

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**Perfil epidemiológico del paciente con carcinoma
Escamocelular bucal. Hospital SOLCA período 2011-2016**

AUTOR:

Rebolledo Velasco, Marcelo Antonio

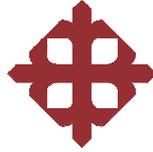
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGO**

TUTOR:

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

Guayaquil, Ecuador

12 de Septiembre del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Rebolledo Velasco Marcelo Antonio**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontólogo**.

TUTORA

f. _____

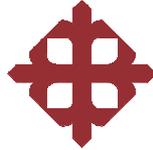
Cruz Moreira, Karla Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Luzardo Jurado, Geoconda María

Guayaquil, 12 de Septiembre del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Rebolledo Velasco Marcelo Antonio**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Perfil epidemiológico del paciente con carcinoma Escamocelular bucal. Hospital SOLCA período 2011-2016** previo a la obtención del título de **Odontólogo**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

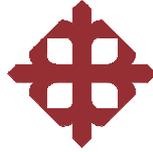
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 12 de Septiembre del 2018

EL AUTOR

f. _____

Rebolledo Velasco, Marcelo Rebolledo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Rebolledo Velasco Marcelo Rebolledo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Perfil epidemiológico del paciente con carcinoma Escamocelular bucal. Hospital SOLCA período 2011-2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de Septiembre del 2018

EL AUTOR:

f. _____

Rebolledo Velasco, Marcelo Antonio

URKUND

Documento: [Artículo Marcelo Rebolledo revision 6.docx \(D40925932\)](#)

Presentado por: 2018-08-22 13:49 (-05:00)

Presentado por: karla.cruz.m@gmail.com

Recibido por: karla.cruzucgs@analysts.urkund.com

9% de estas 9 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
<input type="checkbox"/>	http://www.ijort.com/index.php/ijort/article/view/730
<input type="checkbox"/>	http://www.scielo.br/pdf/bor/v23n1/1807-3107-bor-29-1-1807-3107BOR-201506290075.pdf
<input type="checkbox"/>	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4788792/
<input type="checkbox"/>	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1886-83242015000100270
<input type="checkbox"/>	http://www.scielo.br/pdf/bdi/v22n5/V22n05a11.pdf
<input type="checkbox"/>	https://headandneckoncology.biomedcentral.com/articles/10.1186/1758-3284-3-2
<input type="checkbox"/>	https://bmca.biorxiv.com/articles/10.1186/1472-6831-14-103
<input type="checkbox"/>	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881836/
<input type="checkbox"/>	https://file.scirp.org/pdf/IJCTO120400009_94497823.pdf

and the biggest problem faced by patients with this pathology is late diagnosis although new treatments have helped to reduce this tendency, detection in early stages it's still the most effective treatment to reduce mortality. Objective: Define the epidemiological profile of the patient with oral squamous cell carcinoma treated in SOLCA hospital period 2011-2016. Materials y Methods: A descriptive and cross-sectional study was carried out that evaluated 93 patients diagnosed and treated for oral squamous cell carcinoma at SOLCA hospital. The data was obtained by reviewing the medical records included during the period 2011-2016. Results: We found 93 patients with oral SCC, presented smoking (61.53%), alcohol (23.07%), poorly adapted dental prosthesis (15.38%), HPV (0%) and stage 3 was the most frequent (33.33%). Conclusions: The diagnosis of this pathology is being carried out in late stages, possibly due to deficiency in the recognition of clinical signs.

Key words: Squamous cell carcinoma, epidemiological profile, risk factors, stages, oral pathology, histological grade.

RESUMEN: Introducción: El cáncer bucal es un riesgo representativo a nivel mundial debido a su alta mortalidad y mortalidad y el mayor problema al que se enfrentan los pacientes con esta patología es al diagnóstico tardío y aunque los nuevos tratamientos han ayudado a reducir esta tendencia la detección en estadios tempranos sigue siendo el medio más efectivo para reducir la mortalidad. Objetivo: Definir el perfil epidemiológico del paciente con Carcinoma Escamocelular bucal atendido en el hospital SOLCA periodo 2011-2016. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal que evaluó 93 pacientes diagnosticados y tratados por carcinoma escamocelular bucal atendidos en el hospital SOLCA. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas comprendidas durante el periodo 2011-2016. Resultados: Se encontraron 93 pacientes con CEC bucal, presentaron consumo de tabaco (61.53%), alcohol (23.07%), prótesis dentales mal adaptadas (15.38%), HPV (0%) y el estadio 3 fue el más frecuente (33.33%). Conclusiones: El diagnóstico de esta patología está siendo realizado en estadios tardíos posiblemente por deficiencia en el reconocimiento de signos clínicos. Palabras claves: Carcinoma escamocelular, perfil epidemiológico, factores de riesgo, estadios, patología oral, grado histológico.

INTRODUCCION

El cáncer bucal es un riesgo representativo a nivel mundial debido a su alta mortalidad y mortalidad. Cada año 274,000 nuevos casos de cáncer bucal son diagnosticados en todo el mundo. El desarrollo de un cáncer de cabeza y cuello es resultado de alteraciones genéticas y factores ambientales asociados, los dos principales factores influyentes son, el

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	Articulo Marcelo Rebolledo revision
6.docx (D40925932) Submitted:	8/22/2018 8:49:00 PM
Submitted By:	karla.cruz.m@gmail.com
Significance:	0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON CARCINOMA ESCAMOCELULAR BUCAL.
HOSPITAL SOLCA PERÍODO 2011-2016

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE PATIENT WITH BUCCAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA. SOLCA
HOSPITAL 2011-2016 PERIOD

MARCELO ANTONIO REBOLLEDO VELASCO 1 KARLA ELIZABETH CRUZ MOREIRA 2 1 Estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. 2 Docente de la Cátedra de Patología Estomatológica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

ABSTRACT:

Introduction: Oral cancer is a representative risk worldwide due to its high morbidity and mortality

and the biggest problem faced by patients with this pathology is late diagnosis although new treatments have helped to reduce this tendency, detection in early stages it's still the most effective treatment to reduce mortality. Objective: Define the epidemiological profile of the patient with oral squamous cell carcinoma treated in SOLCA hospital period 2011-2016.

Materials and Methods: A descriptive and cross-sectional study was carried out that evaluated 93 patients diagnosed and treated for oral squamous cell carcinoma at SOLCA hospital. The data was obtained by reviewing the medical records included during the period 2011-2016. Results: We found 93 patients with oral CEC, presented smoking (61.53%), alcohol (23.07%), poorly adapted dental prosthesis (15.38%), HPV (0%) and stage 3 was the most frequent (33.33%). Conclusions: The diagnosis of this pathology is being carried out in late stages, possibly due to deficiency in the recognition of clinical signs.

Key words: Squamous cell carcinoma, epidemiological profile, risk factors, stages, oral pathology, histological grade.

RESUMEN: Introducción: El cáncer bucal es un riesgo representativo a nivel mundial debido a su alta morbilidad y mortalidad y el mayor problema al que se enfrentan los pacientes con esta patología es el diagnóstico tardío y aunque los nuevos tratamientos han ayudado a reducir la tendencia a la detección en estadios tempranos sigue siendo el medio más efectivo para reducir la mortalidad. Objetivo: Definir el perfil epidemiológico del paciente con Carcinoma Escamocelular bucal atendido en el hospital SOLCA periodo 2011-2016. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal que evaluó 93 pacientes diagnosticados y tratados por carcinoma escamocelular bucal atendidos en el hospital SOLCA. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas comprendidas durante el periodo 2011-2016. Resultados: Se encontraron 93 pacientes con CEC bucal, presentaron consumo de tabaco (61.53%), alcohol (23.07%), prótesis dentales mal adaptadas (15.38%), HPV (0%) y el estadio 3 fue el más frecuente (33.33%). Conclusiones: El diagnóstico de esta patología está siendo realizado en estadios tardíos posiblemente por deficiencia en el reconocimiento de signos clínicos. Palabras claves: Carcinoma escamocelular, perfil epidemiológico, factores de riesgo, estadios, patología oral, grado histológico.

INTRODUCCION

El cáncer bucal es un riesgo representativo a nivel mundial debido a su alta morbilidad y mortalidad. Cada año 274.000 nuevos casos de cáncer bucal son diagnosticados en todo el mundo¹, El desarrollo de un cáncer de cabeza y cuello es resultado de alteraciones genéticas y factores ambientales asociados, los dos principales factores influyentes son, el tabaco que se ve relacionado a esta patología con un 85% en pacientes diagnosticados y el consumo de alcohol con un 63%¹; otros como los virus (HPV, H Pylori) y microtraumas crónicos tienen una prevalencia menor pero importante, por lo que esta patología es considerada multifactorial. El mayor problema al que se enfrentan los pacientes con esta patología es al diagnóstico tardío, el 60% de los casos son diagnosticados en los estadios III y IV², detectar este tipo de cáncer en estadios avanzados reduce considerablemente la supervivencia de los pacientes con rangos de supervivencia que varían entre el 10% y 40% luego de 5 años de su diagnóstico² y aunque los nuevos tratamientos han ayudado a reducir esta tendencia la detección en estadios tempranos sigue siendo el medio más efectivo para reducir la mortalidad.²

En el Ecuador los estudios sobre este tipo de patología son pocos es por eso que el objetivo de este estudio es encontrar el perfil epidemiológico del Carcinoma Escamocelular bucal (CEC) para permitir al odontólogo general realizar un diagnóstico precoz de cáncer y así poder evitar tratamientos mutilantes y cruentos en el paciente.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal que evaluó 93 pacientes diagnosticados y tratados por carcinoma escamocelular bucal atendidos en el hospital SOLCA. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas comprendidas durante el periodo 2011-2016. Se excluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico de carcinoma escamocelular en otras localizaciones y cuyas historias clínicas fueran incompletas.

Los datos registrados fueron sexo, edad, consumo de alcohol o tabaco, presencia de HPV, uso de prótesis dental, antecedentes familiares, localización, signo, dolor, adenopatías, grado histológico, variante histológico, estadificación (TNM), tratamiento, supervivencia, status fin y complicaciones durante el tratamiento. Se realizó el análisis estadístico a través del software SPSS y para comprobar la asociación entre las variables se confeccionaron pruebas de correlación como Chi cuadrado.

Este estudio fue realizado en base a los principios éticos de la declaración de Helsinki de 1964 para las investigaciones médicas en seres humanos. Se respetó la confidencialidad de la información obtenida en las historias clínicas.

