



Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Cátedra de Patología Oral y Diagnóstico

Distribución y frecuencia de neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores en la Región de Valparaíso

**Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista**

Alumnos: Marjorie Borgeat Meza
Mauro Díaz Soto
Rubén Gálvez Pérez

Docente Guía: Dr. Ricardo Moreno Silva
Docente Colaborador: Dr. Bernardo Venegas Rojas

Valparaíso
2007

DEDICATORIAS

A mis padres, que gracias a todo su esfuerzo y amor, me permitieron estudiar esta hermosa carrera, apoyándome en todos mis proyectos y sueños, acompañándome siempre.

A mi adorado Nicolás, quien con su paciencia eterna y amor incondicional, fue pilar fundamental durante todos estos años de estudio, siempre a mi lado.

Al Prof. Dr. Bernardo Venegas R., a quien admiro y respeto profundamente, por toda la confianza depositada en este estudio y su invaluable contribución a mi formación profesional.

A mis viejos amigos y compañeros de tesis, Rubén y Mauro, quienes soportaron estoicamente mi mal genio y tiranía que hoy da sus frutos en este trabajo.

Marjorie Borgeat Meza

A mis padres Daniel y Teresa, que con su esfuerzo y sacrificio me dieron la oportunidad de estudiar esta maravillosa carrera, apoyando todas mis decisiones y formando la persona que soy hoy en día.

A mi hermana Daniela y mi sobrino Víctor por ser la alegría de mi vida todos los días, haciendo cada día un momento hermoso.

Al amor de mi vida, Carolina, porque es la luz que iluminó mi vida y me acompañó en todo este duro proceso y que también lo seguirá siendo toda la vida que nos espera por delante.

A mis amigos y compañeros de Tesis, Marjorie y Rubén, porque sin ellos nunca habría sido posible realizar este maravilloso trabajo, y porque a pesar de las diferencias ocasionales siempre mantuvimos y mantendremos la amistad por siempre.

Mauro Díaz Soto

A mi familia, a mis padres, y en especial a mi madre. Mamá, tú sabes que sin ti nada de esto estaría pasando, gracias por tu amor energizante e inigualable; la culminación de mi carrera va dedicada definitivamente a ti. Te amo.

Rubén Gálvez Pérez

AGRADECIMIENTOS

Dr. Bernardo Venegas, por ser nuestro guía en todo este proceso a pesar de que sus proyectos personales lo hayan alejado de nuestra Universidad.

Dr. Ricardo Moreno, por haber apoyado nuestra investigación y habernos ayudado a llevar a buen término los inconvenientes que se nos presentaron.

A los Departamentos de Archivos y Anatomía Patológica de los Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y del Instituto Oncológico.

Al personal de la Dirección Regional del Servicio de Registro Civil e Identificación V Región de Valparaíso, por su hospitalidad y colaboración desinteresada.

Al Sr. Sergio Soto, por concluir nuestra investigación al confeccionar este documento, fruto de su trabajo.

A nuestras familias por soportar nuestras eternas reuniones en los distintos hogares facilitando la realización de esta investigación.

A nuestros amores por soportar nuestras ausencias y ayudarnos en lo que pudieron.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
GENERALIDADES DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS	2
OBJETIVOS	30
MATERIALES Y MÉTODOS.....	31
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	56
CONCLUSIONES.....	62
RESUMEN.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el cáncer es una de las enfermedades más preocupantes a nivel mundial, debido a la elevada tasa de mortalidad que posee y al hecho de que, en nuestro país, es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares.

Debido a que el cáncer se inicia en la célula, la unidad básica de nuestro cuerpo, éste se puede desarrollar en casi cualquier tipo de tejido humano, como por ejemplo: en las glándulas salivales, en los huesos maxilares y los tejidos que forman la cavidad bucal y en la orofaringe.

La preocupación mundial de esta enfermedad, ha llevado a tomar conciencia de la importancia de llevar registros de los casos de cáncer, para el beneficio de la creación de políticas de salud pública, es así, como han sido creados centros estadísticos en países desarrollados para llevar a cabo esta tarea. Lamentablemente, la situación en todo Latinoamérica, incluyendo a Chile, es diferente, ya que en nuestro país, sólo existen estudios poblacionales, faltando estudios de prevalencia e incidencia que son básicos para la implementación de programas contra el cáncer.

Por este motivo, nuestro seminario de tesis realiza un registro y análisis de las características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores en la región, que está orientado a mejorar esta magra situación.

GENERALIDADES DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS

Previo al análisis de las características epidemiológicas de las neoplasias malignas originadas en labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores; es necesario conocer algunos conceptos y definiciones básicas.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Neoplasia, Tumor y Cáncer

En la literatura se utilizan estos términos indistintamente, lo que a veces produce confusión. **Neoplasia** significa literalmente “crecimiento nuevo” y **tumor** originalmente fue utilizado para describir el aumento de volumen provocado por la inflamación, sin embargo, actualmente se utiliza como sinónimo de neoplasia. **Cáncer** es el término usado comúnmente para los tumores malignos, que probablemente deriva del latín para cangrejo, presumiblemente por que el cáncer “se adhiere a cualquier parte en forma obstinada como un cangrejo” (Kumar et al., 2006)

Aunque el termino neoplasia es ampliamente usado, ha sido difícil desarrollar una definición exacta. Se puede definir neoplasia como una masa de tejido anormal, cuyo crecimiento es descoordinado excediendo al del tejido normal, y persiste de la misma manera después del cese del estímulo que produjo el cambio (Kumar et al., 2006).

Existe evidencia que indica que la tumorigénesis en los humanos es un proceso de múltiples pasos que refleja alteraciones genéticas que conducen a una transformación progresiva de una célula normal en derivados altamente malignos. Si se consideran los modelos en animales y humanos se puede argumentar que el proceso para el desarrollo de un tumor es análogo a la teoría darwiniana de la evolución, donde una sucesión de cambios genéticos confieren una ventaja para el crecimiento, causando la conversión de células humanas normales en células malignas (Hanahan y Weinberg, 2000).

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial el cáncer es responsable del 13% de las muertes ocurridas el año 2005, donde un 70% de todas las muertes por cáncer ocurrieron en países de ingresos medios y bajos. Las neoplasias malignas que más contribuyen a la mortalidad en orden decreciente son: cáncer de pulmón, de estómago, de hígado, de colon y de mama. Los cánceres que causan más número de muertes en hombres a nivel mundial son: pulmón, estómago, hígado, colon y recto, esófago y próstata. En las mujeres corresponden a los cánceres de mama, pulmón, estómago, colon y recto y cuello uterino (OMS, 2006).

El año 2003 en Chile, se estimó una población de 15.773.504 habitantes, con una distribución entre hombres y mujeres de un 49,5% y 50,4% respectivamente. El número total de defunciones para ese año fue de 83.672 y al analizar los grupos de causas de muerte las

neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar, con un 23,5%, después de las enfermedades del sistema circulatorio que causaron un 28,4% de las muertes (INE, 2005).

En la Región de Valparaíso, para el año 2003, se estimó una población de 1.622.582 habitantes, con una distribución entre hombres y mujeres de un 49,1% y 50,8% respectivamente. El número total de defunciones para ese año fue de 9.851, donde las neoplasias malignas representaron un 24% del total, siendo los cánceres de estómago, pulmón y bronquios, próstata, mama y vesícula biliar, las cinco primeras causas de muerte dentro de esta categoría (INE, 2006).

NEOPLASIAS MALIGNAS DE LABIO, CAVIDAD BUCAL, OROFARINGE, HUESOS MAXILARES Y GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES

NEOPLASIAS MALIGNAS DE LABIO, CAVIDAD BUCAL Y OROFARINGE

Es importante destacar que en la literatura es ocupado el término “cáncer oral” para referirse a tumores malignos del labio, cavidad oral y faringe (Elter et al, 2005). Aunque otros autores (Neville y Days, 2005) señalan que desde un punto de vista clínico, patológico y epidemiológico el “cáncer oral” puede ser dividido en tres categorías: cánceres de la cavidad bucal propiamente tal, del bermellón del labio y de la orofaringe.

Las neoplasias malignas de cavidad bucal y orofaringe pueden ser epiteliales (de la mucosa de recubrimiento y de glándulas salivales), mesenquimáticas o de origen hematolinfoide (Slootweg y Eveson, 2005).

Debido a que más del 90% de los cánceres de cabeza y cuello corresponden a la variante histológica de células escamosas, afectando comúnmente a la cavidad bucal, y que el porcentaje restante corresponde a adenocarcinomas, originados en las glándulas salivales mayores y menores, melanoma y otros carcinomas (Kumar et al, 2006), la información publicada sobre características del cáncer oral corresponde principalmente al Carcinoma de Células Escamosas.

CARCINOMAS

Carcinoma de Células Escamosas

Código CIE-O: M-8070/3

El carcinoma de células escamosas (CCE) es la neoplasia epitelial maligna más común que afecta a la cavidad bucal (Scully y Félix, 2006), y se define como una neoplasia epitelial invasiva con variados grados de diferenciación, con propensión a metástasis temprana y extensa de los nódulos linfáticos (Johnson et al, 2005).

Globalmente el año 2000 hubo 389.650 casos, de los cuales 266.672 se originaron en la cavidad bucal y 122.978 en la orofaringe, esta cifra representa un 5% de todos los cánceres en los hombres y un 2% de todos los cánceres en la mujer (Johnson et al, 2005). En el año 2006, Scully

y Felix, estimaron que el número de casos nuevos de CCE oral y de orofaringe ascendería a 300 mil a nivel mundial, siendo aproximadamente el 3% de todos los cánceres.

La incidencia del CCE oral es mayor en países en vías de desarrollo que en países desarrollados (Parkin et al, 2005; Petersen et al, 2005). En relación a esto último, Carvalho et al (2004) confirmaron diferencias en cuanto a la presentación, curso clínico y pronóstico del cáncer oral en pacientes tratados en dos instituciones, una de una nación desarrollada y otra de un país en vías de desarrollo.

Características clínicas e histopatológicas

El CCE tiene variadas presentaciones clínicas:

1. Exofítica: Presenta una superficie irregular (verruciforme, papilar) y su color puede variar de normal a rojo o a blanco. La superficie es a menudo ulcerada y a la palpación es indurada.

2. Endofítica: Se describe como una depresión de forma irregular ulcerada, con la mucosa circundante de color normal, blanca o roja.

3. Leucoplaquica, Eritroplaquica o Eritroleucoplaquica: Probablemente son casos iniciales donde aún no se desarrolla una masa o ulceración (Neville et al, 2002).

El CCE de tamaño pequeño puede ocultarse, pues a menudo es asintomático, sin embargo, es detectable en un examen adecuado de la cavidad bucal y orofaringe. En estadios más avanzados se describen signos y síntomas como: dolor no específico, pérdida dentaria, hemorragia, disartria, disfagia, odinofagia, otalgia o compromiso nervioso motor o sensitivo (Kademani, 2007). En casos extremadamente avanzados se presentan aumentos de volumen ulceroproliferativos con áreas de necrosis y extensión a estructuras circundantes como hueso, músculo y piel; y en casos terminales se pueden observar fístulas bucocutáneas, anemia severa y caquexia (Johnson et al, 2005).

En relación a las características histopatológicas, las células neoplásicas presentan un citoplasma abundante y eosinófilo con un núcleo grande y a menudo hipercromático y una relación núcleo/citoplasma aumentada, exhibiendo diferentes grados de pleomorfismo celular. La invasión se observa como la pérdida de una interfase bien definida entre el epitelio y el conjuntivo descrita como la destrucción de la membrana basal y una arquitectura anormal del estrato basal del epitelio afectado. Particularmente el reemplazo de las células basales por células grandes e irregulares con extensiones citoplasmáticas que se proyectan al conjuntivo, pudiendo observarse conjuntos de células epiteliales independientes dentro de éste. Estas células invasoras se pueden extender hacia tejido adiposo, muscular u óseo, destruyendo el tejido original a medida que avanzan. A menudo también se observa respuesta inflamatoria a esta invasión y se pueden presentar áreas de necrosis (Johnson et al, 2005; Neville et al, 2002).

El valor de la clasificación histológica convencional del CCE oral (bien diferenciado, moderadamente y pobremente diferenciado) es controversial, y muchos autores reconocen que la

clasificación microscópica por sí sola está poco relacionada con el resultado y la respuesta al tratamiento del cáncer. (Pereira et al, 2007).

Invasión linfática

Tal como se describe en la definición de CCE, la invasión de linfonódulos puede ocurrir de forma temprana. Para que el patrón de invasión sea reproducible en la clínica, se utiliza una división en niveles de los nódulos linfáticos cervicales que tiene un fundamento anatómico y sirve como referencia sobre todo para los tumores de la parte superior del aparato aerodigestivo. Esta división identifica cinco niveles, el nivel I corresponde a los nódulos linfáticos del triángulo submandibular; el nivel II a los linfonódulos yugulares superiores; el nivel III a los yugulares medios; el IV a los yugulares inferiores y el nivel V a los posteriores (Shaha y Strong, 1996).

La invasión del CCE oral y orofaríngeo, a nódulos linfáticos empobrece su pronóstico, y el mecanismo de invasión es generalmente por embolismo. Los niveles que presentan mayor riesgo de metástasis por CCE de cavidad bucal son los niveles I, II y III. Aunque el nivel II es el más frecuentemente involucrado, algunos tumores pueden afectar el nivel III y IV. El compromiso bilateral se da usualmente en tumores que sobrepasan la línea media, especialmente tumores de la base lingual y paladar blando (Johnson et al, 2005).

Dentro de las características del tumor que se consideran indicadoras de invasión de nódulos linfáticos son relevantes el tamaño del tumor, la ubicación, el frente de invasión y el grosor del tumor (Johnson et al, 2005)

Edad y Sexo

Históricamente, el CCE oral ha estado comúnmente asociado a hombres sobre los 60 años con historia de hábito tabáquico y alcohólico, no obstante, el paciente afectado por CCE oral ha ido cambiando demográficamente. Se ha observado un incremento constante en la incidencia de CCE oral en pacientes menores de 40 años así como en mujeres sin factores de riesgo asociados. (Kademani, 2007).

Los tumores malignos intraorales y de la orofaringe son más comunes entre los hombres que entre las mujeres, con una relación hombre:mujer de 2:1 (Neville y Days, 2002). Aunque la relación se vuelve más cercana a 1:1 a medida que aumenta la edad de los pacientes (Rhodus, 2005). Este cambio en la relación hombre:mujer también se observa en las estadísticas del National Cancer Institute que describen que la relación ha cambiado de 10:1 a 2:1 ó 3:1. (Kademani, 2007).

En Chile el 84,4 % de los casos se produce después de los 45 años, donde la morbilidad aumenta con la edad, observándose el mayor número de casos en hombres entre 55 y 64 años y en mujeres entre los 65 y 74 años (Riera y Martínez, 2005).

Ubicaciones Anatómicas

CCE Extraoral

CCE de labio

Código CIE-O: C00 Labio

Código CIE-O: C44 Piel de labio

El CCE de los labios corresponde entre un 25% y 30% de todos los cánceres de la boca (Regezi y Sciubba, 2000). Es más frecuente encontrarlo en pacientes entre la sexta y novena década de vida (Ochsenius et al, 2003; Regezi y Sciubba, 2000; Luna-Ortiz et al, 2004), afectando mayoritariamente a los hombres en relación a las mujeres (Regezi, 2000), con diferencias que alcanzan el 79.2% y 20.8% respectivamente (Ochsenius et al., 2003).

Clínicamente los pacientes presentan una lesión exofítica o ulcerativa de crecimiento lento y el dolor es un síntoma tardío (Schantz et al, 1997). La propagación local es superficial para luego afectar tejidos más profundos (Johnson et al, 2005).

Existen diferencias en relación a la frecuencia de aparición del CCE en labio superior y en labio inferior. Es más común encontrarlo en labio inferior con un 91.8% de los casos en comparación con el 8,2% que ocurren en labio superior, siendo el bermellón el sitio específico más afectado (Regezi y Sciubba, 2000; Ochsenius et al, 2003; Johnson et al, 2005).

La metástasis a nódulos linfáticos regionales ocurre en menos del 20% de los pacientes con CCE de labio, con un compromiso que generalmente es ipsilateral, siendo el nivel I mayormente afectado; no obstante, en casos con compromiso del tercio central del labio es posible observar metástasis contralaterales o bilaterales. La presencia de metástasis linfonodular disminuye la sobrevida del paciente, tanto en aquellos que presentan metástasis al momento del diagnóstico como en aquellos que desarrollan metástasis tardíamente (Zitsch et al, 1999).

En nuestro país, el CCE de labio ocupa el cuarto lugar en frecuencia de mortalidad por cáncer oral y faríngeo, con un 9%, (Riera y Martínez, 2005).

CCE Intraoral

CCE de lengua oral (2/3 anteriores)

Código CIE-O: C02 Otras partes y las no especificadas de la lengua

Excluyendo el CCE de labio, el CCE de lengua es aproximadamente un 25% a 40% de los carcinomas de la cavidad oral (Regezi y Sciubba, 2000; Gerry et al, 2002). Se presenta preferentemente en hombres, llegando a una relación hombre:mujer de 3,6:1 (Riera y Martínez, 2005). Es más frecuente entre la sexta y octava década de vida (Regezi y Sciubba, 2000); sin embargo, en pacientes jóvenes menores de 40 años, la lengua es el sitio donde se desarrolla el CCE en mayor proporción (Neville et al, 2002; Silverman Jr, 2001; Gerry et al, 2002). Se describe también, la existencia de pacientes menores de 35 años, sin historia de consumo de tabaco y alcohol, y que presentan CCE más agresivo y de peor pronóstico (Sigelmann-Danielli et al, 1998; citado en Davidson et al, 2001; Gerry et al, 2002).

Dos tercios de los CCE aparecen en el borde lateral posterior de la lengua, un 20% aparece en el borde lateral anterior o en el vientre y sólo un 4% en el dorso lingual (Neville et al,

2002), presentándose al momento del diagnóstico, en estados menos avanzado, y observándose una sobrevida mayor que el CCE de base de lengua (Gorsky et al, 2004).

En cuanto a su propagación local, el CCE que involucra márgenes laterales, tiende a invadir tejidos más profundos, siendo los músculos de la lengua los que crean las vías de difusión (Johnson et al, 2005).

La metástasis a nódulos linfáticos, ocurre entre un 15% y un 75% de los casos, siendo generalmente ipsilateral, afectando de manera principal al nivel II, seguido por el nivel I, III y IV en orden decreciente (Regezi y Sciubba, 2000; Mukherji et al., 2001, Schantz et al., 1997).

El pronóstico se ve afectado principalmente por la presencia de metástasis de nódulos linfáticos, variando de un 75% para estadios tempranos sin compromiso linfonodular a un 30% en pacientes con CCE avanzado (Schantz et al, 1997). El pronóstico también se ve afectado con el uso de radioterapia como tratamiento y el tamaño de la lesión. En cambio, el tratamiento quirúrgico y el diagnóstico de la enfermedad en pacientes jóvenes mejoran el pronóstico. (Davidson et al., 2001).

En nuestro país es el subsitio anatómico que presenta la mayor mortalidad con un 39% (Riera y Martínez, 2005).

CCE de piso de boca

Código CIE-O: C04 Piso de boca

Es la segunda neoplasia intraoral más común, representando aproximadamente un 15% a 20% de los casos. Es más predominante en hombres de edad avanzada, en particular fumadores y alcohólicos (Regezi y Sciubba, 2000). En nuestro país presenta una relación hombre:mujer de 4:1 (Riera y Martínez, 2005).

Se presenta generalmente en la línea media cerca del frenillo lingual (Neville et al., 2002), pudiendo infiltrar los tejidos blandos del piso de boca, reduciendo la movilidad de la lengua (Regezi y Sciubba, 2000).

La metástasis a nódulos linfáticos no es común, ya que el CCE de piso de boca puede crecer masivamente sin afectar los linfonódulos cervicales, ocurriendo en un 53% para un tumor de tamaño equivalente a T4 (Regezi y Sciubba, 2000; Schantz, 1997). Si se produce, el nivel I se ve con mayor frecuencia afectado en forma ipsilateral. Estudios anatómicos han mostrado importantes cruces de capilares linfáticos superficiales, y como resultado, ambos lados del cuello están en riesgo de sufrir metástasis de un tumor maligno de piso de boca (Mukherji et al., 2001).

Es el subsitio anatómico que más se asocia al desarrollo de segundos primarios (Neville et al., 2002).

El pronóstico es influenciado principalmente por el estadio clínico y la presencia de linfonódulos comprometidos, variando entre 90% y 32% la sobrevida para estadios I y IV respectivamente (Schantz, 1997).

En Chile presenta un 18% de mortalidad, ocupando el tercer lugar (Riera y Martínez, 2005).

CCE de mucosa bucal, encía y trígono retromolar

Código CIE-O: C06.0 Mucosa bucal

Código CIE-O: C03 Encía

Código CIE-O: C06.2 Trígono retromolar

La encía y la mucosa representan cada uno aproximadamente el 10% de los CCE orales (Regezi y Sciubba, 2000).

La proporción de CCE de **mucosa bucal** entre hombres y mujeres, es variable según las zonas geográficas y sus factores de riesgo, afectando al sexo femenino entre un 4% a un 50% de los casos (Lin et al, 2006). Díaz et al (2003), en un estudio de 119 pacientes determinó una edad promedio de 66 años.

Debido a su evolución silente difícilmente será diagnosticado en etapa T1. El dolor generalmente es el síntoma inicial seguido de sangramiento y dificultad en la masticación (Schantz et al, 1997).

Se define como una forma altamente agresiva con una tendencia a recurrir locorregionalmente en un 45% de los casos, lo que se puede explicar por la inexistencia de barreras anatómicas que impiden su propagación (Díaz et al, 2003).

Se ha descrito compromiso de nódulos linfáticos entre un 10% a 37% de los pacientes (Schantz et al, 1997; Díaz et al, 2003), específicamente de los niveles I y II (Schantz et al, 1997), afectando fuertemente la sobrevida, de un 70% para pacientes con N(-) y 49% para pacientes con N(+) (Díaz et al., 2003).

La sobrevida promedio a los 5 años es de un 63%, con un 78%, 66%, 62% y 50 % para estadios I, II, III y IV respectivamente. (Díaz et al, 2003).

El CCE de **encía** muestra una marcada predilección por las mujeres (Neville et al, 2002; Barasch et al, 1995) produciéndose en la séptima década de vida (Barasch et al, 1995).

Pese a que inicialmente es asintomático, es posible encontrar: tumoración, inflamación local, ulceración, dolor, movilidad dentaria, alvéolos post exodoncia que no cicatrizan y desajuste de aparatología protésica. Esta neoplasia frecuentemente recuerda a lesiones inflamatorias que afectan el periodonto, de hecho, en etapas tempranas, el CCE de encía puede simular una periodontitis crónica avanzada (Seoane et al, 2006). En una etapa más tardía puede destruir hueso, lo que ocurre en un 58% de los casos (Schantz et al, 1997), esta invasión generalmente es

a través del ligamento periodontal o la cresta del reborde alveolar desdentado (Johnson et al, 2005).

El CCE de encía puede producir metástasis en nódulos linfáticos, afectando principalmente a los niveles I y II. La posibilidad de metástasis aumenta directamente con el mayor tamaño del tumor primario, siendo más frecuente que ocurra en tumores ubicados en la encía mandibular (Schantz et al, 1997).

El pronóstico depende de la extensión local del tumor y la presencia de metástasis de nódulos linfáticos regionales. Tumores T1, T2, T3 y T4 tienen una sobrevida de 85%, 80%, 60% y 20% respectivamente (Schantz et al, 1997).

Presenta un 4% de mortalidad, siendo la más baja en nuestro país por cáncer oral (Riera y Martínez, 2005).

