

# FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES MALIGNAS EN LA POBLACIÓN DE POPAYÁN EN EL PERIODO ENERO DE 2000 A OCTUBRE DE 2006

Olga Lucia Moreno,\* Jaime Antonio Álvarez \*\*

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la frecuencia de patologías orales malignas en la población de Popayán en el periodo comprendido enero de 2000 y octubre de 2006. **Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Hospital Universitario San José y la compañía de patólogos del Cauca de esta ciudad para determinar la frecuencia de patologías orales malignas en el periodo comprendido enero de 2000 y octubre 2006. Se revisaron los archivos encontrando 113 reportes de pacientes diagnosticados con cáncer oral maligno; las variables analizadas fueron fecha de diagnóstico, edad, género, lugar de procedencia, lugar de nacimiento, localización de la lesión, tamaño de la lesión y diagnóstico. **Resultados.** El cáncer oral representa el 4% de todos los tipos de cáncer que son diagnosticados. En este estudio descriptivo de corte transversal se analiza la frecuencia de patologías malignas orales en la población de Popayán. La primera es el carcinoma de células escamosas (43.35%), seguido por el carcinoma basocelular (14.2%). La población más afectada es la femenina (54.8%) y el área más frecuentemente comprometida es el labio superior. La enfermedad predomina en pacientes entre 46 y 60 años de edad.

**Palabras Clave:** Cavidad oral, cáncer, carcinoma.

## ABSTRACT

**Objective.** This study determines the frequency of oral cancer in the population of Popayan in the period January of 2000 and October of 2006. **Methods.** A descriptive study of cross section was made in the Hospital University San Jose

Recibido para evaluación: Marzo 1 de 2007. Aprobado para publicación: Mayo 4 de 2007

\* Odontóloga Universidad Antonio Nariño, Popayán, Colombia.

\*\* Médico Especialista en Patología Universidad del Cauca, Popayán Colombia

of this city to determine the frequency of oral pathologies in the period January of 2000 and October 2006. The archives were reviewed finding 113 reports of patients diagnosed with malignant oral cancer; the analyzed variables were date of diagnose, age, sort, place of origin, birthplace, location of the injury, size of the injury, and diagnose. **Results.** Oral cancer represents 4% of the all types of cancer that are dignosed this is a study descriptive of court transverse in which analyze the frequency of oral pathology's malignancy in the population of Popayan the first is squamous cell carcinoma in 43.35%, the second basocelular carcinoma 14.2%, the population most affect is the feminine 54.8% the most frequently affected area was in the upper lip. The disease predominated in patients aged 46-48 and 60.

**Key words:** Oral cavity, cancer, carcinoma

## NEOPLASIAS MALIGNAS DE CAVIDAD ORAL

### CARCINOMA ESCAMOCELULAR

Es el de mayor predominio en cavidad oral, se presenta en personas de la tercera edad, pero en algunos casos antes de los cuarenta; las lesiones principales aparecen como un engrosamiento circunscrito en la mucosa, de color perla, muy parecido a las placas leucoplasicas, pueden crecer de manera exofitica para producir lesiones nodulares y con el tiempo fungoides, fáciles de visualizar, palpar y pueden asumir un patrón endofitico, invasivo con necrosis central para generar una ulcera.

Los carcinomas escamo celulares casi siempre son tumores queratinizantes moderadamente o bien diferenciados; antes que las lesiones avancen pueden identificarse en los márgenes atipia epitelial, displasia o carcinoma *in situ*, lo que sugiere un origen en una lesión tipo leucoplasia y eritroplasia.

La propagación a ganglios regionales en el momento del diagnostico inicial se observa solo raras veces con cáncer de labio, en el 50% de los casos cáncer en la lengua, mas del 60% con cáncer en la boca.

**Características clínicas:** Estas lesiones pueden causar dolor local o dificultad a la masticación, pero muchas son hasta cierto punto asintomáticas y por tanto ignoradas. Resulta trágico que en un número elevado de casos no se descubren hasta que son incurables. La tasa de supervivencia a 5 años, aun con cirugía y radiación, varia de 91% en el cáncer de labio, 30% en el cáncer de lengua, faringe y piso de la boca.

#### Factores de riesgo para cáncer bucal

- Leucoplasia – eritroplasia
- Uso del tabaco.