RESULTADOS

De los 410 pacientes atendidos en el departamento de cabeza y cuello el 22.68% (n=93) presentó un carcinoma espinocelular en cavidad bucal, de los cuales 51 pacientes fueron de sexo femenino (55%) y 42 del masculino (45%). La edad máxima encontrada en nuestro estudio fue de 99 años de edad, la mínima de 25 años y una media de 61 años. Los pacientes fueron divididos en 5 grupos etarios separados por 14 años cada uno, de 25 a 39 años (10.75%), 40 a 54 años (24.74%), 55 a 69 años (31.18%), 70 a 84 años (19.35%) y 85 a 99 años

(13.98%). El grupo etario con mayor frecuencia de CEC fue el de 55 a 69 años de edad. [Tabla 1]

#

25 a 39 años 40 a 54 años 55 a 69 años 70 a 84 años 85 a 99 años 10 23 29 18 13 %

25 a 39 años 40 a 54 años 55 a 69 años 70 a 84 años 85 a 99 años 0.1075
0.24740000000000001 0.31180000000000002 0.19350000000000001 0.13980000000000001

Tabla 1: Grupo etario con mayor frecuencia de CEC (Total=93) #

Estadio 1 Estadio 2 Estadio 3 Estadio 4 11 7 13 8 %

Estadio 1 Estadio 2 Estadio 3 Estadio 4 0.28199999999999997 0.17940.33329999999999999
0.2051

Por otra parte, en cuanto a los factores de riesgo asociados al desarrollo de CEC encontramos 13 pacientes: 8 casos por consumo de tabaco (61.53%), 3 por consumo de alcohol (23.07%), 2 por prótesis dentales mal adaptadas (15.38%) mientras que no hubo pacientes registrados por presencia de HPV. El sitio anatómico con mayor prevalencia de CEC fue la lengua (n=60) seguido de la encía (n=9) y el paladar duro (n=6). Otros como mejilla (n=4), glándulas salivales (n=2), paladar blando (n=2), piso de boca (n=2), labios superior (n=2) y labio inferior (n=1) se encontraron en menor cantidad. [Tabla 2]

Lengua Encía Paladar duro Miscelaneas 60 9 6 18 % Lengua Encía Paladar duro Miscelaneas
0.64510000000000001 9.6699999999999994E-2 6.4500000000000002E-2
0.19350000000000001

Tabla 2: Estructuras anatómicas con mayor prevalencia de CEC

La estadificación fue realizada a partir del sistema TNM del Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (AJCC) encontrando así el estadio 3 (33.33%), estadio 1 (28.22%), estadio 4 (20.51%) y estadio 2 (17.94%). [Tabla 3] Tabla 3: Diagnóstico más frecuente en pacientes con CEC

El signo clínico más frecuente asociado al CEC fue el de tumoración (69.89%) seguido de ulceración (53.01%). En cuanto al grado histológico encontramos que la mayoría de tumores registrados eran bien diferenciados (25.11%), seguida de los moderadamente diferenciados (15.81%), y pobremente diferenciados (5.58%); no se registró ninguno indiferenciado/ anaplásico. Se realizó además una comparación entre el grado histológico de los CEC y sus patrones morfológicos, encontrando que las muestras bien diferenciadas tenían con mayor frecuencia una variación queratinizante (n=11) seguida de la ulcerativa (n=2) y la micro invasiva (n=1), en menor cantidad encontramos a las muestras semidiferenciadas con sus variantes: queratinizante (n=5), ulcerativa (n=3) y no queratinizante (n=1) y a las muestras pobremente diferenciadas con su variante ulcerativa (n=2). [Tabla 4]

lo reportado por Popovtzer et al, Albuquerque et al y Saba et al, en los cuales los porcentajes variaban en el rango de 50% - 75% (4,6,7) sin embargo estos resultados difieren de los encontrados por Oliveira et al y Subramaniam et al, los cuales muestran el 20.6% y 40% de pacientes femeninos afectados (1,8), diferencia que se puede relacionar al hecho de que la muestra de ese estudio se limitaba a estadios tempranos del CEC bucal. La edad de mayor prevalencia estuvo en el rango de 55 a 69 años de edad coincidiendo con autores como Albuquerque et al, Okubo et al y Shiboski quienes tuvieron como media una edad que variaba en el rango de 63 y 66 años (6,9,10), valores que se encuentran dentro de nuestro rango.

Diferenciando con este tipo de estudio, tuvo como media 30.5 años de edad en sus pacientes (11), no obstante estos resultados se deben a que el rango de edad en su estudio fue menor >20 a 35 años.

En cuanto a los factores de riesgo asociados al CEC bucal el 61.53% de los pacientes registrados consumía tabaco eso se asemeja a lo encontrado por Popovtzer et al y Asakage et al, 66% y 52% respectivamente (4,12) con respecto a este factor de riesgo muchos estudios concluyen que este implica un riesgo mayor para el desarrollo de CEC bucal debido a su toxicidad. (13-18) En cuanto al consumo de alcohol encontramos que el 23.07% de pacientes lo consumía esto difiere del estudio de Aires et al en el que el consumo de alcohol es del 68.1% (19), esta diferencia puede ser producida por un reporte menor de datos ya que muchos pacientes no son persuadidos de la mejor manera y omiten información necesaria.

En cuanto a trauma producido por prótesis dentales mal adaptadas el 15,38% fue encontrado, este valor coincide con el estudio de Yesensky et al en el que las prótesis dentales fueron encontradas solo en el 13% de los pacientes (20) pero difiere de los estudios de Albuquerque et al y Fan et al en los que el uso de prótesis dentales está presente en el 52.6% y 63.5% de los pacientes (6,21) sin embargo en estos estudios se registró el uso de prótesis y no específicamente de aquellas que puedan estar causando trauma al paciente. En revisiones de literatura como la de Llewellyn et al, encontramos que el HPV no es un factor que se puede asociar al desarrollo de CEC bucal (22). Por otra parte, Marur et al, Zygogianni et al y Massano et al demuestran en un rango de 43%-70% que los participantes en sus estudios padecen de HPV. (23-25) En nuestro estudio los resultados fueron negativos debido a que los pacientes no pudieron acceder al examen debido al alto costo del estudio.

Referente a la estructura anatómica con mayor prevalencia de CEC bucal en nuestro estudio fue la lengua con el 64.51% así mismo Yesensky et al y D'Souza et al documentaron el 67% y 63.3% de CEC de lengua (10,26), por otra parte Oliveira et al, Janovic et al y Qaisi et al tuvieron porcentajes de 44.5%, 33% y 31.5% (1,3,27) valores que aunque están debajo del 50% fueron los de mayor frecuencia en sus estudios respectivos. Por otra parte, en lo referente a los estadios encontramos que el estadio 3 se presentó en el 33.33% de los pacientes al contrario de los estudios de Yesensky et al, Seoane et al y Thiagarajan et al en donde el estadio 3 estuvo presente en el 11%, 23.3% y 15.5%. (20,28,29) Los estudios de Zygogianni et al, Patel et al y Carvalho et al nos hablan de diagnósticos tardíos con mayor frecuencia en el género femenino debido al retraso de búsqueda médica y la poca aceptación de los tratamientos (24,30,31), pudiendo aplicar este concepto a nuestro estudio dado que la mayor cantidad de pacientes era de género femenino.

Las comparaciones realizadas nos mostraron que el signo clínico más frecuente fue el de tumoración (69.89%) y al compararlo con el estadiaje fue encontrado en el 72.42% de estadios tardíos, Coincidiendo el artículo de Fronie et al quien encontró el 92% de presencia de este signo en su estudio y el 73.91% en estadios tardíos.³² Estos datos demuestran que diagnosticar CEC bucal en estadios tempranos es tarea difícil para los profesionales de la salud, si los pacientes no presentan ulceraciones. Las comparaciones realizadas entre el estadiaje y el grado histológico fueron estadísticamente significativas ($p=0.0276466$.) con porcentajes iguales de muestras bien diferenciadas en estadios tempranos y tardíos (44.99%), un incremento del 83.33% en las muestras moderadamente diferenciadas en estadios tardíos y 50% en muestra pobremente diferenciadas en ambos estadiajes, estos datos coinciden con los de Xu et al, con el 41.9% en estadios tempranos, 52.3% en muestras moderadamente diferenciadas en estadios tardíos y una diferencia de 57.1% en las muestras pobremente diferenciadas en estadios tardíos³³ siendo esta última la única diferencia con nuestro estudio y atribuida a que los pacientes en este estudio eran en su mayoría hombres con pobres hábitos higiénicos y consumidores de tabaco y alcohol provocando una significancia estadística de $p=0.001$ entre este tipo de muestra y las anteriores. El tipo de tratamiento más frecuente fue la radioterapia (52.68%) este valor coincide con los artículos de Marur et al, Liu et al y Elbers et al en los cuales los porcentajes de radioterapia están dentro del rango de 45%-60% (23,34,35) a diferencia del artículo de Ellis et al donde el porcentaje es de 29.5%³⁶ este valor es menor dado que no se aplicaba radioterapia únicamente a los pacientes sino que se la combinaba con cirugía.

CONCLUSION

El CEC bucal se presentó en pacientes de 55 a 69 años con mayor frecuencia en el género femenino, el principal factor de riesgo fue el tabaco y la lengua fue la estructura anatómica con mayor afectación. El diagnóstico de esta patología está siendo realizado en estadios tardíos posiblemente por deficiencia en el reconocimiento de signos clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 1.

Oliveira MLC, Wagner VP, Sant'ana Filho M, Carrard VC, Hugo FN, Martins MD.

A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay.

Braz Oral Res.

2015; 29.

2.

Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino ÉC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment.

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. marzo de 2013;79(2):239-47.

3. Jovanovic, A., Schulten, E., Kostense, P., Snow, G. and Waal, I. (1993). Tobacco and alcohol related to the anatomical site

of

oral squamous cell carcinoma. Journal of Oral Pathology and Medicine, 22(10), pp.459-462.

4.

Popovtzer, A., Shpitzer, T., Bahar, G., Marshak, G., Ulanovski, D. and

Feinmesser, R. (2004).

Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tongue in Young Patients. The

Laryngoscope, 114(5),

pp.915-917.

5. Singh, M., Kumar, V., Agarwal, A., Kumar, R., Bhatt, M. and Misra, S. (2016). Clinico- epidemiological study of oral squamous cell carcinoma: A tertiary care centre study in North India. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research, 6(1), pp.32-35.

6.

Albuquerque, R., López-López, J., Marí-Roig, A., Jané-Salas, E., Roselló-Llabrés, X. and

Santos, J. (2011). Oral tongue squamous cell carcinoma (OTSCC): alcohol and tobacco consumption versus non-consumption. A study in a Portuguese population.

Brazilian Dental Journal, 22(6), pp.517-521.

7. Saba, N., Goodman, M. and Ward, K. (2011). Gender and Ethnic Disparities in Incidence and Survival of Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tongue, Base of Tongue, and Tonsils: A Surveillance, Epidemiology and End Results Program-Based Analysis. Oncology, 81(1), pp.12-20.

8. Subramaniam, N., Balasubramanian, D., Murthy, S., Limbachiya, S., Thankappan, K. and Iyer, S. (2017). Adverse pathologic features in early oral squamous cell carcinoma and the role of postoperative radiotherapy—a review. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, 124(1), pp.24-31.

