**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Carrera Profesional de Estomatología**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER ORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2010-2019.**

Autores:

Bach. Maricarmen Díaz Tello

Bach Guadalupe del Pilar Cotrina Alegría

Asesor:

Mg. CD**.** Ruiz Torres Renzo Cicerón.

Cajamarca - Perú

Enero 2021.

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Carrera Profesional de Estomatología**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL CÁNCER ORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2010-2019.**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para optar el Título profesional de Cirujano Dentista.

**Autores:**

Bach. Maricarmen Díaz Tello.

Bach Guadalupe del Pilar Cotrina Alegría.

**Asesor:**

Mg. CD.Ruiz Torres Renzo Cicerón.

Cajamarca - Perú

Enero 2021.

COPYRIGHT © 2020 by

MARICARMEN DÍAZ TELLO.

GUADALUPE DEL PILAR COTRINA ALEGRÍA.

Todos los derechos reservados

**DEDICATORIA:**

A Dios por bendecirme en todo momento y permitirme culminar esta etapa.

A mi familia en primer lugar a mis padres Nalda y Alvaro, mis abuelitos, ya que sin su apoyo constante no lo hubiera logrado.

A mi esposo e hija que ahora son un motivo más para salir adelante y hacer que se sientan orgullosos de mí.

Los amo.

Guadalupe del Pilar Cotrina Alegría.

A Dios, por acompañarme durante toda esta etapa, por darme la fuerza para no rendirme pese a las adversidades.

A mi madre, por su sacrificio y apoyo incondicional durante toda la carrera.

A mi familia, por ser lo más valioso que Dios me dio.

A mí, por mi esfuerzo, constancia y perseverancia.

Maricarmen Díaz Tello.

**AGRADECIMIENTOS.**

A Dios, por ser nuestro guía en todo nuestro camino, por acompañarnos en los momentos buenos y malos y darnos las fuerzas necesarias para seguir adelante.

A nuestras familias, por ser parte de nuestro camino y brindarnos su apoyo incondicional.

A la UPAGU, nuestra alma mater, por acogernos durante todo este proceso.

A los docentes de Estomatología, por brindarnos su conocimiento y contribuir en nuestra formación académica, nuestro respeto y admiración a ellos.

Al Hospital Regional Docente de Cajamarca por permitirnos utilizar sus instalaciones y así poder cumplir nuestros objetivos trazados.

A la Ms. CD. Lourdes Yanac Acedo, jefa del departamento de Estomatología por guiar a cada alumno para llegar a la meta.

Al C.D. Renzo Ruiz Torres, por brindarnos su apoyo y conocimiento para así construir esta tesis.

**RESUMEN**

El propósito del presente estudio fue determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de cáncer oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca entre enero del 2010 a diciembre del 2019.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y retrospectivo, la muestra estuvo conformada por 38 historias clínicas que cumplieron criterios de selección de pacientes diagnosticados con cáncer oral, se utilizó una ficha de recolección de datos y se recopiló la información registrada en las historias clínicas. Entre los resultados encontrados en relación a las características clínicas, se identificó que la zona anatómica más afectada fueron los labios (55.2%), entre el signo más frecuente se encontró el abultamiento (7.8%) y el síntoma con mayor predominio fue el entumecimiento (7.8%), por otro lado, el (71%) presentó lesión única en la evaluación inicial y el diagnóstico oncológico (CIE-10) que predomino fue el tumor maligno de labio (47.3%). Entre las características epidemiológicas se encontró mayor predominio para el sexo masculino (55.2%), los grupos etarios más afectados fueron de 0 a 5 años, de 11 a 19, de 50 a 59 y de 70 a más (13.1%), para la provincia de Cajamarca se encuentra (57.8%) y en relación a los factores de riesgo se encontró un alto consumo de bebidas alcohólicas (47.3%). Llegando a la conclusión que las características clínicas más frecuentas fueron localizadas en los labios, como signo el abultamiento y síntoma el entumecimiento, presentando lesión única según el diagnóstico de CIE 10 y en relación a las características epidemiológicas encontramos la edad, el sexo, lugar de procedencia y factor de riesgo

Palabras claves: Cáncer oral, características clínicas, características epidemiológicas.

**ABSTRACT**

The purpose of this study was to determine the clinical and epidemiological characteristics in patients diagnosed with oral cancer treated at the Cajamarca Regional Teaching Hospital between January 2010 and December 2019.

The research had a quantitative, descriptive and retrospective approach, our population consisted of 67 medical records, the sample consisted of 38 medical records that met selection criteria for patients diagnosed with oral cancer, a data collection sheet was used which He agreed with the proposed objectives and the information recorded in the medical records was compiled. Among the results found in relation to the clinical characteristics, it was identified that the most affected anatomical area was the lips (55.2%), the most frequent sign was bulging (7.8%) and the most prevalent symptom was numbness ( 7.8%), on the other hand, (71%) presented a single lesion in the initial evaluation and the oncological diagnosis (ICD-10) that predominated was the malignant tumor of the lip (47.3%). Among the epidemiological characteristics, a greater prevalence was found for the male sex (55.2%), the most affected age groups were 0 to 5 years, 11 to 19, 50 to 59 and 70 or more (13.1%), the majority of diagnosed patients came from the province of Cajamarca (57.8%) and in relation to risk factors, a high consumption of alcoholic beverages (47.3%) was found. Reaching the conclusion that the most frequent clinical characteristics were located on the lips, as a sign the bulge and a symptom of numbness, presenting a single lesion according to the ICD 10 diagnosis and in relation to the epidemiological characteristics we found age, sex, origin and risk factor

Key words: Oral cancer, clinical characteristics, epidemiological characteristics.

**CONTENIDO**

DEDICATORIA... [i](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)v

AGRADECIMIENTO... [v](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

[RESUMEN](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)... [vi](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

ABSTRACT vii

CONTENIDO... [v](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)iii

LISTA DE CUADROS  [x](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

LISTA DE TABLAS  [x](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)i

LISTA DE GRAFICOS  [x](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)ii

LISTA DE FOTOGRAFÍAS  [xi](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)ii

I. INTRODUCCIÓN  [1](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

1.1. Formulación del problema [3](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

1.2. Justificación 4

1.3. Objetivos 5

II[. MARCO TEÓRICO](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx) 6

2.1. Antecedentes teóricos6

2.2. Cáncer oral: generalidades11

2.3. Manifestaciones clínicas16

2.4. Diagnóstico de cáncer oral  [21](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

2.5. Registro oncológico del cáncer oral según cie 10. [2](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)6

2.6. Marco conceptual[…………………………………………………......….28](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

III[. MATERIALES Y MÉTODOS. 29](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

3.1. Población y muestra [29](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

3.2. Criterios de Selección [2](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)9

3.3. Operacionalización de variables. [30](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

3.4. Métodos de investigación [3](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)1

3.5. Técnicas de investigación [3](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)1

3.6. Procedimientos [31](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

3.7. Técnica de análisis de datos [3](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)3

3.8. [A](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)spectos éticos de la investigación  [3](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)3

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN [3](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)4

4.1 Resultados [34](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

4.2 Discusión [4](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)4

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES53

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS [5](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)5

[ANEXOS 60](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

ANEXO 1. Matriz de consistencia [61](file:///E:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

ANEXO 2. Ficha de recolección de la información [62](file:///E:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

ANEXO 3. Hoja de registro de recopilación de datos [63](file:///E:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

ANEXO 4. Resolución de aprobación de proyecto. [6](file:///E:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)4

ANEXO 5. Autorización para la recolección de datos. [6](file:///E:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)5

ANEXO 6. Gráficos de Resultados. [6](file:///E:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)6

ANEXO 7. Fotografías de recolección de datos [71](file:///E:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

**LISTA DE CUADROS**

**N° TITULO Pág.**

Cuadro N°1: Diagnósticos oncológicos, según CIE-10  [2](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)7

Cuadro N°2: Operacionalización de variable  [30](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

Cuadro N°3: Matriz de consistencia 61

Cuadro N°4: Ficha de recolección de datos  [62](file:///D:\USER\Desktop\PROYECTO%20LULY\ejemplo%20proyecto.docx)

**LISTA DE TABLAS**

**Tabla 1**. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de cáncer oral, atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca - HRDC, entre el año 2010 al 2019. ..............................................................................................................................34

**Tabla 2**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, según localización anatómica de la lesión.................................................................................................................................. 35

**Tabla 3**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, según signo o síntoma en el diagnostico…..................................................................................................................... 36

**Tabla 4**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, según número de lesión.................................................................................................................................. 37

**Tabla 5**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, según el diagnóstico oncológico y CIE-10....................................................................................................................................... 38

**Tabla 6**. Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el sexo………………... 39

**Tabla 7**. Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según edad que fue diagnosticado..................................................................................................................... 40

**Tabla 8.** Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según lugar de procedencia. ...................................................................................................................... 41

**Tabla 9**. Factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según habito y frecuencia del paciente bebedor ……………………………………..................................................................... 42

**Tabla 10**. Factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según habito y frecuencia del paciente fumador ………………………......................................................................................... 43

**LISTA DE GRAFICOS.**

**Gráfico 1**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según localización anatómica de la lesión.................................................................................................................................. 66

**Gráfico 2**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según signo o síntoma en el diagnostico…..................................................................................................................... 66