El CCE en **trígono retromolar** representa alrededor del 10% de todos los casos en cavidad bucal, con una relación hombre:mujer de 4:1 (Schantz et al, 1997).

Pese a que puede presentar dolor local debido a la fácil infiltración de los nervios lingual y mandibular o referido al oído, generalmente es diagnosticado en estadios tardíos (III y IV) (Antoniades et al, 2003; Mendenhall et al, 2005a). Además suele presentar extensión a otros sitios como paladar blando, mucosa bucal, pilar amigdalino anterior y encía mandibular (Mendenhall et al, 2005).

Al igual que el CCE de encía, la metástasis de linfonódulos afecta principalmente al nivel I y II (Schantz et al, 1997).

El pronóstico es pobre, especialmente si el estadio clínico es avanzado y la infiltración a hueso lo agrava (Antoniades et al, 2003)

CCE de paladar duro

Código CIE-O: C05.0 Paladar duro

Representa aproximadamente el 5% de los cánceres de la cavidad bucal y presenta predilección por los hombres con una relación 8:1. (Schantz et al., 1997). Según Neville et al. (2002) es el sitio menos frecuente de aparición de CCE.

La metástasis en nódulos linfáticos es poco habitual y aún menos común la metástasis a distancia. Su pronóstico varía de 75% a 11% para estadios I y IV, respectivamente (Schantz et al., 1997).

CCE de orofaringe

Código CIE-O: C10 Orofaringe

Código CIE-O: C01 Base de lengua

Código CIE-O: C09 Amígdala SAI

Código CIE-O: C05.1 Paladar blando

La orofaringe incluye cuatro subsitios diferentes: la **base de la lengua**, la **región amigdalina**, el **paladar blando** y las **paredes orofaríngeas** posteriores y laterales, generalmente estos últimos dos sitios se agrupan como uno.

El tipo histológico más común es el CCE, afectando a pacientes entre la quinta y séptima década de vida y es dos a cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres (Parsons et al., 2002; Sundaram et al, 2005).

El sitio más afectado por CCE en la orofaringe es la **base de lengua** (Johnson et al, 2005), presentándose en pacientes entre la sexta y octava década de vida siendo los hombres tres a cuatro veces más afectados que las mujeres (Gorsky et al, 2004; Schantz et al, 1997).

Frecuentemente el CCE de base de lengua es asintomático, hasta que alcanza una etapa avanzada, en la cual puede presentar dolor referido al oído y disfagia entre otros, por lo que el tamaño del tumor al momento del diagnóstico es generalmente grande (Zhen et al, 2004; Johnson et al, 2005; Neville et al, 2002).

La proporción de casos que presentan metástasis regional al momento del diagnóstico es mayor, en comparación con los 2/3 anteriores de la lengua (Neville et al, 2002; Gorsky et al, 2004). Cerca del 70% de los pacientes con T1 tendrán nódulos linfáticos cervicales afectados palpables (Schantz et al, 1997), siendo el nivel de nódulos linfáticos más afectado el II, seguido del nivel III, existiendo compromiso ipsilateral la mayoría de los casos, pero presentando metástasis contralateral en un 33% (Mukherji et al, 2001).

La dificultad del examen que conduce a un diagnóstico tardío, más los otros factores ya mencionados, determinan un pronóstico pobre (Zhen et al, 2004), el estadio I presenta una sobrevida a los 5 años de un 60% y el estadio IV de 15% (Schantz et al, 1997).

El CCE de la **región amigdalina** se presenta y desarrolla de una forma muy variable. Se describe que ocurre más frecuentemente en hombres y se han determinado relaciones hombre:mujer que van de 10:1 a 5:1, desarrollándose entre la quinta y séptima década de vida (Chung et al. 1997).

Los síntomas incluyen dolor, disfagia, pérdida de peso y clínicamente se observa una masa en la región del cuello. El tumor puede extenderse y afectar a los músculos pterigoideos, produciendo trismus (Kademani, 2007).

Los CCE de la región amigdalina invaden linfonodos regionales, siendo el grupo II en forma ipsilateral el más habitual (Mukherji et al, 2001).

Tanto la metástasis de nódulos linfáticos como el estadio son importantes en el pronóstico del CCE de la región amigdalina. Se han encontrado diferencias significativas entre las sobrevividas a 5 años de N0 a N3. Con respecto al estadio, las lesiones tempranas en etapas I o II tienen mejor pronóstico que las diagnosticadas tardíamente (Chung et al. 1997).

Las neoplasias malignas del **paladar blando** no son observadas con frecuencia, por lo que estudios que evalúen específicamente a este sitio anatómico son escasos, no obstante, el CCE es el tipo histológico predominante (Amar et al., 2004).

En relación a los tumores primarios que se presentan en el paladar blando se ha observado que éstos se pueden comportar de manera más indolente, permaneciendo en estadios tempranos y manteniendo una difusión más superficial. A su vez se describe alta incidencia de segundos primarios, sincrónicos o metacrónicos (Schantz et al, 1997; Amar et al, 2004).

Es el subsitio mas asociado a la presencia de metástasis bilateral de linfonódulos, siendo el nivel II el más afectado (Johnson et al, 2005; Mukherji et al, 2001), y su pronóstico depende del estadio de la enfermedad, como se ha observado en los otros sitios anatómicos, con una sobrevivida a 5 años entre un 21% y 85% (Schantz et al, 1997).

Tratamiento CCE de labio, cavidad oral y orofaringe

Tratamiento de CCE de labio

El tratamiento del CCE de labio debe considerar una adecuada eliminación de la lesión y preservar la función y estética labial, esto se puede lograr en tumores menores de 2 cms. o muy superficiales, ya que la lesión es lo suficientemente pequeña y puede ser resecada sin secuelas funcionales para el paciente. Este objetivo se puede lograr de igual forma a través de la irradiación del tumor. Sin embargo, en lesiones de mayor tamaño la resección quirúrgica y reconstrucción permiten mayor precisión en determinar la extensión del tumor (Kufe et al, 2003).

Neville et al (2002) describe que el CCE de la zona del bermellón del labio es tratado más frecuentemente con una resección quirúrgica dando excelentes resultados. Solo un 8% recurre y la sobrevivida a 5 años es de 98% a 100%.

Debido a la poca frecuencia con que los cánceres en estadios tempranos metastatizan a los linfonódulos regionales no es necesario tratamiento del cuello. Cuando la enfermedad ya ha progresado a estadios III o IV, ésta es satisfactoriamente tratada con cirugía y vaciamiento funcional del cuello si es que están afectados los linfonódulos regionales, además de radioterapia postoperatoria tanto sobre el sitio del tumor primario como sobre el cuello (Schantz et al, 1997).

Tratamiento de CCE de cavidad oral y orofaringe

El tratamiento del CCE intraoral está determinado por el estadio clínico de la enfermedad y consiste en resección quirúrgica radical del tumor, radioterapia o una combinación de ambas. La localización del tumor puede influenciar en el plan de tratamiento. Una variedad de agentes

quimioterapéuticos pueden usarse también como terapia de apoyo, ya que algunos pueden reducir el tamaño del tumor, pero no se ha observado una mejora significativa en la supervivencia de los pacientes con el uso de estos agentes. Para las lesiones pequeñas, generalmente se elige un tipo de tratamiento. Los pacientes con lesiones más grandes y con linfonodos palpables normalmente requieren de terapias combinadas junto con la necesaria resección en bloque de los tejidos comprometidos del cuello (Neville et al, 2002).

El pilar de la terapia inicial del tratamiento del CCE intraoral es la resección quirúrgica primaria. En contraste con lo que ocurre en la orofaringe, los tumores que se alojan en este sitio anatómico deben ser tratados primariamente con radio-quimioterapia para la preservación de los órganos, reservando la cirugía sólo para tumores primarios de tamaño pequeño o lesiones recurrentes. Esto debido a que la cavidad bucal es críticamente importante para funciones fisiológicas tales como hablar, tragar y masticar. La resección quirúrgica oncológica ablativa puede comprometer de manera severa funcionalmente al paciente y afectar su calidad de vida negativamente. Sin embargo, el objetivo de toda cirugía curativa ablativa es la de extirpar completamente el tumor y crear amplios márgenes libres. Donde no se debe evitar la cirugía es en pacientes con estadio clínico N0, ya que deben ser tratados profilácticamente con disección de los linfonodos regionales para su estudio, pues el riesgo de que haya enfermedad oculta en el cuello es mayor a un 15%. Esencialmente todos los pacientes con tumores con profundidad de invasión mayor de 4 mm. o tumores en estadio T2, T3 o T4 son candidatos a disección cervical para el estudio de linfonodos. Si no se encuentra enfermedad oculta en el cuello luego del estudio histopatológico de los linfonodos no es necesaria terapia coadyuvante, mientras que si los resultados histopatológicos son positivos es indicada radioterapia coadyuvante. (Kademani, 2007).

Carcinoma Verrucoso

Código CIE-O: M-8051/3

El carcinoma verrucoso (CV) es una variante de bajo grado del CCE. Representa del 1% al 10% de todos los CCE orales y el 75% de los casos de CV ocurren en la cavidad bucal. Es predominante en hombres mayores de 55 años (Johnson et al, 2005; Neville et al, 2002). Más de la mitad de todos los casos ocurre en la mucosa bucal (vestíbulo mandibular, paladar duro y mucosa bucal) y casi un tercio en la encía, con ligera predominancia de la encía mandibular sobre la encía del maxilar superior (Regezi y Sciubba, 2000).

La lesión se observa como una placa gruesa, de crecimiento lento, difusa, bien demarcada con proyecciones superficiales papilares o verruciformes. Es típicamente blanca, pero también puede aparecer eritematosa o rosada, dependiendo de la cantidad de queratina y el grado de respuesta inflamatoria del huésped. Generalmente es asintomático (Johnson et al, 2005).

Histopatológicamente se observa un epitelio bien diferenciado con marcada queratinización. Este epitelio carece de los criterios usuales de malignidad. Las mitosis son raras y se observan en las capas basales. El CV invade el estroma empujándolo más que infiltrándolo y es común observar un denso infiltrado linfoplasmocítico como respuesta del huésped. También es

posible observar microabscesos intraepiteliales y la abundante queratina puede evocar a una reacción a cuerpo extraño (Johnson et al, 2005).

Con remoción quirúrgica extensa sin disección de linfonódulos cervicales, la sobrevida libre de enfermedad a los cinco años es del 80% al 90%. Un quinto de los CV pueden contener focos de CCE, estos tumores híbridos tienen mayores posibilidades de recurrir localmente y una pequeña tendencia a metastatizar linfonódulos cervicales ipsilaterales (Johnson et al, 2005).

Carcinoma de células basales

Código CIE-O: M-8090/3

El carcinoma de células basales (CCB) o epiteloma basocelular es una neoplasia maligna de la piel que se origina de las células basales de la epidermis y los anexos cutáneos. Se caracteriza por un crecimiento lento capaz de ocasionar una gran destrucción de tejidos. Aunque rara vez produce metástasis, si no se trata puede ser mortal (Friedman et al, 1996).

El CCB es el cáncer de piel más común especialmente en pacientes de piel clara. Históricamente se ha descrito que afecta más a los hombres, pero la diferencia entre ambos géneros ha disminuido (Friedman et al, 1996). La mayoría de los casos ocurre en la región de cabeza y el cuello, particularmente en la parte superior de la cara (Rishiraj y Epstein, 1999).

El CCB se clasifica de acuerdo a sus características clínicas e histológicas (Rishiraj y Epstein, 1999) en: nodular, noduloulcerativo, superficial, pigmentado, esclerótico y queratótico

El CCB nodular o noduloulcerativo, es la forma más frecuente de lesión primaria. Por lo general aparece como un nódulo de color carnososo o rosado, translúcido, con telangectasias superficiales y suele ulcerarse al crecer. A veces contiene melanina, lo que explica la cantidad variable de pigmento visible de estos tumores, que en ocasiones muestran una coloración negra y se confunden con neoplasias melanocíticas. Con los años estos tumores pueden crecer e invadir los tejidos profundos, destruyendo los párpados, la nariz o la oreja, y a veces la destrucción es tan amplia que resulta difícil identificar el lugar de su inicio (Friedman et al, 1996).

El CCB metastático es raro y sus tasas de incidencias oscilan entre el 0.0028% y el 0.1%. Se produce sobre todo a través de los vasos linfáticos hacia los nódulos regionales y por diseminación hematógena hacia huesos largos y los pulmones. Cuando hay metástasis generalmente la lesión primaria se encuentra en la zona de la cabeza y el cuello y es de larga data. Aún cuando las tasas de incidencia de metástasis son bajas, los CCB son muy agresivos y destructivos localmente (Friedman et al, 1996).

Las opciones de tratamiento para el CCB varían con el tamaño de la lesión y el sitio de su ocurrencia, junto con la edad y el género del paciente. Los principios del manejo incluyen la detección temprana del cáncer, la remoción completa de la lesión y un cuidadoso seguimiento para detectar recurrencias o nuevos tumores primarios. En general, mientras más pequeño el tumor, es más exitoso el tratamiento con una reducida morbilidad y un buen pronóstico. Las

alternativas terapéuticas incluyen cirugía, (excisión, electrocirugía, cirugía láser, criocirugía) y radioterapia (Rishiraj y Epstein, 1999).

Melanoma

Código CIE-O: M-8720/3

El melanoma es una neoplasia maligna de melanocitos o de los precursores de los melanocitos. Se caracteriza por la proliferación atípica de melanocitos en la interfase epitelio-conjuntivo, asociada con migración hacia capas superiores del epitelio y con invasión del tejido conectivo. Aunque usualmente se observa en piel, es posible que se origine de melanocitos en la mucosa (Speight, 2005).

Los melanomas mucosos se originan principalmente de las membranas mucosas de cabeza y cuello (Lengyel et al, 2003) y aquellos primarios de la mucosa oral son escasos y representan entre un 0,2% a un 8% de todos los melanomas y el 0,5% de todas las neoplasias malignas orales (Chidzonga et al, 2007; Lopez-Graniell et al, 1999; Tanaka et al, 2004).

Características clínicas e histopatológicas

Debido a las fases de crecimiento horizontal y vertical de los melanomas cutáneos se han descrito cuatro tipos clinicopatológicos: de propagación superficial, nodular, léntigo maligno y acralolentiginoso, de éstos, los tres primeros presentan una contraparte en la mucosa oral (Neville et al, 2002; Regezi y Sciubba, 2000).

Se manifiesta generalmente como una pigmentación asimétrica, de color negra, negra azulada o café oscura, de bordes irregulares y un diámetro mayor a 6 milímetros, que progresivamente aumenta de tamaño, pudiendo ser múltiple (Neville et al, 2002; Buchner et al, 2004; Barker et al, 1997). Algunos melanomas carecen de pigmentación denominándose melanomas amelanóticos y corresponden aproximadamente a un tercio de los melanomas de cabeza y cuello, lo que dificulta más su diagnóstico (Buchner et al, 2004; Lengyel et al, 2003; Gorsky y Epstein, 1998).

Pese a que generalmente es una lesión asintomática, los pacientes pueden relatar, en etapas tardías, sangramiento, ulceración, aumento de volumen y desajuste protésico (Lengyel et al, 2003; Gorsky y Epstein, 1998).

Su histología es indistinguible del melanoma cutáneo, sin embargo, debe considerarse como una entidad separada. Presenta melanocitos atípicos en la unión epitelio-conjuntivo, de donde tienen el potencial de proliferar hacia el epitelio en forma lateral (fase de crecimiento radial u horizontal) o hacia el conjuntivo (fase de crecimiento vertical), este último patrón ocurre en fases tempranas en el desarrollo del melanoma nodular. También se describe invasión a vasos sanguíneos y linfáticos de manera más evidente que en los melanomas cutáneos (Neville et al, 2002; López-Graniell et al, 1999; Barker et al, 1997).

Edad y Sexo

Los melanomas mucosos pueden ocurrir entre la cuarta y séptima década de vida, siendo más frecuentes entre los 50 y 60 años (Gorsky y Epstein, 1998).

Se describe mayor frecuencia en hombres, con una razón 3:1 (Speight, 2005; Gorsky y Epstein, 1998; Conley, 1989 citado en Gorsky y Epstein, 1998; Buchner et al, 2004, Neville et al, 2002; Barker et al, 1997), sin embargo, otros autores ha reportado mayor frecuencia en mujeres (Chidzonga et al, 2007; Tanaka et al, 2004; Lopez-Graniel et al, 1999), situación que puede deberse a lo inusual de la lesión y a las series de caso con un número de pacientes limitado.

Ubicaciones anatómicas

Los sitios anatómicos más afectados son la mucosa del paladar duro y la encía superior (Gorsky y Epstein, 1998; Neville et al, 2002; Buchner et al, 2004; López-Graniel et al, 1999; Chidzonga et al, 2007; Barker et al, 1997).

Tratamiento

El tratamiento primario para los melanomas mucosos es la resección quirúrgica amplia cuyo objetivo es la eliminación completa del tumor primario y de cualquier linfonódulo comprometido. Se ha utilizado quimioterapia y radioterapia como tratamiento adyuvante, siendo la radiación útil en lesiones irresecables y como terapia paliativa (Regezi y Sciubba, 2000; López-Graniel et al, 1999; Chidzonga et al, 2007; Gorsky y Epstein, 1998; Neville et al, 2002; Buchner et al, 2004; Barker et al 1997).

Pronóstico y sobrevida

El paciente con melanoma oral tienen un pronóstico pobre y un curso más agresivo que el melanoma cutáneo (Chidzonga et al, 2007; Gorsky y Epstein, 1998).

La sobrevida para cinco años para melanomas mucosos de cabeza y cuello es de 17% (Lengyel et al, 2003; Gorsky y Epstein, 1998), bajando a un 5% a los 10 años (Gorsky y Epstein, 1998). Para los melanomas orales se describe una sobrevida promedio de 2 años y a los cinco años de aproximadamente un 20% (Regezi y Sciubba, 2000; Neville et al, 2002; Speight, 2005).

Al momento de su presentación, debido al avanzado estadio de la neoplasia, un 75% de los pacientes con melanoma oral presenta metástasis en linfonódulos cervicales y un 50% metástasis a distancia, usualmente en pulmón e hígado (Speight, 2005).

Los pacientes generalmente mueren por metástasis a distancia y la falla en el control local, que se produce en un alto porcentaje de los casos, podría considerarse como un precursor de la diseminación de la neoplasia (Barker et al, 1997; Tanaka et al, 2004; Neville et al, 2002).

LINFOMAS

Los linfomas son un grupo heterogéneo que puede ser definido como una neoplasia maligna clonal de linfocitos y sus precursores (Kolokotronis et al, 2005; Van der Waal et al, 2005)

Pueden desarrollarse en un nódulo linfático o en otro órgano, ya sea por difusión desde sitios linfáticos o como una manifestación de enfermedad extranodal primaria. (Van der Waal et al, 2005)

Tradicionalmente los linfomas se han dividido en Linfomas Hodgkin (LH) y Linfomas No-Hodgkin (LNH). Los primeros se definen por la presencia de células de Reed-Sternberg en un contexto celular apropiado, originándose casi siempre en los nódulos linfáticos y aunque cualquier grupo es susceptible, los más comúnmente afectados, entre un 70% a 75%, son los cervicales y los supraclaviculares (Neville et al 2002). Los LNH corresponden a todo el resto de las neoplasias linfoides y se presentan en casi un 25% de forma extranodal en sitios como estómago, piel, pulmón, hígado, médula ósea y sistema nervioso central, órbita, glándulas salivales y cavidad bucal (Van der Waal et al, 2005; Kolokotronis et al, 2005).

Linfoma No-Hodgkin

Código CIE-O: M-9591/3

Debido a que estos linfomas pueden desarrollarse en sitios extranodales de forma primaria, es probable su diagnóstico en el territorio maxilofacial, y aquéllos que se desarrollan en la cavidad bucal y orofaringe se definen como neoplasias de células linfoides en donde la mayor parte de la enfermedad se encuentra en estas ubicaciones (Chan y Chan, 2005).

Características clínicas, radiográficas e histopatológicas

El LNH bucal se presenta como una lesión localizada, asintomática, unilateral o bilateral, de color rojo, púrpura o normal, de consistencia gomosa y que a menudo exhibe ulceración de la mucosa que la cubre (Daley y Darling, 2003; Regezi y Sciubba, 2000). Cuando existe compromiso de la amígdala el paciente puede relatar disfagia, malestar, sensación de un objeto extraño en la garganta y ronquidos (Kolokotronis et al, 2005, Chan y Chan, 2005). En un 15% a 20% de los casos, existen síntomas generales como fatiga, pérdida de peso y sudoración nocturna. Generalmente los signos y síntomas son de inicio abrupto y rápida progresión (Van der Waal et al, 2005, Kolokotronis et al, 2005). Cuando la parótida es afectada se observa un aumento de volumen circunscrito o difuso, asintomático (Kolokotronis et al, 2005).

Aunque las lesiones orales son usualmente un componente de una enfermedad diseminada, existen linfomas que se desarrollan en los tejidos orales sin compromiso de otros sitios (Neville et al 2002). Así también puede ocurrir en el caso de LNH óseos, donde debe determinarse si son parte de una enfermedad extendida. (Pazoki et al, 2003)

En LNH óseos, los signos y síntomas que se deben considerar son: dolor dentario sin causa, adormecimiento, movilidad dentaria, aumento de volumen por expansión ósea y eventual

perforación de corticales y dificultad en la cicatrización del alvéolo post exodoncia. A nivel radiográfico, generalmente se observa una imagen radiolúcida irregular, también se describe pérdida de cortical del conducto dentario inferior, pérdida de la lámina dura y ensanchamiento del espacio periodontal (Daley y Darling, 2003; Pazoki et al, 2003; Neville et al, 2002).

Histopatológicamente los LNH se caracterizan por una proliferación de células linfocíticas (linfocitos B, T o Natural Killer), que infiltra y destruye el tejido normal adyacente, siendo los originados de linfocitos B los más frecuentes, aproximadamente en un 80%. Pueden presentar diversos grados de diferenciación, dependiendo del tipo de linfoma. En algunas lesiones, es posible observar estructuras similares a centros germinativos lo que se denomina *patrón folicular*, sin embargo, otros linfomas no muestran evidencia de diferenciación teniendo un *patrón difuso* (Neville et al 2002, Van der Waal et al, 2005).

Para agrupar a los LNH según su tipo histológico, se puede utilizar la clasificación propuesta por la Working Formulation, basada en parámetros clínicos y morfológicos, que agrupa a los linfomas de acuerdo a su historia natural, respuesta a la terapia y sobrevida, clasificándolos en linfomas de *bajo grado, grado intermedio y alto grado* (Hiddemann et al, 1996).

Edad y Sexo

El LNH pese a que puede afectar a pacientes de un amplio rango de edad, se presenta con mayor frecuencia en adultos entre la sexta y séptima década de vida (Chan y Chan, 2005) y se describe un incremento exponencial en relación a la edad (Regezi y Sciubba, 2000; Van der Waal et al, 2005).

En relación al sexo, los hombres son más afectados que las mujeres, con un predominio leve a moderado según las diferentes series de casos publicadas. (Van der Waal et al, 2005; Kolokotronis et al, 2005; Ugboko et al, 2004; Shindoh et al, 1997). En los LNH óseos la razón hombre mujer se describe entre 1,5:1 hasta 5:1 (Pazoki et al, 2003). Son una excepción los LNH en glándulas salivales donde no es claro un predominio femenino o masculino (Wolvius et al, 1996).

Ubicaciones Anatómicas

Los sitios con mayor frecuencia afectados, en orden descendente, son: amígdala, glándulas salivales y cavidad oral (Kolokotronis et al, 2005).