- 9.** Okubo, M., Iwai, T. and Nakashima, H. (2016). Squamous Cell Carcinoma of the Tongue Dorsum: Incidence and Treatment Considerations. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 69(1), pp.6-10.
- 10.** Shiboski, C., Schmidt, B. and Jordan, R. (2005). Tongue and tonsil carcinoma. *Cancer*, 103 (9), pp.1843-1849.
- 11.** Iype, E., Pandey, M., Mathew, A., Thomas, G., Sebastian, P. and Krishnan^Nair, M. (2001). Squamous Cell Carcinoma of the Tongue Among Young Indian Adults. *Neoplasia*, 3(4), pp.273-277.
- 12.** Asakage, T., Yokoyama, A., Haneda, T., Yamazaki, M. and Muto, M. (2006). Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenases, and drinking, smoking and diet in Japanese men with oral and pharyngeal squamous cell carcinoma. *Carcinogenesis*, 28 (4), pp.865-874.
- 13.** Franceschi, S., Bidoli, E., Herrero, R. and Muñoz, N. (2000). Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncology*, 36(1), pp.106-115.
- 14.** Sasaki, T., Moles, D., Imai, Y. and Speight, P. (2005). Clinico-pathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients >40 years of age. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 34(3), pp.129-133. 15.
- Shaw, R., Pace-Balzan, A. and Butterworth, C. (2011). Contemporary clinical management of oral squamous cell carcinoma. *Periodontology 2000*, 57(1), pp.89-101.
- 16.** Seethalakshmi, C. (2013). Early Detection of Oral Squamous Cell Carcinoma (OSCC) – Role of Genetics: A Literature Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*.

17. El-Bayoumy, K., Chen, K., Zhang, S., Sun, Y., Amin, S. and Stoner, G. (2016). Carcinogenesis of the Oral Cavity: Environmental Causes and Potential Prevention by Black Raspberry. *Chemical Research in Toxicology*, 30(1), pp.126-144.

18. Gaur, P., Mittal, M., Mohanti, B. and Das, S. (2011). Functional genetic variants of TGF- β 1 and risk of tobacco-related oral carcinoma in high-risk Asian Indians. *Oral Oncology*, 47(12), pp.1117-1121.

19. Aires, F., Lin, C., Matos, L., Kulcsar, M. and Cernea, C. (2017). Risk Factors for Distant Metastasis in Patients with Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma Undergoing Surgical Treatment. *ORL*, pp.347-355.

20. Yesensky, J., Hasina, R., Wroblewski, K., Bellairs, J., Gooi, Z., Saloura, V., Cipriani, N., Vokes, E., Portugal, L., Seiwert, T., Blair, E. and Agrawal, N. (2018). Role of dental hardware in oral cavity squamous cell carcinoma in the low-risk nonsmoker nondrinker population. *Head & Neck*.

21. Fan, H., Yoon, K., Kim, S., Myoung, H., Lee, J. and Kim, M. (2015). Relationship between squamous cell carcinoma of the tongue and the position of dental prosthesis. *The Journal of Advanced Prosthodontics*, 7(2), p.129.

22. Llewellyn, C., Johnson, N. and

Warnakulasuriya, K. (2001).

Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people—a comprehensive literature review.

Oral

Oncology, 37(5), pp.401-418.

23. Marur, S. and Forastiere, A. (2016).

Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Update on Epidemiology, Diagnosis, and Treatment.

Mayo Clinic Proceedings, 91(3),

pp.386-396.

24. Zygogianni, A., Kyrgias, G., Karakitsos, P., Psyrris, A., Kouvaris, J., Kelekis, N. and Kouloulis, V. (2011).

Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking. *Head & Neck*

Oncology, 3(1),

p.2.

25. Massano,

J., Regateiro, F., Januário, G. and

Ferreira, A. (2006).

Oral squamous cell carcinoma: Review of prognostic and predictive factors. *Oral Surgery, Oral*

Medicine, Oral Pathology, Oral

Radiology, and

Endodontology, 102(1),

pp.67-76.

26. D'Souza, G., Westra, W., Wang, S., van Zante, A., Wentz, A. and Kluz, N. (2017). Differences in the Prevalence of Human Papillomavirus (HPV) in Head and Neck Squamous Cell Cancers by Sex, Race, Anatomic Tumor Site, and HPV Detection Method. *JAMA Oncology*, 3(2), p. 169.

27. Qaisi, M., Vorrasi, J., Lubek, J. and Ord, R. (2014). Multiple Primary Squamous Cell Carcinomas of the Oral Cavity. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(8), pp.1511-1516.

28. Seoane-Romero, J., Vazquez-Mahia, I., Seoane, J., Varela-Centelles, P., Tomas, I. and Lopez- Cedrun, J. (2012).

Factors related to late stage diagnosis of oral

squamous cell carcinoma.

Medicina Oral Patología Oral y

Cirugía Bucal, pp.e35-

e40.

29.

Thiagarajan, S., Nair, S., Nair, D., Chaturvedi, P., Kane, S., Agarwal, J. and D'Cruz, A. (2014). Predictors of prognosis for squamous cell carcinoma of oral tongue. *Journal of Surgical Oncology*, 109(7), pp.639-644.

30. Patel, S., Carpenter,

W. Tyree, S, et al. (2011).

Increasing Incidence of Oral Tongue Squamous Cell Carcinoma in Young White Women, Age 18 to 44 Years.

Journal of Clinical Oncology, 29(11), pp.1488-1494.

31. Carvalho, m., Lenzi, j., Lehn, c., Fava, a. and Amar, a. (2001). Características clínico- epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. Revista da Associação Médica Brasileira, 47(3), pp.208-214.

32.

Fronie A, Bunget A, Afrem E. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: clinical and pathological aspects (2013).

Romain Journal of morphology and Embriology, 54(2):343–348

33. Xu, Q., Wang, et al. (2017). Prognostic value of pathologic grade for patients with oral squamous cell carcinoma. Oral Diseases.

34. Liu, T., Chua, B. and Batstone, M. (2018). Postoperative Radiotherapy for Oral Squamous Cell Carcinoma With Histologic Risk Factors: Are We Over-Treating?. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.

35. Elbers, J., Al-Mamgani, A., Paping, D., van den Brekel, M. and Józwiak, K. (2017). Definitive (chemo)radiotherapy is a curative alternative for standard of care in advanced stage squamous cell carcinoma of the oral cavity. Oral Oncology, 75, pp.163-168.

36. Ellis, M., Graboyes, E., Wahlquist, A., Neskey, D. and Kaczmar, J. (2017). Primary Surgery vs Radiotherapy for Early Stage Oral Cavity Cancer. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, p.019459981774690.

12

#Bien diferenciado Moderadamente diferenciado Pobremente diferenciado Indiferenciado 27 17 6 0 % Bien diferenciado Moderadamente diferenciado Pobremente diferenciado Indiferenciado 0.251099999999999999 0.158099999999999999 5.5800000000000002E-20
Queratinizante Bien diferenciado Moderadamente diferenciado Pobremente diferenciado Indiferenciado 11 5 0 0
Microinvasivo

11

5

Bien diferenciado Moderadamente diferenciado Pobremente diferenciado Indiferenciado 10 0 0 No queratinizante 1

0 1 0 0 Ulcerado 2 3 2 0 # Lengua Encía Paladar duro Miscelaneas 60 9 6 18 % Lengua Encía Paladar duro Miscelaneas 0.645100000000000001 9.6699999999999994E-2 6.4500000000000002E-2 0.193500000000000001

#

Estadio 1 Estadio 2 Estadio 3 Estadio 4 11 7 13 8 %

Estadio1Estadio2Estadio3Estadio40.281999999999999970.17940.33329999999999999
0.2051

#

25 a 39 años 40 a 54 años 55 a 69 años 70 a 84 años 85 a 99 años 10 23 29 18 13 %

25 a 39 años 40 a 54 años 55 a 69 años 70 a 84 años 85 a 99 años 0.1075
0.247400000000000001 0.311800000000000002 0.193500000000000001 0.139800000000000001

Estadios tempranos Tumor Ulcera 8 13 Estadios tardios Tumor Ulcera 20 10

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.
Right side: As the text appears in the source.

AGRADECIMIENTO

A:

Dios, por darme calma y una salida en los momentos más difíciles y por rodearme de personas que me inspiran todos los días con su grandeza de corazón.

Mi madre Glenda Velasco y mi padre Marcelo Rebolledo, por su amor y apoyo incondicional, por ser tan pacientes conmigo a lo largo de la carrera y por demostrarme que puedo ser capaz de cualquier cosa, sin ustedes no fuera la persona que soy hoy.

Mis amigos, Sol, Ricardo, Ronny, Roberto, Angelo, Pedro y Andrés porque con ustedes el camino siempre se hace más corto, por darme su apoyo siempre que lo necesito sin esperar nada a cambio y por ser las personas que están a mi lado cuando el mundo se pone de cabeza. Al equipo del último semestre, gracias por darme su mano cada día en ese campo de batalla, aprendí mucho de cada uno de ustedes y me los llevo en el corazón.

.

Muchas Gracias

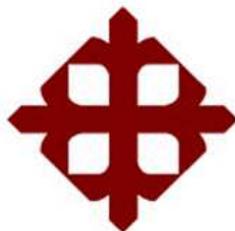
Marcelo Antonio Rebolledo Velasco

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres Glenda Velasco y Marcelo Rebolledo, por el esfuerzo que hacen a diario para que yo pueda cumplir mis sueños, espero devolverles el doble de lo que ustedes me han regalado con su amor.

Esto es para ustedes.

Marcelo Antonio Rebolledo Velasco



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

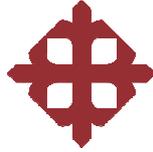
GEOCONDA MARÍA LUZARDO JURADO
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

JOSE FERNANDO PINO LARREA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

JORGE EDUARDO BARONA TERAN
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CALIFICACIÓN

f. _____

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

TUTOR

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON CARCINOMA ESCAMOCELULAR BUCAL. HOSPITAL SOLCA PERÍODO 2011-2016

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE PATIENT WITH BUCCAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA. SOLCA
HOSPITAL 2011-2016 PERIOD

MARCELO ANTONIO REBOLLEDO VELASCO ¹ KARLA ELIZABETH CRUZ MOREIRA ²

¹Estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

²Docente de la Cátedra de Patología Estomatológica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

RESUMEN:

Introducción: El cáncer bucal es un riesgo representativo a nivel mundial debido a su alta morbilidad y mortalidad y el mayor problema al que se enfrentan los pacientes con esta patología es al diagnóstico tardío y aunque los nuevos tratamientos han ayudado a reducir esta tendencia la detección en estadios tempranos sigue siendo el medio más efectivo para reducir la mortalidad. **Objetivo:** Definir el perfil epidemiológico del paciente con Carcinoma Escamocelular bucal atendido en el hospital SOLCA periodo 2011-2016. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal que evaluó 93 pacientes diagnosticados y tratados por carcinoma escamocelular bucal atendidos en el hospital SOLCA. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas comprendidas durante el periodo 2011-2016. **Resultados:** Se encontraron 93 pacientes con CEC bucal, presentaron consumo de tabaco (61.53%), alcohol (23.07%), prótesis dentales mal adaptadas (15.38%), HPV (0%) y el estadio 3 fue el más frecuente (33.33%) **Conclusiones:** El diagnóstico de esta patología está siendo realizado en estadios tardíos posiblemente por deficiencia en el reconocimiento de signos clínicos.

Palabras claves: Carcinoma escamocelular, perfil epidemiológico, factores de riesgo, estadios, patología oral, grado histológico.