- Abuso de alcohol.
- Papiloma humano tipo 16,18 y 11
- Irritación prolongada (trauma repetitivo).
- Síndrome de Plummer-Vinson.(1)

### CARCINOMA BASOCELULAR

Se presenta en personas de la tercera edad (55-75) es mas frecuente en el labio inferior tiene predilección por el sexo masculino.

**Etiología:** Tabaquismo principalmente por el uso de la pipa. La luz solar se considera importante debido a las alteraciones que se presentan en la piel y en los labios como resultado de la exposición prolongada al sol se caracterizan como preneoplásicas. La mala higiene oral es un dato casi universal en los pacientes que presenta este tipo de cáncer.

Clínicamente se presentan como pápulas perladas que con frecuencias tienen vasos sanguíneos dilatados, las células surgen de la epidermis o del epitelio folicular y no aparecen en mucosas (figura 1). Hay dos factores de crecimiento: 1.

Multifocal que se origina en la epidermis y se extienden hacia la superficie cutánea y, 2. Nodulares: crecen al interior de la dermis en forma de cordones o islotes de células variablemente basofilas con núcleos hiper Cromáticos, envueltas en musina y rodeadas de fibroblastos y linfocitos.(2)

### CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LENGUA

Comprende del 25 al 50% de todos los cánceres bucales. Es más frecuente en varones, se presenta en personas de la tercera edad, pero en ocasiones se ven afectadas personas muy jóvenes.

**Etiología:** Muchos investigadores han asociado su aparición con sífilis ya sea en un caso activo o al menos en los antecedentes de la persona. La leucoplasia es una lesión común de la lengua que muchas veces esta asociada con este tipo de cáncer.

Clínicamente se presenta una masa o úlcera no dolorosa aunque en la mayoría de los pacientes al final se hace dolorosa en especial cuando se infecta de manera secundaria. El tumor puede comenzar como un úlcera indurada en forma superficial con bordes ligeramente elevados y procede a desarrollar una masa exofítica fungosa o infiltrarse a capas mas profundas de la lengua y producir fijación e induración sin mucho cambio superficial (figura 2).

La lesión típica se desarrolla en el borde lateral de la lengua o en el vientre de la lengua, cuando se presenta en el dorso es común en pacientes con una glositis sifilítica. las lesiones cerca de la base de la lengua son engañosas ya que por lo general son asintomáticas, solo cuando están avanzadas presentan manifestaciones como úlceras faríngeas y disfagia, las que están en la parte posterior de la lengua son mas agresivas y forman metástasis mas tempranamente, por lo general su pronostico es malo debido a las metástasis frecuentes al momento del diagnostico. (2)

### CARCINOMA ESCAMOCELULAR DEL PISO DE LA BOCA

Representa el 15 % cáncer intrabucal y también se presenta a partir de la tercera edad, afectando más a hombres que a mujeres.

**Etiología:** Bebedores, fumadores de pipa o cigarrillo. Mala higiene oral, irritación dental. La leucoplasia se presenta en

**Figura 1.** Ilustración de un caso de carcinoma basocelular



este sitio y hay signos que indican que la displasia epitelial y la transformación maligna en la leucoplasia se presentan aquí con una mayor frecuencia en comparación con otros sitios de la cavidad oral.

Clínicamente la lesión se presenta en el piso de la boca (figura 3). En la parte anterior es un úlcera indurada de tamaño variable, situada en un lado de la línea media; puede o no ser dolorosa, debido a su ubicación puede presentar una extensión temprana a la mucosa lingual de la mandíbula, dentro de la propia mandíbula así como dentro de la lengua, este carcinoma puede extenderse hacia los tejidos más profundos incluso en las glándulas submaxilares y sublinguales, produce limitación del movimiento de la lengua, engrosamiento y habla farfullante. Sus metástasis ocurren hacia los ganglios submaxilares y debido a que se ubica en la línea media donde hay drenaje linfático cruzado se presenta metástasis contralateral. El Tratamiento no tiene éxito y su pronóstico presenta una baja supervivencia a 5 años. (2)