De los LNH extranodales de cabeza y cuello, más de la mitad se originan en el anillo de Waldeyer (banda circular de tejido linfático localizado en la entrada de los tractos digestivo y respiratorio), representando un tercio de todos los sitios extranodales. De todos los LNH que afectan al anillo de Waldeyer, la **amígdala** es el sitio más frecuente, con un 40% a 79% de los casos (Ezzat et al, 2001), y entre un 3% a 5% se presentan en la **cavidad bucal**, siendo la neoplasia maligna no epitelial más común, (Kolokotronis et al, 2005; Ugboko et al, 2004) afectando más a menudo a la mucosa palatina, vestíbulo bucal, encía y lengua (Daley y Darling, 2003; Neville et al, 2002; Chan y Chan, 2005).

También es posible su desarrollo en **glándulas salivales**, alcanzando cerca del 5% de todos los LNH extranodales primarios y el 1,6% de todas las neoplasias de glándulas salivales (Wolvius et al, 1996; Chan et al, 2005). La glándula salival más afectada es la parótida (75% de todos los casos) seguida de la submandibular (20%) (Wolvius et al, 1996; Kolokotronis et al, 2005, Chan et al, 2005). En cerca del 10% de los casos hay involucradas múltiples glándulas, especialmente en forma bilateral (Chan et al, 2005).

Aproximadamente el 5% de los LNH primarios extranodales ocurre en los **huesos maxilares**, siendo el maxilar superior el hueso más afectado en la región de cabeza y cuello, seguido por la mandíbula (Pazoki et al, 2003).

Tratamiento

Las opciones de tratamiento para pacientes con LNH son radioterapia, quimioterapia o ambas (Pazoki et al, 2003; Neville et al, 2002; Chan y Chan, 2005).

Para LNH de intermedio o alto grado, si la lesión está localizada, se puede utilizar sólo radioterapia. Si existe una etapa clínica avanzada se utiliza radioterapia más quimioterapia o sólo quimioterapia (Neville et al, 2002).

Pronóstico y sobrevida

Una vez realizado el diagnóstico, se establece el estadio clínico que determina la extensión anatómica que tiene la enfermedad, factor importante a la hora de definir el pronóstico del paciente. El sistema que se utiliza para pacientes con LH, la clasificación Ann Harbor, se ha adoptado para precisar la etapa clínica en LNH (Neville et al, 2002). Esta clasificación posee cuatro estadios, que abarcan desde una única región de linfonódulos o sitio extranodal comprometido (etapa I), a un compromiso de hígado, médula o un cuadro extranodal extenso (etapa IV) (Van der Waal et al, 2005).

Sin embargo, debido a que la clasificación Ann Harbor no entrega información adecuada para establecer el pronóstico de varios subtipos histológicos de LNH y está lejos de ser la clasificación más óptima para tomar decisiones en relación al tratamiento, se creó el Índice Internacional de Pronóstico (IPI) (Armitage, 2005), el cual incorpora parámetros como edad, etapa clínica avanzada (III-IV), compromiso de sitios extranodales, etc., y se utiliza dentro de los diferentes subtipos histológicos para ubicar a los pacientes en distintos grupos pronósticos (Van der Waal et al, 2005).

En relación al estadio clínico, al momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes con LNH de la cavidad oral y región maxilofacial presentan estadio I o II, siendo locorreionales (Kolokotronis et al, 2005). La tasa de sobrevida total en 5 años para LNH localizado es entre un 50% a 80% (Chan y Chan, 2005).

La mayor parte de los LNH de cavidad bucal, amígdala y huesos maxilares son de intermedio o alto grado (Kolokotronis et al, 2005), en contraste con aquellos originados en las glándulas salivales, que generalmente son de bajo grado (Kolokotronis et al, 2005; Wolvius et al,

1996). En comparación con los LNH de bajo grado cuya supervivencia media sin tratamiento es de 8 a 10 años, los LNH de grado intermedio y alto indican mal pronóstico, para los primeros se espera una mortalidad de un 30% a 50% y para los de alto grado un 60% de mortalidad a los 5 años después del diagnóstico y tratamiento (Neville et al, 2002).

NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES

CARCINOMAS DE GLÁNDULAS SALIVALES

Los carcinomas de glándulas salivales son patologías poco comunes, las cuales abarcan clínica y morfológicamente a un grupo diverso de tumores. Representan cerca del 0,5% a 1% de todas las neoplasias malignas y aproximadamente un 5% de las neoplasias malignas de cabeza y cuello (Kokemueller et al., 2004b; Lopes et al., 1999; Ito et al., 2005; Pandey et al., 2003; Douglas et al., 2003).

La mayoría de los carcinomas de glándulas salivales ocurre en la parótida, sin embargo, en este sitio es más común que los tumores sean benignos, a diferencia de otros sitios en donde la probabilidad de malignidad es mayor al 50% (Mendenhall et al., 2005b).

Las neoplasias malignas de glándulas salivales más comunes corresponden al Carcinoma Mucoepidermoide, Carcinoma Adenoide Quístico y Adenocarcinoma Polimorfo de Bajo Grado (Ito et al., 2005).

Carcinoma mucoepidermoide

Código CIE-O: M-8430/3

El Carcinoma mucoepidermoide (CME) se define como una neoplasia epitelial glandular maligna caracterizada por células epidermoides, mucosas e intermedias, con células claras, columnares y características oncocíticas (Neville et al, 2002).

El CME corresponde a la neoplasia maligna más común de glándulas salivales (Waldron et al, 1988; Takeda et al, 2006; Kokemueller et al, 2005; Pires et al, 2004; Neville et al, 2002). Abarca alrededor del 10% de todas las neoplasias de glándulas salivales y alrededor del 35% de las lesiones malignas (Kokemueller et al, 2005). En niños representa cerca del 50% de neoplasias malignas de glándulas salivales (Rahbar et al, 2006; Kokemueller et al, 2005).

Características clínicas e histopatológicas

Clínicamente la mayoría de los CME se presentan como una tumefacción firme, fija e indolora, pero si afecta a la glándula sublingual puede manifestar dolor aún en lesiones de pequeño tamaño. Los CME superficiales intraorales exhiben un color rojo azulado, parecido al de lesiones vasculares o de un mucocele y si se encuentra en el paladar puede producir erosión del hueso subyacente. Otros signos y síntomas pueden incluir dolor, otorrea, parestesia, parálisis del nervio facial, disfgia, sangramiento y trismus (Neville et al, 2002).

Se recomienda hacer estudios con resonancia magnética para determinar la extensión total del tumor y la infiltración a tejidos adyacentes (Rahbar et al, 2006).

Histológicamente se caracteriza por la presencia de células escamosas, células productoras de mucus y células de tipo intermedia (Neville et al, 2002; Waldron et al, 1988). Usualmente se clasifica en tres grados histopatológicos: leve, intermedio y alto, los cuales tienen relación con el pronóstico de la enfermedad (Pires et al, 2004). Los tumores de grado intermedio, que comparten características histopatológicas de los tumores de bajo y alto grado, pueden manifestar márgenes positivos y recurrencia local, similar a lo que ocurre en los de grado alto (Pires et al, 2004).

Edad y Sexo

El CME tiene predilección por adultos entre la cuarta y sexta década de vida (Pires et al, 2004). El promedio de edad está entre los 45 y 51 años (Buchner et al, 2007; Neville et al, 2002).

La razón hombre:mujer es de 2:3, con una predilección aún mayor por las mujeres en los tumores de trigono retromolar y lengua (Neville et al, 2002; Waldron et al, 1988).

Ubicaciones anatómicas

El CME afecta frecuentemente las glándulas salivales mayores y las menores intraorales, sin embargo, cerca del 10% de los pacientes lo presentan en otras glándulas de cabeza y cuello, incluyendo senos maxilares, nasofaringe, cavidad nasal, orofaringe, cuerdas vocales, laringe y tráquea (Pires et al, 2004).

Cerca de la mitad de los CME ocurren en las glándulas salivales mayores, donde la glándula parótida es el sitio más común, con un 45% de los casos, seguido de la glándula submaxilar con un 7% y la sublingual con sólo el 1% (Goode y El-Naggar, 2005; Pires et al, 2004). Para las glándulas salivales menores, el sitio más común corresponde a las glándulas menores del paladar, seguidas de las ubicadas en el trigono retromolar, piso de boca, mucosa bucal y labio inferior (Goode y El-Naggar, 2005; Waldron et al, 1988; Buchner et al, 2007).

Tratamiento

Los tratamientos de elección para los CME corresponden a la resección quirúrgica completa, disección de cuello y radioterapia. Hay casos en los que se realiza resección incompleta, la cual se debe a tamaños del tumor muy grandes o complejidad anatómica de la zona de ubicación del tumor. Los márgenes quirúrgicos se deben examinar intraoperatoriamente para decidir tratamientos complementarios. La resección de estructuras adyacentes está indicada cuando hay evidencia previa o intraoperatoria de invasión. La disección del cuello está indicada cuando hay metástasis regionales, TNM alto, grado histológico alto, o cercanía del tumor a los nódulos linfáticos regionales. La radioterapia post-operatoria está indicada en pacientes con márgenes clínicos o histológicos positivos y en aquellos pacientes con tumores de alto grado (Kokemueller et al, 2005; Pires et al, 2004; Rahbar et al, 2006).

En el caso específico de la glándula parótida se puede realizar una parotidectomía superficial cuando el tumor está lateral al nervio facial. Cuando el lóbulo profundo está comprometido o hay nódulos linfáticos intraparótida positivos, se recomienda realizar la parotidectomía total. Sin embargo, siempre se debe tratar de preservar el nervio facial cuando sea posible (Rahbar et al, 2006).

Pronóstico y sobrevida

La mayoría de los pacientes tienen una resolución favorable (Goode y El-Naggar, 2005). La recurrencia local se presenta en 7% a 26%, las metástasis regionales en 3% a 16% y las metástasis a distancia entre 6% a 15% (Pires et al, 2004).

Las tasas de sobrevida a 5 años son de cerca del 70% y a 10 años del 60%. Sin embargo, las neoplasias malignas de glándulas salivales se caracterizan por recurrencias tardías y metástasis, por lo que el seguimiento después del tratamiento debe realizarse por un largo período para ver el éxito del tratamiento (Pires et al, 2004).

Los principales factores pronósticos del CME corresponden al estadio clínico y al grado histopatológico (Pires et al, 2004). Los pacientes que fallecen por este tumor generalmente presentan tumores de alto grado histopatológico, principalmente en glándulas salivales menores y parótida. Debido principalmente a tumores no resecables, metástasis a distancia o complicaciones del tratamiento (Goode y El-Naggar, 2005).

Carcinoma Adenoide Quístico

Código CIE-O: M-8200/3

El Carcinoma Adenoide Quístico (CAQ) corresponde aproximadamente al 1% de todos los tumores malignos de la región oral y maxilofacial y aproximadamente al 22% de los tumores malignos de glándulas salivales mayores y menores (Kokemueller et al, 2004a; Tincani et al, 2006).

Se define como un tumor basaloide que consiste en células epiteliales y mioepiteliales con configuraciones morfológicas variables. Presenta un curso clínico implacable y generalmente con un desenlace fatal (El-Naggar y Huvos, 2005).

Características Clínicas e Histopatológicas

Clínicamente se caracteriza por un aumento de volumen indoloro, de crecimiento lento, con tendencia a invadir nervios periféricos (Carrasco et al, 2006; Kokemueller et al, 2004a). A medida que el tumor va creciendo, se produce invasión perineural en el 60% de los casos, lo cual lleva consigo la aparición de dolor (Tincani et al, 2006). También puede ocurrir parálisis del nervio facial (Neville et al, 2002; El-Naggar y Huvos, 2005).

Se puede producir invasión directa de base de cráneo en un 4% a 22% de los casos (Kawamata et al, 2006), la cual sucede según Shotton et al. por tres rutas: a través de la trompa de Eustaquio, los nervios maxilares y mandibulares y la arteria carótida interna (Shotton et al, 1991 citado en Kawamata et al, 2006). También puede invadir hueso extensamente antes de dar evidencia radiográfica de destrucción ósea (Neville et al, 2002).

Hay tres patrones de crecimiento histopatológico importantes: cribiforme, tubular y sólido que pueden presentarse por separado o juntos en el mismo tumor. El patrón cribiforme es el más común de los tres y se caracteriza por una apariencia pseudoquistica (Neville et al, 2002; Tincani et al, 2006; Carrasco et al, 2006).

Edad y Sexo

El CAQ puede ocurrir en todos los grupos de edad, pero con una frecuencia mayor en individuos de edad media y ancianos (Neville et al, 2002), con un promedio entre 57 y 58 años (Waldron et al, 1988; Buchner et al, 2007).

Existe una leve predilección femenina con una razón hombre:mujer de 1:1,5 (Waldron et al, 1988) a 1:2 (Buchner et al, 2007; Tincani et al, 2006).

Ubicaciones anatómicas

Se desarrolla más comúnmente en las glándulas salivales mayores y menores de cabeza y cuello. Las glándulas salivales menores de la cavidad oral y orofaringe, dentro de estas las ubicadas en el paladar, seguido de la lengua, mucosa bucal, labio y piso de boca, son las más afectadas; el segundo lugar lo ocupan las glándulas submaxilares y con menor frecuencia las sublinguales y parótidas. (Kokemueller et al, 2004a; Carrasco et al, 2006; Kawamata et al, 2006; Tincani et al, 2006; Neville et al, 2002).

Tratamiento

El tratamiento primario de los CAQ es la cirugía con márgenes amplios (Tincani et al, 2006). Sin embargo existe controversia entre realizar sólo resección quirúrgica completa hasta obtener márgenes negativos o realizar resección quirúrgica más radioterapia. La mayoría de los autores describen mejores tasas de control local después de resección completa y prefieren un manejo quirúrgico agresivo (Kokemueller et al, 2004a).

Varios autores recomiendan radiación post-operatoria cuando los márgenes son positivos o cercanos a positivos (Tincani et al, 2006; Kokemueller et al, 2004a; Neville et al, 2002). Garden et al, describe resultados de tasas de control con éxito de un 80% después de 10 años, en pacientes con resección incompleta y radiación postoperatoria (Garden et al, 1995, citado en Kokemueller et al, 2004a).

A pesar de esto, algunos autores dudan que la radiación postoperatoria pueda influir en el curso de la enfermedad, mientras que otros recomiendan radiación post-operatoria para todos los pacientes con CAQ (Propopakis et al, 1999, citado en Kokemueller et al., 2004a).

El valor de la quimioterapia en el tratamiento del CAQ es bastante limitado y continúa siendo probado (Neville et al, 2002).

Pronóstico y Sobrevida

Existen ciertos factores que influyen la sobrevida de los pacientes como los patrones histológicos, el sitio del tumor, el estadio clínico, la invasión ósea y el estado de los márgenes quirúrgicos. Aquellos tumores que tienen un patrón cribiforme y tubular tienen un mejor pronóstico que los que tienen más del 30% de patrón sólido (Neville et al, 2002; Tincani et al, 2006).

La recurrencia local ocurre entre un 16% y 85% de los casos y es un serio signo de incurabilidad. La infiltración linfonodal en la región del cuello permanece siendo extraña, pero se han descrito rangos del 5% a 25% (Neville et al, 2002; Kokemueller et al, 2004a; El-Naggar y Huvos, 2005) y la influencia de la invasión perineural en la sobrevida es contradictoria (El-Naggar y Huvos, 2005).

Las metástasis a distancia pueden ocurrir en más del 50% de los pacientes durante el curso de la enfermedad, donde los órganos diana más comunes son los pulmones, cerebro y huesos (Tincani et al, 2006; El-Naggar y Huvos, 2005). Sólo el 20% de los pacientes con metástasis a distancia sobrevive a los 5 años (Neville et al., 2002; El-Naggar y Huvos, 2005).

La tasa de sobrevida a los 5 años es aproximadamente del 35%, pero la sobrevida a largo plazo es bastante pobre. El 80% a 90% de los pacientes fallece en un plazo de 10 a 15 años a causa de la enfermedad (Neville et al, 2002; El-Naggar y Huvos, 2005).

Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado

Código CIE-O: M-8525/3

El Adenocarcinoma Polimorfo de Bajo Grado (APBG) corresponde a una neoplasia epitelial maligna caracterizada por uniformidad citológica, diversidad morfológica y un bajo potencial metastásico (Uemaetomari et al, 2007; Ruiz-Godoy et al, 2007).

Este nombre, es usado para designar neoplasias que han sido llamadas anteriormente Carcinoma Lobular, Carcinoma Ductal Terminal o Adenocarcinoma Trabecular. Hasta hace muy poco, estas lesiones eran denominadas en su conjunto como ‘Adenocarcinoma not-otherwise-specified’ (Adenocarcinoma NOS) o incluidas bajo la generalidad de ‘Adenocarcinoma’ que incluye una variedad de tumores glandulares malignos. Los APBG que se desarrollan en las glándulas salivales, sin embargo, demuestran tener características clínicas e histológicas que los distinguen de otros adenocarcinomas como por ejemplo aquellos que se desarrollan en el tracto respiratorio superior (Evans y Batsakis, 1984; citado en Waldron et al, 1988).

El Concepto de APBG fue introducido por primera vez en 1984 por Evans y Batsakis para describir un grupo de tumores de glándulas salivales menores que muestran una gran variedad de patrones histológicos y un comportamiento maligno y silente (González et al, 2005).

Características Clínicas e Histopatológicas

Clínicamente se presenta como un aumento de volumen submucoso, nodular, firme, circunscrito, no encapsulado y sin dolor, que va aumentando de tamaño gradualmente, llegando a varios centímetros de diámetro pudiendo ulcerarse y sangrar (Neville et al, 2002). El APBG exhibe una tendencia de invasión perineural y perivascular, no obstante sigue típicamente un curso indolente. Su evolución varía desde meses hasta varios años, siendo usualmente asintomático (Ruiz-Godoy et al, 2007).

Histológicamente, hay una variedad de patrones: lobular, papilar o papilar quístico, cribiforme y trabecular, lo que le da el nombre de Polimorfo a la neoplasia y las células se ordenan en “fila india” conformación característica de estos tumores. Además se observa un patrón de crecimiento infiltrativo (Neville et al, 2002; Waldron et al, 1988; Ruiz-Godoy et al, 2007).

Edad y Sexo

Este tumor se presenta más frecuentemente entre la sexta y séptima década de vida, con rangos de edad entre 16 y 94 años y un promedio de 59 años (Neville et al, 2002; González et al, 2005; Ruiz-Godoy et al, 2007).

Es más común en las mujeres con una proporción hombre:mujer 1:2 (Ruiz-Godoy et al, 2007; Neville et al, 2002; González et al, 2005).

Ubicaciones anatómicas

Es el segundo tumor maligno más común en las glándulas salivales menores luego del CME (Waldron et al, 1988) y el tercero más común dentro de las neoplasias malignas de glándulas salivales en general (Ito et al, 2005). Es más usual encontrarlo en glándulas salivales menores, específicamente las ubicadas en el paladar, alcanzando un 60% de los casos de neoplasias malignas de este sitio (Ruiz-Godoy et al, 2007; Neville et al, 2002), esta ubicación es seguida en frecuencia por las glándulas menores ubicadas en mucosa bucal y labio, pero raramente se dan en las glándulas salivales mayores (Waldron et al, 1988), aunque existen algunos casos identificados en la parótida (Ruiz-Godoy et al, 2007; Uemaetomari et al, 2007).

Otras ubicaciones intraorales corresponden a la región retromolar y la base de lengua (Neville et al, 2002).

Tratamiento

El tratamiento, independiente de su ubicación, consiste en la exéresis quirúrgica completa. La disección del cuello deberá realizarse sólo en aquellos casos con linfadenopatía cervical. Si se utilizará radioterapia o quimioterapia post-operatoria se debe considerar la presencia de invasión perineural y la penetración vascular de células tumorales, sin embargo el uso de radioterapia y quimioterapia sigue siendo controversial (Ruiz Godoy et al, 2007; Uemaetomari et al, 2007; Neville et al, 2002; González et al, 2005).

Cuando el APBG se ubica en la glándula parótida se dificulta el tratamiento quirúrgico por su cercanía con estructuras importantes como el nervio facial, y debido a su tendencia de infiltración perineural, se asume en estos casos, que no es un tumor fácil de controlar (Uemaetomari et al, 2007).

Pronóstico y Sobrevida

El promedio de sobrevida de los pacientes con APBG es excelente (Neville et al, 2002). Los promedios de recurrencia local van del 10% a 20% y la metástasis a linfonodos regionales ocurre en sólo 6% a 10% de los casos, existiendo muy pocas evidencias confirmadas de metástasis a distancia. (González et al, 2005). La recurrencia en los casos de tumores de parótida corresponde al 33% (Ruiz-Godoy, 2007) El fallecimiento de los pacientes a causa de este tumor es raro y cuando ocurre, es después de períodos prolongados de tiempo (Neville et al, 2002).

Debido a que el APBG crece lentamente, se requiere un seguimiento de 5 años o más para determinar el resultado del tratamiento (Uemaetomari et al, 2007).

NEOPLASIAS MALIGNAS DE HUESOS MAXILARES

Osteosarcoma

Código CIE-O: M-9180/3

Representa un grupo heterogéneo de neoplasias malignas primarias, donde se reconocen diversas variantes que difieren en ubicación, comportamiento clínico y características histológicas (Bennett et al, 2000). El más común es el osteosarcoma clásico o convencional, que corresponde aproximadamente al 20% de los tumores óseos primarios y se define como un tumor maligno intramedular de alto grado, en el cual las células neoplásicas producen osteoide, aunque sea en pequeñas cantidades (Bennett et al, 2000; Raymond et al, 2002).

Osteosarcoma de los Huesos Maxilares (OSHM)

El OSHM representa entre un 5% y 13% de todos los osteosarcomas esqueléticos (Mardinger et al, 2001). Generalmente se considera como una variante del osteosarcoma clásico de huesos largos (OSHL), sin embargo, presenta características diferentes, entre las cuales destacan una edad de presentación mayor, bajo porcentaje de metástasis con una manifestación más tardía y un comportamiento biológico que afecta la respuesta al tratamiento y su pronóstico,

por lo tanto, el OSHM debería ser considerado como una entidad distinta al OSHL (Mardinger et al, 2001; Bennett et al, 2000).

Características clínicas, radiográficas e histopatológicas

La característica clínica más común es el aumento de volumen con una evolución moderada a rápida, que puede estar o no acompañado de dolor (Ogunlewe et al, 2006; Neville et al, 2002; Mardinger et al, 2001; August et al, 1997; Regezi y Sciubba, 2000; Bennett et al, 2000; Daley y Darling, 2003). También puede coexistir parestesia, y movilidad, malposición y pérdida de los dientes en relación a la lesión. Cuando hay compromiso del maxilar superior, se puede encontrar obstrucción nasal, epistaxis y alteraciones oculares (Regezi y Sciubba, 2000; Neville et al, 2002). La duración promedio de los signos y síntomas, previo al diagnóstico, es de tres a seis meses (Regezi y Sciubba, 2000; Bennett et al, 2000; Ogunlewe et al, 2006; August et al, 1997).

Los hallazgos radiográficos pueden variar de una lesión radioopaca a una radiolúcida con diferentes grados de calcificación y caracterizándose los osteosarcomas iniciales por un ensanchamiento simétrico del espacio periodontal en uno o más dientes (Regezi y Sciubba, 2000; Neville, 2002). Los límites generalmente son mal definidos, dificultando la determinación de la extensión en forma radiográfica, y el patrón en “rayos de sol” causado por la producción de tejido óseo en la superficie de la lesión ocurre en un 25% de los casos (Neville et al, 2002).