ABSTRACT:

Introduction: Oral cancer is a representative risk worldwide due to its high morbidity and mortality and the biggest problem faced by patients with this pathology is late diagnosis although new treatments have helped to reduce this tendency, detection in early stages it's still the most effective treatment to reduce mortality. **Objective:** Define the epidemiological profile of the patient with oral squamous cell carcinoma treated in SOLCA hospital period 2011-2016. **Materials y Methods:** A descriptive and cross-sectional study was carried out that evaluated 93 patients diagnosed and treated for oral squamous cell carcinoma at SOLCA hospital. The data was obtained by reviewing the medical records included during the period 2011-2016. **Results:** We found 93 patients with oral CEC, presented smoking (61.53%), alcohol (23.07%), poorly adapted dental prosthesis (15.38%), HPV (0%) and stage 3 was the most frequent (33.33%). **Conclusions:** The diagnosis of this pathology is being carried out in late stages, possibly due to deficiency in the recognition of clinical signs.

Key words: Squamous cell carcinoma, epidemiological profile, risk factors, stages, oral pathology, histological grade.

INTRODUCCION

El cáncer bucal es un riesgo representativo a nivel mundial debido a su alta morbilidad y mortalidad. Cada año 274.000 nuevos casos de cáncer bucal son diagnosticados en todo el mundo¹, El aparecimiento de un cáncer en cabeza y cuello es el resultado de alteraciones genéticas y factores ambientales asociados. Los dos principales factores influyentes son, el tabaco y el consumo del alcohol ^(1,2,3); otros como los virus (HPV, H Pylori) y micro traumas crónicos tienen una prevalencia menor, por lo que esta patología es considerada multifactorial.²

El mayor problema al que se enfrentan los pacientes con esta patología es al diagnóstico tardío, el 60% de los casos son diagnosticados en los estadios III y IV². Al detectar este tipo de cáncer en estadios avanzados se reduce considerablemente la supervivencia de los pacientes con rangos de supervivencia que varían entre el 10% y 40% luego de 5 años de su diagnóstico² por lo que su detección en estadios tempranos

es el medio más efectivo para reducir la mortalidad.^(2,4)

El objetivo de este estudio es encontrar el perfil epidemiológico del Carcinoma Escamocelular bucal (CEC) para permitir al odontólogo general realizar un diagnóstico precoz de cáncer y mejorar la supervivencia además de evitar tratamientos mutilantes y cruentos en el paciente.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo que evaluó 93 pacientes diagnosticados y tratados por carcinoma escamocelular bucal atendidos en el hospital SOLCA. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas comprendidas durante el periodo 2011-2016. Se excluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico de carcinoma escamocelular en otras localizaciones y cuyas historias clínicas fueran incompletas.

Los datos registrados fueron sexo, edad, consumo de alcohol o tabaco, presencia de HPV, uso de prótesis dental, antecedentes familiares, localización, signo, dolor, adenopatías, grado histológico, variante histológico, estadificación (TNM), tratamiento, sobrevida, status fin y complicaciones durante el tratamiento. Se realizó el análisis estadístico a través del software SPSS versión 24.0 para Windows y para comprobar la asociación entre las variables se confeccionaron pruebas de correlación como Chi cuadrado.

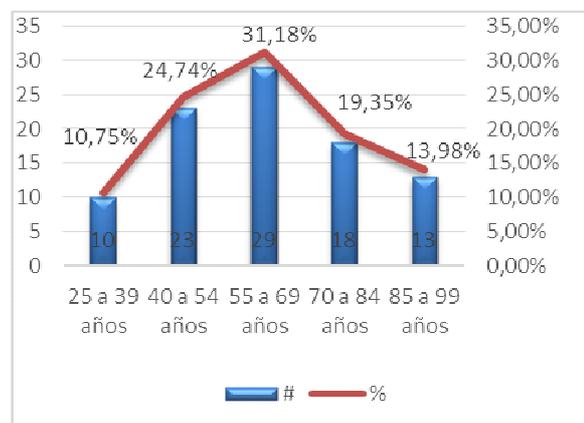
Este estudio fue realizado en base a los principios éticos de la declaración de Helsinki de 1964 para las investigaciones médicas en seres humanos. Se respetó la confidencialidad de la información obtenida en las historias clínicas.

RESULTADOS

De los 410 pacientes atendidos en el departamento de cabeza y cuello el 22.68% (n 93) presentó un carcinoma espinocelular en cavidad bucal, de los cuales 51

pacientes fueron de sexo femenino (55%) y 42 del masculino (45%). La edad máxima encontrada en nuestro estudio fue de 99 años de edad, la mínima de 25 años y una media de 61 años. Los pacientes fueron divididos en 5 grupos etarios separados por 14 años cada uno, de 25 a 39 años (10.75%), 40 a 54 años (24.74%), 55 a 69 años (31.18%), 70 a 84 años (19.35%) y 85 a 99 años (13.98%). El grupo etario con mayor frecuencia de CEC fue el de 55 a 69 años de edad. [Tabla 1]

Tabla 1: Grupo etario con mayor frecuencia de CEC (Total = 93)



Por otra parte, en cuanto a los factores de riesgo asociados al desarrollo de CEC encontramos: 8 casos por consumo de tabaco (8.60%), 3 por consumo de alcohol (3.22%), 2 por prótesis dentales mal adaptadas (2.15%) mientras que no hubo

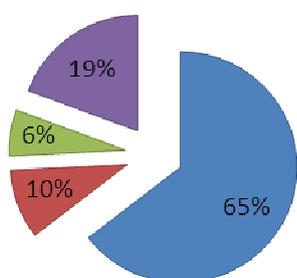
pacientes registrados por presencia de HPV.

El sitio anatómico con mayor prevalencia de CEC fue la lengua ($n=60$) seguido de la encía ($n=9$) y el paladar duro ($n=6$). Otros como mejilla ($n=4$), glándulas salivales ($n=2$), paladar blando ($n=2$), piso de boca ($n=2$), labio superior ($n=2$) y labio inferior ($n=1$) se encontraron en menor cantidad.

[Tabla 2]

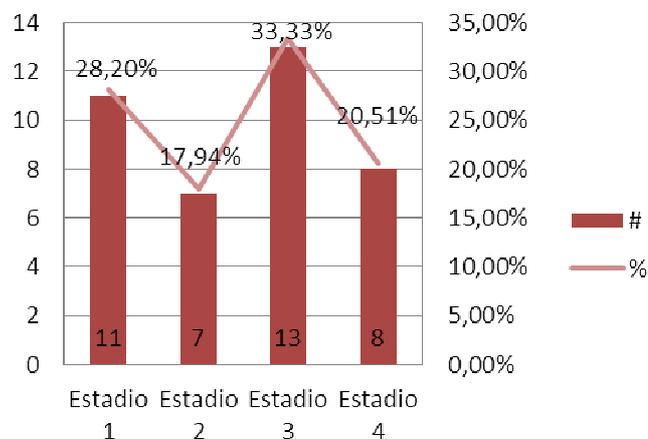
Tabla 2: Estructuras anatómicas con mayor prevalencia de CEC

■ Lengua ■ Encía ■ Paladar duro ■ Miscelaneas



La estadificación fue realizada a partir del sistema TNM (7ma Edición año 2010) del Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (AJCC) encontrando así el estadio 3 (33.33%), estadio 1 (28.22%), estadio 4 (20.51%) y estadio 2 (17.94%). [Tabla 3]

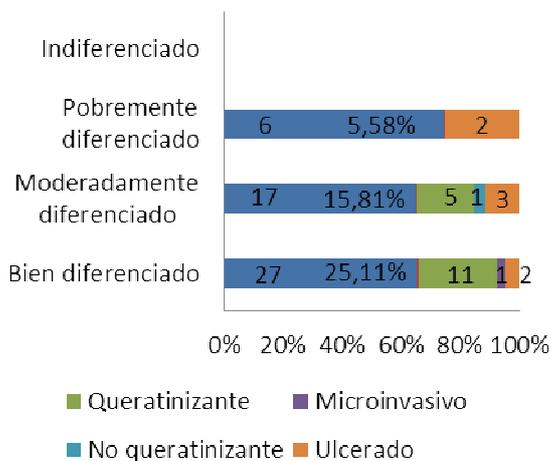
Tabla 3: Diagnostico más frecuente en pacientes con CEC



El signo clínico más frecuente asociado al CEC fue el de tumoración (69.89%) seguido de ulceración (53.01%). En cuanto al grado histológico encontramos que la mayoría de tumores registrados eran bien diferenciados (25.11%), seguida de los moderadamente diferenciados (15.81%), y pobremente diferenciados (5.58%); no se registró ninguno indiferenciado/anaplásico. Se realizó además una comparación entre el grado histológico de los CEC y sus patrones morfológicos, encontrando que las muestras bien diferenciadas tenían con mayor frecuencia una variación queratinizante ($n=11$) seguida de la ulcerativa ($n=2$) y la micro invasiva ($n=1$), en menor cantidad encontramos a las muestras

semidiferenciadas con sus variantes: queratinizante ($n=5$), ulcerativa ($n=3$) y no queratinizante ($n=1$) y a las muestras pobremente diferenciadas con su variante ulcerativa ($n=2$). [Tabla 4]

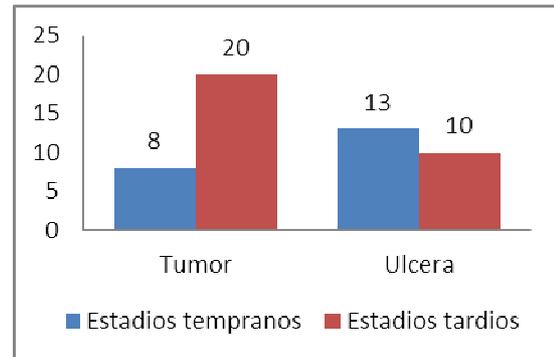
Tabla 4: Comparación entre el grado histológico y sus variantes histológicas.



De igual manera se comparó el estadiaje con el signo clínico más frecuente, para realizar esta comparación de variables se dividió los estadios en: tempranos (I, II) y tardíos (III, IV), los resultados obtenidos fueron una mayor frecuencia de presencia de tumores en los estadios tardíos (72.42%), mientras que en los estadios tempranos se obtuvo el (28.56%). En cuanto a las ulceraciones, estas se observaron con mayor prevalencia en los

estadios tempranos (56.51%) y con menor en los estadios tardíos (43.47%) ($p=0.090968$). [Tabla 5]

Tabla 5: Signo clínico más frecuente, estadios tempranos vs estadios tardíos.



Otra asociación de variables analizada fue la del estadiaje con el grado histológico de las muestras, el estadiaje fue dividido de igual manera en estadios tempranos y estadios tardíos. Encontramos que el CEC bien diferenciado se halló en el (44.99%) en los estadios tempranos, así como en los estadios tardíos (44.99%).

En los CEC moderadamente diferenciado encontramos una mayor prevalencia en los estadios tardíos (83.33%) y menor en los estadios tempranos con el (16.66%), en las muestras pobremente diferenciadas obtuvimos el mismo resultado en los

estadios tempranos (50%) y tardíos (50%)
p=0.0276466.