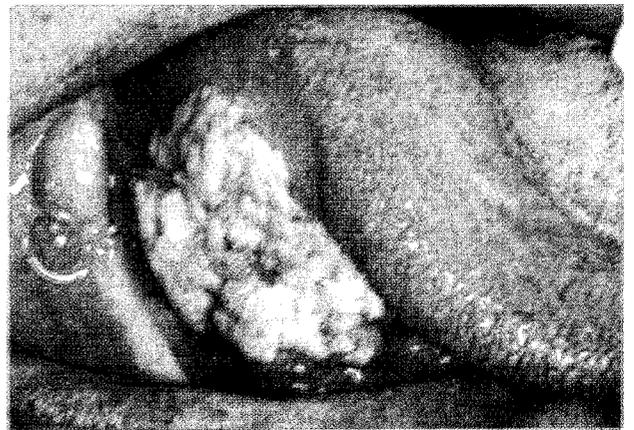
### CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE MUCOSA BUCAL

Es menos frecuente, se presenta en un 3%, y afecta principalmente a hombres de la tercera edad.

**Etiología.** Uso de tabaco para mascar, el habito de mascar nuez de betel y leucoplasia.

**Aspectos clínicos:** Las lesiones se desarrollan con más frecuencia a lo largo o inferiores a la línea opuesta del plano de oclusión, a veces se presenta en el área del tercer molar y otros hacia la comisura. La lesión es ulcerativa y dolorosa

**Figura 2.** Ilustración de un caso de carcinoma de lengua



y son comunes la induración e infiltración de los tejidos más profundos. Sin embargo, algunos casos son superficiales y parece que crece hacia fuera de la superficie en vez de invadir los tejidos, su metástasis ocurre en los ganglios linfáticos submaxilares.

**Tratamiento y pronóstico:** depende de la presencia o ausencia de metástasis, puede presentar una supervivencia a 5 años en el 50% de los casos. (2)

## CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LA ENCÍA

El 10% de los tumores malignos de la cavidad oral se presenta en la encía, afecta a personas de la tercera edad, solo en 2% afecta a menores de 40 años, con predilección hacia el sexo masculino y una minoría en el sexo femenino.

**Etiología:** Este carcinoma se asocia la extracción de un diente, sin embargo, si se analizan con cuidado dichos casos habitualmente se descubre que dicho diente fue extraído por una lesión gingival, una enfermedad o porque, el diente estaba móvil. El diente fue extraído debido al tumor el cual en el momento de la cirugía no había sido descubierto o diagnosticado, al parecer el carcinoma se desarrolla con rapidez y, crece a lo largo del ligamento peridontal y prolifera después de la extracción.

**Aspectos clínicos:** Este carcinoma es más común en la encía mandibular, se presenta como una ulceración erosiva con un crecimiento exofítico granular o verrugoso, muchas veces no tiene las características de una neoplasia maligna y puede o no ser dolorosa.

Se presenta en zonas edentulas aunque puede desarrollarse en sitios donde hay dientes, la encía adherida es la más afectada su proximidad al periostio y el hueso adyacente facilitan la lesión temprana de estas estructuras. Cuando se presenta en el maxilar superior este invade el seno maxilar o se extiende sobre el paladar, en la mandíbula se extiende dentro del piso de la boca o lateralmente dentro de los carrillos o en sentido profundo hacia los huesos.

## MELANOMA EN CAVIDAD ORAL

Es una neoplasia poco común de la mucosa bucal, afecta a hombres y su edad de mayor frecuencia se sitúa entre los 40 y 70 años; muestra mayor predilección por el paladar, encía del maxilar, reborde alveolar; y una menor predilección por la encía mandibular, lengua, labios y piso de la boca (figura 4).

**Aspectos clínicos:** La lesión aparece como un área pigmentada ulcerada y hemorrágica que aumenta progresivamente de tamaño, es muy importante tener en cuenta que la pigmentación que antecede al desarrollo de la neoplasia se presenta varios meses o años antes de que aparezcan los síntomas clínicos.

