

UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

1998-1999


BIBLIOTECA CENTRAL
USO UNICAMENTE EN SALA

INVESTIGACION SOBRE

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PREVALENCIA

DEL CANCER ORAL

TRABAJO REALIZADO POR:

C.D. ERIC AHUACTZIN TOLEDANO

TE 616.99431 #63436

AHU

AHUACTZIN TOLEDANO, ERIC

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PREVALENCIA DEL CANCER

DR. ALEJANDRO LEON NARVAEZ





UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción.....	1
Problema.....	2
Objetivos.....	3
Justificación.....	4
Antecedentes.....	5
Marco Teórico.....	6
Método y Procedimiento.....	7
Cronograma.....	8
Recursos.....	9
Resultados.....	10
Cuadros y Gráficos.....	11
Análisis Estadístico.....	12
Resumen y Conclusiones.....	13
Glosario.....	14
Referencia bibliográfica.....	15

63436

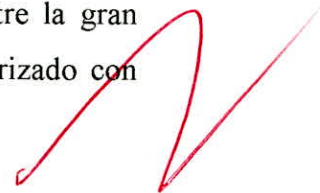
INTRODUCCION

La salud de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso de salud-enfermedad; por lo tanto, el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basada en el reconocimiento de este y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y el funcionamiento del aparato estomatognatico que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana. Así como aquellas que se presentan con menor frecuencia como los tumores malignos (cáncer) en cavidad oral.

Las enfermedades bucales de mayor frecuencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal, y naturalmente su estudio domina la enseñanza y la practica de la odontología. Hasta cierto limite tiene una causa común y, con frecuencia, un punto final común la perdida de los órganos dentarios afectados. Generalizando, la caries dental probablemente conduce a mayor dolor y malestar, y la enfermedad periodontal a mas perdida de dientes. Pero los tumores en cavidad oral pueden dar resultados más desastrosos como es la perdida de la vida.

No obstante, al concentrar la atención en la caries y en la enfermedad periodontal, nunca debe perderse de vista, la neoplasia (tumor) de importancia preponderante para la salud bucal y general de las personas.

Como consecuencia de lo anterior, el estudio de los tumores de la cavidad oral y estructuras adyacentes constituye una fase importante de la odontología por el papel que desempeña el odontólogo en él diagnostico y tratamiento de estas lesiones. Aunque los tumores constituyen solo una pequeña minoría de los estados patológicos observados por el odontólogo, son de gran importancia porque tienen la capacidad potencial de amenazar la salud y la vida del paciente. Será raro que el odontólogo vea mucho de entre la gran variedad de tumores bucales. Pero, es de enorme importancia que este familiarizado con



ellos para que, cuando se presente uno, pueda realizar el tratamiento apropiado o canalizarlo al especialista adecuado.

La interpretación de un nódulo en el cuello, es un verdadero reto para el clínico ya que implica un conocimiento exhaustivo de la anatomía linfática de cabeza y cuello, así como de las patologías congénitas vasculares, infecciosas y neoplásicas más frecuentes, simultáneamente a estos nódulos se ha de agregar la presencia e interpretación clínico patológico del ganglio centinela de Virchow.

Si reconocemos que no todo nódulo en el cuello es una neoplasia maligna y recordamos que pueden ser manifestaciones de patologías congénitas como los quistes bronquiogénicos y tiroglobulinosos o bien procesos vasculares como los quimodectomas o tumor del cuerpo carotídeo, no debemos olvidar que en nuestro medio es obligado pensar en adenomegalias de tipo tímico.

Diferentes autores señalan, que el drenaje linfático de las estructuras de cabeza y cuello está determinado por múltiples redes intercomunicadas con otras pero que invariablemente terminan en sus relevos ganglionares ya predeterminados.

En lo que respecta al proceso oncológico existen tumores primarios benignos y malignos, así como secundarios o metastásicos que bien pueden determinar su sitio de origen. Para ello el clínico deberá reconocer, la histopatología de cada una de estas neoplasias para así incrementar su capacidad diagnóstica.

A red handwritten signature, possibly reading 'N', is located in the bottom right corner of the page.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer oral o cáncer de cabeza y cuello como sus diferentes variedades y situación, es una patología que no ha sido tomada en cuenta de acuerdo a la importancia que tiene, dentro de la misma patología en forma general.

Existe muy poca información acerca de este tipo de cáncer, ya sea porque el especialista (Oncólogo, Patólogo) lo toma solo como una variedad mas dentro de, o por que el clínico, especialista en boca(Odontólogo) no esta preparado, para detectar y/o diagnosticar un tumor que pueda ser maligno (ulceración cancerosa).

Por lo que este estudio tiene la importancia de conocer cuales son los factores que determinan la prevalecida del cáncer oral y cual es el factor de riesgo que representa mayor frecuencia.

Para ello el clínico debe conocer la anatomía linfática, regionalización de los ganglios, la historia natural de los tumores, así como la interpretación histopatologica



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- I.- Determinar los factores de riesgo y prevalencia del cáncer oral en el área de Oncología del Hospital Universitario de la B.U.A.P. DE 1980-1990. Para integrar un diagnóstico de certeza basado en el conocimiento anatómico, historia natural de los tumores de la cabeza y cuello y la interpretación de la variedad histopatológica de las neoplasias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- I.- Conocer la frecuencia del cáncer oral en los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de la B.U.A.P. DE 1980-1990
- II.- Reconocer la preferencia de los tumores
- III.- Identificar los tumores que se manifiestan por adenomegalias cervicales
- IV.- Conocer la anatomía linfática de cabeza y cuello
- V.- Especificar los diferentes grupos ganglionares de cabeza y cuello
- VI.- Identificar las neoplasias malignas que drenan a grupos ganglionares
- VII.- Definir cuáles factores de riesgo son preponderantes en la frecuencia del cáncer oral
- VIII.- Conocer la asociación causal del cáncer en los factores de riesgo
- IX.- Comprender el significado "histopatológico" de la biopsia del ganglio a estudiar
- X.- Obtener datos sobre cáncer oral diagnosticado por odontólogos

JUSTIFICACION

El cáncer de labio y de cavidad oral es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas), en los tejidos de labio o de la boca. La cavidad oral incluye las dos terceras partes del frente de la lengua, las encias superiores e inferiores, el recubrimiento del interior de las mejillas y labios (la mucosa bucal), el fondo (suelo) de la boca debajo de la lengua, la parte superior ósea de la boca (paladar duro) y el area pequeña situada atrás de los terceros molares (trigono retromolar).

Los cánceres de la cabeza y el cuello se encuentran con mayor frecuencia en personas mayores de 45 años, el cáncer de labio es más común en los hombres que en las mujeres y tienen mayor probabilidad de desarrollarse en personas de piel clara que han estado muy expuestas al sol. El cáncer de la cavidad oral es más común en personas que fuman, mastican tabaco o fuman pipa, toman alcohol, falta de higiene, dientes o prótesis mal ajustados y la combinación alcohol-tabaco.

Como la mayoría de los cánceres, el cáncer de labio y cavidad oral se trata mejor cuando se encuentra (diagnostica) pronto. Los signos que nos permiten poner mayor atención en la detección de algún tipo de cáncer son: si existe alguna protuberancia en el labio, boca o encia una llaga que no sana en la boca, sangrado o dolor. Otro signo de un cáncer de la boca o de las encias es cuando las dentaduras postizas no se adaptan bien. A menudo los cánceres de cavidad oral pueden ser detectados por los dentistas al examinar al paciente. Si se encuentran sintomas o signos, él medico examinara la boca empleando un espejo y luces. Él medico puede ordenar radiografías de la boca. Si se encuentra en algún tejido anormal, él medico tendrá que realizar un examen histologico para determinar la presencia de células cancerosas, este procedimiento se conoce como biopsia, además él medico tendrá que realizar otros procedimientos con mayor cuidado como la palpación para reconocer alguna protuberancia a nivel de garganta.