Histológicamente, dependiendo de las cantidades de osteoide, cartílago o fibras colágenas que el osteosarcoma produzca, es posible clasificarlo en tres tipos: osteoblástico, condroblástico y fibroblástico (Neville et al, 2002), siendo la variante condroblástica la más común (Regezi y Sciubba, 2000; Neville et al, 2002; Ogunlewe et al, 2006; Mardinger et al, 2001). Según su grado histológico, pese a que se describe que los OSHM son más diferenciados (de bajo grado) que los del resto del esqueleto (Regezi y Sciubba, 2000), algunos autores han reportado mayores porcentajes de casos de grado intermedio y alto (Mardinger et al, 2001; Bennett et al, 2000; August et al, 1997; Patel et al, 2002).

Edad y Sexo

El osteosarcoma de los huesos maxilares, generalmente ocurre en la tercera o cuarta década de vida (Mardinger et al, 2001; Patel et al, 2002), con promedios de edad entre 27 y 39 años, en diferentes series de casos publicadas (Ogunlewe et al, 2006; Van Es et al, 1997; Neville et al, 2002; Mardinger et al, 2001; August et al, 1997; Regezi y Sciubba, 2000; Bennett et al, 2000).

Son afectados con mayor frecuencia los hombres, con una razón de 1,2:1 (Mardinger et al, 2001).

Ubicaciones Anatómicas

Un estudio retrospectivo realizado por Mardinger et al (2001), de series de casos publicados entre 1965 y 1999 de OSHM, señala a la mandíbula como el sitio más habitual, con 380 casos de un total de 774. Sin embargo hay otros autores que destacan al maxilar superior

como el más afectado, entre un 51% y 58% de los casos (Regezi y Sciubba, 2000; Van Es et al, 1997; Patel et al, 2002).

En mandíbula, la zona más afectada es el cuerpo (Regezi y Sciubba, 2000; Bennett et al, 2000; Ogunlewe et al, 2006; August et al, 1997; Mardinger et al, 2001), y con menos frecuencia el ángulo, sínfisis y porción ascendente de la rama (Ogunlewe et al, 2006; Regezi y Sciubba, 2000). En el caso del maxilar superior, predominan el proceso alveolar y seno maxilar (Regezi y Sciubba, 2000; Bennett et al, 2000; Ogunlewe et al, 2006; Mardinger et al, 2001).

Tratamiento

Las modalidades de tratamiento para los OSHM consisten en cirugía, radioterapia, quimioterapia y sus combinaciones, no existiendo un régimen estandarizado debido a su baja frecuencia de aparición. Pese al aislado entusiasmo por el uso de la quimioterapia como tratamiento adyuvante, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica radical, cuyo objetivo es conseguir márgenes libres de lesión comprobados histopatológicamente, cruciales para el control local del osteosarcoma (Pellitteri et al, 2003; Ogunlewe et al, 2006; Van Es et al, 1997; Neville et al, 2002; Mardinger et al, 2001; Regezi y Sciubba, 2000; Patel et al, 2002).

Pronóstico y Sobrevida

El pronóstico para los pacientes afectados es pobre, con tasas de sobrevida a los 5 años entre 30% y 50% (Neville et al, 2002). Si el paciente es tratado tempranamente mediante cirugía radical, ésta asciende a un 80%, mostrando una asociación estadística independiente de otros tratamientos (Mardinger et al, 2001; Neville et al 2002; Regezi y Sciubba, 2000; August et al, 1997). Los pacientes con márgenes quirúrgicos libres de lesión, poseen un mejor pronóstico ya que tienen menos posibilidades de recurrencias locales y metástasis, las cuales se producen principalmente vía hematogena siendo los pulmones los principales órganos diana (August et al, 1997). Si el tratamiento quirúrgico es sólo local el porcentaje de sobrevida baja notablemente (Regezi y Sciubba, 2000).

El éxito de la quimioterapia en el tratamiento de los OSHL motivó su uso en pacientes con OSHM (August et al, 1997; Mardinger et al, 2001). Smeele et al, realizó un estudio retrospectivo de reportes en la literatura para determinar los efectos de la quimioterapia en la sobrevida de pacientes con osteosarcomas craneofaciales, concluyendo que la quimioterapia adyuvante (postquirúrgica) lograba buenos resultados y al ajustar la condición quirúrgica no había diferencias en la sobrevida al utilizar quimioterapia neoadyuvante (prequirúrgica) (Smeele et al, 1997 citado en Patel et al, 2002). No obstante debido a los diferentes protocolos, agentes, dosis e intervalos usados en los diversos centros hospitalarios, es difícil sacar conclusiones, existiendo estudios que no demuestran su eficacia (Mardinger et al, 2001).

La radioterapia se ha utilizado en casos que presentan márgenes positivos después de la resección quirúrgica o en casos de recurrencias inoperables (Ogunlewe et al, 2006).

El grado histológico también ha sido incorporado como factor pronóstico en algunos estudios, siendo los de alto grado los que tienen un pronóstico más pobre (Mardinger et al, 2001).

SEGUNDOS PRIMARIOS, RECURRENCIAS Y METÁSTASIS

Se reconoce que los pacientes con cáncer oral y orofaríngeo tienen riesgo de presentar **segundos primarios** (Lin et al, 2005; León et al, 1999), esta situación puede ocurrir entre un 10% a 35% de los casos, afectando comúnmente el tracto digestivo alto (casi un 80%) y debido a que es más común que el segundo primario se desarrolle en la superficie del epitelio adyacente al sitio tratado por la presencia del tumor primario, la cavidad bucal y orofaringe se ven nuevamente perjudicadas (Johnson et al, 2005; León et al, 1999). La aparición del segundo primario puede ser sincrónica, es decir en forma simultánea al tumor primario o metacrónica, que se refiere a la aparición después de un intervalo mayor de 6 meses (Johnson et al, 2005).

La **recurrencia** se refiere a la aparición de un tumor, post-tratamiento del primario, en una ubicación más profunda del tejido, no en la superficie epitelial (Johnson et al, 2005).

Tanto el segundo primario y la recurrencia corresponden al mismo tipo histológico que el tumor primario.

Las **metástasis** corresponden a un 4% de todos los carcinomas del tracto aereodigestivo superior y se define como la propagación de una neoplasia maligna a la cabeza y cuello desde otra parte del cuerpo, ocurriendo casi exclusivamente vía hematógica (Odell, 2005).

Es posible encontrar neoplasias malignas metastásicas en huesos maxilares, donde los sitios primarios más comunes que dan metástasis en la mandíbula son, en orden decreciente: mama, riñón, pulmón, próstata, tiroides y colon y tejido blando intraoral y en el maxilar superior y seno maxilar son de origen renal. Las metástasis en tejido blando intraoral son más raras que las metástasis en hueso afectando con más frecuencia a la encía (55% de los casos) siendo los sitios primarios más comunes en hombres el pulmón (un tercio de los casos), riñón y piel, y en mujeres el cáncer de mama (Odell, 2005).

SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN TNM

El sistema de clasificación TNM (tumor-nódulo-metástasis) corresponde a un sistema de clasificación anatómica que describe la extensión anatómica del tumor primario, así como también el compromiso de nódulos linfáticos regionales y la metástasis a distancia. (Patel y Shah, 2005)

Este sistema de clasificación fue desarrollado por primera vez por el profesor Pierre Denoix en la década de 1940. La Unión Internacional Contra el Cáncer adaptó este sistema y creó la primera edición del sistema de clasificación TNM en 1968 para 23 sitios del cuerpo y durante los últimos 50 años los avances en diagnóstico, tratamiento y entendimiento del pronóstico del cáncer ha derivado en cambios en él. (Patel y Shah, 2005; UICC, 2007)

La clasificación del TNM es fundamentalmente anatómica y se basa en la valoración de tres componentes: T es la extensión del tumor primario; N corresponde a la presencia o ausencia y extensión de la metástasis a los nódulos linfáticos regionales y por último M que es la presencia o ausencia de metástasis a distancia (Murphy et al, 1996).

La mayoría de los cánceres mucosos de cabeza y cuello corresponden a carcinomas escamocelulares, por lo tanto la clasificación de TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer y el Comité Conjunto Estadounidense sobre Cáncer para la mayoría de los sitios anatómicos mucosos está diseñada para carcinoma escamocelular y cánceres de glándulas salivares menores. (Patel y Shah, 2005).

La última edición corresponde a la sexta y fue publicada el año 2002, en esta edición se incorporaron cambios para el estadio de los tumores de cabeza y cuello. El estadio IV se modificó ya que incorporaba un amplio espectro de pacientes con diferente comportamiento biológico y clínico, ahora los pacientes con posibilidades de resección quirúrgica (IVA) están separados de los imposibilitados de tratamiento quirúrgico (IVB). Además la descripción de tamaño (T) se unificó para todos los sitios anatómicos (cavidad oral, orofaringe, glándulas salivales y tiroides) (Patel y Shah, 2005; UICC, 2007).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la distribución y frecuencia de las neoplasias malignas en labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores en la Región de Valparaíso, Chile, entre los años 1995 y 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Ordenar según frecuencia los tipos histológicos de las neoplasias malignas encontradas.
- 2.- Determinar el sexo, la edad y el sitio anatómico más frecuentes para cada tipo histológico.
- 3.- Establecer el estadio clínico mas frecuente al momento del diagnostico para cada tipo histológico.
- 4.- Establecer para cada tipo histológico el o los tratamientos mas frecuentes.
- 5.- Establecer el tratamiento para cada estadio clínico, según sitio anatómico, de la neoplasia maligna más frecuente encontrada.
- 6.- Describir la sobrevida de los pacientes que tengan la neoplasia maligna más frecuente encontrada a partir de la fecha de su diagnóstico.
- 7.- Determinar la frecuencia de segundos primarios, recurrencias y metástasis a distancia.
- 8.- Determinar frecuencia de las metástasis en labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores provenientes de otros sitios del organismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la presente investigación corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo.

La población que se estudió fueron los pacientes atendidos en hospitales de la región de Valparaíso, que fueron diagnosticados con neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores, entre los años 1995 y 2005. Debido a que no se pudo tener acceso a los registros clínicos e histopatológicos de los pacientes de todas las instituciones de la región, la población se limitó a los registros que poseen el Instituto Oncológico de Viña del Mar, el Hospital Carlos Van Buren (hospital base del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio) y el Hospital Gustavo Fricke (hospital base del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota).

La unidad de estudio en nuestra investigación fueron los registros clínicos de los pacientes con neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores entre enero de 1995 y diciembre de 2005.

En los casos de los hospitales base, debido a la inexistencia de un sistema de categorización adecuado de las fichas clínicas, que impidió obtener un listado de los pacientes afectados por las patologías en estudio, se recurrió a los departamentos de anatomía patológica para revisar todos los informes de biopsia de dichos hospitales entre los años 1995 y 2005. Recuperados los datos de identificación y diagnóstico de los pacientes se elaboró un listado para tener acceso a la información contenida en las fichas clínicas de cada uno.

En el caso del Instituto Oncológico, éste contaba con un sistema de categorización de los registros de los pacientes por zona anatómica afectada, por lo que se revisaron todas las fichas correspondientes a la región de cabeza y cuello, descartando aquellas que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Se incluyeron todas las fichas de pacientes diagnosticados con neoplasias malignas en labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores, entendiéndose por esto tumores primarios, segundos primarios, metástasis de primarios conocidos o desconocidos y recurrencias; excluyendo todos aquellos registros donde no se pudo obtener el diagnóstico histopatológico desde ningún documento oficial. Se excluyeron también aquellos registros donde no existieron datos de identificación del paciente como edad, fecha de nacimiento, RUN; además aquellos que presentaban información contradictoria, confundente y/o ilegible. A su vez no se consideraron neoplasias malignas cuyo origen fueran en regiones distintas de las descritas, pero que infiltraron a éstas.

En total se encontraron 400 registros clínicos de pacientes con neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores, de los cuales 300 cumplieron con los criterios de inclusión, siendo éste el universo ($n = 300$) sobre el cual se analizaron las variables.

Las variables estudiadas en nuestra investigación fueron: edad, sexo, topografía (sitio anatómico), morfología (tipo histológico), tipo de tratamiento al que haya sido sometido el paciente, naturaleza del tumor, estadio clínico y sobrevida. Todas fueron registradas en una base de datos creada en Microsoft Excel 10.0®.

EDAD

Esta variable corresponde a la edad del paciente, en el momento que se le diagnosticó la neoplasia maligna. Para esto fue necesario obtener la fecha de nacimiento y fecha de diagnóstico, o edad en su defecto.

SEXO

El nombre describe claramente esta variable, cuyas categorías son: femenino o masculino.

TOPOGRAFÍA

Esta variable corresponde al sitio anatómico donde se encuentra ubicada la neoplasia maligna. Para su registro se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O), tercera edición (OPS, 2003). El código para cada sitio anatómico se registra en el anexo 1.

En este caso, los sitios anatómicos estarán agrupados. Las categorías de esta variable son: labio; base lengua; otras partes y no especificadas de la lengua; encía; piso de la boca; paladar; otras partes y no especificadas de la boca; glándula parótida; otras glándulas salivales mayores y las no especificadas; amígdala; orofaringe; otros sitios y los mal definidos del labio, la cavidad bucal y la faringe; huesos del cráneo y de la cara, y articulaciones; mandíbula. En la gran mayoría de estos grupos, es de interés estudiar algunas subcategorías, las cuales se señalan a continuación:

- Labio: labio superior, cara externa; labio inferior, cara externa; mucosa del labio superior; mucosa del labio inferior; mucosa del labio, SAI; labio SAI y piel del labio SAI.
- Otras partes y no especificadas de la lengua: borde de la lengua, cara ventral de la lengua SAI, dos tercios anteriores de la lengua y lengua SAI.
- Encía: encía superior, encía inferior y SAI.
- Piso de la boca: lesión de sitios contiguos del piso de la boca y piso de la boca, SAI.
- Paladar: paladar duro, paladar blando, SAI; lesión de sitios contiguos del paladar y paladar, SAI.
- Otras partes y no especificadas de la boca: área retromolar.
- Glándula Parótida.
- Otras glándulas salivales mayores y las no especificadas: glándula submaxilar y glándula sublingual.
- Amígdala: lesión de sitios contiguos a la amígdala y amígdala SAI
- Orofaringe: lesión de sitios contiguos a la orofaringe y orofaringe SAI

MORFOLOGÍA

Esta variable corresponde al tipo histológico. Para su registro se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O), tercera edición (OPS, 2003). El código del diagnóstico histológico se incluye en el anexo 2.

Algunas categorías de esta variable se agrupan, considerándolas como una sola identidad histológica, las que corresponden a: carcinoma de células escamosas, carcinoma de células basales, melanoma, osteosarcoma, carcinoma de glándulas salivales y linfoma no Hodgkin. Las subcategorías de cada uno de estos grupos se detallan en el anexo 2. Las categorías que no se encuentran agrupadas corresponden al resto de los tipos histológicos, los cuales también se encuentran especificados en el anexo 2.

TRATAMIENTO

Los tratamientos que fueron considerados son cirugía, quimioterapia y radioterapia. Cabe señalar, que un paciente puede recibir más de un tratamiento, o también puede estar imposibilitado de recibir tratamiento alguno.

NATURALEZA DEL TUMOR

Corresponde a tumor primario, segundo primario, recurrencia o metástasis.

ESTADIO CLÍNICO

Esta variable está determinada por el TNM que describe el tamaño del tumor primario (T), el compromiso de nódulos linfáticos regionales (N) y la metástasis a distancia (M), y sus categorías son: estadio 0, estadio I, estadio II, estadio III y estadio IV, las cuales son excluyentes.

Para esta variable se usó la clasificación TNM clínica de tumores malignos de la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), 4ª edición (Murphy, 1996).

Si el estadio no estaba registrado en la ficha clínica, se creaba utilizando los datos del TNM. Si estos datos no existían o eran confusos se tabulaba como no registrado.

SOBREVIDA

Esta variable, expresada en meses, se calculó a partir de la fecha de diagnóstico y la fecha de defunción (considerada hasta el 10 de mayo de 2007), siempre y cuando la causa de muerte sea una de las neoplasias en estudio.

Debido a que los pacientes podían fallecer por causas diferentes a las neoplasias en estudio, se consideraron otras causas de muerte, las cuales no fueron incluidas en la variable de sobrevida y correspondieron a:

- Causas cardiovasculares
- Causas respiratorias
- Cánceres de otros sitios anatómicos
- Otras causas

Para el análisis de los datos se utilizó el software Stata 9.0, de StataCorp LP.

RESULTADOS

DETERMINACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN LABIO, CAVIDAD BUCAL, OROFARINGE, HUESOS MAXILARES Y GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES

De los 300 pacientes con neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores entre los años 1995 a 2005, obtenidos de los tres centros de salud, se recopilaron 322 registros clínicos incluyendo tumores primarios, segundos primarios, recurrencias y metástasis. El análisis de los datos para responder a los primeros seis objetivos específicos se efectuará sobre 316 casos, pues no se considerarán los casos con metástasis, ya que su estudio se realizará en los dos objetivos específicos finales.

Tabla I. Distribución de las neoplasias malignas encontradas en 316 registros (tumores primarios, segundos primarios y recurrencias) de labio, cavidad bucal, orofaringe, glándulas salivales mayores y huesos maxilares y sus tipos histológicos más frecuentes.

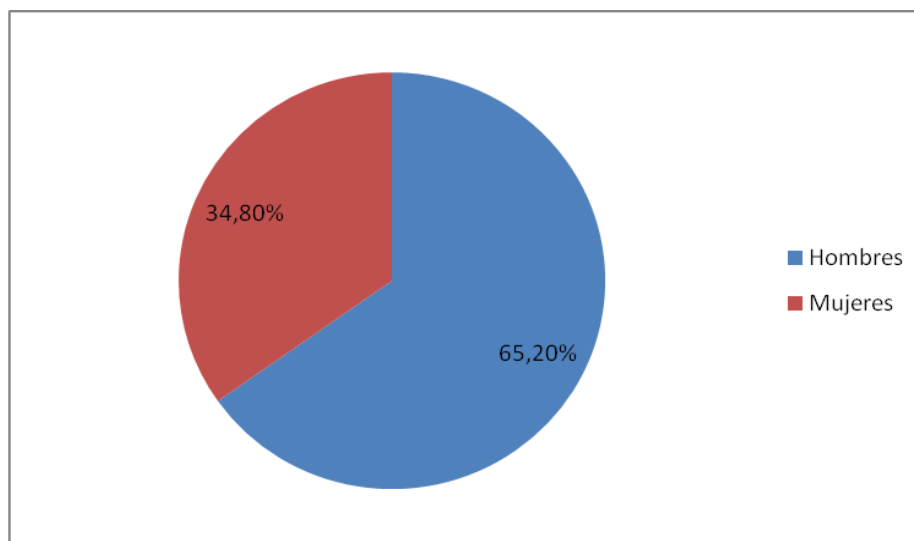
Sitios anatómicos	Cantidad de casos	%	Tipo histológico			
			CCE	LNH	CGS	Otros
Labio	33	10,4	27	-	-	6
Cavidad bucal	96	30,4	70	3	12	11
Orofaringe	129	40,9	100	21	2	6
Glándulas salivales mayores	55	17,4	5	10	31	9
Huesos maxilares	3	0,9	-	-	1	2
TOTAL	316	100	202	34	46	34

[CCE = Carcinoma de células escamosas, LNH = Linfoma no Hodgkin, CGS = Carcinomas de glándulas salivales, Otros = Otros tipos histológicos].

Para expresar la frecuencia, edad, sexo, sitio anatómico, estadio clínico y tratamiento de los tipos histológicos de las neoplasias encontradas, se agruparon los diagnósticos en cuatro grupos: 1. Carcinoma de células escamosas, 2. Carcinoma de glándulas salivales, 3. Linfoma no Hodgkin y 4. Otras neoplasias malignas, especificándose los subtipos histológicos de cada grupo en el anexo 3.

Para todas las neoplasias malignas, los hombres representaron la mayor proporción con un 65,2% de los 316 casos, y un 34,8% afectó a mujeres. La edad promedio de presentación fue de 62,7 años.

Gráfico I. Porcentaje de hombres y mujeres afectados por neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores.



Pese a que el **labio** en esta investigación es considerado como un sitio anatómico separado de la cavidad bucal, sólo para este objetivo específico se estimó necesario calcular el porcentaje que representa dentro de la cavidad bucal y como sitio anatómico independiente. En la cavidad bucal (n=129) representa un 25,6% de todos los casos y un **10,4%** de todos los sitios anatómicos estudiados con 33 casos.

Un 78,8% de los pacientes eran hombres y un 21,2% mujeres. El promedio de edad corresponde a 67,4 años con una edad mínima de 35 años y una máxima de 88 años.

El subsitio más afectado fue el bermellón del labio inferior con un 51,5% de los casos, de éstos, los hombres representan un 88,2% y la edad promedio fue de 66,6 años.

El tipo histológico más frecuente fue el CCE con un 81,8%, seguido del carcinoma de células basales y melanoma.

Tabla II. Distribución de casos correspondientes a neoplasias malignas de labio por subsitio anatómico (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología [CIE-O] 3a. Ed.) y sus tipos histológicos correspondientes.

Subsitio anatómico del labio	Código CIE-O	Cantidad de casos (% del total)	Tipo histológico			
			CCE	LNH	CGS	Otros
Piel de labio, SAI	C44.0	8 (24,2 %)	4	-	-	4*
Labio superior, cara externa	C00.0	1 (3 %)	-	-	-	1**
Labio inferior, cara externa	C00.1	17 (51,5%)	17	-	-	-
Mucosa del labio superior	C00.3	2 (6,1 %)	1	-	-	1**
Mucosa del labio inferior	C00.4	5 (15,2 %)	5	-	-	-
TOTAL		33 (100 %)	27	-	-	6

[CCE = Carcinoma de células escamosas, LNH = Linfoma no Hodgkin, CGS = Carcinomas de glándulas salivales, Otros = Otras neoplasias malignas; SAI = Del latín *Sine alter indicatio*, que significa “sin otra indicación”].

* Carcinoma de células basales. ** Melanoma.

La **cavidad bucal** propiamente tal representa un **30,4%** del total con 96 casos. Los hombres se vieron afectados en un 56,3% y las mujeres un 43,7%. El promedio de edad fue 63,8 años, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 93 años.

El subsitio más afectado corresponde a los dos tercios anteriores de la lengua, SAI con 18,8% de todos los casos de cavidad bucal, de éstos, los hombres representan un tercio y las mujeres los dos tercios restantes. La edad promedio fue de 67,3 años.

El tipo histológico más común fue el CCE en un 72,9%, seguido de carcinomas de glándulas salivales.

Tabla III. Distribución de casos correspondientes a neoplasias malignas de cavidad bucal por subsitio anatómico (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología [CIE-O] 3a. Ed.) y sus tipos histológicos correspondientes.

Sitio anatómico	Subsitio anatómico	Código CIE-O	Cantidad de casos (% del total)	Tipo histológico			
				CCE	LNH	CGS	Otros
C02 Otras partes y las no especificadas de la lengua (n=33)	Borde de la lengua	C02.1	11 (11,5 %)	11	-	-	-
	Cara ventral de la lengua, SAI	C02.2	2 (2,1 %)	2	-	-	-
	2/3 anteriores de la lengua	C02.3	18 (18,8%)	16	-	-	2
	Lengua, SAI	C02.9	2 (2,1 %)	2	-	-	-
C03 Encía (n=14)	Encía superior	C03.0	4 (4,2 %)	3	-	-	1
	Encía inferior	C03.1	4 (4,2 %)	4	-	-	-
	Encía, SAI	C03.9	6 (6,3 %)	2	-	-	4
C04 Piso de boca (n=13)	Lesión de sitios contiguos del piso de boca	C04.8	1 (1 %)	1	-	-	-
	Piso de boca, SAI	C04.9	12 (12,5 %)	11	-	1	-
C05 Paladar (n=25)	Paladar duro	C05.0	13 (13,5 %)	5	1	5	2
	Lesión de sitios contiguos del paladar	C05.8	3 (3,1 %)	3	-	-	-
	Paladar, SAI	C05.9	9 (9,3 %)	2	2	5	-
C06 Otras partes y las no especificadas de la boca (n=11)	Mucosa de la mejilla	C06.0	1 (1 %)	-	-	1	-
	Área retromolar	C06.2	7 (7,3 %)	7	-	-	-
	Lesión de sitios contiguos y partes no especificadas de la boca	C06.8	3 (3,1 %)	1	-	-	2
TOTAL			96 (100%)	70	3	12	11

[CCE = Carcinoma de células escamosas, LNH = Linfoma no Hodgkin, CGS = Carcinomas de glándulas salivales, Otros = Otras neoplasias malignas].