**Gráfico 3**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según número de lesión.................................................................................................................................. 67

**Gráfico 4**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el diagnóstico oncológico y CIE-10....................................................................................................................................... 67

**Gráfico 5**. Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el sexo…..................... 68

**Gráfico 6**. Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según edad que fue diagnosticado..................................................................................................................... 68

**Gráfico 7.** Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según lugar de procedencia. ...................................................................................................................... 69

**Gráfico 8**. Factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según habito de paciente bebedor ……………………………………………………………………..................... 69

**Gráfico 9**. Factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según habito de frecuencia del paciente bebedor ………................................................................................................................. 69

**Gráfico 10**. Factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según habito de paciente fumador …………………………………………………………………….........……….70

**Gráfico 11**. Factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según habito de frecuencia del paciente fumador…………………………………………………………...…...............................70

**LISTA DE FOTOGRAFÍAS**

**N° TITULO Pag.**

Fotografía N°1: Ambientes de registro e historias clínicas del HRDC. 71

Fotografía N°2: Revisión de Historias clínicas 71

Fotografía N°3: Selección de Historias clínicas. 72

Fotografía N°4: Registro de datos. 72

Fotografía N°5: Registro de Datos72

1. **INTRODUCCIÓN.**

En la actualidad el cáncer es una enfermedad que produce una degeneración celular en cualquier parte del organismo, también es considerado la segunda causa de muerte en el mundo, desde el año 2015 se ha registrado hasta 8.8 millones de defunciones y donde cerca del 70% de los decesos por cáncer se han registrado en países con ingresos económicos bajos y medios. Donde el cáncer bucal es quien produce alteraciones en la morfo fisiología del sistema estomatognático resultando en un desmejoramiento de la calidad de vida del individuo, donde se hace necesario reconocer características clínicas y epidemiológicas del paciente afectado, esta información se hace necesaria para apoyar en el diagnóstico preventivo e inicial a nivel de cavidad oral. (1)

Las características clínicas que están presentes en el cáncer oral deben ser identificadas, valoradas y consideraras por el cirujano dentista que hacen labor asistencial en instituciones públicas o privadas, estas características pueden evidenciarse como lesiones ulceradas, con movilidad dentaria, entumecimiento, abultamiento, molestias para masticar, dificultad para mover la lengua y otras mucosas; también se debe considerar la evaluación morfo funcional de todos los tejidos del aparato estomatognático, al momento de realizar una evaluación clínica anatómica integral de tejidos. Cuando se evalúa alguna lesión se debe considerar la anamnesis de la evolución patológica destructiva, el cual involucra a la calidad de vida y desempeño de los pacientes los que puedan ocasionar diversas secuelas a nivel del sistema estomatognático, pudiendo limitar diversas funciones, donde también se debe considerar la afección psicológica, que daría como resultado compromiso de afectación social y familiar. (2, 3) A nivel mundial la prevalencia refiere que el 90% de cánceres con presencia en boca, son del tipo carcinoma espino celular o de células escamosas, o según el tipo histológico en relación a su anatomía y localización. (4)

Las características epidemiológicas de la enfermedad, informan que a nivel mundial hay un incremento notorio en el índice de mortalidad sin importar los grupos etarios, donde la prevalencia ha sido para pacientes adultos, aunque los indicadores para pacientes jóvenes masculinos han ido en aumento en los últimos años, como sucede en la región del este de Europa. Otros registros para el cáncer bucal son los de la india donde se registra la presencia de etiología de cáncer bucal en el género masculino por consumo de nuez de betel. (5)

La afectación y severidad del cáncer oral también dependerá de la zona involucrada y el tipo de cáncer variará según las características de edad, género, tejido afectado, los que tendrán una influencia directa en el tratamiento y pronóstico. (6) De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) aduce al cáncer bucal una amplia problemática, adjudicándole un costo importante en el sistema salud, siendo el cáncer orofaríngeo altamente dañino, donde sus primeros estadios son mayormente asintomáticos. (7)

El cáncer oral en el Perú, está considerado dentro de las 10 neoplasias malignas con más frecuencia y se ha observado un aumento de casos diagnosticados en los últimos 10 años, de acuerdo al instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Los pacientes diagnosticados con cáncer oral en sus etapas tempranas, pueden llegar a tener una supervivencia de 80 al 90%, sin embargo, estos son difíciles de identificar por una falta de prevención precoz, en el cual deben estar involucrados los profesionales médicos y de la odontología.

En nuestro país los indicadores refieren que las neoplasias en cavidad oral, están ocupando el sexto lugar con una incidencia de 302 casos nuevos hasta el año 2015, con una prevalencia hacia el género masculino, información acorde al ente rector (INEN) (8)

Para la región Cajamarca no contamos con información que detalle características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que han registrado diagnóstico de cáncer oral y que hayan sido atendidos en el centro de referencia en salud de la región como es el Hospital Regional Docente de Cajamarca, siendo información valiosa para la comunidad odontológica, es por ello que se optó por realizar la presente investigación.

Por ello el presente estudio propone determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de cáncer oral atendidos en el HRDC, entre los años 2010 al 2019.

* 1. **Formulación del Problema.**

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del cáncer oral en pacientes que fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, entre los años 2010 y 2019?

* 1. **Justificación.**

Entre los estudios que se han realizado para conocer la prevalencia o características asociadas a pacientes con diagnóstico de cáncer oral, solo han registrado información en el número de afectados, en el género, el diagnóstico y en los indicadores de mortalidad, por ello consideramos que la información es limitante para la odontología, donde se hace necesario considerar que se requiere siempre de datos más específicos que detallen información que nos ayude a conocer la casuística actual en los últimos años así como la caracterización clínica como la zona anatómica bucal más afectada, los signos o síntomas referidos por el paciente asociados al diagnóstico, así como el diagnostico oncológico en relación al CIE-10.

El conocer nueva información en razón a las características clínicas y epidemiológicas que han presentado los pacientes con diagnóstico de cáncer oral, nos hace tener información actualizada de como la enfermedad se presentó en cavidad bucal, así mismo estamos considerando factores de riesgo asociados como los hábitos de fumar y beber.

La información a obtener será de gran importancia para los profesionales y estudiantes de odontología, la que se utilizará como fuente de información y de consulta, para conocer cómo se presentan las lesiones a nivel clínico en pacientes con diagnóstico de cáncer oral, son ellos quienes deben asumir con mayor interés, la información, capacitación en medicina y patología bucal, comprometiéndose en la identificación de lesiones iniciales que podrían posteriormente a ser diagnosticadas como cáncer oral.

La información obtenida nos servirá como base para una mejor prevención y se pueda manejar una mejor información desde una perspectiva de la salud pública, mediante la aplicación de estrategias y programas de promoción de la salud.

**1.3 Objetivos.**

**Objetivo general**

* Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca desde enero del 2010 a diciembre del 2019.

**Objetivos específicos**

a) Describir características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según localización anatómica de la lesión.

b) Describir características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, de acuerdo al síntoma o signo que presentó en la atención inicial.

c) Describir características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el número de lesión encontrada.

d) Describir características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el diagnóstico oncológico y CIE-10.

e) Describir características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el sexo.

f) Describir características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según edad que fue diagnosticado.

g) Describir características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según provincia de procedencia.

h) Describir características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según factores de riesgo.

**II. MARCO TEORICO**

**2.1 Antecedentes teóricos.**

Dhanuthai K. et all. (2018, Tailandia) estudiaron la prevalencia y las características clínicas patológicas en pacientes con diagnóstico de cáncer oral, mediante una revisión de historias clínicas y registros de biopsias, identificando datos demográficos y lugares prevalentes de lesión. Evaluaron 474,851 pacientes, donde 615 (1.3%) con diagnosticados con cáncer oral, la edad media fue 58 años con un parámetro de ± 15.77 años, el 68.9% fueron varones. Con relación hombre mujer de 2,22:1. El sitio más prevalente fue la Lengua, mucosa labial/bucal, paladar, encía y mucosa alveolar, y prevaleció el carcinoma de células escamosas, el linfoma no Hodgkin y el carcinoma muco epidermoide. (9)

Álvarez C. (2017, Ecuador) su estudio tuvo el objetivo de determinar la prevalencia del cáncer bucal, entre 2006 al 2016 del Hospital Oncológico SOLCA de Quito. Realizó un estudio, retrospectivo con una muestra de 25,478 pacientes con diagnóstico de cáncer, donde el cáncer bucal fueron 421pacientes. Entre sus resultados la lengua fue más afectada (23.8%) y amígdala (19.5%), prevaleció en mujeres (55.6%) y la edad entre 60 a 79 años, no encontró asociación entre consumo de alcohol (23%) y cáncer bucal (p>0,05), Concluye con la prevalencia de cáncer bucal (1,65%), células escamosas o epidermoide (62,2%), Lengua (23,8%) y no hubo asociación del cigarrillo y el alcohol con el cáncer bucal. (10)

Rodríguez J. et all. (2017, Cuba) su estudio tuvo el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente a pacientes con cáncer bucal y otras lesiones del complejo buco maxilofacial. Mediante un estudio descriptivo y transversal, evaluaron a 56 pacientes atendidos entre setiembre 2015 a setiembre del 2017. Entre los resultados prevaleció el sexo femenino (59%), el grupo etario de 35 a 59 años (80.3%), la mucosa del carrillo más afectado (19%), lengua (14%) y labio inferior (9%), el diagnóstico de leucoplasia (29%) y papiloma escamoso (21%). El estudio concluye en incidir en la detección precoz de los pacientes. (11)