La posibilidad de recuperación (pronóstico) dependerá de si el cáncer se encuentra en los labios, en la boca o si se ha diseminado a otros tejidos (etapa), y de su estado general de salud.

Una inquietud que se ha manifestado por varios años es la de saber si el cáncer es una sola enfermedad o la manifestación de varias alteraciones en la bioquímica celular. En México, el cáncer bucal ocupa un lugar significativo dentro de todas las neoplasias malignas, la falta de conocimiento de algunos médicos y odontólogos para su detección temprana convierte su tratamiento en un problema grave.

Generalmente el paciente acude al médico u odontólogo en la etapa inicial del padecimiento refiriendo molestas ulceraciones (aftas), que en ocasiones son diagnosticadas en forma errónea; Y solo es canalizado a un especialista cuando el padecimiento se encuentra en una etapa avanzada.

De las neoplasias malignas de la región bucal, 95% son de tipo epidermoide y de estas, 90% se presentan en el borde lateral y posterior de la lengua y de estas el 95% son detectadas oportunamente.

A pesar de que la patología presentada facilitaría el diagnóstico, pocas veces se revisan cuidadosamente las estructuras bucales de los pacientes de alto riesgo para detectarlas llamadas lesiones premalignas.

ANTECEDENTES

Desde que aparecieron los primeros casos de cáncer en el mundo, esta enfermedad a ocupado la atención de manera prioritaria, entre diversas relacionadas con la salud.

El cáncer de localización bucal constituye parte muy importante de la patología de esta area del organismo, debido a la enorme gravedad que revisten, por lo tanto es indispensable su adecuada comprensión por parte del cirujano dentista, dando especial énfasis a la prevención y a la detección temprana.

Existen varios factores que influyen en el desarrollo del cáncer bucal, tales como la edad, sexo, raza, estado nutricional e inmunologico, influencia del medio bucal, agentes carcinogenos. Hábitos (alcohol, tabaco), así mismo, algunos de estos factores determinan la mayor o menor frecuencia y la localización anatómica, además de otras características.

Ante esta situación y la escasez de información en la literatura odontológica nacional, sobre frecuencia, localización anatómica, tipo de cáncer, distribución en grupos etareos y hábitos. Este trabajo pretende contribuir en algo al incremento de datos tan necesario para que el odontólogo (estomatólogo) este alerta

A pesar de que él diagnostico depende de la historia clínica, manifestaciones clínicas y el examen histologico de la lesión, algunas manifestaciones son sugestivas de malignidad, el crecimiento progresivo, la ulceración, hemorragia sin evidencia de infección, induracion y fijación a los tejidos profundos como el hueso, implicación de los nervios y ganglios limfaticos regionales crecidos, sugieren malignidad.

MARCO TEORICO

La cavidad oral se extiende de las uniones del bermellón de la piel en la parte anterior de los labios a la unión de los paladares duro y blando en la parte superior y a la línea de papilas circunvaladas en la parte inferior y esta dividida en las siguientes áreas específicas:

Labio

2/3 De la parte anterior de la lengua

mucosa bucal

piso bucal

encia inferior

trigono retromolar

encia superior paladar duro

Las rutas principales de drenaje de los ganglios linfáticos son a ganglios linfáticos en la primera estación (buccinatorios, yugulodigástrico, submandibulares y submentonianos). Los sitios cercanos a la línea media a menudo drenan bilateralmente. Los ganglios en la segunda estación son los parotídeos, yugulares y los ganglios cervicales posteriores superiores e inferiores.

La mayoría de los cánceres de cabeza y cuello son de variedad de células escamosas y pueden ser precedidos por diversas lesiones precancerosas. Los tumores de glándulas salivales menores no son raros en estos sitios. Los especímenes extraídos de las lesiones pueden mostrar que los carcinomas no son invasivos, en este caso se aplica el término de "carcinoma in situ". Un carcinoma invasivo será bien diferenciado, moderadamente diferenciado, mal diferenciado o indiferenciado.

Se recomienda utilizar la clasificación de Broder para graduar estos tumores (Grado tumoral (G)).

G1: bien diferenciado

G2: moderadamente bien diferenciado

G3: mal diferenciado

G4: indiferenciado

No existe una correlación estadísticamente significativa entre el grado de diferenciación y el comportamiento biológico del cáncer. Sin embargo, la invasión vascular es un factor pronóstico negativo

Otros tumores de origen epitelial glandular, del aparato odontogénico, de tejido linfóide, de tejido blando, de hueso y de cartílago requieren consideración especial. Se recomienda consultar la nomenclatura de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El término "leucoplaquia" deberá emplearse solo como un término clínicamente descriptivo que significa que el observador ve un parche blanco que no se quita al frotar, cuya importancia depende de los resultados histológicos. La leucoplaquia puede ir desde una hiperqueratosis hasta un carcinoma real precoz invasivo o solo podía representar una infección fungosa, líquen plano u otra enfermedad bucal benigna.

ETAPAS

Los sistemas de clasificación son todos de clasificación clínica, basados en la mejor estimación posible del grado de la enfermedad antes del tratamiento. La evaluación del tumor primario se basa en la inspección y palpación cuando sea posible, y tanto por examen de espejos indirectos como por endoscopia directa cuando sea necesario. El tumor debe confirmarse histológicamente, y pueden incluirse otros datos patológicos obtenidos en la biopsia. Las áreas de drenaje ganglionar correspondientes se examinan mediante palpación cuidadosa. La información de los estudios de imágenes de diagnóstico se pueden utilizar en la clasificación. Las imágenes por resonancia magnética ofrecen una ventaja sobre la tomografía computarizada en la detección y localización de tumores de la cabeza y cuello y para distinguir los ganglios linfáticos de los vasos sanguíneos. Si un paciente tiene recidiva, deberá hacerse una reclasificación completa para seleccionar la terapia adicional apropiada.

Las etapas se definen mediante la clasificación TNM.

DEFINICION TNM

La clasificación del tumor primario para cánceres del labio y cavidad oral se hace del siguiente modo.

TX: No pueden reunirse los requisitos mínimos para evaluar el tumor primario

TO: No hay evidencias de tumor primario

Tis: Carcinoma in situ

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

T2: Tumor de mas de 2 cm. pero no más de 4 cm. en dimensión mayor

T3: Tumor mas de 4 cm. en dimensión mayor

T4: (Labio) tumor invade las estructuras adyacentes

(cavidad oral) tumor invade las estructuras adyacentes

Ganglios linfáticos regionales (N)

NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales

NO: No hay metástasis a ganglios linfáticos regionales

N1: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, 3 cm. o menos en dimensión mayor

N2: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, mas de 3 cm. pero no más de 6 cm. en dimensión mayor; o en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno mas de 6 cm. en dimensión mayor; o en los ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno mas de 6 cm. en dimensión mayor.

N2a: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral mas de 3 cm. pero no más de 6 cm. en dimensión

N2b: Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno mas de 6 cm. en su dimensión mayor

N2c: Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno mas de 6 cm. en su dimensión mayor

N3: Metástasis en un ganglio linfático mas de 6 cm. en su dimensión mayor

En evaluación clínica, se deberá medir el tamaño real de la masa ganglionar y se deberá dar tolerancia para los tejidos blandos que intervienen. La mayoría de las masas que tienen mas de 3 cm. en diámetro no son ganglios solos sino ganglios aglomerados o tumor en los tejidos blandos del cuello. Hay tres etapas de ganglios clínicamente positivos: N1, N2 y N3. No se requiere el uso de subgrupos a, b y c pero se recomienda. Los ganglios de línea media se consideran ganglios homolaterales.

