)

**ANEXOS**

**ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Nº \_\_\_\_\_

**1. Años de Estudio.**

- 1.1. 1999 ( ).
- 1.2. 2000 ( ).
- 1.3. 2001 ( ).
- 1.4. 2002 ( ).
- 1.5. 2003 ( ).
- 1.6. 2004 ( ).
- 1.7. 2005 ( ).
- 1.8. 2006 ( ).
- 1.9. 2007 ( ).
- 1.10 2008 ( ).

---

**2. Neoplasias Benignas más Frecuentes.**

\_\_\_\_\_

**3. Neoplasias Malignas más Frecuentes.**

\_\_\_\_\_

**4. Localización Anatómica (topografía)**

- 4.1. Labial ( ).
- 4.2. Carrillos ( ).
- 4.3, Encías ( ).
- 4.4. Lengua ( ).
- 4.5. Paladar ( ).
- 4.6. Uvula ( ).
- 4.7. Amigdala ( ).
- 4.8. Glándula Parótida ( ).
- 4.9. Glandula Submaxilar ( ).
- 4.10. Orofaringe ( ).
- 4.11. Nasal ( ).
- 4.12. Otros..... ( ).

**5. Edad.**

- < de 10 años ( ).
- 11 a 20 años ( ).
- 21 a 30 años ( ).
- 31 a 40 años ( ).
- 41 a 50 años ( ).
- 51 a 60 años ( ).
- 61 a 70 años ( ).
- 71 a 80 años ( ).
- 81 a > años ( ).

---

**5. Sexo**

6.1. Femenino ( ).

6.2. Masculino ( ).

---

**6. Servicio de Procedencia**

---

ANEXO 2



HOSPITAL "HIPOLITO UNANUE"  
DE TACNA

SOLICITUD DE ANATOMIA PATOLOGICA

..... Ap. Paterno	..... Ap. Materno	..... Nombres	..... Edad	..... Sexo
..... Lugar de Nacimiento	..... Procedencia	..... Estado Civil	..... Ocupación	
..... Departamento/Servicio		..... H. Clínica	..... Cama	
Especimen: .....				
Examen Solicitado:	Histológico ( )	Citológico ( )	Hormonal ( )	
	Cromatina Sexual ( )	Madurez fetal ( )	Congelación ( )	
Datos Clínicos de Importancia: .....				
.....				
Diagnóstico Clínico: .....				
.....				
Tacna, ..... de ..... del 200.....				

.....  
Firma y Sello  
del Solicitante