Mohammad F. et all. (2015, Irán) realizaron su estudio con el objetivo de identificar prevalencia de lesiones en mucosa oral en pacientes del departamento de Diagnóstico y Medicina Oral de la Universidad de Sulaimani - Iraq. El estudio fue de tipo transversal y prospectivo, con un total de 1325 pacientes. En sus resultados encontraron que el (49.05%) eran varones, la lesión más frecuente fue la úlcera aftosa recurrente (0.75%), úlcera traumática (0.37%) y estomatitis por prótesis mal adaptada (0.30%), la edad más afectada fue de 20-39 años (60.5%), la edad menor de 20 años fue muy baja (5.26%). La localización más común fue la mucosa yugal (25.71%) paladar (20%), labio y lengua (17.14%) cada uno. (12)

Posada A. et all. (2011, Colombia) donde su estudio tuvo el objetivo de conocer características clínicas y socio demográficas de pacientes tratados y diagnosticados por 1° vez con cáncer escamo celular oral, en el año 2000 al 2011. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo, evaluaron historias clínicas de 09 centros oncológicos especializados (localización de tumor, tipo de atención recibida, estadio del tumor, reporte de consumo de cigarro o alcohol). La edad promedio fue de 63 años, el género (63%) hombres, El tumor de estadio IV prevaleció, y el 35% tuvo problemas cardiovasculares sin diferencias significativas, ingesta de alcohol (19%) y cigarro (51%), disfagia (47%) y mucositis (24%), y más de la mitad afecto a la lengua. (13)

Parra L. (2009, Venezuela) realizó su estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del cáncer bucal y orofaríngeo de pacientes del servicio de cirugía de Cabeza y cuello del instituto Oncológico del 2001 al 2008. Mediante la revisión de 359 historias clínicas con diagnóstico de cáncer oral. Prevaleció el género masculino (63%) entre los 12 a 94 años, la lengua fue más afectada (48%), mucosa alveolar (14%) y mucosa yugal (12%), de acuerdo al TNM se obtuvo T4 (32%) T3 (28%) T2 (24%), para hábito del cigarro (75%), para el hábito del alcohol (62%). El estudio concluye en haber aportado información y advertir la necesidad de programas preventivos y asistenciales. (14)

**Antecedentes Nacionales.**

Cisneros R. (2020, Trujillo) su estudio tuvo el objetivo de determinar la frecuencia de cáncer bucal y orofaríngeo en los pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.

Mediante un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, evaluando 379 historias clínicas. El estudio encontró prevalencias para el carcinoma epidermoide (84%), carcinoma verrucoso (16%), el periodo de edad fue la séptima década (23%), el género masculino (54%), zona más afectada fue la lengua (22%) piso de boca (20%) y labio (10%) y amígdala (18%), El estudio concluye que hay mayor prevalencia del carcinoma epidermoide en cavidad oral y orofaringe. (15)

Sueiro M, (2018, Lima) su estudio tuvo el objetivo de determinar la frecuencia y distribución de las neoplasias malignas bucales en niños menores de 14 años atendidos en el Instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas, años 1993 al 2010. Mediante un estudio descriptivo, se encontró 8 pacientes con neoplasias malignas de cavidad oral (6 hombres y 2 mujeres), donde la mayoría presentó Linfoma y el reborde alveolar como la anatomía más afectada. Las características clínicas fueron el dolor, tumor, ulceras en la boca, ganglios y otros como, fiebre, edema facial, trismos, dificultad para respirar, etc. Se concluye, que la neoplasia maligna más prevalente fue el linfoma, siendo el reborde alveolar el sitio más común. (16)

Guevara N. (2017, Lima) su estudio tuvo el objetivo de registrar la prevalencia de lesiones en mucosa oral en pacientes atendidos en el Hospital Militar Central del Perú, periodo 2001-2016, además de hallar la relación en cuanto al sexo, grupo de edad, localización y etiopatogenia. Aplicó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, donde evaluó 380 historias clínicas. Se encontró a la mácula melanótica (25%) más prevalente, úlcera traumática (20%), afección mayor a varones (77.5%) los adultos de 56 a 65 años más afectados (15.6%), zona anatómica más afectada la mucosa yugal (40%) y mucosa labial (30%). Concluye afectación preocupante en población adulto mayor. (17)

Andia R. (2017, Arequipa) su estudio tuvo el objetivo de determinar la prevalencia de cáncer oral de pacientes atendidos en el INEN-Arequipa, el estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. El estudio encontró prevalencia de lesión maligna (81.9%), varones fueron los más afectados, (47,2%), la edad más prevalente entre 56 a 70 años (30.6%), lesión en lengua (22%) El estadio más prevalente el fue el grado III (30.6%) con predominio en mujeres (19.4%). El sexo femenino recibió tratamiento quirúrgico (15%) de los casos. Hubo una tasa de mortalidad (6,9%) para el sexo masculino.(19)

García L. (2014, Lima) su estudio tuvo el objetivo de evaluar la prevalencia de Cáncer en mucosa oral, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre el 2008 al 2012, mediante revisión de historias clínicas, evaluó prevalencia de cáncer oral, el tipo de carcinoma identificado, la variedad histológica, la ubicación y según al sexo y edad. Evaluó a 42 registros, donde prevaleció el carcinoma epidermoide para 20 casos (47.6%) y el carcinoma baso celular menos prevalente (2.4%), se presentó a nivel de encía (26.2%), prevaleciendo la edad de 70 años a más (23.8%), y el sexo femenino (61.9%).(18)

**2.2 Cáncer oral: Generalidades.**

**Definición.** La Organización Mundial de la Salud, hace referencia al cáncer dentro del grupo de enfermedades que están en afección a cualquier zona del organismo, se hace referencia además al término “tumores malignos” o ¨neoplasias malignas¨, donde sucede una acelerada multiplicación de células en anormalidad y que abarcan una extensión no habitual de sus límites, invadiendo zonas adyacentes del cuerpo y que se pueden propagar a otras zonas, desmejorando la salud individual, ese proceso complejo e invasivo se denomina “Metástasis” correspondiendo a la causa de muerte del individuo que padece de cáncer. (20)

En relación a la afectación del sistema estomatognático, se debe tener bases del conocimiento de cómo afecta la enfermedad a su integridad y cada zona de cavidad bucal, el cual está asociado al estado sistémico general del paciente, porque ello afecta su calidad de vida de la salud bucal. Los conocimientos en patología bucodental asociada al cáncer, facilitan los procesos de diagnóstico precoz, por tanto, logrando un tratamiento oportuno y pertinente de acuerdo a la lesión encontrada y la misma no produzca otras consecuencias. (21)

De acuerdo a la Asociación dental americana, el cáncer se divide en dos categorías de acuerdo a la zona de afectación en cavidad bucal (dientes, carrillos, labios, encías y tercios frontales de la lengua, piso y paladar) y el segundo grupo a la afectación a nivel de oro faringe (en zonas de entrada a la faringe, amígdalas y base de lengua). (22)

**Etiología.** Este proceso patológico se encuentra acompañado por un proceso de transformación de las células en un tejido estable que se convertirán en células tumorales, y su avance estará determinado por etapas que se inician con una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones se dan como resultado de la interacción entre factores genéticos y otros agentes externos, como son los carcinógenos físicos, químicos y biológicos.

También se hace mención al envejecimiento como favor para la aparición del cáncer, de acuerdo a los registros epidemiológicos, cuya enfermedad avanza conforme a los grupos de edad, los cuales estarán asociados a la acumulación de factores de riesgo de acuerdo al tipo de cáncer de afectación.(20)

El cáncer también está considerado, una enfermedad con una etiología desconocida y con características de multifactoriales, asociadas a diversos factores de riesgo, que puedan actuar de acuerdo al tipo de agente carcinógeno asociado, que le da un potencial de desarrollo de la enfermedad, donde se incluye a la ingesta de alcohol y el uso de tabaco, incluyendo otros factores que también influyen en la supervivencia y afectación de los pacientes. Aunque los tumores pueden ser identificados en algunas zonas anatómicas con una exploración física o clínica.

Los diagnósticos en muchos pacientes suelen realizarse recién en estados avanzados, limitando la terapia y recuperación de estos, con una gran afectación del pronóstico. Además, también se debe tener en cuanto que los síntomas de la enfermedad en etapas iniciales suelen pasar desapercibidos y pueden tener también un carácter inespecíficos a los primeros diagnósticos médicos. (23)

**Epidemiologia.** De acuerdo a los registros de la OMS, en américa latina se ha registrado un avance del cáncer donde los reporten llegan aproximadamente por cada último año en 500,000 casos nuevos, teniendo epicentros con más prevalencia, como sucede en américa del sur, en el sur este asiático y en países como la India, donde la enfermedad ha afectado hasta un 40% del total de casos, con una incidencia de tumores malignos.

De acuerdo a la edad, donde el 905 de los casos se diagnosticaron entre los 50 a 70 años y teniendo en cuenta que esta incidencia ha subido en los menores de 40 años, con aumento en las mujeres, situación condicionado a la ingesta de alcohol y tabaco. (24) Para tener una epidemiologia más objetiva del cáncer oral, esta se hace de forma compleja por motivo que la causalidad de la enfermedad no está claramente identificada, y es por acontecimientos diversos y características socioculturales que están presentes en la vida de un individuo desde edades tempranas hacia la edad adulta. (25) La Epidemiología puede darnos datos interesantes, desde la prevalencia del sexo, la edad, diagnósticos, sitios de procedencia etc.