Metástasis distante (M)

MX: No puede evaluarse la presencia de metástasis distante

MO: No hay metástasis distante

M1: Metástasis distante

ETAPA 0

La etapa 0 se define con el siguiente grupo TNM:

Tis, NO, MO

ETAPA I

La etapa I se define con el siguiente grupo TNM:

T1, NO, MO

ETAPA II

La etapa II se define con el siguiente grupo TNM:

T2, NO, MO

ETAPA III

La etapa III se define con el siguiente grupo TNM:

T3, NO, MO

T1, T2, T3; N1, MO

ETAPA IV

La etapa IV se define con los siguientes grupo TNM:

T4, NO o N1, MO

Cualquier T, N2 o N3, MO

Cualquier T, cualquier N, M1

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Dependiendo del sitio y del grado del tumor primario y del estado de los ganglios linfáticos, el tratamiento del cáncer de la cavidad oral y del labio puede hacerse con cirugía sola, con radioterapia sola, o con una combinación de ambas. Algunas consideraciones generales son las siguientes:

En el caso de lesiones de la cavidad oral, la cirugía de abarcar toda la extensión microscópica así como la que se juzga microscópica de la enfermedad. Si los ganglios regionales son positivos, generalmente se hace una disección de los ganglios cervicales en continuidad. Con enfoques modernos, el cirujano puede extirpar exitosamente grandes tumores posteriores de la cavidad oral y con métodos reconstructivos puede lograr resultados funcionales satisfactorios. La rehabilitación protodóntica es importante, particularmente en cánceres de etapas iniciales, para asegurar la mejor calidad de vida.

La radioterapia para cánceres de la cavidad oral puede hacerse por terapia con haz externo o con implantación intersticial sola, pero para muchos sitios el uso de ambas modalidades produce mejor control y resultados funcionales. Los cánceres pequeños superficiales pueden tratarse muy exitosamente mediante implantación local que emplea cualquiera de las diversas fuentes radiactivas, por radioterapia intraoral de cono o por electrones. Lesiones más grandes frecuentemente se controlan empleando radioterapia de haz externo para incluir el sitio primario y los ganglios linfáticos regionales aunque no estén afectados clínicamente. Puede ser necesario complementar con fuentes de radiación intersticial para lograr dosis adecuadas para tumores primarios grandes y/o metástasis ganglionares voluminosas. Una revisión de resultados clínicos publicados sobre radioterapia radical para cáncer de la cabeza y cuello sugiere una pérdida significativa de control local cuando la administración de radioterapia fue prolongada; por lo tanto, se deberá evitar prolongar los programas estándar de tratamiento siempre que sea posible.

Los cánceres tempranos (etapa I y II) del labio y de la cavidad oral son sumamente curables con cirugía o por radioterapia, y la elección del tratamiento es dictada por los resultados funcionales y cosméticos previstos del tratamiento y por la disponibilidad de experiencia específica que se requiere del cirujano o radioterapeuta para el paciente individual. La presencia de un margen positivo o una profundidad del tumor mayor de 5

mm aumenta significativamente el riesgo de recidiva local y sugiere que el tratamiento de modalidad combinada puede ser beneficioso.

Los cánceres avanzados (etapa III Y IV) del labio y cavidad oral representan una escala amplia de retos para el cirujano y para el radioterapeuta. Con la excepción de algunos pacientes con lesiones pequeñas T3 sin metástasis en los ganglios linfáticos regionales o distantes o que no tienen ningún ganglio linfático mayor de 2 cm, para quienes el tratamiento con radioterapia sola o cirugía sola solo puede ser apropiado, la mayoría de los pacientes con tumores en etapa III o IV son candidato para tratamiento mediante una combinación de cirugía y radioterapia. Además puesto que la residiva local y/o metástasis distantes son comunes en este grupo de pacientes, estos deberán ser considerados para pruebas clínicas. Dichas pruebas evalúan la función potencial de modificadores de radiación o quimioterapia de combinación con cirugía y/o radioterapia.

Los pacientes con cánceres de la cabeza y el cuello tienen una mayor posibilidad de desarrollar un segundo tumor primario en el tracto aerodigestivo superior. Un estudio ha revelado que el tratamiento diario de estos pacientes con dosis moderadas de isotretinoína (ácido 13-cisretinoico) durante un año puede reducir significativamente la incidencia de segundos tumores. Sin embargo, aun no se ha demostrado ninguna ventaja en la supervivencia, en parte debido a la residiva y muerte por la malignidad primaria. Se están realizando pruebas adicionales.

La tasa de posibilidad de curación de cánceres de labio y de la cavidad oral varía dependiendo de la etapa y del sitio específico. La mayoría de los pacientes presentan cáncer precoz del labio los cuales son sumamente curables por cirugía o por radioterapia con tasas de curación de 90%-100%. Los cánceres pequeños del trigono retromolar, paladar duro y encía superior son sumamente curables ya sea por radioterapia o por cirugía con tasas de supervivencia de hasta 100%. Las tasas de control local de hasta 90% pueden lograrse con radioterapia o con cirugía en cánceres pequeños de la lengua anterior, el piso bucal y mucosa bucal.

Los cánceres avanzados y moderadamente avanzados del labio también pueden ser controlados efectivamente por medio de cirugía o radioterapia o una combinación de los dos. La selección del tratamiento generalmente es dictada por los resultados funcionales y cosméticos esperados del tratamiento. Las lesiones moderadamente avanzadas del trigono

retromolar sin evidencias de propagación a los ganglios linfáticos cervicales son en su mayor parte curables con tasas de control local de hasta 90%, las lesiones del paladar duro, encía superior y mucosa bucal tienen una tasa de control local del 80%. Ante la ausencia de evidencia clínica de propagación a los ganglios linfáticos cervicales, las lesiones moderadamente avanzadas del piso bucal y de la lengua anterior son curables generalmente, con tasas de supervivencia de hasta un 70% y 65% respectivamente.

Para lesiones de los labios, de la lengua anterior, de la mucosa bucal, del piso bucal, del trigono retromolar, de la encía superior y del paladar duro, el tratamiento lo dictara la ubicación y el tamaño de la lesión recurrente así como el tratamiento previo.

Opciones del tratamiento:

Estándar:

1. - Si inicialmente se utilizo radioterapia, la cirugía es el tratamiento preferido
2. - Si se empleo cirugía para tratar la lesión inicialmente, puede considerarse la cirugía, la radioterapia o una combinación de ambas.
3. -Aunque se ha mostrado que la quimioterapia induce respuesta, no sé ha demostrado un aumento en la supervivencia.

En evaluación clínica:

Debido a que la recuperación quirúrgica después del tratamiento primario con radioterapia y radioterapia después de la cirugía primaria dan resultados precarios, se deberá considerar las pruebas clínicas que evalúan la quimioterapia o la hipertermia.

COMPLICACIONES ORALES SECUNDARIAS A LA TERAPIA DEL CANCER

DESCRIPCION

El tratamiento agresivo de una enfermedad maligna puede producir efectos tóxicos inevitables en las células normales. El recubrimiento mucoso del tracto gastrointestinal, incluyendo la mucosa bucal, es el blanco principal de los efectos tóxicos relacionados con el tratamiento a causa de su tasa rápida de proliferación celular. Aunque los cambios en las estructuras de tejido blando dentro de la cavidad oral reflejan presuntamente los cambios que ocurren en todo el tracto gastrointestinal, las siguientes secciones se enfocan en las complicaciones orales de la terapia con fármacos antineoplásicos y de la radioterapia.