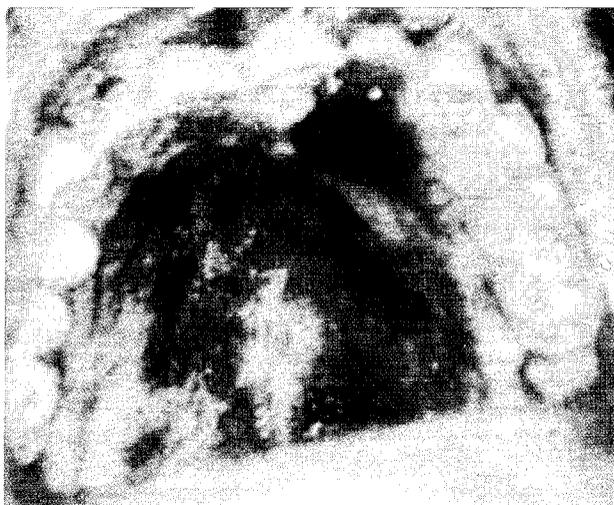
## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Hospital Universitario San José y la compañía de patólogos del Cauca de esta ciudad para determinar la

**Figura 3.** Ilustración de un caso de carcinoma del piso de la boca



**Figura 4.** Ilustración de un caso de Melanoma de cavidad oral techo de la boca.



frecuencia de patologías orales malignas en el periodo comprendido entre enero de 2000 y octubre de 2006. Se revisaron los archivos existentes en estas dos entidades encontrando 113 reportes de pacientes diagnosticados con cáncer oral maligno, las variables analizadas fueron fecha de diagnóstico, edad, género, lugar de procedencia, lugar de nacimiento, localización de la lesión, tamaño de la lesión, diagnóstico, para determinar los porcentajes se realizó un estudio estadístico que muestran los resultados así:

En el segundo semestre del 2002 se presentó el mayor número de pacientes diagnosticados con cáncer oral maligno en un 15.04%, el mayor número de casos reportados en este estudio presentó predilección por el género femenino 54.87%.

En los informes de remisión no se encontró información exacta sobre el lugar de nacimiento, lugar de procedencia debido a que los informes no fueron diligenciados de la manera adecuada por el médico u odontólogo, por lo tanto no se pudo establecer que zona del departamento del Cauca era la más afectada por cáncer oral.

En la ciudad de Popayán no se conocen reportes bibliográficos ni epidemiológicos acerca de cáncer oral, una de las razones es que no existe un control epidemiológico y por ello cuando se conoce de la existencia de una patología de esta índole, esta demasiado avanzada imposibilitando un tratamiento adecuado y definitivo.

## RESULTADOS

**Fecha de diagnóstico.** El 15.04% corresponde al segundo semestre del 2002 donde se encontró el mayor número de pacientes diagnosticados con cáncer oral, seguido del primer semestre del 2006 que corresponde 11.50%, el 9.73 % corresponde al segundo semestre del 2000 y primer semestre de 2005, el 8.85% corresponde al primer semestre del 2000 y primer semestre del 2004, el 8% en el primer semestre del 2001, el 6.2% en el segundo semestre del 2004, el 5.3% en el segundo semestre del 2003, y en los meses del segundo semestre del 2006, el 3.5% en el segundo semestre del 2001, en el primer semestre del 2002 y en el primer semestre del 2003 y el semestre en el que menos casos se reportó fue el segundo semestre del 2005 con el 0.9%.

**Edad del paciente:** El mayor número de casos se presentó en personas de 60 años, aunque también se presentó entre 46 y 48 años lo que coincide con la entrada de los pacientes a la tercera edad. El 15% de los casos el informe de remisión no reportó la edad del paciente.

**Género de paciente:** De acuerdo a los informes revisados el género más afectado por este tipo de cáncer oral fue el femenino (54.87%), mientras que el masculino se afectó en un 45.13%, lo cual no coincide con reportes bibliográficos ni con estudios realizados que indican que el género masculino es el más afectado por el cáncer oral.

**Lugar de procedencia:** En el 71.7% de los casos el informe de remisión no registra el lugar de procedencia del paciente, en el municipio de Popayán se registra un porcentaje de 15%, el 2.7% de los pacientes provienen del municipio de El Tambo, y el resto de los pacientes, provienen de los municipios de San Miguel, Timbío, Piendamó, San Lorenzo, Belalcazar, Cajibío, Caloto y El Bordo.

**Localización de la lesión** El 8.8% de los registros de remisión, no reportan la localización de la lesión, el 15.9% se encuentra en el labio superior, el 8.8% se encuentra en la lengua, el 6.2% se encuentra en el paladar, el 5.3% en el labio inferior, el 4.4% en la glándula submandibular y en la amígdala derecha, el 3.5% en la base de la lengua y en el seno maxilar, el 2.7% en las cuerdas vocales, glándula submaxilar, maxilar inferior, orofaringe, el 1.8% en la amígdala izquierda, en los bordes laterales de la lengua y la hipofaringe, el resto de los datos se reportan en un solo caso y cada uno representan el 0.9%, entre los que están carrillo derecho, comisura de los labios, encía inferior, epiglotis, ganglio submaxilar, maxilar superior, mucosa gingival, reborde alveolar superior.