El tipo de tratamiento más realizado fue la radioterapia (52.68%) seguido de la quimioterapia (48.38%), cirugía (38.70%) e inmunoterapia (16.12%).

DISCUSIÓN

El cáncer es un problema de salud pública por lo cual estos datos podrían ser coadyuvantes para entender y comprender su morbilidad y mortalidad así como aportar también en la evaluación de los signos clínicos más frecuentes, sus variantes histológicas, estadiaje, entre otros, que servirán de información al médico y odontólogo.

En nuestro estudio encontramos una prevalencia del carcinoma espinocelular bucal del 22.68% esto difiere a lo reportado por Jovanovic et al, Popovtzer et al y Singh et al, quienes tuvieron el 93.24%, 86.23% y 91.47% de prevalencia⁽³⁻⁵⁾, contrario a nuestro estudio su rango de tiempo fue de 15 a 20 años en oposición al nuestro que

fue de 6 años por lo que el universo y el tamaño de muestra de estos estudios fue mucho mayor.

En cuanto al género nosotros encontramos que el 55% comprendía al género Femenino esto coincide con lo reportado por Popovtzer et al, Albuquerque et al y Saba et al, en los cuales los porcentajes variaban en el rango de 50% - 75%^(4,6,7) sin embargo nuestros resultados difieren de los encontrados por Oliveira et al y Subramaniam et al, los cuales muestran el 20.6% y 40% de pacientes femeninos afectados^(1,8), diferencia que se puede relacionar al hecho de que la muestra de ese estudio se limitaba a estadios tempranos del CEC bucal.

La edad de mayor prevalencia estuvo en el rango de 55 a 69 años de edad coincidiendo con autores como Albuquerque et al, Okubo et al y Shiboski quienes tuvieron como media una edad que variaba en el rango de 63 y 66 años^(6,9,10), valores que se encuentran dentro de nuestro rango.

En cuanto a los factores de riesgo

asociados al CEC bucal el 8.60% de los pacientes registrados consumía tabaco eso difiere a lo encontrado por Popovtzer et al y Asakage et al, 66% y 52% respectivamente (4,12) con respecto a este factor de riesgo muchos estudios concluyen que este implica un riesgo mayor para el desarrollo de CEC bucal debido a su toxicidad. (13-18) En cuanto al consumo de alcohol encontramos que el 3.22% de pacientes lo consumía esto difiere del estudio de Aires et al en el que el consumo de alcohol es del 68.1%¹⁹, esta diferencia puede ser producida por un reporte menor de datos ya que muchos pacientes no son persuadidos de la mejor manera y omiten información necesaria.

En cuanto a trauma producido por prótesis dentales mal adaptadas el 2.15% fue encontrado, este valor difiere los estudios de Albuquerque et al y Fan et al en los que el uso de prótesis dentales está presente en el 52.6% y 63.5% de los pacientes (6,20, 21) sin embargo en estos estudios se registró el uso de prótesis y no específicamente de

aquellas que puedan estar causando trauma irritativo crónico al paciente. En revisiones de literatura como la de Llewellyn et al, encontramos que el HPV no es un factor que se puede asociar al desarrollo de CEC bucal²². Por otra parte, Marur et al, Zygogianni et al y Massano et al demuestran en un rango de 43% - 70% que los participantes en sus estudios padecen de HPV. (23-25) En nuestro estudio no fue considerado.

Referente a la estructura anatómica con mayor prevalencia de CEC bucal en nuestro estudio fue la lengua con el 64.51% asimismo Yesensky et al y D'Souza et al documentaron el 67% y 63.3% de CEC de lengua (10,26), por otra parte Oliveira et al, Janovic et al y Qaisi et al tuvieron porcentajes de 44.5%, 33% y 31.5% (1,3,27) valores que aunque están debajo del 50% fueron los de mayor frecuencia en sus estudios respectivos. Por otra parte, en lo referente a los estadios encontramos que el estadio 3 se presentó en el 33.33% de los pacientes al contrario de los estudios de

Yesensky et al, Seoane et al y Thiagarajan et al en donde el estadio 3 estuvo presente en el 11%, 23.3% y 15.5%.^(20,28,29) Los estudios de Zygianni et al, Patel et al y Carvalho et al nos hablan de diagnósticos tardíos con mayor frecuencia en el género femenino debido al retraso de búsqueda médica y la poca aceptación de los tratamientos ^(24,30,31), pudiendo aplicar este concepto a nuestro estudio dado que la mayor cantidad de pacientes era de género femenino.

Las comparaciones realizadas nos mostraron que el signo clínico más frecuente fue el de tumoración (69.89%) y al compararlo con el estadiaje fue encontrado en el 72.42% de estadios tardíos, Coincidiendo el artículo de Fronie et al quien encontró el 92% de presencia de este signo en su estudio y el 73.91% en estadios tardíos.³² Estos datos demuestran que diagnosticar CEC bucal en estadios tempranos es tarea difícil para los profesionales de la salud, si los pacientes no presentan ulceraciones.

Es importante para el odontólogo conocer cómo es determinado el grado histológico, los sistemas de gradación van a depender del tipo de cáncer, el más usado en cáncer de cabeza y cuello es el de la Organización mundial de la salud (OMS) que los divide en grado 1 (Bien diferenciado), grado 2 (Moderadamente diferenciado), grado 3 (Pobrementemente diferenciado) y grado 4 (Indiferenciado). En el grado 1 las células tumorales y la organización de los tejidos tienen una apariencia cercana a la normal, este tipo de cáncer tiende a crecer y a diseminarse más lento. Por el contrario en los grados 3 y 4 encontraremos células de gran tamaño sin bordes bien delimitados y desorganización en los tejidos circundantes, este tipo de cáncer crecerá y se diseminara con mayor rapidez.³³

Dicho esto, las comparaciones realizadas entre el estadiaje y el grado histológico fueron estadísticamente significativas ($p=0.0276466$.) con porcentajes iguales de muestras bien diferenciadas en estadios tempranos y tardíos (44.99%), un

incremento del 83.33% en las muestras moderadamente diferenciadas en estadios tardíos y 50% en muestra pobremente diferenciadas en ambos estadios, estos datos coinciden con los de Xu et al, con el 41.9% en estadios tempranos, 52.3% en muestras moderadamente diferenciadas en estadios tardíos y una diferencia de 57.1% en las muestras pobremente diferenciadas en estadios tardíos³⁴ creemos que esta última diferencia con nuestro estudio puede ser atribuida a que los pacientes en este estudio eran en su mayoría hombres con pobres hábitos higiénicos y consumidores de tabaco y alcohol. El tipo de tratamiento más frecuente fue la radioterapia (52.68%) este valor coincide con los artículos de Marur et al, Liu et al y Elbers et al en los cuales los porcentajes de radioterapia están dentro del rango de 45% - 60% (23,35,36) a diferencia del artículo de Ellis et al en donde el porcentaje es de 29.5% ³⁷ este valor es menor dado que no se aplicaba radioterapia únicamente a los pacientes sino que se la combinaba con cirugía.

CONCLUSION

El CEC bucal se presentó en pacientes de 55 a 69 años con mayor frecuencia en el género femenino, el principal factor de riesgo fue el tabaco y la lengua fue la estructura anatómica con mayor afectación. Histopatológicamente encontramos una tendencia entre el CEC grado 2 y los estadios tardíos pudiendo ser relacionada a la rapidez de crecimiento y diseminación de este tipo de grado histológico. El diagnóstico de esta patología está siendo realizado en estadios tardíos posiblemente por deficiencia en el reconocimiento de signos clínicos y en la medicina preventiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Oliveira MLC, Wagner VP, Sant'ana Filho M, Carrard VC, Hugo FN, Martins MD. A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay. *Braz Oral Res.* 2015; 29.
2. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maniglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* marzo de 2013;79(2):239-47.
3. Jovanovic, A., Schulten, E., Kostense, P., Snow, G. and Waal, I. (1993). Tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Pathology and Medicine,* 22(10), pp.459-462.
4. Popovtzer, A., Shpitzer, T., Bahar, G., Marshak, G., Ulanovski, D. and Feinmesser, R. (2004). Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tongue in Young Patients. *The Laryngoscope,* 114(5), pp.915-917.
5. Singh, M., Kumar, V., Agarwal, A., Kumar, R., Bhatt, M. and Misra, S. (2016). Clinico-epidemiological study of oral squamous cell carcinoma: A tertiary care centre study in North India. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research,* 6(1), pp.32-35.
6. Albuquerque, R., López-López, J., Marí-Roig, A., Jané-Salas, E., Roselló-Llabrés, X. and Santos, J. (2011). Oral tongue squamous cell carcinoma (OTSCC): alcohol and tobacco consumption versus non-consumption. A study in a Portuguese population. *Brazilian Dental Journal,* 22(6), pp.517-521.
7. Saba, N., Goodman, M. and Ward, K. (2011). Gender and Ethnic Disparities in Incidence and Survival of Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tongue, Base of Tongue, and Tonsils: A Surveillance, Epidemiology and End Results Program-Based Analysis. *Oncology,* 81(1), pp.12-20.
8. Subramaniam, N., Balasubramanian, D., Murthy, S., Limbachiya, S., Thankappan, K. and Iyer, S. (2017). Adverse pathologic features in early oral squamous cell carcinoma and the role of postoperative radiotherapy—a review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology,* 124(1), pp.24-31.
9. Okubo, M., Iwai, T. and Nakashima, H. (2016). Squamous Cell Carcinoma of the Tongue Dorsum: Incidence and Treatment Considerations. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery,* 69(1), pp.6-10.
10. Shiboski, C., Schmidt, B. and Jordan, R. (2005). Tongue and tonsil carcinoma. *Cancer,* 103(9), pp.1843-1849.
11. Iype, E., Pandey, M., Mathew, A., Thomas, G., Sebastian, P. and Krishnan Nair, M. (2001). Squamous Cell Carcinoma of the Tongue Among Young Indian Adults. *Neoplasia,* 3(4), pp.273-277.
12. Asakage, T., Yokoyama, A., Haneda, T., Yamazaki, M. and

- Muto, M. (2006). Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenases, and drinking, smoking and diet in Japanese men with oral and pharyngeal squamous cell carcinoma. *Carcinogenesis*, 28(4), pp.865-874.
13. Franceschi, S., Bidoli, E., Herrero, R. and Muñoz, N. (2000). Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncology*, 36(1), pp.106-115.
 14. Sasaki, T., Moles, D., Imai, Y. and Speight, P. (2005). Clinico-pathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 34(3), pp.129-133.
 15. Shaw, R., Pace-Balzan, A. and Butterworth, C. (2011). Contemporary clinical management of oral squamous cell carcinoma. *Periodontology 2000*, 57(1), pp.89-101.
 16. Seethalakshmi, C. (2013). Early Detection of Oral Squamous Cell Carcinoma (OSCC) – Role of Genetics: A Literature Review. *journal of clinical and diagnostic research*.
 17. El-Bayoumy, K., Chen, K., Zhang, S., Sun, Y., Amin, S. and Stoner, G. (2016). Carcinogenesis of the Oral Cavity: Environmental Causes and Potential Prevention by Black Raspberry. *Chemical Research in Toxicology*, 30(1), pp.126-144.
 18. Gaur, P., Mittal, M., Mohanti, B. and Das, S. (2011). Functional genetic variants of TGF- β 1 and risk of tobacco-related oral carcinoma in high-risk Asian Indians. *Oral Oncology*, 47(12), pp.1117-1121.
 19. Aires, F., Lin, C., Matos, L., Kulcsar, M. and Cernea, C. (2017). Risk Factors for Distant Metastasis in Patients with Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma Undergoing Surgical Treatment. *ORL*, pp.347-355.
 20. Yesensky, J., Hasina, R., Wroblewski, K., Bellairs, J., Gooi, Z., Saloura, V., Cipriani, N., Vokes, E., Portugal, L., Seiwert, T., Blair, E. and Agrawal, N. (2018). Role of dental hardware in oral cavity squamous cell carcinoma in the low-risk nonsmoker nondrinker population. *Head & Neck*.
 21. Fan, H., Yoon, K., Kim, S., Myoung, H., Lee, J. and Kim, M. (2015). Relationship between squamous cell carcinoma of the tongue and the position of dental prosthesis. *The Journal of Advanced Prosthodontics*, 7(2), p.129.
 22. Llewellyn, C., Johnson, N. and Warnakulasuriya, K. (2001). Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people — a comprehensive literature review. *Oral Oncology*, 37(5), pp.401-418.
 23. Marur, S. and Forastiere, A. (2016). Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Update on Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(3), pp.386-396.