Los efectos tóxicos orales pueden comprometer la habilidad del médico clínico para administrar una terapia antineoplásica completa, requiriendo posiblemente una reducción de la dosis o modificaciones al programa de tratamiento, incluyendo demoras. Algunas veces, se podría indicar cesar el tratamiento. Las complicaciones orales de la terapia del cáncer ocurren en la mayoría de los pacientes tratados para malignidades de la cabeza y del cuello, y en aproximadamente 40% de los pacientes que reciben quimioterapia para malignidades en otros sitios. Efectos tóxicos orofaríngeos de importancia pueden también ocurrir con radiación a la cabeza y el cuello.

Las complicaciones orales más comunes observadas después de los tratamientos de quimioterapia y de radiación con mucositis, infección local, dolor y hemorragia. Los efectos secundarios son la deshidratación y la desnutrición. Además, la irradiación de la cabeza y el cuello puede dañar irrevocablemente las glándulas salivales, la mucosa oral, la musculatura y el hueso alveolar, lo que resulta en xerostomía, enfermedades dentales y ostiorradionecrosis.

El manejo de las complicaciones orales de la terapia del cáncer implica la identificación de las poblaciones de alto riesgo, iniciación de las intervenciones de pretratamiento (evaluación de línea básica, tratamiento o corrección de enfermedades orales preexistentes, o profilaxis apropiada), y el manejo de las complicaciones una vez que se desarrollan.

ETIOLOGIA /FISIOPATOLOGIA

La identificación de los pacientes de alto riesgo permite a los profesionales de la salud iniciar la evaluación de pretratamiento y recomendar las medidas profilácticas para reducir al mínimo la incidencia y la morbilidad asociadas con la toxicidad oral. Los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de complicaciones orales durante y después del tratamiento son las enfermedades orales y dentales preexistentes, cuidado bucal inadecuado durante la terapia, y cualquier factor que pueda afectar la integridad de la mucosa oral. Otros factores de riesgo son el tipo de malignidad, agentes antineoplásicos usados, la dosis y el esquema de administración, el campo de radiación, la gravedad y la duración de la mielosupresión esperada y la edad del paciente.

Las condiciones orales preexistentes como el cálculo dental, dientes rotos, restauraciones deficientes, enfermedad periodontal, gingivitis y aplicaciones protésicas contribuyen al desarrollo de infecciones locales y pueden servir como foco de infecciones sistémicas. Colonización bacteriana y fungosa del cálculo dental, la placa, la pulpa dental, las bolsas periodontales, los defectos de opérculo, dentaduras y aplicaciones dentales constituyen un receptáculo de organismos oportunistas y patógenos que se pueden desarrollar en infecciones locales o sistémicas durante episodios de supresión inmune o neutropenia. Las fuentes de irritación, como restauraciones defectuosas, rellenos que sobresalen, o cualquier aparato aplicado a los dientes puede exacerbar que se adelgace y atrofie la mucosa, y que se produzca ulceración local (estomatitis).

COMPLICACIONES INDUCIDAS POR QUIMIOTERAPIA

Puesto que las células epiteliales gastrointestinales tienen una tasa de proliferación celular similar a la de los leucocitos, el periodo de mayor daño a la mucosa oral se correlaciona frecuentemente con el nadir de los leucocitos. La resolución de los efectos tóxicos orales generalmente coincide con la recuperación granulocítica. Los labios, la lengua, el piso de la boca, la mucosa oral y el paladar blando se ven afectados más gravemente por la toxicidad de los fármacos que el paladar duro y la gingiva; esto puede deberse a su tasa más rápida de proliferación de células epiteliales. El papel de la vascularidad en la estomatitis puede inferirse del efecto de la crioterapia tópica al prevenir o disminuir la mucositis de agentes tales como fluorouracilo.

Los agentes antineoplásicos que más probablemente causaran mucositis son bleomicina, dactinomicina, doxorubicina, etoposido, floxuridina, 5-FU, hidroxiurea, metotrexato, mitomicina, vinblastina, vincristina y vinorelbina. El riesgo es exacerbado cuando los agentes quimioterapéuticos que producen típicamente toxicidad en la mucosa se administran en dosis elevadas, en programas frecuentes repetitivos, o en combinación con irradiación ionizante.

COMPLICACIONES INDUCIDAS POR RADIACION

La irradiación local a la cabeza y a la región del cuello no solo puede causar los cambios específicos histológicos y fisiológicos de la mucosa oral causados por terapia citotóxica, sino que también pueden dar lugar a alteraciones estructurales y funcionales de los tejidos subyacentes de apoyo, incluyendo las glándulas salivales y el hueso. La radiación de dosis elevada a los huesos que sostienen dientes causa hipoxia, reducción del suministro vascular a los huesos, y desintegración del tejido que conduce a la exposición del hueso, infección y necrosis.

Tanto la radiación ionizante a las regiones de la cabeza y cuello como los agentes antineoplásicos impiden la división celular, alterando la reposición normal de la mucosa oral. El daño de la radiación, sin embargo, es anatómicamente específico del sitio. Depende de la cantidad y tipo de radiación que se use, de la dosis total administrada, y del tamaño del campo y fraccionamiento. El daño inducido por la radiación también difiere del inducido por la quimioterapia en que los volúmenes de tejido tratados con radiación siguen estando en peligro durante toda la vida del paciente; se dañan más fácilmente por exposición subsiguiente a fármacos tóxicos o a radiación, y los mecanismos fisiológicos normales de reparación están afectados como resultado de la merma celular permanente.

COMPLICACIONES INDUCIDAS POR CIRUGIA

En pacientes con osteoradionecrosis que afectan los huesos faciales o de masticación, el desbridamiento quirúrgico puede ser desfigurante y los esfuerzos de reconstrucción pueden ser fútiles a menos que se mejore la oxigenación de los tejidos previamente a la cirugía. Se ha indicado que la terapia hiperbárica con oxígeno estimula la formación capilar nueva (angiogénesis) en tejidos afectados y se está usando como adjunto del desbridamiento quirúrgico.

METODO Y PROCEDIMIENTO

El estudio se realizo en la unidad de Oncología del Hospital Universitario de la B.U.A.P., se revisaron todos los expedientes clínicos de pacientes que presentaron patologías de cabeza y cuello en el departamento de Oncología y se corroboraron en el archivo del departamento de Patología del Hospital Universitario a través del reporte histopatologico.

Se estudiaron a los pacientes con tumores de cabeza y cuello y que presentaron adenomegalias cervicales en el transcurso de 10 años de experiencia en el periodo comprendido de enero de 1980 a diciembre de 1990; se agruparon por frecuencia de edad, sexo diagnósticos clínicos e histopatologicos, en los cuales se clasificaron a los pacientes con tumores malignos de cabeza y cuello que presentaron adenomegalias cervicales. Se identificaron los sitios del tumor primario con base al drenaje linfático de los grupos ganglionares junto con él diagnostico histopatologico.

Una vez captada toda la información se clasificaron en: patología de cabeza y patología de cuello. El recuento de los datos fue por medio de palotes y tarjetas. Una vez obtenida la información se proceso, utilizando la computadora en window para la redacción.

Se utilizaron cuadros de dos y tres entradas, así como un cuadro de concentración de la información o cuadro de trabajo.

El estudio demostró la sencillez para poder integrar un diagnostico de certeza basado en el conocimiento anatómico del drenaje linfático y la historia natural de los tumores malignos de cabeza y cuello.