**Factores de Riesgo.**

**Hábitos de Fumar.** Esta identificada como un factor ambiental relevante y aislado que contribuye a la mortalidad prematura, de pacientes afectados (25) Esta ingesta de tabaco por los pacientes desde edades tempranas, incluye además como uno de los factores más importantes para padecer enfermedad periodontal y cáncer bucal. Los agentes tipo carcinógenos, exposición al calor a través de la combustión del tabaco, desarrollarían estragos en la mucosa oral, y con producir lesiones asociadas. (26) Los estudios nos anuncian que los malos hábitos y prácticas, como son el fumar, provocan una alta incidencia de canceres, sea este infestada como cigarrillos, pipas, cigarros, el mascado, el uso invertido. (23,25)

Los pacientes que no tienen hábitos de fumar, tienen un riesgo en un 87%, mayor en aquellos que nunca fumaron, pero que han estado expuestos a lugares y ambientes con exposición de humo de tabaco, es decir un paciente no fumadores, está siendo un fumador involuntario por la exposición, diferidas por la acción de fumadores activos. (27)

**Ingesta de Alcohol.** El alcohol o llamado etanol, el cual se produce por una fermentación o hidratación del etileno, tiene un potencial de acción como un factor de riesgo, que puede ser local o sistémico, produciéndose una mayor permeabilidad de la mucosa oral, mediante una reacción de disolución de componentes lipídicos en el epitelio, el cual causa atrofia del tejido epitelial, con interferencia en la síntesis y estado de reparación del ADN, además el etanol, tiene efectos genotóxicos y muta génicos, y la consecuencia más notoria seria la disminución del flujo salival, el cual también afecta la capacidad del hígado para identificar y compensar algún compuesto toxico y que fueran potencialmente cancerígeno. (26)

**Los Factores Dietéticos.** Se identifican algunas deficiencias nutricionales, con énfasis en falta de vitaminas y minerales, los cuales se ha identificado que favorecen la aparición de cáncer en cavidad oral. En el déficit de hierro se encuentra o se menciona a la atrofia de la mucosa el cual está asociada a otros factores de riesgo que podrían agravar un cuadro patológico al incrementarse a través de la actividad mitótica y una disminución de la reparación de un epitelio. (24)

De acuerdo a las buenas prácticas de salud alimentaria, se tienen que la ingesta de frutas y vegetales disminuye el riesgo a contraer cáncer oral el cual está asociado a la ingesta de vitaminas C, E, Betacarotenos y Flavonoides (23), también hacemos mención a frutos secos, el cual hay registros que estarían disminuyendo el riesgo a presentar cáncer oral, su consumo mejoran la condición nutricional y de la dieta del paciente, y con otros efectos locales, se modificara el estado oxidativo de células epiteliales el cual es favorable, contrario en la trasformación de dietas bajas en antioxidantes que favorecen la aparición de una carcinogénesis oral. (26)

**Factores Ambientales.** Es un punto importante considerar, donde se tiene presente la acción que representan las radiaciones ionizantes, tanto de fuentes naturales, terapéuticas y de accidentes nucleares, las cuales de acuerdo a estudios llevan a contribuir al riesgo de cáncer. Hacemos referencia al cáncer con zona de afectación en el labio el cual muestra una preferencia por personas de piel blanca, que hayan estado expuestos a prolongados tiempos de exposición al Sol. (28)

También en este grupo de factores ambientales tenemos identificados algunos metales pesados, como el níquel, plomo y arsénico siendo estos considerados carcinógenos para las personas. En el caso del Níquel tiene un potencial de inducir una transformación cancerosa en seres animales. (26)

**2.3 Manifestaciones Clínicas.**

Debemos tener en cuenta que las manifestaciones clínicas estarás relacionados al tipo de caracterización de la enfermedad. El cual puede iniciar su desarrollo desde la mucosa sana. Y un estado precanceroso caracterizado por una displasia epitelial y/o carcinoma.

La estadística del tema nos dice que hasta un 50% de carcinomas presentes tiene su origen en un epitelio alterado sea o no por lesiones o condiciones precancerosas. A manera de trastornos orales. (29)

El caracterizar las manifestaciones clínicas, tomaremos en cuenta al lugar de la alteración anatomorfológica en el tejido de la mucosa oral, que ocasionan neoplasias malignas ubicadas in situ y además que se proyecta a tejidos próximos, donde al inicio mantienen un aspecto y estado normal. Pero debemos hacer la mención que la gran variedad de lesiones no tiene sintomatología limitando el diagnóstico temprano de la lesión. Y es donde ya cuando adquieren una caracterización de volumen, acompañado por alteración anatómica, a nivel de piel, mucosas y con presencia de irritación.(30)

He aquí la importancia de realizar un proceso de examen físico y clínico, metódico y ordenado para detectar la presencia de nódulos, inflamaciones y alteración de mucosas. Cuando realizamos la inspección y palpación con el fin de identificar la presencia de pigmentaciones rojas o blancas, aumento de volumen en los maxilares, localizar algunas adenopatías.

El examen aplicado debe reunir la siguiente secuencia, se inicia en el labio, mucosa yugal en los carrillos, paladar duro y blando, lengua móvil, cara ventral de la lengua y suelo de la boca, raíz de la lengua y al final la bucofaríngea. Entre los síntomas habituales que se pueden identificar desde el dolor e irradiación que no cesan, disfagia, otalgia, dificultad al hablar y como se manifestó en varias ocasiones no evidencian signo alguno. (22, 31)

**Características de una neoplasia**. Ante la presencia de una lesión evidente, debemos tener en cuenta la diferenciación y características de los tumores benignos el cual estará diferenciado y estarán rodeando los tejidos, a comparación de un tumor maligno, que es totalmente diferenciado, además de acuerdo al interrogatorio al paciente reconoceremos si la característica es compatible con un tumor benigno el cual crecen más lento que los malignos.(25)

**Desordenes o alteraciones potencialmente malignas para cáncer oral**

**Lesiones Precancerosas.**

1. **Leucoplasia.** La OMS, la define como una patología con presencia de placas blancas, con riesgo cuestionable a producir una condición de cáncer en el paciente. Es la lesión pre cancerosa, que más prevalece en el cáncer oral, y tiene un registro entre el 60 a 70% de otras lesiones con la condición de pre malignas, con una incidencia superior en el sexo masculino y grupos de edad comprendida entre 40 a los 70 años, y se reporta aumento en femeninas, por aumento de ingesta de hábitos de fumar. Es este mismo hábito que hace evidencias lesiones a nivel de mucosa vestibulares y comisuras labiales y más notorias en hábitos de fumar invertido.

Al igual que otras condiciones tienen a agravarse de acuerdo al consumo de tabaco. Se tiene 02 caracterizaciones. Las homogéneas y No homogénea, que se acompañan con áreas erosivas y enduradas. (32, 33)

1. **Eritroplasia.** Esta descrita por la OMS, como una lesión que afecta la mucosa oral, se manifiesta como placas rojas, de bordes irregulares, y textura aterciopeladas, también se presentan de forma homogénea con coloración rojiza, bien circunscrita y delimitada. La eritroplasia moteada se evidencia como una placa sobre elevada, y la eritroleucoplasia plana y lisa. (34) Tiene una prevalencia de 0,2% hasta un 0,83% en pacientes de edad mediana y de edad avanzada, sin distinción de género, tiene etiología desde la ingesta de alcohol, tabaco e infección por cándida, que pueden presentarse en cualquier parte de la cavidad oral. Y tienen una alta consideración, por presentar alto riesgo de malignidad. (32)
2. **Eritroleucoplasia.** Esta referido a la combinación de lesiones leucoplasicas de tipo nodular con un fondo eritroplasico, y menos común que la Leucoplasia, no tiene predilección por zona alguna en cavidad oral, con gran asociación a cándida albicans, siendo lesiones de muy alto riesgo para el paciente. (33)

**Condiciones Pre Cancerosas.** Se pueden mencionar al padecimiento de un sin número de trastornos asociados.

**Liquen Plano.** Con presencia de lesión liquenoide en mucosa bucal, blanquecino y en forma de red, puede haber predomino de lesiones erosivas, considerada una enfermedad mucocutánea crónica e inflamatoria, de origen multifactorial, con una hiperqueratosis, dando origen a las estrías blancas o nódulos, con degeneración licuefactiva, atrofia epitelial, y que pueden llegar a lesiones rojizas difusas, con erosiones o ampollas ubicadas en mucosa oral. Aunque su potencial de malignidad llega al 01% sus manifestaciones desmejoran la calidad de vida de los afectados. (32)

**Disfagia Sideropenica.** Esto puede suceder en pacientes que presenten anemia ferropénica, las personas tiene dificultad para deglutir, por un evidente bloqueo en esófago, pueden acompañarse de glositis y disfagia. Provocando desde carcinoma de esófago a lesiones displásicas en mucosa atrófica. (32)

**Lupus Eritematoso Discoide.** Es una Lesión Autoinmune y Crónica, con predilección A mujeres. Que a la evidencia manifiestan parches escamosos de color rojizo en piel. Y con presencia de lesiones en intraoral a nivel de las mucosas, las que tienen potencial de pasar a ser malignas. (32)

**Inmunosupresión.** En pacientes comprometidos y que presenten condición de una inmunodeficiencia o inmunosupresión, los cuales están asociados más pacientes que hayan tenido un uso prolongado del fármaco. Se incluyen a los pacientes VIH que pueden llegar a ser afectados y tener lesiones displásicas orales. (32)

**Señales y características generales de signos y síntomas del cáncer oral.**

Las manifestaciones de signos y síntomas pueden ser variables, y dependerá de condiciones diversas en el paciente. Presenta un síntoma doloroso en boca que no desaparece. Con evidencia de tumefacción o engrosamiento en los carrillos. Puede haber un área blanca o roja sobre tejido oral, en lengua, en encías, amígdalas o en los revestimientos del vestíbulo bucal. Se puede presentar como un dolor a nivel de la garganta, o la sensación que hay algo atascado en la garganta y que esta no desaparece, incluido la dificultas para masticar o tragar. Hay limitación para la movilidad de la mandíbula y lengua. Presenta un entumecimiento a nivel de lengua u otra zona de la boca.