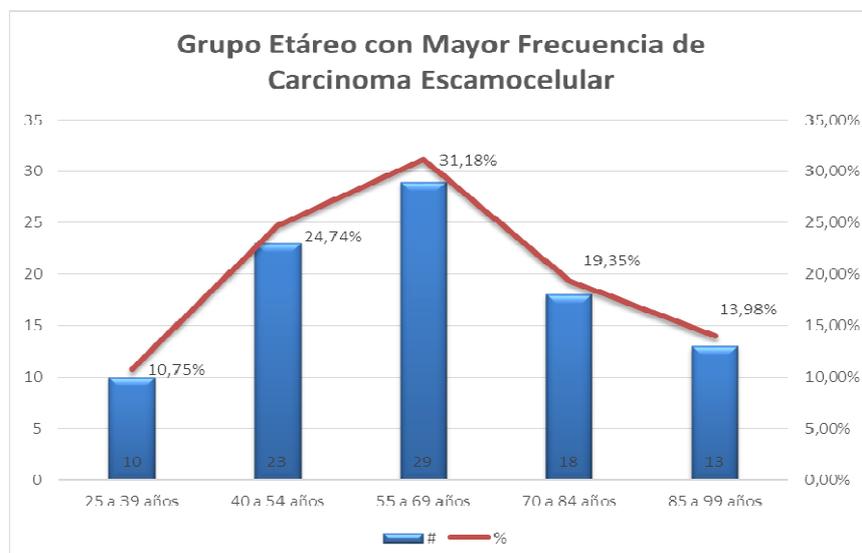
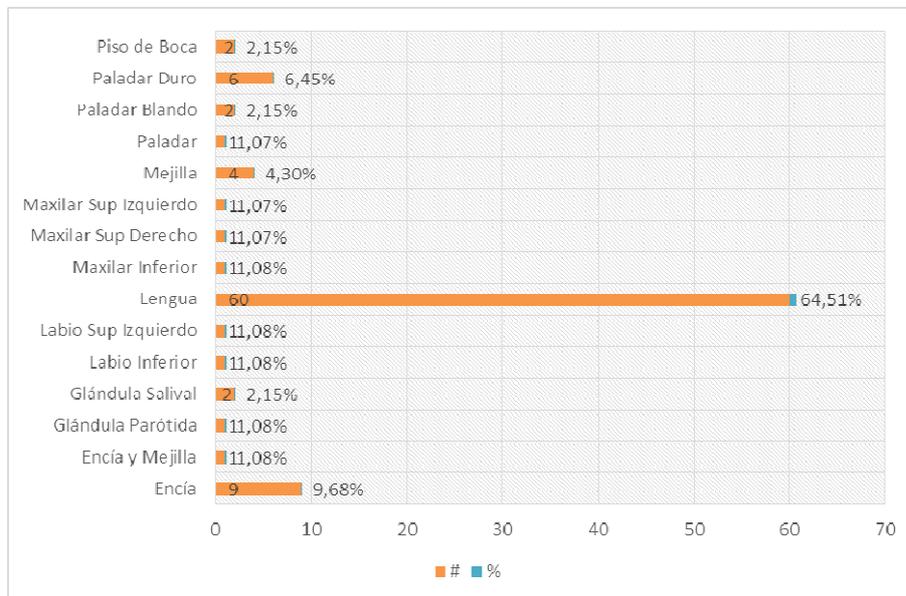
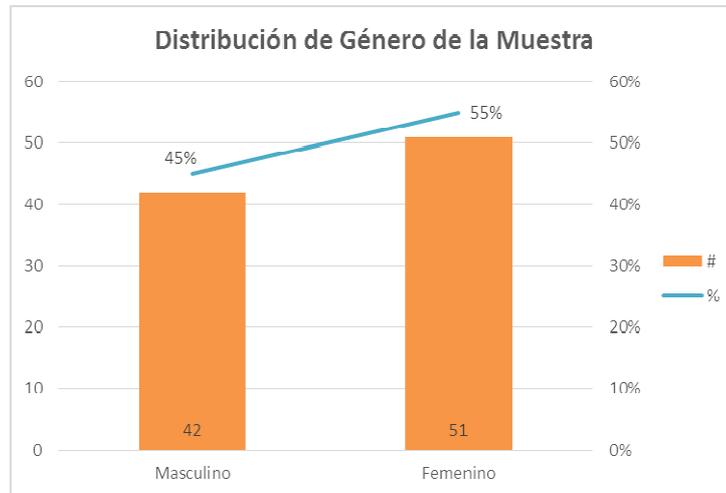
24. Zygogianni, A., Kyrgias, G., Karakitsos, P., Psyri, A., Kouvaris, J., Kelekis, N. and Kouloulis, V. (2011). Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking. *Head & Neck Oncology*, 3(1), p.2.
25. Massano, J., Regateiro, F., Januário, G. and Ferreira, A. (2006). Oral squamous cell carcinoma: Review of prognostic and predictive factors. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 102(1), pp.67-76.
26. D'Souza, G., Westra, W., Wang, S., van Zante, A., Wentz, A. and Kluz, N. (2017). Differences in the Prevalence of Human Papillomavirus (HPV) in Head and Neck Squamous Cell Cancers by Sex, Race, Anatomic Tumor Site, and HPV Detection Method. *JAMA Oncology*, 3(2), p.169.
27. Qaisi, M., Vorrasi, J., Lubek, J. and Ord, R. (2014). Multiple Primary Squamous Cell Carcinomas of the Oral Cavity. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(8), pp.1511-1516.
28. Seoane-Romero, J., Vazquez-Mahia, I., Seoane, J., Varela-Centelles, P., Tomas, I. and Lopez-Cedrun, J. (2012). Factors related to late stage diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, pp.e35-e40.
29. Thiagarajan, S., Nair, S., Nair, D., Chaturvedi, P., Kane, S., Agarwal, J. and D'Cruz, A. (2014). Predictors of prognosis for squamous cell carcinoma of oral tongue. *Journal of Surgical Oncology*, 109(7), pp.639-644.
30. Patel, S., Carpenter, W. Tyree, S, et al. (2011). Increasing Incidence of Oral Tongue Squamous Cell Carcinoma in Young White Women, Age 18 to 44 Years. *Journal of Clinical Oncology*, 29(11), pp.1488-1494.
31. Carvalho, m., Lenzi, j., Lehn, c., Fava, a. and Amar, a. (2001). Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(3), pp.208-214.
32. Fronie A, Bunget A, Afrem E. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: clinical and pathological aspects (2013). *Romain Journal of morphology and Embriology*, 54(2):343–348
33. 1. Edge S, Compton C. The American Joint Committee on Cancer: the 7th Edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the Future of TNM. *Annals of Surgical Oncology*. 2010;17(6):1471-1474.
34. Xu, Q., Wang, et al. (2017). Prognostic value of pathologic grade for patients with oral squamous cell carcinoma. *Oral Diseases*.
35. Liu, T., Chua, B. and Batstone, M. (2018). Postoperative Radiotherapy for Oral Squamous Cell Carcinoma

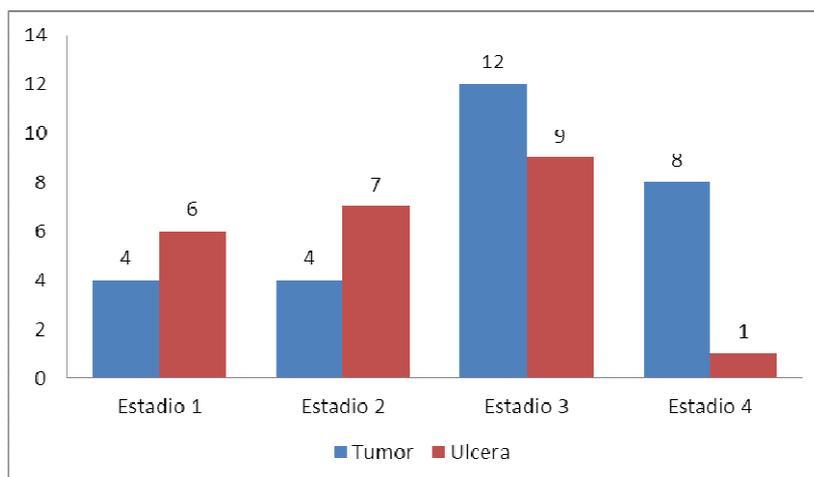
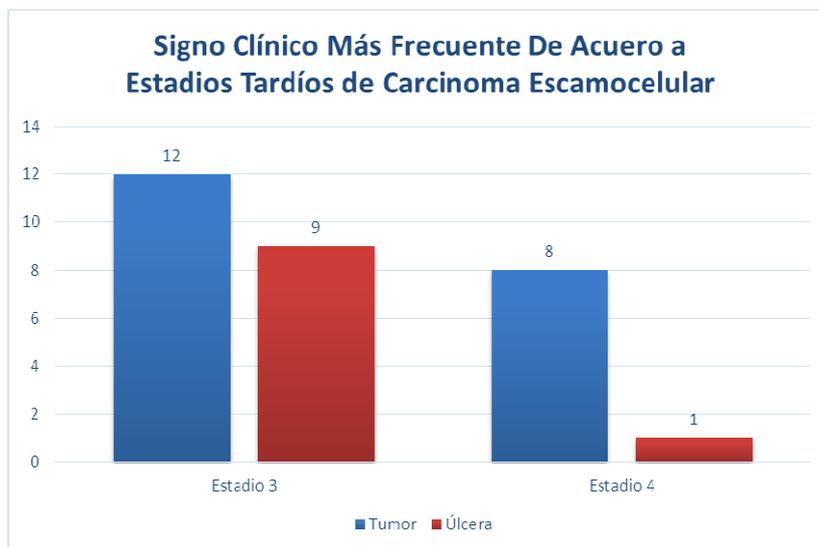
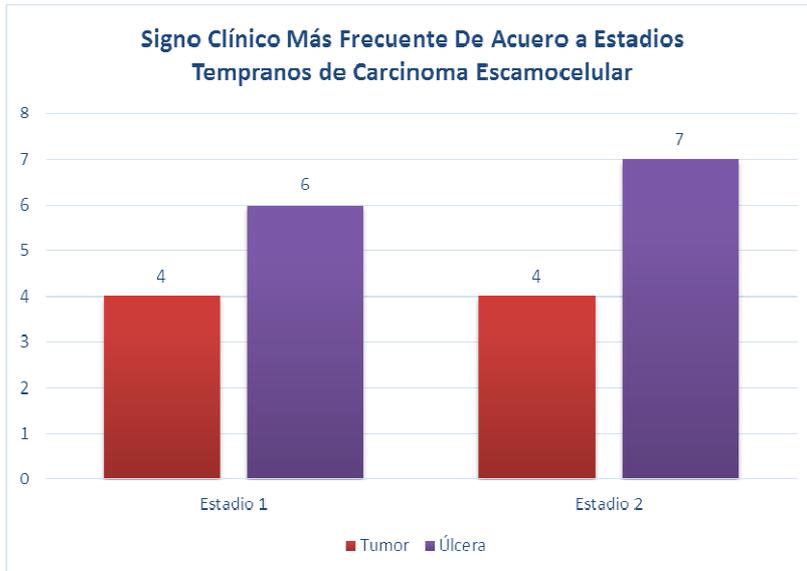
With Histologic Risk Factors: Are We Over-Treating?. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*.