RECURSOS

Recurso Humano: fueron cinco personas las que intervinieron en la recolección y organización de los datos el investigador que esta realizando el trabajo, dos asesores del Hospital Universitario, y dos alumnos de la escuela de estomatología

Recursos materiales: Todos los expedientes clínicos de los pacientes que presentaron tumores de cabeza y cuello, de la unidad de Oncología y del departamento de Patología del Hospital Universitario en el periodo comprendido de enero de 1980 a diciembre de 1990

Los gastos para la realización de este trabajo fue de:

Papel	\$ 200.00
Discos para computadora	\$ 150.00
Material de impresión	\$ 480.00
Lápices	\$ 40.00
Total	<u>\$ 870.00</u>

Recursos financieros para el personal que participo en este trabajo:

No se tiene dato exacto en virtud de que las personas solo colaboraron con el investigador principal y el gasto solo fue para refresco café y alguna vez comida a ninguno se le dio un centavo como pago por este trabajo

RESULTADOS

El estudio demuestra que los tumores de cabeza y cuello que se presentaron con mayor frecuencia fueron: el cáncer de piel en 86 casos (34%), cáncer de tiroides el 26 pacientes (10.44%), cáncer de lengua en 20 pacientes que presentó el 8.03% de los 249. El cáncer en esófago y laringe se manifestó en 15 pacientes respectivamente: , seguido del cáncer de antro maxilar con 13 casos (cuadros 1 y 2).

Respecto a la edad de presentación encontramos que las neoplasias de cavidad oral, esófago, laringe y tiroides se presentaron entre la tercera y séptima década de la vida, con un promedio de 50 años. El hemangioma cavernoso se presentó en niños de 1 año y en jóvenes de 22 años. En jóvenes de 17 a 35 años de edad ocuparon el mayor porcentaje el melanoma, osteosarcoma, rhabdomioma, ameloblastomas y tumores de parótida. Especial mención del melanoma de cavidad oral en un paciente de 26 años (cuadro 3).

El cáncer de piel tuvo su mayor frecuencia en adultos mayores de 45 años a 90 años, excepto en un paciente de 28 años con cáncer basocelular en región frontal. Respecto al sexo: de 249 pacientes, 118 fueron femeninos y 131 masculinos, que en valores porcentuales corresponden al 47% y 53% respectivamente.

Así mismo el cáncer de gingiva, cáncer de paladar y los tumores de parótida indicaron una relación de 3:1, 2:1, y 3:1 respecto a las mujeres, y como también en los cuatro casos de melanoma corresponde el 75% a ellas. El ameloblastoma se presentó exclusivamente en el sexo femenino también en cabeza, el cáncer basocelular fue el tumor más frecuente en los hombres seguido del cáncer de labio, cáncer de lengua, cáncer de piso de la boca, cáncer de antro maxilar en una relación de 14:1, 12:8, 5:2, y 9:4 respectivamente, rhabdomioma exclusivamente en el sexo masculino (cuadro 4).

En el cuello el cáncer de tiroides ocupó el primer lugar en frecuencia con predominio femenino de 20:6. El cáncer de esófago y cáncer laríngeo fueron los más frecuentes con una relación de 14:1 y 13:2 en favor de los hombres se presentó un caso con histiocitoma fibroso maligno en varón (cuadro 5).

Como el objetivo fundamental de este trabajo es el análisis clínico de los nódulos cervicales estos se encontraron en 71 de los 249 pacientes en estudio, es decir que el 28.5% cursó con adenopatías cervicales al momento de su primera entrevista médica. De los tumores de estirpe epitelial, es decir de los carcinomas los proveedores más frecuentes de metástasis ganglionares resultaron: el antro maxilar con 76.9%, la laringe con 53.3%, las neoplasias de amígdalas aportaron un 50%, lo mismo que el paladar y gingiva. El 42.8% de los tumores de piso de boca presentó metástasis cervicales, el resto no superó el 15% (cuadro 6). Situación especial fueron los 6 pacientes con primario desconocido cuya única manifestación fue la presencia de nódulos cervicales en la cadena espinal (cuadro 7).

Si se analiza el cuadro 6, que describe las patologías exclusivamente de cabeza que presentaron "ganglios cervicales" se demuestra que el cáncer basocelular es poco agresivo, con un crecimiento regional (3.4%). En el cuadro 7 se demuestra el número de pacientes con adenomegalias en cervicales y su porcentaje, siendo el melanoma, osteosarcoma, rhabdomyosarcoma, histiocitoma fibroso maligno los que ofrecieron el 100% de metástasis, a diferencia del ameloblastoma que no presentó metástasis en los grupos ganglionares:

Los grupos ganglionares más afectados fueron:

- a) grupo submaxilar con 43%
- b) yugular medio con 26.76%
- c) grupo submentoniano con 11.26% (cuadro 8)

El primario desconocido se manifestó en la cadena espinal. Se destaca que el grupo ganglionar más afectado fue el submaxilar en 30 de los 71 pacientes afectados con adenomegalias (43.6%).

La neoplasia que drenó predominantemente al grupo submaxilar fue el cáncer de antro maxilar con un predominio de 10 pacientes que representó el 33%.

El grupo yuguloparotideo predominaron el cáncer de gingiva molar y cáncer de paladar blando con 2 pacientes respectivamente.

Además de los tumores de base de lengua, amígdala y parotida respetando su drenaje linfático natural.

Del mismo modo el grupo yugular medio fue afectado por el cáncer laríngeo en 8 pacientes y el cáncer de esófago con 8 pacientes, lo que representa un 44%.

En el cuadro 9 se hace una recopilación de los grupos ganglionares que se encontraron afectados en cada una de las patologías de cabeza y cuello.

Desde el punto de vista histopatológico se encontró:

4 melanomas, 1 histiocitoma fibroso maligno, dos rhabdomiomas, 5 tumores mixtos pleomórficos de parotida, 1 cáncer adenocístico de parotida 18 cáncer papilar de tiroides, 4 cáncer folicular de tiroides, 4 cáncer de tiroides indiferenciados, 5 ameloblastomas (no malignos), 58 cáncer basocelular, 28 neoplasias epidermoides de piel (cáncer), 101 carcinomas epidermoides (epitelio plano estratificado), 2 neoplasias glandulares de submaxilar, 1 tumor de Warthin, 1 infiltración linfoma, 2 osteosarcoma, 4 hemangiomas, 6 carcinomas indiferenciado inespecíficos.

PACIENTES QUE PRESENTARON TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cabeza	No. Pacientes	Cuello	No. pacientes
Ca. Piel	86	Ca. Tiroides	26
Ca. Lengua	20	Ca. Esófago	15
Ca. Labio	15	Ca. Laringe	15
Ca. Antro Maxilar	13	Hemangioma	6
Ca. Gingiva	8	P. Desconocido	6
T. Parotida	8	Ca. Gland. Submax.	2
Ca. Piso de la boca	7	H. Fibroso Mal	1
Ca. Paladar	6		
Ameloblastoma	5		
Melanoma	4		
Ca. Amigdala	2		
Osteosarcoma	2		
Rabdomiosarcoma	2		
Total	178	Total	71

Cuadro 1

Fuente: Archivos de oncología y patología del H.U.P.

**PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON TUMORES DE
CABEZA Y CUELLO**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P PERIODO 1980 1990

Tumor primario	No. De Pacientes	%
Ca . Piel	86	34
Ca. Tiroides	26	10.44
Ca. Lengua	20	8.03
Ca. Esofago	15	6.02
Ca. Labio	15	6.02
Ca. Laringe	15	6.02
Ca. Antro Maxilar	13	5.22
Ca. Gingiva	8	3.21
T. parotida	8	3.21
Ca. Piso de la boca	7	2.81
Hemangioma	6	2.4
Paladar	6	2.4
Primario Desconocido	6	2.4
Ameloblastoma	5	2
Melanoma	4	1.6
Ca. Amigdala	2	0.8
Ca. Glandula	2	0.8
Osteosarcoma	2	0.8
Rabdomiosarcoma	2	0.8
H. Fibroso Maligno	1	0.4
Total	249	100%

Cuadro 2

Fuente: Archivos de oncología y patología del H.U.P.