Tumefacción de mandíbula con desadaptación de uso de prótesis dentales. Subluxación de los dientes o dolor alrededor de los dientes o en la mandíbula. Notorio cambio de voz. Es evidente una pérdida de peso. Se siente un mal aliento constante. (32)

**2.4 Diagnóstico del Cáncer Oral.**

Es primordial de un metódico proceso de llenado de una historia clínica completa, con la finalidad de identificar diversos factores de riesgo para que se desarrolle algún a lesión en la cavidad oral.

Entre las técnicas necesarias para evidenciar requerimos:

**Exploración física o clínica:** el profesional debe evaluar y verificar la condición anatómica y fisiología de los labios en la cavidad oral para identificar cualquier anomalía. (35) La incidencia de afección del cáncer afecta a cualquier zona de boca, con evidencia de predilección de zonas preferentes como el borde lateral de lengua, piso de boca, oro faringe, el paladar blanco, labio inferior o mucosa yugal. Y donde las lesiones por HPV suelen aparecer y tener predilección por regiones posteriores de la base de lengua, oro faringe, pilares amigdalinos y amígdalas. (36)

**Procedimiento de Biopsias:** Mediante protocolo se procede al retiro y obtención de una muestra, en zona afectada, para la realización de un análisis de laboratorio, se debe realizar cuando la lesión lleve más de 3 semanas en boca (35, 36) Y se realizan de 02 formas: Como biopsia excisional: donde se extirpa toda la neoplasia presente y se retira con un margen amplio de tejido incluyendo tejido sano en su perímetro. (27) Y por biopsia incisional: Se retira solo una parte del tumor amplio o poco inaccesible, igual que el anterior debe incluir tejido sano, para el comparativo celular. (26)

Otro procedimiento como Biopsia con aguja: Mediante la inserción de una aguja grande y de gran calibre, con el objetivo de extraer una muestra central del tejido afectado, y donde su uso estará limitado para efecto del tamaño pequeño de la muestra, es decir se consigue un tamaño pequeño. (26) Luego hay un proceso de aspiración con aguja fina, para poder extraer liquido del tumor, mediante el uso de una aguja de calibre pequeño, su mayor aplicación de esta técnica, es cuando el tumor presenta un componente líquido. (26)

Por último, en referencia a las pruebas de sangre, se hacen necesarias para detectar que haya biomarcadores, donde identificamos algunas sustancias químicas producidas por algún tipo específico de células cancerosas o sustancia liberadas que cumplen su proceso de liberar las células normales ante una lesión cancerígena. (37)

**NIVELES DE ESTATIFICACIÓN TNM.** (38)

**Para tamaño de tumor (T)**

* Tx: Cuando el tumor primario no puede ser valorado.
* T0: No hay evidencia de tumor primario.
* Tis: Tumor in situ.
* T1: Tumor menor o igual a 2cm.
* T2: Tumor mayor a 2cm, pero menor de 4cm en su dimensión mayor.
* T3: Tumor con medida mayor a 4cm en su dimensión mayor.
* T4: Cuando el tumor avanzo a invadir estructuras adyacentes.

**Ganglios Linfáticos Regionales (N)**

* Nx: Cuando los ganglios linfáticos regionales, no se pueden valorar.
* N0: No hay metástasis ganglionares.
* N1: Hay metástasis en ganglio linfático homolateral menor o igual a 3cm
* N2a: Metástasis en un ganglio homolateral entre los 3 a 6 cm. Con afecciona los ganglios bilaterales múltiples, con no + de 6cm en su dimensión mayor.
* N2b: metástasis en múltiples ganglios homolateral, menores de 6 cm.
* N3: Presencia de metástasis en ganglio linfático mayor a 6 cm.

**Metástasis a distancia (M)**

* M0: No hay metástasis a distancia.
* M1: Hay metástasis a distancia.

Se debe tener en cuenta que uno de los factores más relevantes e importantes es el tipo de tratamiento que se le dará dependiendo del estado actual del paciente, de acuerdo al estadio identificado, por ello el pronóstico cambiara, y las opciones terapéuticas cambiaran la evolución del diagnóstico. De suceder una invasión mayor de la enfermedad con expansión a la cabeza y cuello la cirugía se hace con pronósticos desfavorables; y donde la quimioterapia, podría ser una opción más viable.

Estadio 0: Tis, N0, M0

Estadio 1: T1, N0, M0

Estadio 2: T2, N0, M0

Estadio 3: T3, N0, M0

Estadio 4: T4, N0, M0

**Tratamiento del cáncer oral.** Los diversos tratamientos van a depender de la zona de afección anatómica, el estadio del cáncer oral y las condiciones actuales de la salud general del paciente, por ello los protocolos contemplan diversas alternativas, teniendo entre las opciones a considerar por su gran aplicación a las cirugías y radioterapias asociadas o no a procedimientos de quimioterapia, describimos las siguientes:

**Cirugía aplicada a la oncología oral.** Mediante la extirpación del tumor y el tejido adyacente que lo rodea, es considerado el tratamiento de elección en etapas iniciales, existen diversas indicaciones para sugerir el realizar una cirugía, entre ellas, el obtener un diagnóstico definitivo, para recuperar el aspecto y las condiciones funcionales del cuerpo, para reconocer si hubo metástasis y otros. (39) Nos facilita la identificación del estadio de avance de la patología, información más precisa sobre la extensión de los tejidos adyacentes afectados por consiguiente la diseminación tumoral y la caracterización histopatológica el daño. (40)

**Tratamiento de Radioterapia:** Mediante la radiación ionizante de alta energía con el objetivo de ocasionar la muerte de células tumorales presentes, en un punto específico de la lesión, su aplicación es por haces de alta energía (41), como sucede en los rayos X y acción de protones, se recomienda su uso después de una cirugía en etapa tempranas, cuando ya hay estadios avanzados es aplicado para el alivio del dolor, con énfasis cuando la terapia farmacológica del dolor, no muestra mejoras significativas. (42)

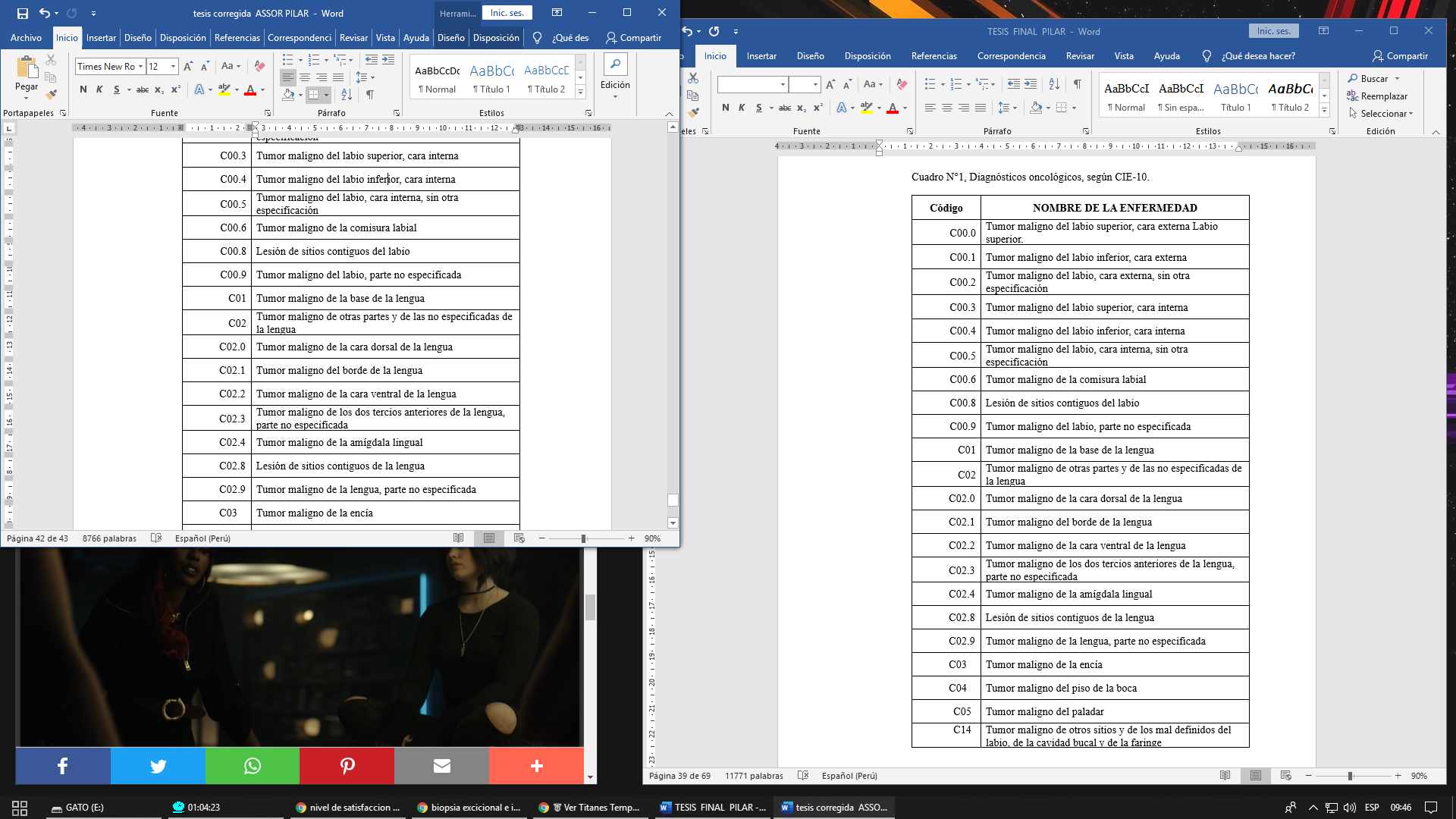
**La Quimioterapia:** Terapia aplicada mediante el uso de sustancias químicas con el objetivo de eliminar células cancerígenas, con la afección también de destruir componentes celulares esenciales en condición normal, donde también se puede destruir el ADN. La indicación de esta terapia, se hace énfasis en diagnósticos de tumores loco regional en estado avanzado.