En la **orofaringe** se encontraron 129 casos, constituyendo el **40,9%** del total. Los hombres representan el 73,6% y las mujeres 26,4%. El promedio de edad fue de 62,3 años, con una edad mínima de 4 años y una máxima de 85 años.

El 38,8% se desarrollo en amígdala, SAI, afectando a los hombres en un 64% y a las mujeres en un 36%. El promedio de edad fue 61,6 años.

El tipo histológico más frecuente con un 77,5% fue el CCE, seguido de LNH.

Tabla IV. Distribución de casos correspondientes a neoplasias malignas de Orofaringe por subsitio anatómico (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología [CIE-O] 3a. Ed.) y sus tipos histológicos correspondientes.

Sitio anatómico	Subsitio anatómico de la orofaringe	Código CIE-O	Cantidad de casos	Tipo histológico			
				CCE	LNH	CGS	Otros
C01 Base de lengua (n=34)	Base de lengua, SAI	C01.9	34 (26,4%)	30	2	-	2
C05 Paladar (n=14)	Paladar blando, SAI	C05.1	12 (9,3%)	9	-	2	1
	Úvula	C05.2	2 (1,6%)	2	-	-	-
C09 Amígdala (n=53)	Fosa amigdalina	C09.0	2 (1,6%)	2	-	-	-
	Lesión de sitios contiguos de la amígdala	C09.8	1 (0,7%)	1	-	-	-
	Amígdala, SAI	C09.9	50 (38,8%)	31	17	-	2
C10 Orofaringe (n=28)	Cara anterior de la epiglotis	C10.1	1 (0,7%)	1	-	-	-
	Pared posterior de la orofaringe	C10.3	3 (2,3%)	2	-	-	1
	Lesión de sitios contiguos de la orofaringe	C10.8	17 (13,2%)	17	-	-	-
	Orofaringe, SAI	C10.9	6 (4,7%)	5	1	-	-
C14 Otros Sitios* (n=1)	Anillo de Waldeyer	C14.2	1 (0,7%)	-	1	-	-
TOTAL			129 (100%)	100	21	2	6

[CCE = Carcinoma de células escamosas, LNH = Linfoma no Hodgkin, CGS = Carcinomas de glándulas salivales, Otros = Otras neoplasias malignas]. *Otros sitios y los mal definidos del labio, la cavidad bucal y la faringe.

Tres casos se desarrollaron en los **huesos maxilares** lo que equivale a un **0.9%** del total. El promedio de edad fue 58,3 años. Se encontraron dos casos en el maxilar superior, uno en un hombre y uno en una mujer. El único caso que afectó a la mandíbula correspondió a una mujer.

El tipo histológico más frecuente fue osteosarcoma.

Tabla V. Distribución de casos correspondientes a neoplasias malignas de huesos maxilares por subsitio anatómico (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología [CIE-O] 3a. Ed.) y sus tipos histológicos correspondientes.

Subsitio anatómico de huesos maxilares	Código CIE-O	Cantidad de casos	Tipo histológico			
			CCE	LNH	CGS	Otros
Maxilar superior	C41.0	2 (66,7%)	-	-	1	1
Mandíbula	C41.1	1 (33,3%)	-	-	-	1
TOTAL		3 (100%)	-	-	1	2

[CCE = Carcinoma de células escamosas, LNH = Linfoma no Hodgkin, CGS = Carcinomas de glándulas salivales, Otros = Otras neoplasias malignas]

Las **glándulas salivales mayores** corresponden al **17,4%** con 55 casos. El 52,7% afectó a los hombres y el 47,3% a las mujeres. El promedio de edad fue de 61,9 años, con una edad mínima de 25 años y una máxima de 87 años.

La glándula más afectada fue la parótida con un 72,7% de los casos, de los cuales un 52,5% eran hombres y un 47,5% mujeres. El promedio de edad para este subsitio fue de 62,1 años. El segundo lugar es ocupado por la glándula submaxilar con el 27,3%, sin encontrar neoplasias malignas en la glándula sublingual. El grupo histológico más frecuente fue el de carcinomas de glándulas salivales con un 56,7%.

Tabla VI. Distribución de casos correspondientes a neoplasias malignas de glándulas salivales mayores por subsitio anatómico (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología [CIE-O] 3a. Ed.) y sus tipos histológicos correspondientes.

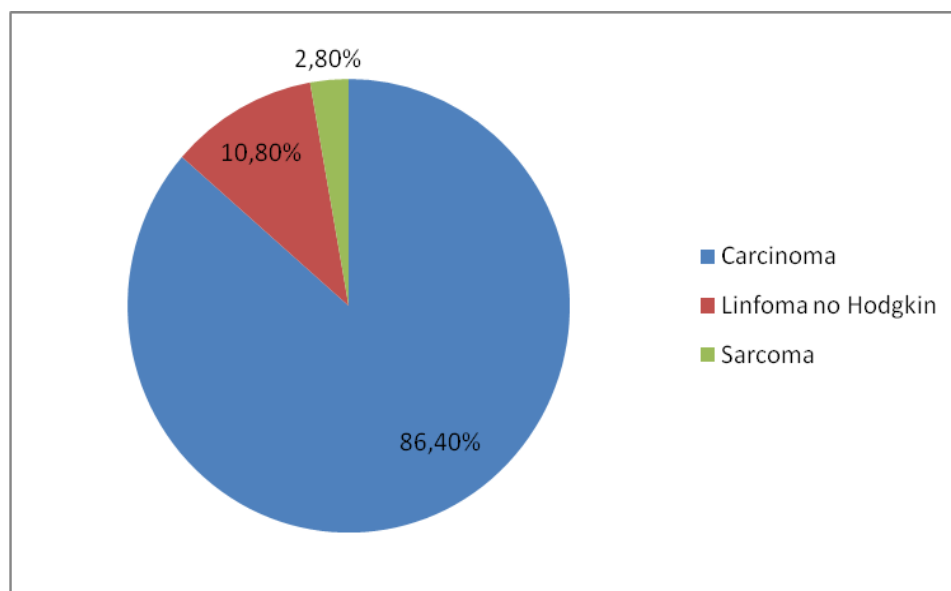
Subsitio anatómico de glándulas salivales mayores	Código CIE-O	Cantidad de casos	Tipo histológico			
			CCE	LNH	CGS	Otros
Glándula submaxilar	C08.0	40 (72,7%)	3	9	21	7
Glándula sublingual	C08.1	15 (27,3%)	2	1	10	2
TOTAL		55 (100%)	5	10	31	9

[CCE = Carcinoma de células escamosas, LNH = Linfoma no Hodgkin, CGS = Carcinomas de glándulas salivales, Otros = Otras neoplasias malignas].

DETERMINACIÓN DE LA FRECUENCIA, SEXO, EDAD, SITIO ANATÓMICO, ESTADIO CLÍNICO Y TRATAMIENTO DE LOS TIPOS HISTOLÓGICOS DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS ENCONTRADAS

Al analizar la morfología de las neoplasias malignas encontradas, los carcinomas representan el 86,4%, los sarcomas el 2,8% y los linfomas no Hodgkin el 10,8%.

Gráfico II. Morfología de las neoplasias malignas encontradas.



Entre los carcinomas el CCE fue el más frecuente, con un 74%; en los sarcomas el histiocitoma fibroso maligno representó un 55,6% y para los linfomas no Hodgkin, el linfoma de células B grandes, difuso fue el más común con el 41,2%.

Al ordenar los tipos histológicos según frecuencia, el **carcinoma de células escamosas** corresponde a un **63,8%** del total con 202 casos; el segundo lugar está ocupado por el grupo de carcinomas de glándulas salivales con 14,5% (46 casos); el grupo de Otras neoplasias malignas y el grupo de linfomas no Hodgkin se ubican en la tercera posición con un 10,8% (34 casos) cada uno. Las frecuencias dentro de los grupos se observan en el anexo 3.

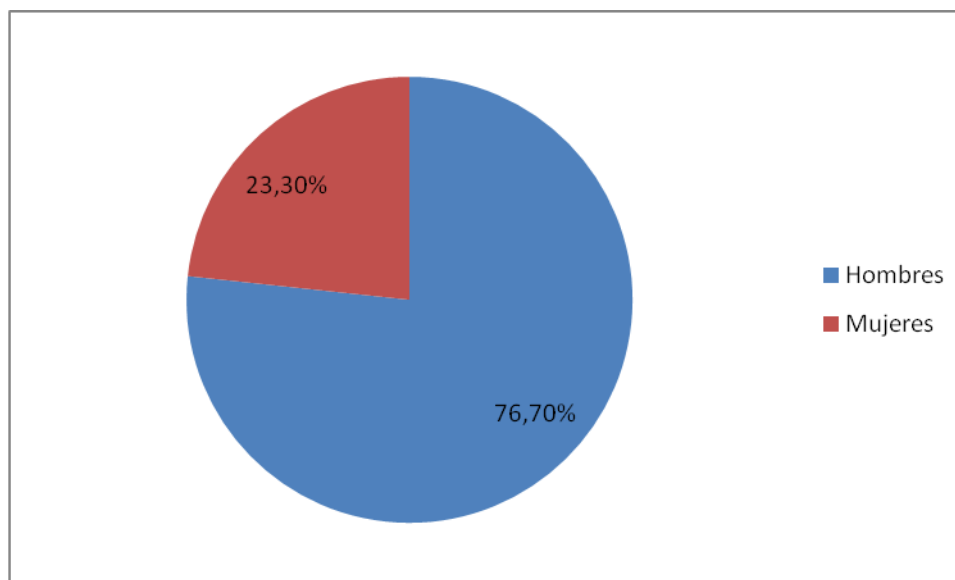
Tabla VII. Frecuencia de tipos histológicos encontrados en el total de los registros clínicos de neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores entre los años 1995 y 2005 en la región de Valparaíso, Chile.

Tipo Histológico	Frecuencia	%
Carcinoma de células escamosas	202	63,8
Carcinomas de glándulas salivales	46	14,6
Linfoma no Hodgkin	34	10,8
Otras neoplasias malignas	34	10,8
TOTAL	316	100

Carcinoma de células escamosas

De los 202 pacientes, los hombres fueron afectados en un porcentaje de 76,7% y las mujeres en un 23,3%.

Gráfico III. Porcentaje de hombres y mujeres afectados por carcinoma de células escamosas.



La **edad** promedio fue de 64,4 años con una desviación estándar (DS) de 11,85. La edad mínima fue de 5 años y la máxima de 92 años, siendo el intervalo más afectado fue entre 64 y 72 años con el 34,2% de los casos.

En relación a los **sitios anatómicos**, la mayor cantidad de registros en orden decreciente se encontró en amígdala con un 16,8%, otras partes y las no especificadas de la lengua (15,3%), base de lengua (14,9%) y labio (13,4%).

Para la amígdala el subsitio más común fue amígdala, SAI con un 91,2%; para las otras partes y las no especificadas de la lengua, el sitio más común fue los dos tercios anteriores de la lengua, SAI (51,6%), seguido por borde de lengua (35,5%). Para labio, el bermellón del labio inferior fue el más afectado con un 63% de los casos (Ver tablas I a VI)

Respecto al **estadio clínico**, 45 de los 202 pacientes no tenían registro de esta variable lo que corresponde al 22,3% del total. De los 157 pacientes con estadio clínico registrado al momento del diagnóstico, un 40,6% tenía estadio IV, un 21,8% presentaba estadio III, un 8,9% con estadio II y finalmente con estadio I un 6,4%

En relación al tratamiento, de los 202 pacientes, seis no registraban tratamiento que corresponde a un 3%, quedando 196 casos sobre los cuales se analizó esta variable.

Quince pacientes estuvieron imposibilitados de recibir tratamiento curativo (cirugía, radioterapia, quimioterapia o sus combinaciones), lo que equivale a un 7,4%, y dos pacientes fallecieron antes de iniciar el tratamiento. De los 179 pacientes restantes que si obtuvieron tratamiento un 32,4% recibió un solo tipo de tratamiento (58 casos) y de estos el quirúrgico fue el más frecuente con un 62,1%, seguido de radioterapia con un 36,2% y por último quimioterapia con un 1,7%. Un 67,6% (121 casos) recibió tratamiento combinado, siendo radioterapia más quimioterapia la asociación más frecuente con un 45,5%, seguida de cirugía más radioterapia con un 29,8%.

Tabla VIII. Cantidad de registros por combinación de tratamientos para pacientes con carcinoma de células escamosas.

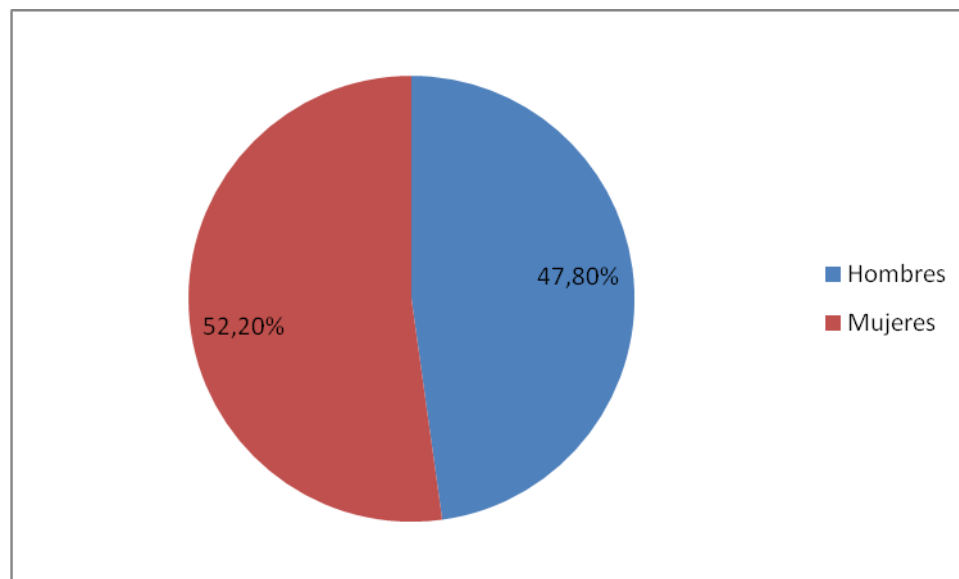
Cirugía	QT RT	Imposibilidad			No			Sí		
		Imp.	No	Sí	Imp.	No	Sí	Imp.	No	Sí
Imposibilidad		15								
No					2	21			1	55
Sí					36	36			2	28

[QT = Quimioterapia; RT = Radioterapia; Imp. = Imposibilidad]

Carcinoma de glándulas salivales

Se registraron 46 pacientes con este grupo de neoplasias malignas, de los cuales un 47,8% afectó a los hombres y un 52,2% a las mujeres.

Gráfico IV. Porcentaje de hombres y mujeres afectados por carcinomas de glándulas salivales mayores.



La edad promedio fue de 58.3 años con una DS de 16,2, una edad mínima de 20 años y una edad máxima 86 años y los intervalos más afectados son entre 49 y 57 años y entre 58 y 67 años con 24 casos (12 casos cada uno).

En relación a los sitios anatómicos, se realizó una subdivisión en glándulas salivales mayores y menores. La mayor cantidad de casos se registró en las glándulas salivales mayores con un 67,4% de los cuales la glándula parótida (21 casos) es la más afectada con un 45,7% (21 casos), seguida de la glándula submandibular con un 21,7 % (10 casos).

Las glándulas salivales menores corresponden al 30,4% (14 casos). De los cuales un 71,4% estaba ubicado en paladar, encontrando la misma cantidad de casos en paladar duro y paladar, SAI. (Ver tablas III, IV y VI)

Para los tipos histológicos se utilizó la misma subdivisión. En las glándulas salivales mayores el adenocarcinoma representó un 29% (9 casos), seguido del CAQ con un 19,4% (6 casos), el tercer lugar lo ocupan el carcinoma de células acínicas, el carcinoma ex adenoma pleomorfo y el CME con un 16,1% (5 casos) cada uno. En las glándulas salivales menores el tipo histológico más común fue el CAQ con un 50% (7 casos), seguido del APBG con un 28,6% (4 casos) y el tercer carcinoma más frecuente fue el CME con un 14,3% (2 casos).

Tabla IX. Frecuencia de casos correspondientes al grupo carcinomas de glándulas salivales y sus tipos histológicos correspondientes.

Tipo histológico	Cantidad de casos	Porcentaje del total
Carcinoma adenoide quístico	14	30,4%
Adenocarcinoma	10	21,7%
Carcinoma mucoepidermoide	7	15,2%
Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado	5	10,9%
Carcinoma de células acínicas	5	10,9%
Carcinoma ex adenoma pleomórfico	5	10,9%
Total	46	100%

De los 46 pacientes 14 no tenían registro del estadio clínico (30,4%). De los 32 pacientes restantes, al momento del diagnóstico, un 53,1% presentaba estadio IV (17 casos); un 18,8% estadio III (6 casos); un 12,5% estadio II (4 casos) y un 15,6% estadio I.

Respecto al tratamiento, tres pacientes no tenían registro de tratamiento. De los 43 pacientes restantes, 42 recibieron tratamiento curativo, ya que un paciente estuvo imposibilitado de recibir terapia alguna. Un 28,6% (12 casos) recibió un solo tipo de tratamiento, siendo la cirugía la más frecuente con un 58,3%, seguida de radioterapia con un 41,7%, sin existir quimioterapia como tratamiento único. Un 71,4% recibió terapia combinada siendo la asociación cirugía y radioterapia la más frecuente con un 90%, seguida de la combinación cirugía, radioterapia y quimioterapia con un 6,7% (2 casos).

Tabla X. Cantidad de registros por combinación de tratamientos para pacientes con carcinomas de glándulas salivales.

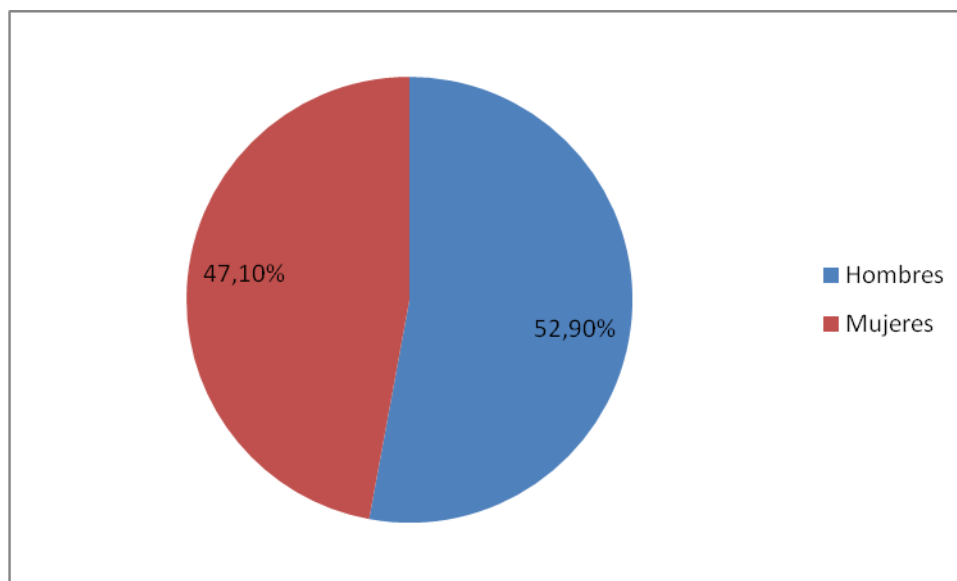
Cirugía	QT RT	Imposibilidad			No			Sí		
		Imp.	No	Sí	Imp.	No	Sí	Imp.	No	Sí
Imposibilidad		1								
No							5			1
Sí					7		27			2

(QT = Quimioterapia; RT = Radioterapia; Imp. = Imposibilidad)

Linfoma no Hodgkin

De los 34 pacientes, 18 casos se produjeron en hombres (52,9%) y 16 en mujeres (47,1 %).

Gráfico V. Porcentaje de hombres y mujeres afectados por linfoma no Hodgkin



La edad promedio fue de 59,7 años con una DS de 18,98. La edad mínima registrada fue de 4 años y la máxima 87 años, siendo el intervalo más afectado entre 63 y 74 años con un 29,4% de los casos.

El sitio anatómico más frecuente fue amígdala con un 50% de los casos, todos ellos ubicados en amígdala, SAI. El segundo lugar lo ocupó la glándula parótida con un 26,4 %. (Ver tabla III, IV y VI)

El tipo histológico más frecuente fue el linfoma de células B grandes difuso, SAI con un 41,2% (14 casos), seguido del linfoma linfocítico de células B pequeñas, SAI con un 29,4% (10 casos).

Tabla XI. Frecuencia de casos correspondientes al grupo linfoma no Hodgkin y sus tipos histológicos correspondientes.

Tipo histológico	Cantidad de casos	Porcentaje del total
Linfoma maligno, células B grandes, difuso, SAI	14	41,2%
Linfoma maligno, linfocítico, células B pequeñas, SAI	10	29,4%
Linfoma maligno, linfoplasmocítico	2	6%
Linfoma de Burkitt, SAI	2	6%
Linfoma folicular, grado 2	1	2,9%
Linfoma maligno, células pequeñas y grandes mezcladas difuso	1	2,9%
Linfoma folicular, grado 1	1	2,9%
Linfoma de células T maduras, SAI	1	2,9%
Linfoma folicular, SAI	1	2,9%
Plasmocitoma	1	2,9%
Total	34	100%

En relación al estadio clínico, no se pudo obtener esta información, ya que las fichas clínicas no contaban con un registro exacto de esta variable.

Respecto al tratamiento, de los 34 pacientes, tres (8,8%) no recibieron tratamiento, un caso registraba resolución espontánea, otro falleció antes de recibir tratamiento y el tercer paciente rechazó el tratamiento. Sobre los 31 registros restantes se analizó esta variable. Un 36,7% recibió un solo tipo de tratamiento (12 casos) y de éstos la quimioterapia y la radioterapia fueron las más frecuentes con un 41,7% cada una, seguidas de cirugía con un 16,6%. El 61,2% de los pacientes (19 casos) recibió más de un tratamiento, destacándose la asociación radioterapia más cirugía con un 36,8%, seguida de cirugía más quimioterapia y la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia, ambas con un 26,3%.

Tabla XII. Cantidad de registros por combinación de tratamientos para pacientes con linfoma no Hodgkin.