**PACIENTES QUE PRESENTARON TUMORES DE CABEZA Y CUELLO DE
ACUERDO A LA EDAD**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Sitio del primario	Grupos de edades
Ca. Basocelular	28 a 89 años
Ca. Epidermoide	45 a 90
Ca. Tiroides	45 a 78
Ca. Laringe	54 a 74
Ca. Esófago	30 a 83
Ca. Labio	50 a 72
Ca. Antro Maxilar	52 a 75
Ca. Lengua	42 a 84
Hemangioma	1 a 22
Piso de la boca	45 a 72
Ca. Amígdala	64 a 72
Ca. Gingiva	45 a 67
Primario	24 a 51
T. Parotida	27 a 36
Ca. Glándula	28 a 65
Ca. Paladar	28 a 74
Osteosarcoma	30 -----
Rabdomiosarcoma	17 a 70
Melanoma	26 a 68
Ameloblastoma	24 a 35

Cuadro 3

Fuente: Archivo de Oncología y Patología del H.U.P.

PACIENTES QUE PRESENTARON TUMORES DE CABEZA SEGÚN SEXO

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cabeza	M	F	TOTAL
Ca. Basocelular	26	32	58
Ca. Epidermoide	14	14	28
Ca. Lengua	12	8	20
Ca. Labio	14	1	15
Ca. Antro Maxilar	9	4	13
Ca. Gingiva	2	6	8
T. Parotida	2	6	8
Ca. Piso de la boca	5	2	7
Ca. Paladar	2	4	6
Ameloblastoma	0	5	5
Melanoma	1	3	4
Osteosarcoma	1	1	2
Rabdiosarcoma	2	0	2
Ca. Amígdala	1	1	2
TOTAL	91	87	178

Cuadro 4

Fuente: Archivo de Oncología y Patología del H.U.P.

PACIENTES QUE PRESENTARON TUMORES DE CUELLO SEGÚN SEXO

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cuello	M	F	TOTAL
Ca. Tiroides	6	20	26
Ca. Esofago	14	1	15
Ca. Laringe	13	2	15
Ca. Glandula Submaxilar	0	2	2
Hemangioma	2	4	6
Primario Desconocido	4	2	6
H. Fibroso maligno	1	0	1
TOTAL	40	31	71

Cuadro 5

Fuente: Archivo de Oncología y Patología del H.U.P.

**PACIENTES CON TUMORES DE CABEZA QUE PRESENTARON
ADENOMEGALIAS**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cabeza	No. Pacientes	Pacientes con Adenomegalias	%
Ca. Basocelular	58	2	3.44
Ca. Epidermoide	28	4	10.52
Ca. Lengua	20	3	15
Ca. Labio	15	5	33.33
Ca. Antro Maxilar	13	10	76.92
Ca. Gingiva	8	4	50
T. Parotida	8	1	12.5
Ca. Piso de la boca	7	3	42.85
Ca. Paladar	6	3	50
Ameloblastoma	5	0	0
Melanoma	4	4	100
Osteosarcoma	2	2	100
Rabdiosarcoma	2	2	100
Ca. Amígdala	2	1	50
TOTAL	178	44	24.71

Cuadro 6

Fuente: Archivo de Oncología y Patología del H.U.P.

PACIENTES CON TUMORES DE CUELLO QUE PRESENTARON ADENOMEGALIAS

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cuello	No. pacientes	Pacientes con Adenomegalias	%
Ca. Tiroides	26	9	34.61
Ca. Esofago	15	3	21
Ca. Laringe	15	8	53.33
Primario desconocido	6	6	100
Hemangioma cavernoso	6	0	0
Glandula Submaxilar	2	0	0
H. Fibroso maligno	1	1	100
TOTAL	71	27	38.02

Cuadro 7

Fuente: Archivo de Oncología y Patología del H.U.P.

GRUPOS GANGLIONARES AFECTADOS EN PACIENTES CON TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Grupos ganglionares	No. Pacientes	%
I = Submentoniano	8	11.26
II = Submaxilar	30	43.66
III = Yuguloparotideo	7	9.85
A = Yugular superior	1	1.4
B = Yugular medio	18	25.35
C = Yugular inferior	3	4.22
Cadena espinal	4	5.63
TOTAL	71	
Combinados	9	
I + AB	1	1.4
II + AB	8	11.26

Cuadro 8

Fuente: Archivo de Oncología y Patología del H.U.P.

**TIPOS DE PATOLOGIA Y GRUPOS GANGLIONARES AFECTADOS EN
PACIENTES CON TUMORES DE CABEZA Y CUELLO**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Tipos de Patología	Grupos ganglionares						
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo A	Grupo B	Grupo C	abc
Ca. Tiroides	0	0		1	8		
Ca. Laringe	0	0			8		
Ca. Esofago	0	0			2	1	
Ca. Lengua	0	2	1				
Ca. Amigdala	0	0	1				
Ca. Labio	5	0					
Ca. Paladar	0	1	2				
Ca. Gingiva	0	2	2				
Ca. Antro Maxilar	0	10					
Ca. Piso de la boca	1	2					
Ca. Epidermoide piel	2	2					
Ca. Basocelular	0	2					
T. Parotidea	0	0	1				
Osteosarcoma	0	2					
Rabdomiosarcoma	0	2					
Melanoma	0	4					
H. Fibroso maligno	0	1					
Ameloblastoma	0	0					
Primario desconocido	0	0				2	4
TOTAL	8	30	7	1	18	3	4

Cuadro 9

Fuente: Archivo de Oncología y Patología del H.U.P.

DATOS ESTADISTICOS PARA PACIENTES QUE PRESENTARON TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cabeza	No. Pacientes	Cuello	No. pacientes
Ca. Piel	86	Ca. Tiroides	26
Ca. Lengua	20	Ca. Esofago	15
Ca. Labio	15	Ca. Laringe	15
Ca. Antro Maxilar	13	Hemangioma	6
Ca. Gingiva	8	P. Desconocido	13
T. Parotida	8	Ca. Gland. Submax.	2
Ca. Piso de la boca	7	H. Fibroso Maligno	1
Ca. Paladar	6		
Ameloblastoma	5		
Melanoma	4		
Ca. Amígdala	2		
Osteosarcoma	2		
Rabdiosarcoma	2		
TOTAL	178	TOTAL	71

T (de grupos independientes)

Grupo	Media	Desv. Std.	N
1	13.692	22.396	13
2	10.143	8.971	7

Valor de t = 0.398

P (t >= 0.398) : 0.3475 (Unilateral) 0.6950 (Bilateral)

**DATOS ESTADISTICOS PARA EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE
PRESENTARON TUMORES DE CABEZA Y CUELLO**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Tumor Primario	No. Pacientes	%
Ca. Piel	86	34
Ca. Tiroides	26	10.44
Ca. Lengua	20	8.03
Ca. Esófago	15	6.02
Ca. Labio	15	6.02
Ca. Laringe	15	6.02
Ca. Antro Maxilar	13	5.22
Ca. Gingiva	8	3.21
T. Parotida	8	3.21
Ca. Piso de la boca	7	2.81
Hemangioma	6	2.4
Ca. Paladar	6	2.4
P. Desconocido	13	2.4
Ameloblastoma	5	2
Melanoma	4	1.6
Ca. Amígdala	2	0.8
Ca. Gland. Submax.	2	0.8
Osteosarcoma	2	0.8
Rabdiosarcoma	2	0.8
H. Fibroso Maligno	1	0.4
TOTAL	249	100%