Este procedimiento puede aumentar la efectividad de una radioterapia, de acuerdo a las condiciones del paciente. (26) (40) (42) Lo que tenemos en cuenta es que pueden surgir diversas complicaciones relacionadas con el tratamiento, siendo muy considerado la edad fisiológica, condiciones de comorbilidad del paciente, (Como una condición cardiaca, pulmonar o cardiopulmonar), función de la edad fisiológica, los hábitos y estilos de vida.

**Prevención y pronóstico al tratamiento:** Entre las condiciones de la prevención se tiene la disminución y eliminación de hábitos no saludables como el fumar y la ingesta del alcohol sobre todo cuando esta última es de mucha incidencia en una persona, el adoptar mejores hábitos saludables como la ingesta de alimentación saludable, con vegetales, y fruta , donde los indicadores refieren la reducción del riesgo a presentar cáncer oral, se hace necesario, las practicas por parte de instituciones competentes mediante la educación en salud pública, como objetivo de prevención. La estadística nos refiere que personas que ha padecido cáncer oral, presentan un 15% de posibilidad de padecer un segundo tumor tipo primario, por ello los controles periódicos y un adecuado examen clínico se hace necesario. (43)

**2.5 Registro Oncológico del Cáncer Oral según CIE-10.**

De acuerdo a la segunda edición de clasificación internacional de enfermedades para Oncología (CIE-O), en su capítulo II, se detalla el registro de acuerdo a la topografía de la lesión, donde se especifica la denominación para tumores primarios como él (C00) y que son utilizados en los registros en hospitales oncológicos, departamentos de patología u otras especializadas. (38)



**2.6 Marco Conceptual**

**A. Sexo:** Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie (40)

**B. Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. (40)

**C. Lugar de procedencia:** Lugar donde reside el paciente. (40)

**D. Localización anatómica:** Lugar donde se encuentra la lesión o neoplasia.(44)

**E. Signo o síntoma que evidencio al diagnóstico.** El signo son todas las manifestaciones objetivas, fiables y que son observadas. El síntoma, son las manifestaciones subjetivas, percibidas y referidas por el paciente. Ambas características se presentan en el paciente previo a la confirmación del diagnóstico de cáncer bucal. (45)

**F. Numero de lesión.** Es la cantidad de lesiones encontradas, asociado a los signos y síntomas, puede ser lesiono única o lesión múltiple. (44)

**G. Diagnóstico Oncológico:** De acuerdo al CIE-10, denominación y clasificación internacional de enfermedades para oncología. De los tumores registrados en cavidad oral, según la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud de la Organización Panamericana de la Salud. (38)

**H. Factores de riesgo asociados:** Se refiere a diversas condiciones y hábitos relacionados a la afección y condición de aparición de una enfermedad, donde se considera hábitos como el fumar y la ingesta de alcohol. (47)

**CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS**

**3.1.** **Población.**

La población de la presente investigación por 67 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer Oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, entre enero del 2010 a diciembre del 2019.

**Muestra.**

Se consideró trabajar con toda la población de estudio, pero solo 38 historias cumplieron con los criterios de selección. Por lo tanto, no fue necesario determinar una muestra de estudio. Así mismo no se realizó prueba piloto alguna por motivos que los investigadores no requerían calibrarse, pues solo se constató la información de la historia clínicas.

**3.2 Criterios de selección**

**Criterio de inclusión:**

* Pacientes que hayan registrado un diagnóstico de lesión oncológica por cáncer oral en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
* Historias clínicas correspondientes al período de enero del 2010 a diciembre del 2019, del servicio de oncología que cuenten con diagnóstico de cáncer oral en el HRDC.

**Criterios de Exclusión.**

* Historias clínicas de pacientes que no cuenten con información necesaria, de acuerdo a las variables y los objetivos de la investigación.

**3.3 Operacionalización de Variables.**

Cuadro N°2. Matriz de Operacionalización de las variables.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Tipo de variable** | **Aspecto o característica** | **Definición conceptual** | **Definición operacional** | **Indicador** | **Instrumento o Fuente de recolección** |
| Localización anatómica | Independiente | Característica clínica | Lugar o región anatómico intraoral o extraoral de tejidos duros y blandos del sistema estomatognático. (44) | Lugar donde se encuentra la lesión o neoplasia en el paciente | - Labios  - Mejillas  - Lengua  - Paladar duro  - Paladar blando  - Glándulas salivales  - Tejido duro (hueso) | Historia clínica /Reporte estadístico |
| Signo o síntoma que evidencio al diagnóstico. | Independiente | Característica clínica | El signo es una manifestación objetiva, fiable y observada. El síntoma, manifestación subjetiva, percibida y referida por el paciente (45) | Característica que se presentó en el paciente previo a la confirmación del diagnóstico definitivo. | - Ulceras  - Movilidad dental  - Entumecimiento - Abultamiento.  - Dificultad para mover lengua  - Molestias para masticar.  - Otros. | Historia clínica /Reporte estadístico |
| Diagnóstico Oncológico | Independiente | Característica clínica | Neoplasia oncológica que se caracteriza por signos y síntomas (46) | Diagnóstico identificado por el servicio de oncología. | Según CIE-10 | Historia clínica /Reporte estadístico |
| Sexo | Independiente | Característica epidemiológica | Clasificación del ser humano basadas características anatómicas o cromosómicas (40) | Definido por el investigador según lo descrito en la historia clínica del paciente en estudio. | Masculino  Femenino | Historia clínica /Reporte estadístico |
| Edad | Independiente | Característica epidemiológica | Tiempo transcurrido, desde el nacimiento hasta el momento actual. (40) | Definido por lo descrito en la historia clínica del paciente en estudio. Medido en años. | Según datos recopilados | Historia clínica /Reporte estadístico |
| Lugar de procedencia. | Independiente | Característica epidemiológica | Lugar donde reside el paciente (40) | Definido por la provincia de residencia del paciente. | Cajabamba, Cajamarca, Celendín, Chota, Cutervo, Hualgayoc, Jaén, San Ignacio, San Marcos, San Miguel, San Pablo y Santa Cruz. | Historia clínica /Reporte estadístico |
| Factores de  riesgo  asociados | Independiente | Característica epidemiológica | Hábitos relacionados a la afección y condición de aparición de una enfermedad. (47) | Se evaluará 02 factores de riesgo: Hábito de fumar y Hábitos de beber | No fumador - Fumador | Historia clínica /Reporte estadístico |
| No bebedor - Bebedor |

**3.4. Métodos de Investigación.**

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

* Descriptivo: Se obtuvieron datos específicos y cuantitativos en la medición de los variables de estudio.
* Retrospectivo: Se utilizó una recopilación de información de historias clínicas del año 2010 al 2019 según criterios de inclusión.
* Transversal: Se recolectó los datos a través de un solo momento de tiempo, y en un momento determinado.

**3.5** **Técnicas de Investigación**

**Técnicas de recolección de datos.**

La técnica de recolección de datos utilizada fue la observación mediante la revisión de historias clínicas.

**Instrumento de recolección de datos.**

Mediante una ficha de recolección de datos (Anexo N°1), el cual estuvo conformada por los siguientes ítems:

Características clínicas: Localización anatómica, signos y síntomas, número de lesión y diagnóstico oncológico de acuerdo al CIE-10.

Características epidemiológicas: sexo, edad, así mismo los factores de riesgo como el fumar y beber.