Los registros de remisión que no reportan el tamaño de la lesión ascienden al 18.6%, el 42.55% corresponde a lesiones que se encuentran en un rango menor a 1 cm., el 24.8% se encuentran en un rango entre 1 cm. y 3 cm., el 7.1% están en un rango entre 3 y 5 cm., el 5.3% se encuentran en un rango mayor a 5 cm., los casos 5 y 6 corresponden a tamaños específicos para varias lesiones en la cavidad bucal.

## DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN CAVIDAD ORAL

El carcinoma escamocelular se presentó en el 26.55% de casos, seguido del carcinoma escamocelular bien diferenciado invasor (16.8%), lo que corresponde a un total de 43.35% de carcinoma escamocelular. Otras presentaciones encontradas fueron: carcinoma basocelular (14.2%), carcinoma diferenciado (4.4%), carcinoma muco epidermoide (3.5%), infiltración fibromatosa (2.7%). El 1.8% fueron casos de carcinoma adenoide quístico, carcinoma basocelular con compromisos laterales y profundos, condrosarcoma, linfoma de células pequeñas y melanoma. El resto de los

casos observados se presentaron en un sólo paciente y se refieren a situaciones específicas entre las que están: adenocarcinoma, adenocarcinoma implantado en un tumor benigno mixto recidivante, adenocarcinoma metastásico, adenocarcinoma ulcerado, carcinoma escamocelular (CEC) de célula grande queratinizante e infiltrante, CEC *in situ*, CEC moderadamente diferenciado invasor, CEC no queratinizante de células pequeñas, carcinoma anaplasico, carcinoma odontogénico, linfoma de células grandes, linfoma linfocítico difuso de diferenciación intermedia, linfoma de célula pequeña, linfoma de célula pequeña clivada, linfoma no Hodgking linfocítico difuso de células pequeñas no clivadas, adenocarcinoma de células acinares y un caso combinado de CEC no queratinizante de células pequeñas y linfoma de células pequeñas.

## DISCUSIÓN

Sobre el estudio realizado los diagnósticos que más se presentan en esta población son el carcinoma escamocelular en un 26.5%, el carcinoma escamocelular bien diferenciado invasor en un 16.8%, y el carcinoma basocelular en un 14.2%. De acuerdo a los reportes bibliográficos en la literatura de Robbins (3), y Harrison (4) el carcinoma escamocelular es el más frecuente. En estudios realizados Arredondo y colaboradores se reportó que el carcinoma escamocelular representa el 90% de todos los cánceres en cavidad oral (5); el Dr. García V. Gonzáles reportó en un estudio reciente que el carcinoma escamocelular era el más encontrado de todos los cánceres de cavidad oral (6)

Se evidencia una relación directa entre el cáncer en cavidad oral y la edad, a medida que los pacientes avanzan en años, tienen un mayor riesgo de que se les diagnostique este tipo de cáncer, sobre todo a partir de los 46 a 60 años, cuando la estructura ósea y dental, empieza su decrecimiento. De la misma manera Robbins, (3) Harrison, (4) y William G (2) reportan que el cáncer oral se presenta en personas desde la cuarta hasta la séptima década de vida. Finlay y colaboradores determinaron que el cáncer oral predomina en personas entre 70 y 79 años, (5) mientras que Quintana Díaz determinó que la edad de aparición era entre los 60 y 69 años. (7)

En cuanto al carcinoma basocelular se encontraron diferencias con los reportes de Robbins y Harrison que determinan que el carcinoma basocelular tiene predilección por el género masculino y labio inferior; un estudio epidemiológico realizado por Ochsenius y colaboradores (8) determinó que este carcinoma se presenta en un 18.46% y afecta el labio inferior en un 91.8%. Mientras que en este estudio el género femenino es el más afectado en un 54.87% y tiene predilección

por el labio superior en un 14.2%. Esto puede deberse a que, las mujeres en los últimos tiempos han adoptado hábitos no saludables como fumar, consumo de alcohol y realización de actividades con alta exposición al sol.