Estadística descriptiva

Media	Desv. Std.	Error Std.	Mediana	N
4.969	7.351	1.644	2.605	20

**DATOS ESTADISTICOS PARA PACIENTES QUE PRESENTARON TUMORES
DE CABEZA SEGÚN EL SEXO**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cabeza	M	F	TOTAL
Ca. Basocelular	26	32	58
Ca. Epidermoide	14	14	28
Ca. Lengua	12	8	20
Ca. Labio	14	1	15
Ca. Antro Maxilar	9	4	13
Ca. Gingiva	2	6	8
T. Parotida	2	6	8
Ca. Piso de la boca	5	2	7
Ca. Paladar	2	4	6
Ameloblastoma	0	5	5
Melanoma	1	3	4
Osteosarcoma	1	1	2
Rabdiosarcoma	2	0	2
Ca. Amígdala	1	1	2
TOTAL	91	87	178

T (de grupos relacionados)

Grupo	Media	Desv. Std.	N
1	6.500	7.573	14
2	6.214	8.267	14

Valor de r = 0.805

Valor de t = 0.215

P (t >= 0.215) : 0.4167 (Unilateral) 0.8335 (Bilateral)

**DATOS ESTADISTICOS PARA PACIENTES QUE PRESENTARON TUMORES
DE CUELLO SEGÚN EL SEXO**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cabeza	M	F	TOTAL
Ca. Tiroides	6	20	26
Ca. Esofago	14	1	15
Ca. Laringe	13	2	15
Ca. Glandula Submaxilar	0	2	2
Hemangioma	2	4	6
Primario Desconocido	4	2	6
H. Fibroso Maligno	1	0	1
TOTAL	40	31	71

T (de grupos relacionados)

Grupo	Media	Desv. Std.	N
1	5.714	5.678	7
2	4.429	6.973	7
1-2	1.286	9.013	7

Valor de r = 0.005

Valor de t = 0.377

P (t >= 0.377) : 0.3594 (Unilateral) 0.7189 (Bilateral)

**DATOS ESTADISTICOS PARA PACIENTES CON TUMORES DE CABEZA QUE
PRESENTARON ADENOMEGALIAS**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cabeza	No. pacientes	Pacientes con Adenomegalia	%
Ca. Basocelular	58	2	3.44
Ca. Epidermoide	28	4	10.52
Ca. Lengua	20	3	15
Ca. Labio	15	5	33.33
Ca. Antro Maxilar	13	10	76.92
Ca. Gingiva	8	4	50
T. Parotida	8	1	12.5
Ca. Piso de la boca	7	3	42.85
Ca. Paladar	6	3	50
Ameloblastoma	5	0	0
Melanoma	4	4	100
Osteosarcoma	2	2	100
Rabdiosarcoma	2	2	100
Ca. Amígdala	2	1	50
TOTAL	178	44	24.71

T (de grupos relacionados)

Grupo	Media	Desv. Std.	N
1	12.714	15.051	14
2	3.143	2.413	14
1-2	9.571	15.047	14

Valor de $r = 0.082$

Valor de $t = 2.380$

P ($t \geq 2,380$) : 0.0167 (Unilateral) 0.0333 (Bilateral)

**DATOS ESTADISTICOS PARA PACIENTES CON TUMORES DE CUELLO QUE
PRESENTARON ADENOMEGALIAS**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Cuello	No. Pacientes	Pacientes con Adenomegalia	%
Ca. Tiroides	26	9	34.61
Ca. Esofago	15	3	21
Ca. Laringe	15	8	53.33
Primario Desconocido	6	6	100
Hemangioma cavernoso	6	0	0
Glandula Submaxilar	2	0	0
H. Fibroso maligno	1	1	100
TOTAL	71	27	38.02

T (de grupos relacionados)

Grupo	Media	Desv. Std.	N
1	10.143	8.971	14
1	3.857	3.805	14
1-2	6.286	6.396	14

Valor de $r = 0.792$

Valor de $t = 2.600$

P ($t \geq 2,600$) : 0.0203 (Unilateral) 0.0406 (Bilateral)

**DATOS ESTADISTICOS PARA PARA GRUPOS GANGLIONARES AFECTADOS
EN PACIENTES CON TUMORES DE CABEZA CUELLO**

UNIDAD DE ONCOLOGIA H.U.B.U.A.P. PERIODO 1980-1990

Grupos ganglionares	No. Pacientes	%
I = Submentoniano	8	11.26
II = Submaxilar	30	43.66
III = Yuguloparotideo	7	8.85
A = Yugular superior	1	1.4
B = Yugular medio	18	25.35
C = Yugular inferior	3	4.22
Cadena espinal	4	5.63
TOTAL	71	
Combinados	9	
I + AB	1	1.4
II + AB	8	11.26

T (de grupos independientes)

Grupo	Media	Desv. Std.	N
1	10.143	10.351	7
1	6.000	4.357	3

Valor de t = 0.651

P (t >= 0,651) : 0.2667 (Unilateral) 0.5334 (Bilateral)

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Este trabajo es un estudio de 10 años de experiencia en Patología Oncológica del Hospital Universitario de Puebla.

Inicialmente se hace referencia a la importancia de los conceptos anatómicos, especialmente del drenaje linfoportador de esta región, se valora la importancia del diagnóstico histopatológico y su correlación clínica e identificación del Primario a través de la valoración anatómo-histopatológica de los ganglios linfáticos cervicales en estudio.

Se revisaron 249 expedientes completos de un total de 25.000 consultas en 10 años, encontrando que el cáncer más frecuente de cabeza y cuello, es el Basocelular de cara, en segundo lugar la cavidad oral que incluye gingiva, piso de boca, lengua, paladar y región geniana. A nivel de cuello los tumores tiroideos rebasan al cáncer de laringe y esófago.

La presencia de adenomegalias cervicales represento el 28.5% aproximadamente, como primer signo o simultaneo a la presencia tumoral del primario

Desde el punto de vista histopatológico el carcinoma epidermoide ocupó el 98% de los tumores provenientes del epitelio plano estratificado y los adenocarcinomas el 100% de las glándulas. El Melanoma, Rabdomiosarcoma e Histiocitoma fibroso maligno representaron el 2.8% de la totalidad del estudio, la edad de mayor incidencia fue después de la 5° década de la vida

Con relación al sexo la dominancia femenina se hizo patente con 3.3:1 en los tumores tiroideos. En Cáncer basocelular, Cáncer de gingiva, tumores de parotida, melanoma y ameloblastoma 1.5:1, 3:1, 3:1, 3:1, y 5:0 respectivamente.

En Cáncer de laringe la relación fue de 13:2, en Cáncer de esófago con 14:1. Cáncer de antro maxilar 9:4, Cáncer de lengua 12:8 y Cáncer de labio con 14:1 a favor de los hombres. Primario desconocido 4 en hombres y 2 en mujeres.

Independientemente de la frecuencia de estas neoplasias este trabajo hace énfasis en la presencia de ganglios linfáticos metastásicos que aparecen antes de haber identificado el cáncer primario o bien su presencia simultánea, pero que fue la exhaustiva exploración clínica y el conocimiento anatómico del sistema linfático, aunado a la historia natural de las neoplasias de cabeza y cuello lo que dio la pauta a seguir para identificar el sitio del tumor primario, encontrando 71 de los 249 pacientes es decir el 28.5% de la patología oncológica de cabeza y cuello se manifestó por adenomegalias cervicales.

También se concluye que las neoplasias más metastatizantes de cabeza y cuello son los Melanomas orales junto con el Osteosarcoma y Rabdomiosarcoma, seguido del Cáncer de antro maxilar, laringe y cavidad oral posteriormente tiroides con un 34.6% y esófago cervical con un 20%.

En contra del melanoma el tumor menos metastatizante fue el Cáncer basocelular con un 3.4% el Ameloblastoma que no presentó metástasis.