**3.6 Procedimientos.**

**A. De la aprobación del proyecto.**

Los investigadores con grado de bachiller en Estomatología, presentaron el proyecto de investigación ante el comité permanente de investigación científica de la escuela profesional de Estomatología de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, el cual fue aprobado con fecha, 07 setiembre 2020, mediante resolución N°273-2020-D-FCS-UPAGU y se procedió a su ejecución, siendo asignado el asesor. Ms. CD. Renzo Cicerón Ruiz Torres.

**B. Del procedimiento:**

1. El estudio se realizó en el mes de noviembre del 2020, autorizado por el la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca, con fecha 09 de noviembre del 2020, mediante Carta N°R019-2020-GRC/DRS/HRCAJ-UAD, remitido a las investigadoras. (Anexo 5)
2. La recolección de la información se realizó en el área Documentación y archivo del HRDC, mediante la coordinación con los responsables del área, posteriormente se procedió a la revisión de historias clínicas que fueron registradas por el área de Oncología, donde se revisó y selecciono las historias clínicas de acuerdo a los criterios de selección de inclusión y exclusión.
3. Se obtuvo información requerida procedente de las historias clínicas de pacientes con el diagnostico ya mencionado, registrando características clínicas como la zona de localización, signos o síntomas asociados, el número de lesión encontrado y el diagnóstico de acuerdo al CIE-10. Y características epidemiológicas, como el sexo, la edad y hábitos de riesgo, datos requeridos de a acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación.
4. Se registró la información en la ficha de recolección propuesta (Anexo 1), posteriormente se anotó en una hoja de registro de recopilación de datos (Anexo 2).
   1. **Técnica de análisis de datos**

Mediante la base de datos de Excel, donde se tabulo los datos obtenidos procedentes de las historias clínicas, posteriormente se exporto al programa estadístico IBM SPSS STATISTICS 23.0, procediendo a presentar los cuadros y gráficos en la sección de resultados, aplicando una estadística descriptiva.

**3.8** **Aspectos Éticos de la investigación.**

La investigación respeto los procedimientos de ética y deontología, conforme al actual código de ética para la investigación, propuesto por la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Se cumplieron con los protocolos de bioseguridad para la asistencia y permanencia en los archivos del HRDC en el mes de noviembre del 2020. El estudio no requerido de la participación de los pacientes, y se cumplió con lo establecido en la Declaración de Helsinki, de acuerdo al principio ético N°24, donde refiere adoptar las precauciones y se resguardará la intimidad de información de los pacientes, que tengan su historia clínica registrada.

**IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**4.1** Resultados.

El estudio tuvo el objetivo general el determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de cáncer oral atendidos en el HRDC, entre enero del 2010 a diciembre del 2019, por el cual se evaluó un total de 38 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión.

**Tabla 1.** Características clínicas y epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el HRDC.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS*** |  |  | ***Evidencias*** | | |  | |
|  | *N* | *%* | *N° t* |  | | *% t* |
| ***Localización Anatómica*** | Labios | 21 | 55.26 | 38 |  | 100 | |
| Piso de boca | 5 | 13.16 |  |
| Encía | 7 | 18.42 |  |
| Otra localización | 5 | 10.42 |  |
| **Síntoma o signo que evidencio** | Movilidad dental, abultamiento, entumecimiento, molestias para masticar | 3 | 7.89 | 38 |  | 100 | |
| Solo abultamiento | 3 | 7.89 |  |
| Ulcera más abultamiento | 2 | 5.26 |  |
|  | Abultamiento y molestia para masticar | 2 | 5.26 |  |
|  | Otras combinaciones de signos y síntomas | 28 | 65.12 |  |
| ***Numero de Lesión*** | Única | 27 | 71.05 | 38 |  | 100 | |
| Múltiple | 11 | 28.95 |  |  |  | |
| ***Diagnóstico oncológico*** | Tumor maligno del labio | 18 | 47.37 |  |  |  | |
| Neoplasia maligna de Encía | 7 | 18.42 |  |  | 100 | |
| Neoplasia maligna de la base de la boca | 5 | 13.16 | 38 |  |
| Otras zonas de neoplasias | 8 | 21.06 |  |  |
| ***CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS*** |  |  | ***Evidencias*** | | | | |
|  | *N* | *%* | *N° t* |  | | *% t* |
| ***Genero*** | Femenino | 17 | 44.74 | 38 |  | 100 | |
| Masculino | 21 | 55.26 |  |
| **Edad** | 0 a 5 años | 8 | 21.06 | 38 |  | 100 | |
| 11 a 19 años | 5 | 13.16 |  |
| 20 a 29 años | 8 | 21.06 |  |
|  | 40 a 59 años | 9 | 23.69 |  |
|  | 60 a 69 años | 3 | 7.89 |  |
| **Lugar de procedencia** | Provincia de Cajamarca | 22 | 57.89 | 38 |  | 100 | |
| Provincia de Chota | 3 | 7.89 |  |
| Provincia de Hualgayoc | 6 | 12.24 |  |
| Otras provincias | 7 | 14.29 |  |
| ***Bebedor*** | Si | 18 | 47.37 | 38 |  | 100 | |
| No | 20 | 52.63 |  |
|  | Si | 15 | 39.47 | 38 |  | 100 | |
| ***Fumador*** | No | 23 | 60.53 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |

En la tabla 1, se observa que las características clínicas más relevantes, se encontró: Localización anatómica en labios (55.26%) y encías (18.42%), Signos - síntomas en solo abultamiento y Movilidad dental, abultamiento, entumecimiento y molestias al masticar (7.89%), numero de lesión Única (71.05%), Diagnóstico oncológico fue Neoplasia maligna de Encía (18.42%), Entre las características epidemiológicas, más prevalentes; se encontró el género masculino (55.26%), la edad de 0 a 10 años (21.06%), la provincia de Cajamarca (57.89%), bebedores (52.63%) y fumadores 1 vez a la semana (33.33%).

**Tabla 2.** Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, según localización anatómica de la lesión.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA LESIÓN*** | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
| *N* | *%* |
| Labios | 21 | 55.26 |
| Lengua | 1 | 2.63 |
| Paladar duro | 1 | 2.63 |
| Piso de boca | 5 | 13.16 |
| Encía | 7 | 18.42 |
| Paladar blando | 3 | 7.89 |
| TOTAL | 38 | 100 |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Análisis e interpretación.

La tabla 2, se observa que los labios fue la zona anatómica más afectada (55.2%), la segunda zona fue las encías (18.4%), piso de boca (13.1%) otras zonas menos afectadas fueron paladar blando (7.8%), paladar duro (2.6%) y lengua (2.6%).

**Tabla 3.** Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral, según síntoma o signo que evidencio al momento del diagnóstico.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***SIGNO O SINTOMA DE LA LESIÓN*** | ***Evidencia*** | |
| *N* | *%* |
| Solo ulcera | 1 | 2.63 |
| Solo abultamiento | 3 | 7.89 |
| Solo molestia al masticar | 1 | 2.63 |
| Ulcera más abultamiento | 2 | 5.26 |
| Ulcera más cambio de color | 1 | 2.63 |
| Ulcera más entumecimiento | 1 | 2.63 |
| Ulceras, abultamiento y entumecimiento | 1 | 2.63 |
| Ulceras, abultamiento, entumecimiento, molestias para masticar | 2 | 5.26 |
| Ulceras, cambio de color, abultamiento, entumecimiento y molestias para masticar | 1 | 2.63 |
| Ulceras, cambio de color y molestias para masticar | 1 | 2.63 |
| Ulceras, dificultad para mover la lengua y molestias para masticar | 1 | 2.63 |
| Abultamiento y molestia para masticar | 2 | 5.26 |
| Abultamiento y cambio de color | 1 | 2.63 |
| Abultamiento y dificultad para amamantar | 2 | 5.26 |
| Abultamiento y entumecimiento | 1 | 2.63 |
| Abultamiento, entumecimiento y ulceras | 1 | 2.63 |
| Abultamiento molestia para masticar y dificultad para masticar | 1 | 2.63 |
| Abultamiento molestia para masticar y dificultad para mover la lengua | 1 | 2.63 |
| Cambio de color y abultamiento | 2 | 5.26 |
| Cambio de color, abultamiento y entumecimiento | 1 | 2.63 |
| Movilidad dental y abultamiento | 1 | 2.63 |
| Movilidad dental, cambio de color, molestia para masticar | 2 | 5.26 |
| Movilidad dental, cambio de color, molestia para masticar | 1 | 2.63 |
| Movilidad dental, cambio de color, abultamiento, molestia para masticar | 1 | 2.63 |
| Movilidad dental, abultamiento, entumecimiento, molestias para masticar | 3 | 7.89 |
| Movilidad dental, cambio de color, abultamiento, entumecimiento, molestia para masticar | 1 | 2.63 |
| Movilidad dental, abultamiento, molestia para masticar, dificultad para mover la lengua | 1 | 2.63 |
| TOTAL | 38 |  |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Análisis e interpretación.

La tabla 3. Entre los síntomas y signos más frecuentes, se tuvo solo abultamiento (7.8%), la combinación de síntomas y signos; movilidad dental, abultamiento, entumecimiento, molestias para masticar (7.8%). Otras combinaciones como ulcera más abultamiento; ulceras, abultamiento, entumecimiento, molestias para masticar; abultamiento y molestia para masticar; abultamiento y dificultad para amamantar; cambio de color y abultamiento y movilidad dental, cambio de color, molestia para masticar tuvieron (5.2%) y otros síntomas combinados tuvieron (2.63%).