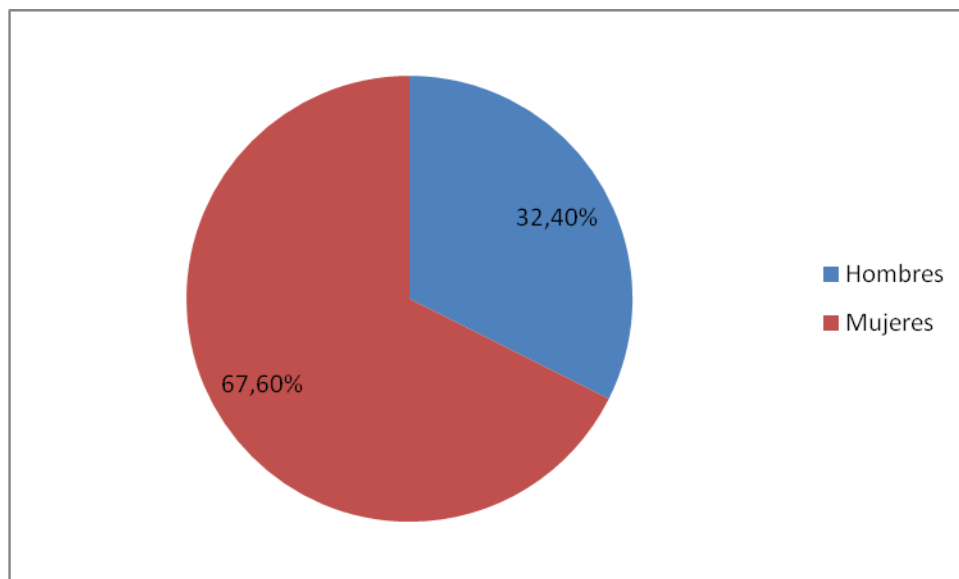
Cirugía	QT RT	No		Sí	
		No	Sí	No	Sí
No		3	5	5	2
Sí		2	7	5	5

[QT = Quimioterapia; RT = Radioterapia]

Otras neoplasias malignas

Un total de 34 pacientes presentaron neoplasias malignas de distintos tipos histológicos, que debido a su bajo número forma individual fueron agrupadas (ver tabla XIII). De estos 34 pacientes, los hombres fueron afectados en un 32,4% y las mujeres en un 67,6%.

Gráfico VI. Porcentaje de hombres y mujeres afectados por otras neoplasias malignas



La **edad** promedio para este grupo fue de 63 años, con una DS de 19,11. La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 87 años, siendo los intervalos más afectados entre 68 y 77 años y entre 78 y 87 años con el 26,5% (9 casos) cada uno.

Los **tipos histológicos** más comunes correspondieron a carcinoma verrucoso, histiocitoma fibroso maligno y melanoma, representando cada uno un 14,8%; les siguieron en frecuencia el carcinoma de células basales* y el carcinoma indiferenciado con un 11,8% cada uno.

Tabla XIII. Frecuencia de casos correspondientes al grupo otras neoplasias malignas y sus tipos histológicos correspondientes.

Tipo histológico	Cantidad de casos	Porcentaje del total
Carcinoma verrucoso, SAI	5	14,8%
Histiocitoma fibroso maligno	5	14,8%
Carcinoma indiferenciado, SAI	4	11,8%
Carcinoma pseudosarcomatoso	3	8,9%
Melanoma maligno	3	8,9%
Carcinoma de células basales, SAI*	2	5,9%
Carcinoma infiltrante de células basales, SAI*	2	5,9%
Carcinoma in situ	1	2,9%
Carcinoma anaplásico, SAI	1	2,9%
Carcinoma de células escamosas papilares	1	2,9%
Carcinoma basoescamoso	1	2,9%
Sarcoma de Ewing	1	2,9%
Sarcoma sinovial, SAI	1	2,9%
Melanoma amelanótico	1	2,9%
Melanoma maligno del lentigo	1	2,9%
Osteosarcoma	1	2,9%
Osteosarcoma condroblástico	1	2,9%
Total	34	100%

En relación a los **sitios anatómicos**, la mayor cantidad de registros en orden decreciente se encontró en la glándula parótida con 7 casos lo que equivale a un 20,6%, seguida de piel de labio (11,4%), encía, SAI (11,4%), y paladar duro (5,8%).

Debido al escaso número de casos para cada tipo histológico y que más de la mitad de los casos (54,3%) no contaba con estadio clínico registrado, esta variable no fue analizada.

De los 34 pacientes, en un caso no se registró el tratamiento, de los 33 restantes uno no aceptó el tratamiento propuesto y dos pacientes estaban imposibilitados de recibir terapia curativa. De los 30 casos restantes a un 46,7% se le administró un solo tratamiento (14 casos) donde la cirugía fue la terapia más frecuente con un 64,3%, seguida de radioterapia con un 28,6 y quimioterapia con un 7,1%. La asociación de tratamientos se realizó a un 53,3% de los pacientes (16 casos), siendo cirugía más radioterapia la combinación más frecuente con el 50%, seguida de la combinación cirugía, radioterapia y quimioterapia con un 31,3%.

Tabla XIV. Cantidad de registros por combinación de tratamientos para pacientes con otras neoplasias malignas.

Cirugía	QT RT	Imposibilidad			No			Sí		
		Imp.	No	Sí	Imp.	No	Sí	Imp.	No	Sí
Imposibilidad		2								
No					1	4		1	3	
Sí					9	8			5	

[QT = Quimioterapia; RT = Radioterapia; Imp. = Imposibilidad]

ESTABLECIMIENTO DEL TRATAMIENTO PARA CADA ESTADIO CLÍNICO SEGÚN SITIO ANATÓMICO DE LA NEOPLASIA MÁS FRECUENTE.

Debido a que el CCE fue la neoplasia maligna más frecuente, se analizó para cada estadio clínico de los sitios anatómicos con mayor número de casos (labio, cavidad bucal y orofaringe) el o los tratamientos más comúnmente usados.

Tabla XV. Tratamientos realizados según sitios anatómicos para los casos de carcinoma de células escamosas. [n (%)]

Sitio	Labio	Cavidad bucal	Orofaringe	GSM	HM
Tratamiento					
CIR	22 (81,5%)	7 (10%)	7 (7%)	-	-
RT	-	5 (7,1%)	17 (17%)	1 (20%)	-
QT	-	-	1 (1%)	-	-
CIR+RT	3 (11,1%)	24 (34,3%)	4 (4%)	3 (60%)	-
CIR+QT	-	2 (2,9%)	-	-	-
RT+QT	-	17 (24,3%)	39 (39%)	-	-
CIR+QT+RT	-	8 (11,4%)	18 (18%)	1 (20%)	-
Imposibilitado	2 (7,4%)	4 (5,7%)	9 (9%)	-	-
No registrado	-	3 (4,3%)	5 (5%)	-	-

[CIR= Cirugía; RT= Radioterapia; QT= Quimioterapia]

Para el **labio**, 11 pacientes no registraban estadio clínico, por lo tanto, los 16 pacientes restantes fueron analizados. El 43,8% presentó estadio I al momento del diagnóstico y el tratamiento más común fue cirugía como terapia única con un 100%, ya que coincide que todos los pacientes con estadio I sólo recibieron tratamiento quirúrgico.

Tabla XVI. Tratamientos realizados en los casos de carcinomas de células escamosas de labio según su estadio clínico.

	I	II	III	IV	Sin estadio
CIR	7	3	3	1	8
CIR+RT	-	-	1	1	1
Imposibilitado	-	-	-	-	2

[CIR= Cirugía; RT= Radioterapia; QT= Quimioterapia]

Para **cavidad bucal**, 12 pacientes no registraban estadio clínico. De los 58 casos restantes un 51,7% presentó estadio IV, de éstos, el tratamiento más utilizado fue la asociación radioterapia más quimioterapia con un 40%.

Tabla XVII. Tratamientos realizados en los casos de carcinomas de células escamosas de cavidad bucal según su estadio clínico.

	I	II	III	IV	Sin estadio
CIR	1	1	-	2	3
RT	-	-	3	2	-
CIR+RT	-	4	7	8	5
CIR+QT	1	-	-	-	1
RT+QT	-	2	4	12	-
CIR+QT+RT	-	1	3	3	-
Imposibilitado	-	-	1	2	1
No registrado	-	-	-	1	2

[CIR= Cirugía; RT= Radioterapia; QT= Quimioterapia]

Para **orofaringe**, 18 casos no registraban estadio clínico. De los 82 casos restantes el 61% presentaba al momento del diagnóstico estadio IV, de éstos, el tratamiento más utilizado fue la asociación radioterapia más quimioterapia con un 40%.

Tabla XVIII. Tratamientos realizados en los casos de carcinomas de células escamosas de orofaringe según su estadio clínico.

	I	II	III	IV	Sin estadio
CIR	1	2	-	2	2
RT	-	-	3	9	5
QT	-	-	1	-	-
CIR+RT	-	1	1	2	-
CIR+QT	-	-	-	1	-
RT+QT	-	1	12	20	5
CIR+QT+RT	-	1	6	8	3
Imposibilitado	1	1	-	5	2
No registrado	1	-	-	3	1

[CIR= Cirugía; RT= Radioterapia; QT= Quimioterapia]

DESCRIPCIÓN DE LA SOBREVIDA DE LA NEOPLASIA MÁS FRECUENTE.

Al considerar todas las causas de muerte, los pacientes con CCE, presentaron un sobrevida entre 15 y 16 meses. Debido a que en nuestro estudio la sobrevida fue definida como el intervalo de tiempo expresado en meses desde la fecha de diagnóstico hasta la fecha de defunción por causa del cáncer, la sobrevida promedio para estos pacientes fue entre 10 y 11 meses.

Al realizar el análisis de la sobrevida por sitio anatómico, estadio clínico y tratamiento para el CCE, sólo se consideraron labio (27 casos), cavidad bucal (70 casos) y orofaringe (100 casos), debido a que los dos sitios anatómicos restantes presentaron muy pocos casos.

Tabla XIX. Análisis de la sobrevida de los casos de carcinoma de células escamosas por sitio anatómico.

	n	Muertes	%	Promedio de Sobrevida (meses)
Labio	27	6	22,2	12,3
Cavidad bucal	70	40	57,1	10,3
Orofaringe	100	45	45	11,2
GSM	5	3	60	7,3
HM	-	-	-	-

[n=Total de pacientes con CCE; GSM = Glándulas salivales mayores; HM = Huesos maxilares]

Tabla XX. Análisis de la sobrevida de los casos de carcinoma de células escamosas por estadio clínico. [n (%)]

	I	II	III	IV	Sin estadio
Labio			2 (10,5)	1 (6,0)	3
Cavidad bucal		1 (9,0)	10 (16,8)	21 (7,5)	8
Orofaringe	1 (10,0)	1 (10,0)	5 (11,0)	30 (12,3)	8
GSM				2 (5,5)	1
HM	-	-	-	-	-

[GSM = Glándulas salivales mayores; HM = Huesos maxilares]

De los todos los pacientes con **CCE de labio** un 22,2% falleció, exhibiendo una sobrevida promedio de 12,3 meses, siendo el único caso con estadio IV el que presentó la menor sobrevida (6 meses). El tratamiento más común fue quirúrgico como única terapia (66,6%) presentando un promedio de 16,3 meses de sobrevida.

Tabla XXI. Promedio de meses de sobrevida para los pacientes con carcinoma de células escamosas de labio según tratamiento recibido. [n (ξ)].

CIR	4 (16,3)
RT	-
QT	-
CIR+RT	1 (6,0)
CIR+QT	-
RT+QT	-
CIR+QT+RT	-
Imposibilitado	1 (3,0)

[CIR= Cirugía; RT= Radioterapia; QT= Quimioterapia]

De los pacientes diagnosticados con **CCE de cavidad bucal** un 57,1% fallecieron, los cuales presentaron una sobrevida promedio de 10,3 meses. Los casos con estadio IV presentaron la menor sobrevida con un promedio de 7,5 meses. El tratamiento más frecuente fue la asociación cirugía más radioterapia (36,8%) con una sobrevida promedio de 10,6 meses.

Tabla XXII. Promedio de meses de sobrevida para los pacientes con carcinoma de células escamosas de cavidad bucal según tratamiento recibido. [n (ξ)]

CIR	3 (6,3)
RT	4 (4,3)
QT	-
CIR+RT	14 (10,6)
CIR+QT	1 (9,0)
RT+QT	8 (17,1)
CIR+QT+RT	5 (12,0)
Imposibilitado	3 (3,7)

[CIR= Cirugía; RT= Radioterapia; QT= Quimioterapia]

De los pacientes con **CCE de orofaringe** un 45% falleció y presentaron una sobrevida promedio de 11,2 meses. Los casos con estadio III mostraron la menor sobrevida con un promedio de 11 meses. El tratamiento más frecuente fue la combinación radioterapia más quimioterapia (40,5%), que presentó una sobrevida promedio de 14 meses.

Tabla XXII. Promedio de meses de sobrevida para los pacientes con carcinoma de células escamosas de orofaringe según tratamiento recibido. [n (ξ)]

CIR	1 (0)
RT	9 (10,2)
QT	1 (1,0)
CIR+RT	3 (36,0)
CIR+QT	-
RT+QT	17 (14,0)
CIR+QT+RT	4 (5,5)
Imposibilitado	7 (5,3)

[CIR= Cirugía; RT= Radioterapia; QT= Quimioterapia]

DETERMINACIÓN DE LA FRECUENCIA DE SEGUNDOS PRIMARIOS, RECURRENCIAS Y METÁSTASIS A DISTANCIA

De los 322 casos, 281 correspondieron a neoplasias primarias lo que equivale a un 87,2%. Los segundos primarios representaron un 1,5% (5 casos) y las recurrencias un 5,3% (17 casos).

Para los segundos primarios el promedio de edad fue de 70,6 años, con cuatro de los cinco casos afectando a hombres. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma de células escamosas con 4 casos. En dos casos no se encontró información sobre el tumor primario y en otros dos el tumor primario se encontraba en laringe. Al momento del diagnóstico dos pacientes presentaban metástasis a distancia.

En el caso de las recurrencias la edad promedio fue 65,6 años y un 58,8% afectó a los hombres. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma de células escamosas con 10 casos. Dos casos no presentaban información sobre el primario, de los 15 casos restantes, el intervalo de tiempo entre el diagnóstico del primario y el diagnóstico de la recurrencia fue de 21,3 meses.

En relación a las metástasis a distancia, en 64 casos no se encontraba registrada, lo que equivale a un 19,9% del total y en un 9,9% (32 casos) no pudo ser determinada al momento del diagnóstico, registrándose como Mx.

De los 226 casos restantes, donde sí había datos, sólo 17 presentaron metástasis a distancia lo que corresponde a un 7,5%. Trece pacientes (76,4%) registraban metástasis al momento del diagnóstico y a cuatro pacientes (23,6%) se les diagnosticó en forma posterior, con un promedio de 12,7 meses. El órgano diana más afectado fue el pulmón con un 58,8% (10 casos) seguido de huesos (17,6%) e hígado (11,8%). La cavidad oral (6 casos) y la orofaringe (5 casos) fueron los sitios de origen más frecuentes. El tipo histológico más común fue el carcinoma de células escamosas con el 47,1% seguido del carcinoma adenoide quístico con el 23,5%.

DETERMINACIÓN DE LA FRECUENCIA DE METÁSTASIS EN LABIO, CAVIDAD BUCAL, OROFARINGE, HUESOS MAXILARES Y GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES PROVENIENTES DE OTROS SITIOS DEL ORGANISMO

De todos los sitios anatómicos estudiados, sólo se presentaron 2 casos con metástasis provenientes de otros sitios del organismo, afectando ambos a hombres y a la glándula parótida. En un caso ocurrió invasión de un carcinoma de células escamosas ubicado en piel de pabellón auricular y el otro caso fue diagnosticado como carcinoma indiferenciado de primario desconocido.

DISCUSIÓN

Para las neoplasias malignas en estudio la relación hombre:mujer fue de un 65,2% correspondiente a los hombres y de 34.8% en que se vieron afectadas las mujeres, o dicho de otra manera, equivalente a una proporción de 2:1, levemente inferior a lo encontrado en un estudio en Chile que describió una proporción de 70% para hombres y 30% para mujeres (Riera y Martínez, 2005), y también a lo encontrado en un estudio realizado en Brasil, en el cual se encontró una proporción de 68,2% de hombres y un 31,8% de mujeres (Durazzo et al, 2005). En relación a la edad, el promedio de edad de nuestro estudio correspondió a 62,7 años, lo cual es superior a lo registrado por Durazzo et al. (2005), sin embargo, está dentro del rango descrito por Riera y Martínez (2005).

En consideración al sitio anatómico de **labio**, nuestra proporción hombre:mujer fue de 78,8% en hombres y un 21,2% en mujeres, lo cual es muy superior al estudio de Luna-Ortiz et al. (2004) el cual describe una proporción de hombres de 65,5%. El promedio de edad en nuestro estudio para las neoplasias malignas de labio fue de 67,4 mientras que en el estudio de Ochsenius et al. (2003) el promedio para estas neoplasias fue levemente inferior con un promedio de 62,4. El labio más afectado fue el inferior y dentro de éste el sitio más común correspondió al bermellón, tanto para hombres como para mujeres, similar a lo publicado por diferentes autores. (Ochsenius et al, 2003; Luna-Ortiz et al, 2004). El tipo histológico más común en nuestro estudio fue CCE lo que se corresponde a lo descrito por Luna-Ortiz, sin embargo, éste describe una proporción sobre el 95%, mientras que en nuestro estudio el CCE sólo alcanza el 81,8%.

Para el sitio anatómico de **cavidad bucal** la proporción hombre:mujer en nuestro estudio fue de un 56,3% para los hombres y de un 43,7% para las mujeres, siendo el promedio de edad de 63,8 años. Comparando con un estudio de Funk et al. de 2002, la proporción registrada fue de 60,2% para los hombres y de 39,8% para las mujeres, y el promedio de edad de 64,0 años, lo que es muy similar a lo encontrado por nosotros. Con respecto al subsitio más afectado por neoplasias malignas en la cavidad bucal, nuestro estudio arrojó como resultado que éste correspondía a dos tercios anteriores de la lengua seguido por paladar duro. En el estudio de Funk et al. (2002) los subsitios más afectados fueron lengua con un 31.9% que es considerablemente mayor al 18,8% de dos tercios anteriores de la lengua de nuestro estudio, seguido por piso de boca con un 28,4%, mientras que en nuestro estudio, paladar duro se encuentra en segundo lugar seguido de piso de boca con sólo un caso menos. Para el tipo histológico más común en cavidad bucal, nuestro estudio concuerda con el estudio de Funk en que el tipo histológico predominante es el CCE, sin embargo, los porcentajes difieren en más de 10 puntos ya que nuestro porcentaje de CCE en cavidad bucal fue de un 72,9% mientras que en el estudio de Funk la presencia del CCE se encumbra en más del 85% de todos los casos.

Para el sitio anatómico **orofaringe**, nuestro estudio encontró que la relación hombre:mujer correspondía a 73,6% de hombres y 26,4% de mujeres similar a lo encontrado en un estudio de población estadounidense en el año 2005, en el cual se encontró una proporción de 77% de hombres y 23% de mujeres. La mayoría de los casos de neoplasias malignas de este sitio correspondieron a la séptima década de vida en nuestro estudio, mientras que en el estudio de Sundaram et al. (2005) el promedio de edad fue ubicado en la sexta década. Según Genden et al.

(2002) el área amigdalina acapara entre el 15-20% de todas las neoplasias malignas de la orofaringe, que corresponde a una cantidad menor a lo observado en nuestro estudio ya que la región amigdalina corresponde al subsitio de la orofaringe más afectado con un 38,8%. Así mismo Genden et al. (2002) describe que el tipo histológico predominante es el CCE abarcando dos tercios de todas las neoplasias malignas de la orofaringe seguido por los linfomas, lo que se corresponde con los hallazgos de nuestro estudio.

Debido al bajo número de casos que afectaron a los **huesos maxilares** (3 casos) se hace difícil realizar alguna comparación, ya que la mayoría de los estudios sólo contempla huesos maxilares sin considerar el resto de los sitios anatómicos, tal como en nuestro estudio. Además nuestro estudio no incluyó seno maxilar lo que pudo haber influenciado en el bajo número de casos obtenidos.

En las **glándulas salivales mayores** los hombres fueron afectados en un 52,7% y las mujeres en un 47,3%, información similar a la entregada por Ito et al. (2005), Terhaard et al. (2004) y Hocwald et al. (2001). Sin embargo, Wahlberg et al. (2002) en una serie de 2.465 casos describió una relación inversa a la nuestra con un 48,1% en hombres y 51,9% en mujeres, situación también encontrada por Kokemueller et al. (2004b). Pese a las diferencias, no existe una predilección marcada hacia un sexo.

El promedio de edad de 61,9 años encontrado en nuestro estudio es similar a lo descrito por Wahlberg et al. (2002) y Terhaard et al. (2004) y superior a los 55 y 52 años expuestos por Kokemueller et al. (2004b) y Hocwald et al. (2001) respectivamente.

La glándula más afectada fue la Parótida con un 72,7% lo que concuerda con diferentes autores (Wahlberg et al, 2002; Terhaard et al, 2004; Kokemueller et al, 2004b; Vargas et al, 2002; Douglas et al, 2003; Ito et al, 2005; Hocwald et al, 2001), los cuales describen porcentajes desde un 53,8% hasta un 88,9%.

El grupo histológico más frecuente en nuestro estudio fue el de carcinomas de glándulas salivales con un 56,7%. Terhaard et al. (2004) describe la misma predominancia de este grupo, pero en un porcentaje mayor debido solamente a la inclusión de carcinomas excluyendo a linfomas y sarcomas, a diferencia de nuestra investigación.

No se encontraron casos en la glándula sublingual, lo que coincide con Wahlberg et al, 2002; Vargas et al, 2002; Ito et al, 2005; Terhaard et al, 2004. Esto confirma la baja prevalencia de neoplasias malignas en este sitio.

Al analizar los tipos histológicos, en forma particular, de las neoplasias malignas encontradas, los carcinomas representaron la mayoría (86,4%), seguidos de LNH (10,8%) y sarcomas (2,8%), Rawashdeh y Matalka (2004) en Jordania y Ajayi et al. (2007) en Nigeria describieron a los carcinomas en el primer lugar, pero seguidos de sarcomas y por último linfomas. Este cambio en la frecuencia puede deberse especialmente en el caso de Nigeria a la mayor prevalencia de sarcomas asociados a VIH y la predisposición a ciertos linfomas no Hodgkin como el linfoma de Burkitt.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

El 63,9% de todos los casos correspondió al CCE, porcentaje menor a lo descrito en otros estudios (Canto y Devesa, 2002; Funk et al, 2002; Sugerman y Savage, 2002; Rawashdeh et al, 2004). Esta diferencia se puede explicar en parte por la exclusión del carcinoma verrucoso y otras variantes del grupo de CCE, que sí fueron incluidas en los estudios contrastados.

La razón hombre:mujer en nuestro estudio fue de 3,3:1, lo que contrasta con lo encontrado en nuestro país con una relación 2,3:1 (Riera y Martínez, 2005), en Estados Unidos donde la relación es 1,6:1 (Funk et al, 2002) y lo encontrado en Brasil donde la relación es 4,8:1 (Gervásio et al, 2001). Carvalho et al. (2004) encontró al comparar un hospital de una nación desarrollada versus un hospital de un país en vías de desarrollo, una relación de 1,2:1 y 3,7:1 respectivamente. La relación hombre:mujer en la población estudiada es mayor a la encontrada en el país en general, sin embargo, se encuentra dentro de las proporciones encontradas en los países en vías de desarrollo.

La edad promedio en nuestra investigación fue de 64,4 años, similar a lo reportado por Funk et al. (2002), pero mayor a lo encontrado por Gervásio et al. (2001) y Carvalho et al. (2004). Siendo la década más afectada la séptima lo que concuerda con otros estudios (Gervásio et al, 2001; Carvalho et al, 2004; Funk et al 2002; Kim et al, 2003; Sasaki et al, 2005; Sugerman y Savage, 2002; Riera y Martinez, 2005)

En orden decreciente, la mayoría de los casos (97,5%) ocurrieron en orofaringe (49,5%), cavidad bucal (34,6%) y labio (13,4%). Esto difiere de lo descrito por otros autores que ubican a la cavidad bucal en primer lugar (Shiboski et al, 2005; Canto y Devesa et al, 2002; Kim et al, 2003). Esto se puede explicar por la inclusión de labio en la cavidad bucal, sin embargo en nuestro estudio pese al incorporar labio en cavidad bucal sigue predominando orofaringe como sitio anatómico más afectado.