Dentro de las conclusiones finales tenemos la existencia de metástasis con Primario desconocido, que en el presente estudio se identificó en 6 de 249 pacientes, los que a pesar de seguir la propedeutica en base a la anatomía del drenaje linfático ganglionar e interpretación del diagnóstico histopatológico fue imposible encontrar el tumor primario.

GLOSARIO

Adenocarcinoma.	Tumor maligno de origen glandular
Adenomegalias.	Sinónimo de crecimiento de ganglio linfático.
Ameloblastoma.	También llamado Adamantinoma. Tumor odontogenico de Origen ameloblastico.
Biopsia.	Fragmento de tejido obtenido por un procedimiento quirurgico para su estudio histopatologico
Cáncer.	Nombre genérico que se utiliza para señalar a los tumores malignos
Carcinoma.	Tumor maligno de origen epitelial cuyas vias de diseminación predominantemente son linfáticas.
Carcinoma epidermoide.	Carcinoma en epitelio plano estratificado
Cervical.	Referente al cuello
Diseminación.	Distribución de células neoplásicas por el torrente vascular a Diferentes partes del organismos
Fimico.	Sinónimo de tuberculosis
Hemangioma.	Tumor benigno de vasos sanguíneos
Histiositoma fibroso maligno	Tumor muscular de origen fibromuscular
Histopatología.	Especialidad medica que por microscopia estudia los tejidos determinando el proceso morboso
Melanoma.	Tumor de origen neuroectodermico de aparición cutánea considerado el más agresivo de los tumores. El 90% se presenta en la piel, el resto cavidad oral etc.
Metástasis	Aparición de uno o más focos tumorales secundarios a otro Primario distante. Es decir tumores "hijos" con características histopatologicas idénticas al primario distante que le dio origen.

Neoplasia	Formación de tejido nuevo sinónimo de tumor
Nodulo	La literatura sajona nombra así a los ganglios linfáticos. También a cualquier pequeño tumor bien definido.
Osteosarcoma	Tumor maligno del hueso. Frecuente en jóvenes.
Patología	Referente a las enfermedades
Quiste	Neofomacion epitelial con contenido liquido
Rabdomiosarcoma	Tumor maligno de vainas musculares sumamente agresivo.
Sarcoma	Tumor maligno de tejido conectivo cuyas vias de diseminacion preferente son hematogenas
Seroso	De contenido liquido
Tumor	Crecimiento celular desordenado e incontrolable que no sé rige por las leyes naturales de crecimiento. Clínicamente sé manifiesta por un abultamiento o masa en cualquier estructura del organismo, estos pueden ser benignos o malignos.
Virchow	Rudolf Virchow medico patólogo a quien se debe la descripción del crecimiento ganglionar supraclavicular izquierdo como metastasico de cáncer gástrico. Por ello el ganglio Supraclavicular izquierdo se llama ganglio centinela de Virchow.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Agur, M.R Anne. Grant. Atlas de Anatomía Editorial Medica Panamericana.9ª. Edición, 1994.
2. Anderson, A.P. Y Col. Skin melanoma of the head and neck. Cáncer; 1992 Marz.
3. Casiano, Denis Albert; Lowitz, Barry Bennet. Manual de Oncología Clínica. Editorial Salvat. 1ª. Edición, 1990.
4. Cerezo, L. Y Col. Prognostic factors for survival and tumor in cervical limph node metastases from head and neck cáncer; 1992 marz 1; Pp. 1224-34.
5. Coster, JR; Foote RL; Olsed KD. Metástasis de nódulos cervicales carcinomas de Células escamosas. Imt-J-Radiat- Oncol-Biol, 1992
6. Contamkumar Robbins. Patología estructural y funcional. Editorial Interamericana. 4ª. Edición , 1992.
7. Ellis, Henry y Levita. Cáncer of the esophagus. Chapter 19. American Cáncer Society Textbook of clinical Oncology.
8. Ficher y Col. Thin malignant melanoma of the head and neck. Laryngoscope; 1992
9. Freeman, D.E.; Mendenhal WM; Parson JT; Million RR. Does neck stage influence local control in squamous cell of the head neck. Radial-Oncol-Biol-Phys;
10. Friedma y Col. Skin Cáncer: Basal Celland Squamus Cell Carcinoma Chapter 22, Textbook of American Cáncer Society of Clinical Oncology.
11. Garfinkel, Lawrence. Cáncer Statistic and Trends. Chapter 1. American Cáncer Society Testbook of clinical Oncology.
12. Giano and Miller. Cervical Limpo node biopsy. J. La-Statae-Med-Soc: 1992 Mar; .
13. Latarjet, Ruiz Liard. Anatomía Humana. Volumen 1. Editorial Medica Panamericana. 2ª. Edición 1988.
- 14 Moore, Keith L. Anatomia con orientacion clinica. Editorial Medica panamericana. 3ª. Edicion, 1993
15. Raspall, Guillermo. Tumores de la cara, boca, cabeza y cuello. Atlas Clinico. Editorial Salvat, 1986.
16. Rouvier, G. Delmas A. Anatomia Humana. Tomo 1. Editorial Masson, 9ª. Edicion
17. Dreizen S, Daly TE, Drane JB, et al .: Oral complications of cancer radiotherapy

Postgraduate Medicine 61(2): 85-92, 1977.

18. Schubert MM, Williams BE, Lloid ME, et al.: Clinical assessment scale for the rating of oral mucosal changes associated with bone marrow transplantation. *Cancer* 69(10): 2469-2477, 1992.
19. Fox PC: Systemic therapy of salivary gland hypofunction. *Journal of Dental Research* 66(Special Issue): 689-692, 1987.
20. LeVeque FG, Montgomery M, Potter D, et al.: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-titration study of oral pilocarpine for treatment of radiation-induced xerostomia in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 11(6): 1124-1131, 1993.
21. Rieke JW, Hafermann MD, Johnson JT, et al.: Oral pilocarpine for radiation-induced xerostomia: integrated efficacy and safety results from two prospective randomized clinical trials. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 31(3): 661-669, 1995.
22. Johnson JT, Ferretti GA, Nethery WJ, et al.: Oral pilocarpine for post-irradiation xerostomia in patients with head and neck cancer. *New England Journal of Medicine* 329(6): 390-395, 1993.
23. Fox PC, van der Ven PF, Baum BJ, et al.: Pilocarpine for the treatment of xerostomia associated with salivary gland dysfunction. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology* 61(3): 243-248, 1986.
24. Greenspan D, Daniels TE: Effectiveness of pilocarpine in postradiation xerostomia. *Cancer* 59(6): 1123-1125, 1987.
25. Wolff A, Atkinson JC, Macynski AA, et al.: Pretherapy interventions to modify salivary dysfunction. *Journal of the National Cancer Institute Monograph* 9: 87-90, 1990.
26. Jancso N, Jancso-Gabor A, Szolcsanyi J: Direct evidence for neurogenic inflammation and its prevention by denervation and by pretreatment with capsaicin. *British Journal of Pharmacology and Chemotherapy* 31(1): 138-151, 1967.
27. Szolcsanyi J: A pharmacological approach to elucidation of the role of different nerve fibres and receptor endings in medication of pain. *Journal de Physiologie (Paris)* 73(3): 251-259, 1977.
28. Dray A: Mechanism of action of capsaicin-like molecules on sensory neurons. *Life Sciences* 51: 1759-1765, 1992.
29. Green BG: Evidence that removal of capsaicin accelerates desensitization on the tongue. *Neuroscience Letters* 150: 44-48, 1993.
30. Green BG: Temporal characteristics of capsaicin sensitization and desensitization on the tongue. *Physiology and Behavior* 49(3): 501-505, 1991.