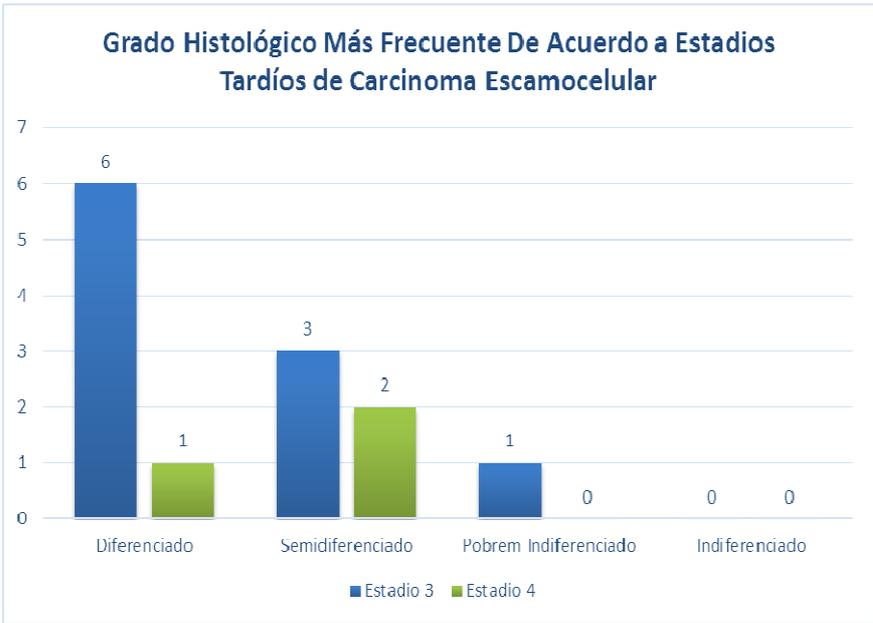
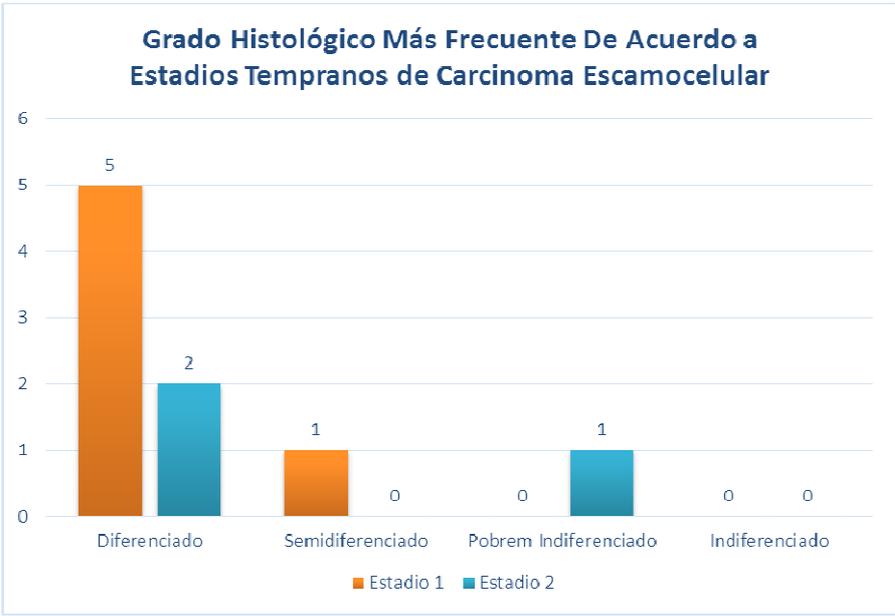
36. Elbers, J., Al-Mamgani, A., Paping, D., van den Brekel, M. and Józwiak, K. (2017). Definitive (chemo)radiotherapy is a curative alternative for standard of care in advanced stage squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncology*, 75, pp.163-168.

37. Ellis, M., Graboyes, E., Wahlquist, A., Neskey, D. and Kaczmar, J. (2017). Primary Surgery vs Radiotherapy for Early Stage Oral Cavity Cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, p.01945998177469

ANEXOS







PROTOCOLO

1.- Tema

Perfil epidemiológico del paciente con Carcinoma Escamocelular bucal. Hospital SOLCA período 2011 -2016.

2.- Introducción

El cáncer bucal es un riesgo representativo a nivel mundial debido a su alta morbilidad y mortalidad. Cada año 274.000 nuevos casos de cáncer bucal son diagnosticados en todo el mundo, El desarrollo de un cáncer de cabeza y cuello es resultado de alteraciones genéticas y factores ambientales asociados, los dos principales factores influyentes son, el tabaco que se ve relacionado a esta patología con un 85% en pacientes diagnosticados y el consumo de alcohol con un 63%¹; otros como los virus (HPV, H Pylori) y micro traumas crónicos tienen una prevalencia menor pero importante, por lo que esta patología es considerada multifactorial.

Aproximadamente el 90% de los diagnósticos de cáncer bucal son de Carcinoma Escamocelular². Este tipo de cáncer es muy poco común en pacientes menores a 40 años³ y como regla general los hombres son más propensos a padecerlo con una incidencia de 15.4 en hombres y 6.1 en mujeres⁴.

El mayor problema al que se enfrentan los pacientes con esta patología es al diagnóstico tardío, el 60% de los casos son diagnosticados en los estadios III y IV⁵, detectar este tipo de cáncer en estadios avanzado reduce considerablemente la sobrevida de los pacientes con rangos de supervivencia que varían entre el 10% y 40% luego de 5 años de su diagnóstico⁵ y aunque los nuevos tratamientos han ayudado a reducir esta tendencia la detección en estadios tempranos sigue siendo el medio más efectivo para reducir la mortalidad.⁵

En el Ecuador los estudios sobre este tipo de patología son pocos es por eso que el objetivo de este estudio es encontrar el perfil epidemiológico del Carcinoma Escamocelular bucal para permitir al odontólogo general realizar un diagnóstico precoz de cáncer y así poder evitar tratamientos mutilantes y cruentos en el paciente.

3.- Planteamiento del problema

¿Cuál es el perfil epidemiológico del paciente con Carcinoma Escamocelular bucal?

4.- Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del Carcinoma Escamocelular bucal?
2. ¿En cuál estadio se diagnostica con mayor frecuencia a los pacientes con Carcinoma Escamocelular bucal?
3. ¿Cuáles son las estructuras anatómicas en las que se encuentra con mayor frecuencia el Carcinoma Escamocelular bucal?
4. ¿Qué género presenta con mayor frecuencia Carcinoma Escamocelular bucal?
5. ¿Qué grupo etario presenta con mayor frecuencia Carcinoma Escamocelular bucal?

5.- Justificación

La presente investigación sobre el perfil epidemiológico de los pacientes con Carcinoma Escamocelular bucal ayudará al odontólogo general en el diagnóstico acertado y temprano de esta patología puesto que una de las principales causas para la alta mortalidad del Carcinoma Escamocelular es el diagnóstico en estadios avanzados.

Ayudará también en la prevención, logrando que los pacientes puedan evitar factores predisponentes para su desarrollo y posean la información necesaria para acudir al especialista a tiempo.

6.- Viabilidad

Este trabajo de investigación es viable gracias a los diversos buscadores existentes, tales como Medline, Pubmed, Science Direct, Google Académico y el sistema de biblioteca virtual de la Universidad Católica de Santiago De Guayaquil. También gracias a la ayuda del servicio de cabeza y cuello del Hospital SOLCA.

7.- Objetivo general:

Definir el perfil epidemiológico del paciente con Carcinoma Escamocelular bucal atendido en el hospital SOLCA periodo 2011-2016.

8.- Objetivos específicos:

1. Identificar cuáles son los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del Carcinoma Escamocelular bucal.
2. Identificar en que estadio se diagnostica con mayor frecuencia a los pacientes con Carcinoma Escamocelular bucal.
3. Determinar las estructuras anatómicas en las que se encuentra con mayor frecuencia el Carcinoma Escamocelular bucal.
4. Detectar que género presenta con mayor frecuencia Carcinoma Escamocelular bucal.
5. Detectar qué grupo etario presenta con mayor frecuencia Carcinoma Escamocelular bucal.

9.- Hipótesis

El Carcinoma Espinocelular bucal está siendo detectado en estadios avanzados.