El tamaño de la lesión en la mayoría de los casos es menor a 1 centímetro. que corresponde al 42.55%.

Las localizaciones anatómicas más afectadas en nuestra población fueron: Labio superior 15.9%, lengua 8.8%, paladar 6.2%, labio inferior 5.3%. Quintana (7) determinó que las zonas anatómicas más frecuentes fueron: Labio inferior 45.4%, lengua 13.6%, piso de boca y labio superior 9.1%, paladar 4.6%. Podemos determinar que estos resultados no coinciden con la frecuencia anatómica del presente estudio.

Una de las dificultades del trabajo fue la falta de información debido a que el formato de remisión (solicitud de examen patológico) no exige antecedentes médicos personales, antecedentes familiares y hábitos del paciente; por otro lado el profesional no diligencia de manera adecuada los formatos de remisión.

De los datos obtenidos podemos afirmar lo siguiente:

- Falta información hacia la comunidad sobre el cáncer oral.
- Los pacientes no saben a quien acudir en este tipo de situación.
- Los pacientes no asisten a consulta odontológica con frecuencia.
- El odontólogo no realiza de manera adecuada el examen estomatológico de sus pacientes.
- Desconocimiento por parte del profesional de odontología para diagnosticar patologías cancerosas.

Más allá de los resultados obtenidos en el Hospital Universitario San José y la compañía de patólogos del Cauca, se debe enfatizar que no se aplica un procedimiento adecuado para el diligenciamiento de los formatos que se tienen en la entidad, y por la premura de atender al paciente se dejan de escribir datos, que a primera vista no influyen en el tratamiento médico de la persona, pero que a futuro son la base de estudios sobre la atención y prevención de este tipo de cáncer.

## CONCLUSIONES

Los diagnósticos más representativos en este estudio fueron: Carcinoma escamocelular 26.5%, Carcinoma escamocelular bien diferenciado invasor 16.8% y el carcinoma basocelular 14.2%.

El mayor número de casos reportados en este estudio se presentó en el género femenino en un 54.87% lo cual no coincide con los reportes bibliográficos consultados.

El carcinoma basocelular en este estudio se presentó con mayor frecuencia en el labio superior lo cual tampoco coincide con los reportes encontrados.

El mayor número de casos encontrados en este estudio correspondió a personas de 60 años en promedio, coincidiendo así con los reportes bibliográficos consultados.

El tamaño de la lesión que se encontraron en los reportes patológicos es de un rango menor a 1 centímetro.

En los informes de remisión estudiados no se encontró información exacta sobre el lugar de procedencia y nacimiento debido a que los datos no fueron registrados en el informe; razón por la cual no se pudo establecer que zona del departamento del Cauca era la más afectada.

Se puede concluir que el médico u odontólogo encargado de remitir y realizar la biopsia del paciente no está llenando los datos que indica el registro de remisión patológica aparte de esto el informe de remisión no arroja datos suficientes que nos faciliten un control epidemiológico.

El diagnóstico precoz y el manejo correcto de las lesiones de cavidad oral depende principalmente del reconocimiento clínico y oportuno por parte del médico u odontólogo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Kumar, Cotran, Robbins.** Patología Humana. Sexta edición, Mc Graw Hill; pp.516-517.
2. **Shafer W., Levy B.** Tratado de Patología bucal. Editorial Interamericana. México, 1986.
3. **Kumar, Cotran, Robbins.** Patología estructural y funcional. Quinta edición, Mc Graw Hill; .pp. 701.
4. **Harrison.** Principios de medicina interna, Mc Graw Hill. 16 edición, 2005.
5. **Arredondo, Peña, Finlay.** Comportamiento clínico epidemiológico del cáncer oral. *Revista Cubana de Estomatología* 2006; 43(1).
6. **García V., González-Moles M.A., Bascones Martínez A.** Bases moleculares del cáncer oral: Revisión bibliográfica. *Av Odontoestomatol.* 2005; 21(6):287-295.
7. **Quintana Díaz J.C.** Estudio sobre los tumores malignos maxilofaciales. *Rev Cubana Estomatología* 1998; 35(2): 43-48.
8. **Ochsenius G., Ortega A., Godoy L., Peñafiel C., Escobar E.** Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. *J of Oral Pathology & Medicine* 2002; 31(7):415-420