En orofaringe la amígdala, SAI fue el sitio con mayor número de casos, lo que concuerda con varios autores (Sundaram et al, 2005; Kim et al, 2003; Shiboski et al, 2005; Canto y Devesa; 2002).

En cavidad bucal, el sitio más afectado fue la lengua, específicamente los dos tercios anteriores, SAI, información que se corresponde con varias publicaciones (Silverman Jr., 2001; Hinerman et al, 2004; Shiboski et al, 2005; Funk et al, 2002; Gervásio et al, 2001).

Para labio, el labio inferior fue el más afectado lo que coincide con Luna-Ortiz et al. (2004) siendo bermellón el subsitio más común, igual a lo encontrado por Ochsenius et al (2003).

En relación a estadio clínico y tratamiento, este análisis se realizó por sitio anatómico, encontrando para labio que la mayoría de los pacientes presentaba estadio I al momento del diagnóstico y que estos recibieron sólo tratamiento quirúrgico lo que contrasta con lo encontrado por Luna-Ortiz (2004) quien describe mayor proporción de pacientes con estadio II y tratados con radioterapia seguido de cirugía. Esta discrepancia se puede deber a una diferencia de criterios

terapéuticos, ya que para lesiones de tamaño pequeño se utiliza como tratamiento la radioterapia sobre el tumor primario o la resección quirúrgica (Kufe et al, 2003).

En el caso de cavidad bucal y orofaringe nuestros resultados concuerdan con lo publicado por Carvalho et al. (2003) quien también encontró una mayor proporción de casos con estadio clínico avanzado (III y IV). Sin embargo, al momento de analizar el tratamiento para estos estadios, encontramos diferencias ya que la combinación de tratamiento corresponde a cirugía más radioterapia, mientras que en nuestro estudio la combinación más común fue radioterapia más quimioterapia. Creemos que esta diferencia se puede deber a que cada centro de salud presenta un protocolo de tratamiento diferente y éste a su vez depende de cada paciente y las otras patologías que puedan condicionar su tratamiento.

En relación a la sobrevida, la decisión de expresarla en meses se debió a que ilustra en términos claros y prácticos la expectativa de vida de los pacientes diagnosticados con esta patología, facilitando el entendimiento y aplicación en la clínica de este concepto. Sin embargo, esta situación nos impidió realizar una comparación seria con otros estudios, ya que la gran mayoría de las investigaciones expresa la sobrevida en porcentaje a cinco años empleando métodos estadísticos diferentes a los disponibles en el presente estudio.

Pese a lo anterior cabe destacar que la mayoría de los pacientes que fallecieron presentaba un estadio clínico avanzado al momento del diagnóstico lo que limita las posibilidades de tratamiento exitoso, y también refleja lo tardío del diagnóstico en la mayoría de los casos. La cavidad bucal, a pesar de no ser el sitio con la mayoría de los casos, sí es el sitio con mayor mortalidad, ya que más de la mitad de los pacientes (57,1%) falleció en el periodo de tiempo estudiado.

CARCINOMA DE GLÁNDULAS SALIVALES

El grupo de carcinomas de glándulas salivales representa el 14,5% de todos los casos, no pudiendo contrastar este hallazgo por falta de estudios comparables que consideren la misma división de sitios anatómicos de nuestro estudio.

Un 47,8% afectó a los hombres y un 52,2% a las mujeres, esta predilección femenina también se observó en los estudios realizados por Kokemueller et al. (2004b), Vargas et al. (2002). En cambio Ito et al. (2005) describe una relación inversa, con predominio masculino.

La edad promedio fue de 58.3 años, similar a lo obtenido por Kokemueller et al. (2004b), pero mayor a la edad promedio descrita por Vargas et al. (2003) de 48 años.

En relación a los sitios anatómicos, la glándula parótida es la más afectada seguida de cavidad bucal y glándula submandibular. Este resultado se condice con lo encontrado por Terhaard et al. (2004). En cambio Vargas et al. (2002) describió en segundo lugar a la glándula submandibular seguido de cavidad bucal, mientras que Kokemueller et al. (2004) describe en primera ubicación cavidad bucal y orofaringe y en segundo lugar glándula parótida y submaxilar.

En relación a los tipos histológicos las glándulas salivales mayores presentaron un mayor porcentaje de adenocarcinoma, SAI, seguido de CAQ. Nuestros hallazgos difieren de lo publicado por Wahlberg et al. (2002) quien en un estudio de 2.465 casos de carcinoma de glándulas salivales mayores, ubica en primer lugar al CME seguido del CAQ y adenocarcinoma. En glándulas salivales menores la mitad de los casos correspondió a CAQ que coincide con lo encontrado por Terhaard et al. (2004) a diferencia de otros autores que ubican al CME en primer lugar (Buchner et al, 2007; Waldron et al; 1988; Vargas et al, 2002 y Lopes et al, 1999). En segundo lugar se encontró el APBG que coincide con lo descrito por Buchner et al. (2007).

Al momento del diagnóstico, los estadios clínicos en nuestro estudio, en orden decreciente fueron: estadio IV; estadio III; estadio I y estadio II. Los resultados expuestos por Mendenhall et al. (2005b) describen al estadio IV como el más frecuente con un 47%, seguido de estadio I (19%), estadio III (18%) y estadio II (16%).

En relación al tratamiento, la modalidad más frecuente fue la asociación cirugía más radioterapia con un 64,3%, seguido de un 16,3% que recibió tratamiento quirúrgico solamente, valores similares a los descritos por Terhaard et al. (2004) y Mendenhall et al. (2005b).

LINFOMA

Ocupó el tercer lugar en frecuencia con un 10,8% y fue la segunda neoplasia maligna más frecuente después del grupo de los carcinomas lo que se corresponde con lo descrito por Kolokotronis et al. (2005).

Un 52,9% se desarrollo en hombres y un 47,1% en mujeres, esta predilección masculina es puntualizada también por Van der Waal et al. (2005) y Shindoh et al. (1997).

La edad promedio de presentación fue de 59,7 años, similar a lo encontrado por Van der Waal et al. (2005); Shindoh et al. (1997) y Kolokotronis et al. (2004).

Respecto al tipo histológico el más común fue el linfoma de células B grandes, difuso, lo que coincide con varios autores que relatan un porcentaje cercano al 50% (Van der Waal, 2005; Kolokotronis et al, 2004 y Shindoh et al, 1997).

Los dos estudios cuya metodología nos permitieron realizar comparaciones en relación al sitio anatómico más afectado y tratamiento, corresponden a Kolokotronis et al. (2004) y Ezzat et al. (2001) quienes coinciden con nuestro estudio, donde el sitio más afectado fue amígdala, SAI, seguida de la glándula parótida. Respecto al tratamiento la asociación radioterapia más cirugía fue la terapia de elección, a diferencia de lo expuesto por los dos autores mencionados, quienes describen cirugía más quimioterapia y radioterapia más quimioterapia respectivamente. Cuando se realizó un solo tipo de tratamiento, éste se encuentra igualmente distribuido entre quimioterapia y radioterapia, sin embargo, los dos estudios ya nombrados relatan quimioterapia.

OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS

Debido a lo heterogéneo del grupo de “otras neoplasias malignas”, que incluye sarcomas y carcinomas, fue difícil encontrar estudios que agrupen a estas neoplasias de la misma forma. Además el número de cada uno de los tipos histológicos es muy pequeño, no superando los cinco casos en forma individual, donde destacan con cinco casos cada uno fibrohistiocitoma maligno, melanoma y carcinoma verrucoso. Por esta razón, no se pueden extraer conclusiones ni realizar comparaciones que sean fidedignas ni estadísticamente significativas. Sugerimos realizar un estudio enfocado solamente a sarcomas y a carcinomas (excluyendo al CCE y los carcinomas de glándulas salivales), ya que poseen una baja prevalencia, en un período de tiempo mayor, como estudio poblacional y no como reporte de centros hospitalarios.

SEGUNDOS PRIMARIOS, RECURRENCIAS Y METÁSTASIS A DISTANCIA

Las neoplasias primarias son el mayor porcentaje de los casos diagnosticados, seguidas de la recurrencias y por último segundos primarios en todos los sitios anatómicos en estudio.

Las recurrencias se produjeron en un 5,3%, porcentaje menor a lo descrito por Kissun et al. (2006) con un 19%, y Carvalho et al. (2004), quien en dos hospitales diferentes encontró un 27,7% y un 34,6%. En nuestro estudio el tiempo promedio entre el diagnóstico del tumor primario y el desarrollo de la recurrencia fue de 21,3 meses mayor al registrado por Kissun et al. (2006) que fue de 8 meses.

En relación a los segundos primarios el bajo porcentaje obtenido en nuestro estudio (1,5%) en comparación con otros estudios que describen porcentajes entre 5% y 10% (León et al, 1999; Lin et al, 2005), se puede deber a que nuestra investigación sólo incluyó segundos primarios diagnosticados en los sitios anatómicos en estudio, a diferencia de las investigaciones mencionadas, las cuales consideran segundos primarios en la región de cabeza y cuello.

Un 7,5% de los casos, que registraban información sobre la presencia o ausencia de metástasis, presentaron metástasis a distancia. Este resultado es menor a lo descrito por Calhoun et al. (1994), pero mayor a lo reportado por Álvarez et al. (2006). El pulmón fue el órgano más afectado, seguido de huesos e hígado lo que concuerda con otros estudios (Ferlito et al, 2001; Calhoun et al, 1994; Álvarez et al 2006).

METÁSTASIS EN LABIO, CAVIDAD BUCAL, OROFARINGE, HUESOS MAXILARES Y GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES PROVENIENTES DE OTROS SITIOS DEL ORGANISMO

Los dos casos encontrados corresponden a metástasis en glándula parótida. Se describe que generalmente el sitio de origen es piel de la cara (Pomar Blanco et al, 2006; Bron et al, 2003; Nuyens et al, 2006) y en nuestro estudio, de los dos casos, uno registró esta situación, sin embargo, debido al bajo número de pacientes afectados por metástasis desde otras partes del organismo, es imposible realizar comparaciones.

CONCLUSIONES

La frecuencia en orden decreciente de los tipos histológicos de las neoplasias malignas encontradas es la siguiente: en primer lugar se encontraron los carcinomas, seguidos de los linfomas no Hodgkin y por último los sarcomas. El grupo de carcinomas de células escamosas corresponde a un 63,8% de todos los casos, seguido por el grupo de carcinomas de glándulas salivales con 14,5% y por último el grupo de linfomas no Hodgkin y el de otras neoplasias malignas con un 10,8% cada uno.

El carcinoma de células escamosas se dio más en hombres, y la edad promedio de presentación para ambos sexos fue de 64,4 años, cuyo sitio anatómico más común fue la amígdala. El grupo de carcinomas de glándulas salivales tuvo una predilección femenina, con una edad promedio de 58,3 años y cuyo sitio anatómico más recurrente fue la glándula parótida. En el caso de los linfomas no Hodgkin se obtuvo una predilección masculina, con una edad promedio de 59,7 años y el sitio anatómico más afectado fue la amígdala. Finalmente, el grupo de otras neoplasias malignas tuvo una predilección femenina, con una edad promedio de 63,0 años y el sitio anatómico más común fue la glándula parótida.

El estadio más frecuente al momento del diagnóstico para el carcinoma de células escamosas fue el estadio IV al igual que lo ocurrido en el caso de los carcinomas de glándulas salivales. En el caso de los linfomas no Hodgkin y otras neoplasias malignas no se pudieron obtener resultados.

El tratamiento más frecuente para carcinoma de células escamosas fue la combinación de radioterapia y quimioterapia. En el caso del tratamiento para carcinoma de glándulas salivales, el más frecuente fue la combinación de cirugía y radioterapia. El tratamiento más común en el caso de linfoma no Hodgkin fue la combinación radioterapia más cirugía. Finalmente, para el grupo de otras neoplasias, la cirugía como tratamiento único fue el más frecuente.

El tratamiento más común para carcinoma de células escamosas en labio según su estadio clínico fue el tratamiento quirúrgico en estadio I y en el caso de cavidad bucal y de orofaringe, el tratamiento más común fue la combinación radioterapia y quimioterapia en estadio IV.

Los pacientes con carcinoma de células escamosas presentaron una sobrevida promedio entre 10 y 11 meses, estando el mayor promedio de sobrevida en meses en el labio y presentando la mayor cantidad de fallecimientos los casos de carcinoma de células escamosas de la cavidad bucal.

Los tumores segundos primarios representaron un 1,5% del total de todos los cánceres, mientras que las recurrencias se manifestaron en un 5,3%. Las metástasis a distancia se produjeron en sólo 7,5% de los casos de neoplasias malignas de los sitios en estudio.

Las metástasis de cánceres de otros sitios del organismo en los sitios anatómicos estudiados fueron sólo dos casos, lo cual representa una proporción muy pequeña para este tipo de presentación de neoplasias malignas.

SUGERENCIAS

Debido a que la unidad de estudio en nuestra tesis fueron fichas clínicas, donde la mayoría de los registros son manuscritos, una de las limitaciones de nuestra investigación fue la pérdida de unidades de estudio debido a la falta de información y/o cuando era ilegible esta se presentaba. Esta situación dificulta la realización de cualquier estudio retrospectivo donde se utilicen registros médicos. Una forma de solucionar esta situación es la creación de fichas electrónicas o registros escritos a computador, donde aparezca, como mínimo, lo más relevante en la historia médica y odontológica del paciente.

Nuestro estudio entrega las características epidemiológicas de las neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores, diagnosticadas y tratadas en dos hospitales bases de nuestra región, que pese a ser información previamente inexistente y de gran valor, no es posible utilizarla en la creación de programas de salud pública orientadas a la prevención, identificación de factores de riesgo y tratamiento de los pacientes diagnosticados con esta patología, ya que no representa a toda la población. Sin embargo, una forma de subsanar esta carencia es mediante la creación de registros poblacionales del cáncer, tal como se realiza en algunas ciudades de Chile, como Antofagasta, Bío-Bío y Valdivia, que permiten conocer la incidencia del cáncer y la utilización de esta información para la creación de programas.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la distribución y frecuencia de las neoplasias malignas en labio, cavidad bucal, orofaringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores en la Región de Valparaíso, Chile, entre los años 1995 y 2005. Para esto se recurrió a los registros clínicos de los Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y del Instituto Oncológico de Viña del Mar. Se obtuvo un universo de 300 pacientes, de los cuales se obtuvieron un total de 322 registros sobre el cual se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, topografía, morfología, tipo de tratamiento, naturaleza del tumor, estadio clínico y sobrevida. De los 322 registros clínicos, 316 fueron de tumores primarios, tumores segundos primarios y recurrencias y dentro de éstos un 40,9% ocurrieron en la orofaringe, seguido de la cavidad bucal con un 30,4%, glándulas salivales mayores con un 17,4%, labio con un 10,4% y finalmente huesos maxilares con sólo un 0,9%. Un total de 202 de los 316 casos correspondieron a carcinoma de células escamosas que correspondió al tipo histológico más frecuente. Los 6 casos restantes correspondieron a metástasis, 4 de ellos correspondieron a metástasis tardías de tumores primarios y sólo 2 fueron metástasis de otros sitios del organismo en glándula parótida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajayi, O. et al., (2007)** “Primary malignant neoplasms of orofacial origin: a retrospective review of 256 cases in a Nigerian tertiary hospital” en *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volumen 36, número 5, pp.403-8.
- Alvarez, C. et al., (2006)** “Distant metastasis in head and neck cancer” en *Acta Otorrinolaringologica española*. Volumen 57, número 8, pp.369-72.
- Amar, A. et al., (2004)** “Treatment of squamous cell carcinoma of the soft palate” en *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. Volumen 70, número 6, pp.761-4.
- Antoniades, K. et al., (2003)** “Treatment of squamous cell carcinoma of the anterior faucial pillar-retromolar trigone” en *Oral Oncology*. Volumen 39, número 7, pp. 680-6.
- Armitage, J., (2005)** “Staging non-Hodgkin lymphoma” en *CA a Cancer Journal for Clinicians*. Volumen 55, número 6, pp. 368-76.
- August, M. et al., (1997)** “Osteogenic sarcoma of the jaws: factors influencing prognosis” en *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volumen 26, número 3, pp. 198-204.
- Barasch, A. et al., (1995)** “Squamous cell carcinoma of the gingiva” en *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontology*. Volumen 80, número 2, pp. 183-187.
- Barker, B. et al., (1997)** “Oral mucosal melanomas: the WESTOP Banff workshop proceedings. Western Society of Teachers of Oral Pathology” en *Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics* Volumen 83, número 6, pp. 672-9.
- Bennett, J. et al., (2000)** “Osteosarcoma of the jaws: a 30-year retrospective review” *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. Volumen 90, número 3, pp. 323-32.
- Bron, L. Et al (2003)** “Primary and metastatic cancer of the parotid: comparison of clinical behavior in 232 cases” en *The Laryngoscope*. Volumen 113, número 6, pp.1070-5.
- Buchner, A. et al., (2004)** “Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa” en *Journal of Oral Pathology & Medicine*. Volumen 33, número 9, pp. 550-7.
- Buchner, A.; Merrell, P y W. Carpenter, (2007)** “Relative frequency of intra-oral minor salivary gland tumors: a study of 380 cases from northern California and comparison to reports from other parts of the world” en *Journal of Oral Pathology & Medicine*. Volumen 36, número 4, pp. 207-14.
- Calhoun, K. et al., (1994)** “Distant metastases from head and neck squamous cell carcinomas” en *The Laryngoscope*. Volumen 104, número 10, pp.1199-205.
- Chan, A, y Chan J. (2005)** “Haematolymphoid tumours” en Barnes, L. (ed.). *WHO Classification of tumours. Pathology & genetics of head and neck tumors*. Lyon, IARC.
- Chan, A. et al., (2005)** “Haematolymphoid tumours” Salivary Gland Tumours, en Barnes, L. (ed.). *WHO Classification of tumours. Pathology & genetics of head and neck tumors*. Lyon, IARC.
- Canto, M y S. Devesa, (2002)** “Oral cavity and pharynx cancer incidence rates in the United States, 1975-1998” *Oral Oncology*. Volumen 38, número 6, pp.610-7.

- Carrasco-Ortiz, D y B. Aldape, (2006)** “Adenoid cystic carcinoma of the dorsum of the tongue: presentation of a case” en *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. Volumen 11, número 5, pp. E417-20.
- Carvalho, C. et al., (2004)** “Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and developed nation” en *Head and Neck*. Volumen 26, número 1, pp. 31-38.
- Chidzonga, MM. et al., (2007)** “Primary malignant melanoma of the oral mucosa” en *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* Volumen 65, número 6, pp. 1117-20.
- Chung, K. Et al., (1997)** “Squamous cell carcinoma of the tonsil--clinical features and treatment results” en *Journal of Korean Medical Science*. Volumen 12, número 5, pp.416-20.
- Daley, T y M, Darling, (2003)** “Nonsquamous cell malignant tumours of the oral cavity: an overview” en *Journal of Canadian Dental Association*. Volumen 69, número 9, pp.577-82.
- Davidson, B. et al., (2001)** “Age and survival from squamous cell carcinoma of the oral tongue” en *Head & Neck*. Volumen 23 número 4, pp. 273-279.
- Diaz, E. et al., (2003)** “Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: one institution's experience with 119 previously untreated patients” en *Head & Neck*. Volumen 25, número 4, pp.267-73.
- Douglas, J. et al., (2003)** “Treatment of salivary gland neoplasms with fast neutron radiotherapy” en *Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*. Volumen 129, número 9, pp. 944-8.
- Durazzo, M. et al., (2005)** “Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases” en *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*. Volumen 60, número 4, pp.293-8.
- El-Naggar, A y A. Huvos, (2005)** “Adenoid Cystic Carcinoma” Salivary Gland Tumours, en Barnes, L. (ed.). *WHO Classification of tumours. Pathology & genetics of head and neck tumors*. Lyon, IARC.
- Elter, J. et al., (2005)** “Incidence rates and trends for oral and pharyngeal cancer in North Carolina: 1990-1999” en *Oral Oncology*. Volumen 41, número 5, pp. 470-9.
- Ezzat, AA. Et al., (2001)** “Localized non-Hodgkin's lymphoma of Waldeyer's ring: clinical features, management, and prognosis of 130 adult patients” en *Head & Neck* Volumen 23, número 7, pp. 547-58.
- Ferlito, A. et al (2001)** “Incidence and sites of distant metastases from head and neck cancer” en *ORL Journal of Otorhinolaryngology and its Related Specialties*. Volumen 63, número 4, pp.202-7. Review.
- Friedman, R. et al., (1996)** “Cáncer de la cabeza y del cuello” en Murphy, G. (ed.), *Oncología Clínica: manual de la American Cancer Society*. Segunda edición. Washington, OPS/ACS.
- Funk, G. et al., (2002)** “Presentation, treatment, and outcome of oral cavity cancer: a National Cancer Data Base report”. *Head & Neck*. Volumen 24, número 2, pp.165-80.
- Genden, E. et al (2003)** “Current management of tonsillar cancer”. *Oral Oncology*. Volumen 39, número 4, pp.337-42.
- Gerry F. et al., (2002)** “Presentation, treatment, and outcome of oral cavity cancer: a national cancer data base report” en *Head & Neck*. Volúmen 24, número, pp. 165-180.
- Gervásio, O. et al., (2001)** “Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population”. *Brazilian Dental Journal*. Volumen 12, número 1, pp.57-61.

- González, J. et al., (2005)** “Adenocarcinoma Polimorfo de Bajo Grado de fosa nasal” en *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. Volumen 10, pp. 367-70.
- Goode R. y A. El-Naggar, (2005)** “Mucoepidermoid Carcinoma” en Barnes, L. (ed.). *WHO Classification of tumours. Pathology & genetics of head and neck tumors*. Lyon, IARC.
- Gorsky M. et al., (2004)** “Carcinoma of the tongue: a case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome” en *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontology*. Volumen 98, número 5, pp. 546-552
- Gorsky, M y J. Epstein, (1998)** “Melanoma arising from the mucosal surfaces of the head and neck” en *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics* Volumen 86, número 6, pp. 715-9.
- Hanahan, D. y R. Weinberg, (2000)** “The hallmarks of cancer” en *The Cell*. Volumen 100, número 1, pp. 57-70.
- Hiddemann, W. et al., (1996)** “Lymphoma classification--the gap between biology and clinical management is closing” en *Blood*. Volumen 88, número 11, pp. 4085-9.
- Hinerman, R. et al., (2004)** “Postoperative irradiation for squamous cell carcinoma of the oral cavity: 35-year experience” *Head & Neck*. Volumen 26, 11, pp.984-94.
- Hocwald, E. et al (2001)** “Prognostic factors in major salivary gland cancer” en *The Laryngoscope*. Volumen 111, número 8, pp.1434-9.
- INE (2005)** “Anuario de estadísticas vitales 2003” en *Chile Estadístico, Demografía y Vitales, Estadísticas vitales* [En línea]. Santiago, disponible en http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php [accesado el 24 de octubre de 2006].
- INE (2006)** “Principales causas de muerte en Chile por regiones, 1997-2003” en *Chile Estadístico, Demografía y Vitales, Estadísticas vitales* [En línea]. Santiago, disponible en http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php [accesado el 24 de octubre de 2006].
- Ito, K. et al., (2005)** “Salivary gland tumors in a brazilian population: a retrospective study of 496 cases” en *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. Volumen 34, pp. 533-536.
- Johnson, N. et al. (2005)** “Squamous cell carcinoma” en Barnes, L. (ed.). *Pathology & genetics of head and neck tumors*. Lyon, World Health Organization.
- Kademani, D, (2007)** “Oral cancer” en *Mayo Clinic Proceedings, Mayo Clinic*. Volumen 82, número 7, pp.878-87.
- Kamawata, T et al., (2006)** “Intrasellar remote metastasis from adenoid cystic carcinoma of parotid gland: case report” en *Endocrine Journal*. Volumen 53, número 5, pp. 659-63.
- Kim, KM. et al., (2003)** “Epidemiologic survey of head and neck cancers in Korea” en *Journal of Korean Medical Science*. Volumen 18, número 1, pp.80-7.
- Kissun, D. et al, (2006)** “Timing and presentation of recurrent oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma and awareness in the outpatient clinic” *British Journal of Oral and Maxillofac Surgery*. Volumen 44, número 5, pp. 371-6.
- Kokemueller, H. et al., (2004a)** “Adenoid cyst carcinoma of the head and neck – a 20 years experience” en *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. Volumen 33, número 1, pp. 25-31
- Kokemueller, H. et al., (2004b)** “Epithelial malignancies of the salivary glands: a clinical experience of a single institution – a review” en *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. Volumen 33, número 5, pp. 423-32.