10.- Variables

Dependiente:

- Carcinoma Escamocelular bucal

Independiente:

- Carcinoma Escamocelular bucal Estadios
- Factores de riesgo

- Localización

Interviniente:

- Edad
- Género

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Denominación de la variable	Definición de la variable	Dimensión de la variable	Indicadores
<u>Variable dependiente</u>			
<p>Carcinoma Escamocelular bucal</p>	<p>El carcinoma escamocelular es una neoplasia maligna frecuente en cavidad bucal de estirpe epitelial.</p> <p>Existencia de la patología en las historias clínicas del hospital SOLCA.</p>		
<u>Variable independiente</u>			

<p style="text-align: center;">Estadio</p>	<p>Etapa o período determinado de un proceso como la evolución de una enfermedad o el desarrollo o crecimiento de un organismo, así como el grado de extensión de algunas enfermedades, como el cáncer.(RANM)</p>	<p>Esta variable será medible mediante el sistema de estadificación TNM del comité conjunto americano sobre el cáncer.</p> <p>Etapa 0: carcinoma in situ. El cáncer está creciendo sólo en el epitelio, aún no ha crecido hacia una capa más profunda ni se ha propagado a las estructuras adyacentes, ganglios linfáticos, ni a sitios distantes.</p> <p>Etapa I: El tumor es de 2 cm de diámetro (aproximadamente ¾ de pulgada) o más pequeño y no se ha propagado a las estructuras adyacentes, ganglios linfáticos, ni a sitios distantes.</p> <p>Etapa II: El tumor es mayor de 2 cm de diámetro pero menor de 4 cm y no se ha propagado a las estructuras adyacentes, ganglios linfáticos, ni a sitios distantes</p> <p>Etapa III: El tumor mide más de 4 cm de diámetro; sin embargo, no ha crecido hacia estructuras adyacentes ni se ha propagado a los ganglios linfáticos, ni</p>	<p style="text-align: center;">0 I II III IV</p>
---	---	--	--

		<p>a sitios distantes</p> <p>Etapa IVA: El tumor está creciendo hacia estructuras adyacentes. Éste puede ser de cualquier tamaño. No se ha propagado ni a los ganglios linfáticos, ni a un ganglio linfático sobre el mismo lado de la cabeza o del cuello, y es menor de 3 cm de diámetro. El cáncer no se ha propagado a sitios distantes.</p> <p>Etapa IVB: El tumor se está expandiendo hacia áreas o tejidos más profundos (enfermedad local muy avanzada); puede (o no) haberse propagado a los ganglios linfáticos. No se ha propagado a sitios distantes.</p> <p>Etapa IVC: El tumor tiene cualquier tamaño y puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos. Se ha propagado a sitios distantes, por lo general a los pulmones.</p>	
	<p>El factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o</p>	<p>Se determinará como factor de riesgo aquellos relacionados con</p>	

<p>Factores de riesgo</p>	<p>exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS)</p>	<p>hábitos tóxicos o infecciones virales asociados a cáncer. Además del micro trauma crónico por ser considerado un promotor de la carcinogénesis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Tabaco</i> •<i>Alcohol</i> •<i>Virus del papiloma humano</i> •<i>Uso de prótesis dental desadaptadas</i>
<p>Localización</p>	<p>Ubicación anatómica en la que se desarrolla determinada patología.</p>	<p>Esta variable va a ser medible de forma observacional.</p> <p>Dorso de la lengua: También llamada cara superior está formada por las papilas circunvaladas o caliciformes.</p> <p>Base de la lengua: Descansa en el suelo de la boca. En la línea media se encuentra el frenillo o filete lingual, de forma semilunar, muy resistente que limita los movimientos de la lengua.</p> <p>Paladar: Constituye la pared superior o techo de la cavidad oral.</p> <p>Mucosa bucal: Se extiende desde el borde rojo de los labios hasta el istmo de las fauces.</p> <p>Trígono retromolar: Área pequeña detrás del tercer molar.</p>	<p>Dorso de la lengua Base de la lengua Paladar Mucosa bucal Trígono retromolar Piso de boca</p>

		Piso de boca: Constituido sólo por tejidos blandos y carentes de planos de referencia ósea.	
<u>VARIABLE</u> <u>INTERVINIENTE</u>			

<p>Edad</p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona. (Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., Edición del Tricentenario. Madrid: España, 2014)</p>		<p>Pacientes de:</p> <p>20 a 40 años 41 a 60 años 61 a 80 años 81 a 100 años</p>
<p>Género</p>	<p>Sexo biológico al que una persona pertenece.</p> <p>(Organización Mundial de la Salud)</p>		<p>Femenino Masculino</p>

11.- MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES:

- Computadora
- Historias clínicas
- Hoja recolectora de datos

LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN:

El estudio se realizará en la Hospital SOLCA de la ciudad de Guayaquil.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Revisión bibliográfica	X	X		
Revisión de historias clínicas		X	x	
Registro y tabulación de datos			x	X
Resultados				X
Entrega de trabajo				X

RECURSOS EMPLEADOS. -

RECURSOS HUMANOS: Pacientes que acudieron al servicio de cabeza y cuello del Hospital SOLCA de Guayaquil.

RECURSOS FÍSICOS: Hospital SOLCA de Guayaquil.

UNIVERSO y MUESTRA: Estará conformada por todos los pacientes entre 20 a 100 años que asistieron al servicio de cabeza y cuello en el Hospital SOLCA de Guayaquil durante los años 2011-2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

- Pacientes que sean diagnosticados con Carcinoma Escamocelular bucal.
- Pacientes que acudieron al servicio de cabeza y cuello del Hospital SOLCA de Guayaquil durante los años 2012-2016.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA:

- Pacientes que presenten Carcinoma Escamocelular en otro sitio que no sea cavidad bucal.
- Pacientes cuyas historias clínicas se encuentren incompletas

MÉTODOS:

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Será una investigación de tipo descriptivo – transversal. Porque se va a medir la información recolectada de los pacientes con carcinoma escamocelular bucal en pacientes diagnosticados en el hospital SOLCA mediante el uso de las historias clínicas y se describirá la distribución de cada una de la variables, y es transversal porque se realizará durante un periodo determinado de tiempo.

PROCEDIMIENTOS

1. Se realizará una carta dirigida a las autoridades del hospital SOLCA solicitando la base de datos de los pacientes ingresados en el servicio de cabeza y cuello.
2. Se obtendrá la base de datos del servicio estadístico de SOLCA.
3. Se procederá a la selección de pacientes, de acuerdo a los parámetros de inclusión y exclusión

4. Se anotará la información de interés en la hoja recolectora de datos.
5. Se realizará el ingreso y tabulación de datos.
6. Procedimientos estadísticos descriptivos y de correlación.
7. Análisis de resultados.
8. Elaboración de Conclusiones.

12.- Bibliografía:

1. Oliveira M, Wagner V, Carrard V, Hugo F, Martins M. A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay. *Brazilian Oral Research*. 2015;29(1):1-8.
2. Galbiatti A, Padovani-Junior J, Maníglia J, Rodrigues C, Pavarino É, Goloni-Bertollo E. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2013;79(2):239-247.
3. Zaman S, Adeel M, Suhail A. Squamous cell carcinoma of oral tongue in young patients—A 10 years tertiary care experience. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2016;66(2).
4. Seoane-Romero J, Vazquez-Mahia I, Seoane J, Varela-Centelles P, Tomas I, Lopez-Cedrun J. Factors related to late stage diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2012;17(1):e35-e40.
5. Lambert R, Sauvaget C, Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2011;23(8):633-641.
6. Alam M, Siddiqui S, Perween R. Epidemiological profile of head and neck cancer patients in Western Uttar Pradesh and analysis of distributions of risk factors in relation to site of tumor. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2016;13(3):430-435.

13.- ANEXOS

HOJA RECOLECTORA DE DATOS

NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
AÑO	
NOMBRE	
GÉNERO	Femenino Masculino
EDAD	
FACTORES DE RIESGO	Tabaco Alcohol HPV Prótesis desadaptadas
LOCALIZACIÓN	
SIGNO	Tumor Úlcera
SINTOMAS	Si No
ADENOPATIAS	Si No
GRADO DE DIFERENCIACIÓN	Diferenciado Semidiferenciado Indiferenciado

TIPO HISTOLÓGICO	
ESTADIO	0 I II III IV
TRATAMIENTO	Quimioterapia Rayos Quimioterapia y rayos
VACIAMIENTO GANGLIONAR	Si No
SOBREVIDA	Vivo Muerto

HOJA RECOLECTORA DE DATOS DEFINIDA

NUMERO DE HISTORIA CLINICA	Se anotara el número de historia clínica emitido por el hospital SOLCA.
AÑO	El año en que el paciente fue ingresado en la base de datos.
NOMBRE	Se anotara el nombre y apellido del paciente.
GÉNERO	Se ingresará el sexo del paciente: Femenino Masculino
EDAD	Se anotara la edad que tuvo el

	paciente al momento de ser diagnosticado.
FACTORES DE RIESGO	Se anotará los factores de riesgo en caso de que los hubiere. Tabaco Alcohol HPV Prótesis desadaptadas
LOCALIZACIÓN	Se anotará la localización en que fue descubierta la patología.
SIGNO	Se ingresará el signo que presente el paciente: Tumor Úlcera
SINTOMAS	Se anotara los síntomas que el paciente refirió y fueron registrados en la historia clínica.
ADENOPATIAS	Se ingresará la presencia de adenopatías: Si no
GRADO DE DIFERENCIACIÓN	Se ingresará el grado de diferenciación en la que se encuentre la patología:

	Diferenciado Semidiferenciado Indiferenciado
TIPO HISTOLÓGICO	Se ingresará el tipo histológico de la patología.
ESTADIO	Se ingresará el estadio en el que se encuentra la patología al ser diagnosticada: 0 I II III IV
TRATAMIENTO	Se anotará que tipo de tratamiento se le realizó al paciente: Quimioterapia Rayos Quimioterapia y rayos
VACIAMIENTO GANGLIONAR	Se ingresara si al paciente se le realizó vaciamiento ganglionar.
SOBREVIDA	Se anotará si el paciente se encuentra con vida al momento del estudio.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rebolledo Velasco, Marcelo Antonio** con C.C: # **0704577428** autor/a del trabajo de titulación: **Perfil epidemiológico del paciente con carcinoma Escamocelular bucal. Hospital SOLCA período 2011-2016**, previo a la obtención del título de **Odontólogo** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 12 de Septiembre del 2018

f. _____

Rebolledo Velasco, Marcelo Antonio

C.C: 0704577428

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Perfil epidemiológico del paciente con carcinoma Escamocelular bucal. Hospital SOLCA período 2011-2016		
AUTOR(ES)	Rebolledo Velasco, Marcelo Antonio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Cruz Moreira, Karla Elizabeth		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de Septiembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	32
ÁREAS TEMÁTICAS:	Patología bucal, epidemiología.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Carcinoma escamocelular, perfil epidemiológico, factores de riesgo, estadios, patología oral, grado histológico.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El cáncer bucal es un riesgo representativo a nivel mundial debido a su alta morbilidad y mortalidad y el mayor problema al que se enfrentan los pacientes con esta patología es al diagnóstico tardío y aunque los nuevos tratamientos han ayudado a reducir esta tendencia la detección en estadios tempranos sigue siendo el medio más efectivo para reducir la mortalidad. Objetivo: Definir el perfil epidemiológico del paciente con Carcinoma Escamocelular bucal atendido en el hospital SOLCA periodo 2011-2016. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal que evaluó 93 pacientes diagnosticados y tratados por carcinoma escamocelular bucal atendidos en el hospital SOLCA. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas comprendidas durante el periodo 2011-2016. Resultados: Se encontraron 93 pacientes con CEC bucal, presentaron consumo de tabaco (61.53%), alcohol (23.07%), prótesis dentales mal adaptadas (15.38%), HPV (0%) y el estadio 3 fue el más frecuente (33.33%) Conclusiones: El diagnostico de esta patología está siendo realizado en estadios tardíos posiblemente por deficiencia en el reconocimiento de signos clínicos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-(0978628631)	E-mail: marcelo.rebolledo1291@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Pino Larrea, José Fernando		
	Teléfono: +593-4-(0993682000)		
	E-mail: jose.pino@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
No. DE REGISTRO (en base a datos):			
No. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			