- Kokemueller, H. et al., (2005)** “Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands--clinical review of 42 cases” en *Oral Oncology*. Volumen 41, número 1, pp. 3-10.
- Kolokotronis, A. et al., (2005)** “Localized B-cell non-Hodgkin's lymphoma of oral cavity and maxillofacial region: a clinical study” en *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontology*. Volumen 99, número 3, pp. 303-10.
- Kufe, D. et al., (2003)** *Holland-Frei: Cancer Medicine 6*. Sexta Edición. Londres, BC Decker.
- Kumar, V.; Abbas, A y N. Fausto, (2004)** *Robbins & Cotran: Pathological basis of disease*. Séptima Edición. Philadelphia, Elsevier- Saunders.
- Lengyel, E. et al., (2003)** “Malignant mucosal melanoma of the head and neck” en *Pathology Oncology Research*. Volumen 9, número 1, pp.7-12.
- León, X. et al., (1999)** “Second neoplasm in patients with head and neck cancer” en *Head & Neck*. Volumen 21, número 3, pp.204-10.
- Lin, CS. et al., (2006)** “Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: an aggressive cancer requiring multimodality treatment” en *Head & Neck*. Volumen 28, número 2, pp.150-7.
- Lin, K. et al., (2005)** “Second primary malignancy of the aerodigestive tract in patients treated for cancer of the oral cavity and larynx” en *Head & Neck*. Volumen 27, número 12, pp.1042-8.
- Lopes, M. et al, (1999)** “A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumours” en *Journal of Oral Pathology & Medicine*. Volumen 28, número 6, pp. 264-7.
- Lopez-Graniel, CM. et al., (1999)** “Malignant melanoma of the oral cavity: diagnosis and treatment experience in a Mexican population” en *Oral Oncology* Volumen 35, número 4, pp. 425-30.
- Luna-Ortiz, K. et al., (2004)** “Lip cancer experience in México. An 11 year retrospective study” en *Oral Oncology*. Volumen 40, número 10, pp. 992-999.
- Mardinger, O. et al., (2001)** “Osteosarcoma of the jaw. The Chaim Sheba Medical Center experience” en *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontology*. Volumen 91, número 4, pp. 445-51.
- Mendenhall, W. et al., (2005a)** “Retromolar trigone squamous cell carcinoma treated with radiotherapy alone or combined with surgery” en *Cancer* Volumen 103, número 11, pp. 2320-5.
- Mendenhall W. et al., (2005b)** “Radiotherapy alone or combined with surgery for salivary gland carcinoma” en *Cancer*. Volumen 103, pp 2544-2550.
- Mukherji, S. et al., (2001)** “Cervical nodal metastasis in squamous cell carcinoma of the head and neck: what to expect” en *Head & Neck*. Volumen 23, numero 11, pp. 995-1005.
- Murphy, G., (1996)** *Oncología Clínica: manual de la American Cancer Society*. Segunda edición. Washington, OPS/ACS.
- Neville B. et al., (2002)** *Oral & maxillofacial pathology*. Segunda edición. Philadelphia, Saunders.
- Neville, B. y T. Days, (2002)** “Oral cancer and precancerous lesions” en *CA: A cancer journal for clinicians*. Volumen 52, número, pp. 195-215.
- Nuyens, m. et al., (2006)** “Metastatic disease to the parotid gland” *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. Volumen 135, número 6, pp.844-8.
- Odell . et al. (2005)** “Secondary tumours” en Barnes, L. (ed.). *WHO Classification of tumours. Pathology & genetics of head and neck tumors*. Lyon, IARC.

- Ochsenius, R et al., (2003)** “Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer de labio en pacientes chilenos. Correlación clínico-histológica” en *Revista médica de Chile*. Volumen 131, número 1, pp. 60-66.
- Ogunlewe, MO. et al. (2006)** “Osteogenic sarcoma of the jaw bones: a single institution experience over a 21-year period” en *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontology*. Volumen 101, número 1, pp. 76-81.
- OMS (2006)** “Cáncer” en *Programas y proyectos, Centro de Prensa, Notas informativas* [en línea]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> [accesado el 24 de octubre de 2006].
- OPS, (2003)** *Clasificación internacional de enfermedades para oncología: CIE-O*. Tercera edición. Washington. OPS
- Pandey, M. et al., (2003)** “Malignant tumours of the minor salivary glands: a survival analysis of 17 years from a tertiary referral cancer centre” en *Journal of Postgraduate Medicine*. Volumen 49, número 1, pp.25-8.
- Parkin, M. et al., (2002).** “Global Cancer Statistics, 2002” en *CA A Cancer Journal for Clinicians*. Volumen 55, número 2, pp. 74-108.
- Parsons, JT. et al., (2002)** “Squamous cell carcinoma of the oropharynx: surgery, radiation therapy, or both” en *Cancer*. Volumen 94, numero 11, pp.2967-80.
- Patel, S. et al., (2002)** “Improved outcomes in patients with osteogenic sarcoma of the head and neck” en *Cancer* Volumen 95, número 7, pp. 1495-503.
- Patel, S y J. Shah, (2005)** “TNM staging of cancers of the head and neck: striving for uniformity among diversity” en *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. Volumen 55, número 4, pp.242-58.
- Pazoki, A. et al., (2003)** “Primary non-Hodgkin's lymphoma of the jaws: Report of 4 cases and review of the literature” en *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volumen 61, número 1, pp. 112-7.
- Pellitteri, P. et al (2003)** “Management of sarcomas of the head and neck in adults” en *Oral Oncology* volumen 28, número 2, pp.: 2-12
- Pereira, M. et al., (2007)** “Histologic subtypes of oral squamous cell carcinoma: prognostic relevance” en *Journal of Canadian Dental Association*. Volumen 73, número 4, pp.339-44.
- Petersen, P. et al., (2005)** “The global burden of oral diseases and risks to oral health” en *Bulletin of the World Health Organization*. Volumen 83, número 9, pp. 661-669.
- Pires, F. Et al., (2004)** “Prognostic factors in head and neck mucoepidermoid carcinoma” en *Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*. Volumen 130, número 2, pp. 174-80.
- Pomar-Blanco, p. et al., (2006)** “Metastasis to the parotid gland” en *Acta Otorrinolaringologica Española*. Volumen 57, número 1, pp.47-50.
- Rahbar, R. et al., (2006)** “Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland in children: A 10-year experience” en *Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*. Volumen 132, número 4, pp. 375-80.
- Rawashdeh, M e I. Matalca (2004)** “Malignant oral tumors in Jordanians, 1991-2001. A descriptive epidemiological study” *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volumen 33, número 2, pp.183-8.
- Raymond, A. et al., (2002)** “Conventional osteosarcoma” en Fletcher, C. (ed.). *WHO Classification of tumours..Pathology & genetics tumours of soft tissue and bone*. Lyon, IARC.

- Regezzi, J y J. Sciubba, (2000)** *Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas*. Tercera Edición. México, McGraw-Hill Interamericana.
- Rhodus N., (2005)** “Oral cancer: leukoplakia and squamous cell carcinoma” en *The Dental Clinics of North America*. Volumen 49, número 1, pp. 143-165.
- Riera, P y B. Martínez, (2005)** “Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile” en *Revista Médica de Chile*. Volumen 133, número, pp. 555-563.
- Rishiraj, B y JB. Epstein, (1999)** “Basal cell carcinoma: what dentists need to know” en *Journal of American Dental Association*. Volumen 130, número 3, pp.375-80.
- Ruiz- Godoy, I. et al., (2007)** “Polymorphous low-grade adenocarcinoma of the parotid gland. Case report and review of the literature” en *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. Volumen 12, número 1, pp. E30-3.
- Sasaki, t. Et al., (2005)** “Clinico-pathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age” *Jouirnal of Oral Pathology & Medicine*. Volumen 34, número 3, pp.129-33.
- Schantz, S.; Harrison, L y A. Forastiere, (1997)** “Tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, nasopharynx, oral cavity, and oropharynx” en DeVita Jr, V (comp.), *Cancer: Principles & Practice of oncology*. Quinta edición. Philadelphia, Lippincott-Raven.
- Scully, C. y D. Felix, (2006)** “Oral medicine--update for the dental practitioner: oral cancer” en *British Dental Journal*. Volumen 200, número 1, pp. 13-7.
- Seoane, J. et al (2006)** “Gingival squamous cell carcinoma: diagnostic delay or rapid invasion?” en *Journal of Periodontology*. Volumen 77, número 7, pp.1229-33.
- Shaha A. y Strong E. (1996)** “Cáncer de la cabeza y del cuello” en Murphy, G. (ed.), *Oncología Clínica: manual de la American Cancer Society*. Segunda edición. Washington, OPS/ACS.
- Shiboski C.; Schmidt, B y R, Jordan (2005)** “Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years” en *Cancer*. Volumen 103, número 9, pp.1843-9.
- Shindoh, M. et al., (1997)** “Comparison between submucosal (extra-nodal) and nodal non-Hodgkin's lymphoma (NHL) in the oral and maxillofacial region” en *Journal of oral pathology & Medicine*. Volumen 26, número 6, pp. 283-9.
- Silverman Jr, S. (2001)** “Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers, the outcome, the trends, the challenge” en *Journal of the American Dental Association*. Volumen 132, suplemento, pp. 7S-11S.
- Slootweg, P. y J. Eveson, (2005)** “Tumours of the oral cavity and oropharynx : introduction” en Barnes, L. (ed.), *WHO Classification of tumours. Pathology & genetics of head and neck tumors*. Lyon, IARC.
- Speight, PM. (2005)** “Mucosal malignant melanoma” Barnes, L. (ed.). *Pathology & genetics of head and neck tumors*. Lyon, World Health Organization.
- Sugerman, P y N. Savage., (2002)** “Oral cancer in Australia: 1983-1996” en *Australian Dental Jorunal*. Volumen 47, número 1, pp.45-56.
- Sundaram, K. et al (2005)** “Carcinoma of the Oropharinx: factors affecting outcome” en *The Laryngoscope*. Volúmen 115, número 9, pp.1536-42.
- Takeda, Y y A. Kurose, (2006)** “Pigmented mucoepidermoid carcinoma, a case report and review of the literature on melanin-pigmented salivary gland tumors” en *Journal of Oral Science*. Volumen 48, número 4, pp. 253-6.

- Tanaka, N. et al., (2004)** “Primary malignant melanoma of the oral cavity: assessment of outcome from the clinical records of 35 patients” en *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery* Volumen 33, número 8, pp.761-5.
- Terhaard, C. et al., (2004)** “Salivary gland carcinoma: independent prognostic factors for locoregional control, distant metastases, and overall survival: results of the Dutch head and neck oncology cooperative group” *Head & Neck*. Volumen 26, número 8, pp.681-92.
- Tincani, A. et al., (2006)** “Management of salivary gland adenoid cystic carcinoma: institutional experience of a case series” en *Sao Paulo Medical Journal*. Volumen 124, número 1, pp. 26-30.
- Uemaetomari, I. Et al (2007)** “The importance of postoperative radiotherapy against polymorphous low-grade adenocarcinoma of the parotid gland: case report and review of the literature” en *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. Volumen 211, número 3, pp. 297-302.
- Ugboko, V. et al., (2004)** “Orofacial non-Hodgkins lymphoma in Nigerians” en *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volumen 62, número 11, pp. 1347-50.
- UICC (2007)** “TNM classification of malignant tumours” en *TNM classification of malignant tumours, about cancer staging, history*. [En línea]. Disponible en http://www.uicc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=14297&Itemid=223 [accesado el 10 de marzo de 2007].
- Van der Waal, R. et al, (2005)** “Characteristics of 40 primary extranodal non-Hodgkin lymphomas of the oral cavity in perspective of the new WHO classification and the International Prognostic Index” en *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volumen 34, número 4, pp.391-5.
- Van Es, R. et al., (1997)** “Osteosarcoma of the jaw bones. Long-term follow up of 48 cases” en *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volumen 26, número 3, pp. 191-7.
- Vargas, P. et al., (2002)** “Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 124 cases” en *Revista do Hospital das Clínicas*. Volumen 57, número 6, pp.271-6.
- Waldron, C.; Samir, K y D, Gnepp, (1988)** “Tumors of the intraoral minor salivary glands: a demographic and histologic study of 426 cases” en *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology*. Volumen 66, número 3, pp. 323-33.
- Wahlberg, P. et al., (2002)** “Carcinoma of the parotid and submandibular glands--a study of survival in 2465 patients” en *Oral Oncology*. Volumen 38, número 7, pp. 706-13.
- Wolvius, EB. et al., (1996)** “Primary non-Hodgkin's lymphoma of the salivary glands. An analysis of 22 cases” en *Journal of oral pathology & Medicine*. Volumen 25, número 4, pp. 177-81
- Zhen W. et al., (2004)** “The national cancer data base report on squamous cell carcinoma of the base of the tongue” en *Head & Neck*. Volumen 26, número, pp. 660-674.
- Zitsch R. et al., (1999)** “Cervical lymph node metastasis and squamous cell carcinoma of the lip” en *Head & Neck*. Volumen 21, número 8, pp. 447-453.

ANEXOS

Anexo 1: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O) tercera edición, según Topografía.

LABIO

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Labio superior, cara externa Labio superior, SAI	C00.0
Labio inferior, cara externa Labio inferior, SAI	C00.1
Labio cara externa, SAI	C00.2
Mucosa del labio superior	C00.3
Mucosa del labio inferior	C00.4
Mucosa del labio, SAI	C00.5
Comisura del labio	C00.6
Lesión de sitios contiguos del labio	C00.8
Labio, SAI	C00.9
Piel de labio, SAI	C44.0

BASE DE LA LENGUA

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Base de la lengua	C01.9

OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA LENGUA

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Cara dorsal de la lengua	C02.0
Borde de la lengua	C02.1
Cara ventral de la lengua, SAI	C02.2
Dos tercios anteriores de la lengua	C02.3
Amígdala lingual	C02.4
Lesión de sitios contiguos de la lengua	C02.8
Lengua, SAI	C02.9

ENCÍA

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Encía superior	C03.0
Encía inferior	C03.1
Encía, SAI	C03.9

PISO DE LA BOCA

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Parte anterior del piso de la boca	C04.0
Parte lateral del piso de la boca	C04.1
Lesión de sitios contiguos del piso de la boca	C04.8
Piso de la boca, SAI	C04.9

PALADAR

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Paladar duro	C05.0
Paladar blando, SAI	C05.1
Úvula	C05.2
Lesión de sitios contiguos del paladar	C05.8
Paladar, SAI	C05.9

OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA BOCA

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Mucosa de la mejilla	C06.0
Vestíbulo de la boca	C06.1
Área retromolar	C06.2
Lesión de sitios contiguos y partes no especificadas de la boca	C06.8
Boca, SAI	C06.9

GLÁNDULA PARÓTIDA

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Glándula parótida	C07.9

OTRAS GLANDULAS SALIVALES MAYORES Y LAS NO ESPECIFICADAS

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Glándula submaxilar	C08.0
Glándula sublingual	C08.1
Lesión de sitios contiguos de las glándulas salivales mayores	C08.8
Glándulas salivales mayores, SAI	C08.9

AMÍGDALA

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Fosa amigdalina	C09.0
Pilar amigdalino	C09.1
Lesión de sitios contiguos de la amígdala	C09.8
Amígdala, SAI	C09.9

OROFARINGE

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Valécula	C10.0
Cara anterior de la epiglotis	C10.1
Pared lateral de la orofaringe	C10.2
Pared posterior de la orofaringe	C10.3
Hendidura braquial	C10.4
Lesión de sitios contiguos de la orofaringe	C10.8
Orofaringe, SAI	C10.9

OTROS SITIOS Y LOS MAL DEFINIDOS DEL LABIO, LA CAVIDAD BUCAL Y LA FARINGE

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Faringe	C14.0
Anillo de Waldeyer	C14.2
Lesión de sitios contiguos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	C14.8

HUESOS DEL CRANEO, DE LA CARA Y ARTICULACIONES

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Maxilar superior	C41.0

MANDÍBULA

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Mandíbula	C41.1

OTROS ORGANOS

SITIO ANATÓMICO	CÓDIGO CIEO-3
Pulmón	C34.9
Columna vertebral	C41.2

Anexo 2: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O) tercera edición, según Morfología.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO	CÓDIGO CIEO-3
Carcinoma in situ	M-8010/2
Carcinoma, SAI	M-8010/3
Carcinoma indiferenciado, SAI	M-8020/3
Carcinoma anaplásico, SAI	M-8021/3
Carcinoma Pseudosarcomatoso	M-8033/3
Carcinoma verrugoso, SAI	M-8051/3
Carcinoma de células escamosas papilares	M-8052/3
Carcinoma basoescamoso	M-8094/3
Adenocarcinoma	M-8140/3
Carcinoma adenoide quístico	M-8200/3
Carcinoma mucoepidermoide	M-8430/3
Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado	M-8525/3
Carcinoma de células acínicas	M-8550/3
Histiocitoma fibroso maligno	M-8830/3
Carcinoma en adenoma pleomórfico	M-8941/3
Sarcoma de Ewing	M-9260/3
Sarcoma sinovial, SAI	M-9040/3

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (M-8070/3)

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO	CÓDIGO CIEO-3
Carcinoma de células escamosas, SAI	M-8070/3
Carcinoma de células escamosas queratinizante, SAI	M-8071/3
Carcinoma de células escamosas no queratinizante, SAI	M-8072/3
Carcinoma de células escamosas, microinvasor	M-8076/3
Carcinoma de células escamosas con formación de cuerno	M-8078/3

CARCINOMA DE CÉLULAS BASALES (M-8090/3)

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO	CÓDIGO CIEO-3
Carcinoma de células basales, SAI	M-8090/3
Carcinoma infiltrante de células basales, SAI	M-8092/3

MELANOMA MALIGNO (M-8720/3)

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO	CÓDIGO CIEO-3
Melanoma maligno	M-8720/3
Melanoma amelanótico	M-8730/3

Melanoma maligno del lentigo	M-8742/3
------------------------------	----------

OSTEOSARCOMA (M-9180/3)

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO	CÓDIGO CIEO-3
Osteosarcoma	M-9180/3
Osteosarcoma condroblástico	M-9181/3

LINFOMA NO HODGKIN (M-9591/3)

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO	CÓDIGO CIEO-3
Linfoma maligno, linfocítico, células B pequeñas, SAI	M-9670/3
Linfoma maligno, linfoplasmocítico	M-9671/3
Linfoma maligno, células pequeñas y grandes mezcladas difuso	M-9675/3
Linfoma maligno, células B grandes, difuso, SAI	M-9680/3
Linfoma de Burkitt, SAI	M-9687/3
Linfoma folicular, grado 2	M-9691/3
Linfoma folicular, grado 1	M-9695/3
Linfoma de células T maduras, SAI	M-9702/3
Linfoma folicular, SAI	M-9690/3
Plasmocitoma, SAI	M-9731/3

Anexo 3: Detalle de la frecuencia de los tipos histológicos encontrados en el total de los registros clínicos de neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, orofaringe, glándulas salivales mayores y huesos maxilares.

Tipo Histológico	Código CIE-O	Frecuencia
Carcinoma de células escamosas		
Carcinoma de células escamosas, SAI	M-8070/3	159
Carcinoma de células escamosas queratinizante, SAI	M-8071/3	17
Carcinoma de células escamosas no queratinizante, SAI	M-8072/3	15
Carcinoma de células escamosas con formación de cuerno	M-8078/3	10
Carcinoma de células escamosas, microinvasor	M-8076/3	1
Total		202 (63,9%)
Linfoma No Hodgkin		
Linfoma maligno, células B grandes, difuso, SAI	M-9680/3	14
Linfoma maligno, linfocítico, células B pequeñas, SAI	M-9670/3	10
Linfoma maligno, linfoplasmocítico	M-9671/3	2
Linfoma de Burkitt, SAI	M-9687/3	2
Linfoma folicular, grado 2	M-9691/3	1
Linfoma maligno, células pequeñas y grandes mezcladas difuso	M-9675/3	1
Linfoma folicular, grado 1	M-9695/3	1
Linfoma de células T maduras, SAI	M-9702/3	1
Plasmocitoma, SAI	M-9731/3	1
Linfoma folicular, SAI	M-9690/3	1
Total		34 (10,8%)
Carcinomas de Glándulas Salivales		
Carcinoma adenoide quístico	M-8200/3	14
Adenocarcinoma	M-8140/3	10
Carcinoma mucoepidermoide	M-8430/3	7
Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado	M-8525/3	5
Carcinoma de células acínicas	M-8550/3	5
Carcinoma ex adenoma pleomórfico	M-8941/3	5
Total		46 (14,5%)
Otras Neoplasias Malignas		
Carcinoma verrucoso, SAI	M-8051/3	5
Histiocitoma fibroso maligno	M-8830/3	5
Carcinoma indiferenciado, SAI	M-8020/3	4
Carcinoma Pseudosarcomatoso	M-8033/3	3
Melanoma maligno	M-8720/3	3
Carcinoma de células basales, SAI	M-8090/3	2
Carcinoma infiltrante de células basales, SAI	M-8092/3	2
Carcinoma in situ	M-8010/2	1
Carcinoma anaplásico, SAI	M-8021/3	1
Carcinoma de células escamosas papilares	M-8052/3	1
Carcinoma basoescomoso	M-8094/3	1
Sarcoma de Ewing	M-9260/3	1
Sarcoma sinovial, SAI	M-9040/3	1
Melanoma amelanótico	M-8730/3	1
Melanoma maligno del lentigo	M-8742/3	1
Osteosarcoma	M-9180/3	1
Osteosarcoma condroblástico	M-9181/3	1
Total		34 (10,8%)

Anexo 4: Ejemplo del registro utilizado en los servicios de anatomía patológica de los hospitales Carlos Van Buren y Gustavo Fricke

FICHA DE REGISTROS DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Nº INFORME		FECHA
NOMBRE PACIENTE		
EDAD		RUT
DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO		
UBICACION LESION		

Anexo 5: Ejemplo del registro utilizado para recopilar información de las fichas clínicas de los hospitales Carlos Van Buren y Gustavo Fricke, y del Instituto Oncológico de Viña del Mar.

REGISTRO DE FICHAS CLÍNICAS

INSTITUCIÓN		Nº FICHA CLÍNICA:
NOMBRE PACIENTE		
RUT PACIENTE		FECHA NAC.
GÉNERO		EDAD:
DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO		
FECHA DEL DIAGNOSTICO		TNM:
UBICACIÓN ANATÓMICA		
UBICACIÓN METÁSTASIS		FECHA DEF.
TRATAMIENTO		
OBSERVACIONES		