**Tabla 4**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según número de lesión.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Numero de Lesión encontrada*** | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
| *N* | *%* |
| Única | 27 | 71.05 |
| Múltiple | 11 | 28.95 |
| TOTAL | 38 | 100 |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

**Análisis e interpretación.**

La tabla 4, se observa que las lesiones según el número que se evidencio en los pacientes con diagnóstico de cáncer oral, se encontró prevalencia alta para lesión única (71.05%) y en menor número para lesiones múltiples con (28.95%).

**Tabla 5**. Características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el diagnóstico oncológico y CIE-10.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Diagnóstico oncológico de la región bucomaxilo facial* | *Diagnóstico según*  *CIE-10* | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
| *N* | *%* |
| Tumor maligno del labio | C00 | 18 | 47.37 |
| Neoplasia maligna de Encía | C03 | 7 | 18.42 |
| Neoplasia maligna de la base de la boca | C04 | 5 | 13.16 |
| Neoplasia maligna del paladar | C05 | 4 | 10.53 |
| Neoplasia maligna de otras partes del labio, cavidad oral y faringe | C14 | 4 | 10.53 |
| TOTAL |  | 38 | 100 |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

**Análisis e interpretación.**

En la tabla 5, se observa que el diagnostico oncológico que más prevaleció de acuerdo al CIE-10, fueron los tumores malignos de labio (47.37%), seguido de neoplasia maligna de encía (18.42%), para neoplasia maligna de base o piso de boca (13.16%) por último la neoplasia maligna del paladar y neoplasia maligna de otras partes de labio, cavidad oral y faringe, con 4 casos cada uno (10.53%).

**Tabla 6**. Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el género.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Género*** | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
| *N* | *%* |
| Femenino | 17 | 44.74 |
| Masculino | 21 | 55.26 |
| TOTAL | 38 | 100 |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

**Análisis e interpretación.**

La tabla 6, se observa que pacientes que fueron atendidos con diagnóstico con cáncer oral en el HRDC, según el género, donde se identificó que el sexo masculino fue (55.26%) y para el sexo femenino (44.74)

**Tabla 7.** Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según rango de edad.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Rango de edad*** | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
| *N* | *%* |
| 0 a 5 años | 5 | 13.16 |
| 6 a 10 años | 3 | 7.89 |
| 11 a 19 años | 5 | 13.16 |
| 20 a 29 años | 4 | 10.53 |
| 30 a 39 años | 4 | 10.53 |
| 40 a 49 años | 4 | 10.53 |
| 50 a 59 años | 5 | 13.16 |
| 60 a 69 años | 3 | 7.89 |
| 70 años a mas | 5 | 13.16 |
| TOTAL | 38 | 100 |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

**Análisis e interpretación.**

La tabla 7, se observa que las edades con mayor prevalencia fueron de 0 a 5 años, 11 a 19 años, 50 a 59 años y de 70 años a más (13.16%). Seguido de los rangos de 20 a 29 años, 30 a 39 años y 40 a 49 años (10.53%). Y en el rango de menor incidencia (7.89%) en edades de 6 a 10 años y 60 a 69 años.

**Tabla 8.** Características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según lugar de procedencia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lugar de Procedencia*** | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
| *N* | *%* |
| Provincia de Cajamarca | 22 | 57.89 |
| Provincia de Chota | 3 | 7.89 |
| Provincia de Bambamarca | 6 | 15.79 |
| Provincia de Celendín | 2 | 5.26 |
| Provincia de Cajabamba | 1 | 2.63 |
| Provincia de San Miguel | 1 | 2.63 |
| Provincia de San Pablo | 1 | 2.63 |
| Provincia de San Marcos | 2 | 5.26 |
| TOTAL | 38 | 100 |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

**Análisis e interpretación.**

La tabla 8, se observa que la procedencia que predomino fue la provincia de Cajamarca con 22 casos (57.89%), seguido de Bambamarca (15.79%), Chota con 3 casos (7.89%); Celendín y San marcos 2 casos cada uno (5.26%); las Provincias de Cajabamba, San miguel y San Marcos 1 caso cada uno (2.63%).

**Tabla 9.** Factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según habito y frecuencia del paciente bebedor.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Habito*** |  | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
|  | *N* | *%* |
| Bebedor | Si | 18 | 47.37 |
| No | 20 | 52.63 |
| TOTAL |  | 38 | 100 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Frecuencia de Habito*** |  | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
|  | *N* | *%* |
| 1 vez a la semana |  | 6 | 33.33 |
| 2 veces a la semana |  | 3 | 16.67 |
| 3 veces a la semana |  | 5 | 27.78 |
| 1 vez al mes |  | 4 | 22.22 |
| 2 veces al mes |  | 4 | 22.22 |
| TOTAL |  | 18 | 100 |

**Análisis e interpretación.**

La tabla 9, las historias clínicas evaluadas identificaron que el hábito de paciente con ingesta de alcohol – bebedor tuvo (47.37%) siendo un indicador alto, donde se identificó ingesta de alcohol una vez a la semana en el (33.3%), de 3 veces a la semana (27.7%) y dos veces a la semana (16.6%). Una vez y dos veces al mes (22.22%) y no bebedor tuvo (52.63%).

**Tabla 10**. Factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según habito y frecuencia del paciente fumador.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Habito*** |  | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
|  | *N* | *%* |
| Fumador | Si | 15 | 39.47 |
| No | 23 | 60.53 |
| TOTAL |  | 38 | 100 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Frecuencia de Habito*** |  | ***Numero de evidencia y porcentaje*** | |
|  | *N* | *%* |
| 2 veces al día |  | 1 | 6.67 |
| 3 veces al día |  | 1 | 6.67 |
| 4 veces al día |  | 1 | 6.67 |
| 5 veces al día |  | 3 | 20.0 |
| 6 veces al día |  | 3 | 20.0 |
| 8 veces al día |  | 2 | 13.33 |
| 9 veces al día |  | 1 | 6.67 |
| 10 veces al día |  | 1 | 6.67 |
| 11 veces al día |  | 1 | 6.67 |
| TOTAL |  | 15 | 100 |

**Análisis e interpretación.**

La tabla 10, las historias clínicas evaluadas identificaron que para el factor de riesgo paciente fumador tuvo (39.47%), donde se identificó mayor frecuencia para el consumo de 5 y 6 veces al día (20.0%), seguido de 8 veces al día (13.33%), teniendo por último dos, tres, cuatro, nueve, diez y once veces al día (6.67%) siendo este un hábito no saludable que hace que sea un factor de riesgo fuerte en pacientes con diagnóstico de Cáncer Oral. Y no fumador con (60.53%).

**4.2 Discusión.**

El presente estudio tuvo como objetivo general el determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Se identificó características clínicas como la localización de la lesión, los signos o síntomas, el número de la lesión y el diagnostico oncológico. Así mismo las características epidemiológicas identificadas, estuvieron en razón a la edad, el género, lugar de procedencia y factores de riesgo de los pacientes con diagnóstico de cáncer oral, los resultados obtenidos fueron:

**De acuerdo a las características clínicas:** Encontramos que la zona anatómica más afectada en la población de Cajamarca fueron los labios (55.2%), encías (18.4%) y piso de boca (13.1%). Nuestros resultados difieren con otras investigaciones realizadas; como Dhanuthai K. et all. (2018) en población de Tailandia fue la Lengua (25.4%), labios y mucosa labial (21.7%), encía (14.0%), ello coincide con Posada A. et all. (2011) en Colombia también fue la lengua con más de la mitad de la incidencia, Al igual de Álvarez C. (2017) en Ecuador la lengua (23.8%) y Parra L. (2009) En Venezuela con un alto (48%), otro estudio que difiere en la localización es el de Mohammad F. et all (2015) en Irán donde encontró la mucosa yugal (25.71%) paladar (20%), labio y lengua (17.14%) cada uno. Estudios nacionales también señalan a la Lengua como zona más afectada como Cisneros R. (2020) en Trujillo (22%) piso de boca (20%) y labio (10%), al igual Andia (2017) en Arequipa la lengua (22%), aunque la localización difiere con lo encontrado por Guevara N. (2017) en el Hospital Militar Central del Perú en Lima, donde la zona anatómica más afectada fue la mucosa yugal (40%) y mucosa labial (30%). Estos últimos datos son interesantes para la prevalencia del cáncer de lengua en algunas poblaciones, como sucede en Tailandia, Irán, Venezuela, Ecuador, Colombia y Arequipa, donde debemos considerar que entre las etiologías para el cáncer de lengua esta la fuerte asociación con el Virus del papiloma humano (VPH) y los hábitos nocivos como la ingesta de alcohol y el fumar, por ello estas etiologías pueden ser entendible en poblaciones como Tailandia y Venezuela por existir diversos conflictos y problemas sociales, algunos de ellos asociados a problemas de salud pública y tráfico sexual, aunque estos motivos difieren de la población de Colombia y Arequipa, por tener otro nivel cultural o contexto social, lo que se hace necesario una investigación cualitativa y evidenciar otros posibles motivos. Para la evidencia en Cajamarca donde la mayor incidencia es la lesión en el labio, esta puede estar relacionado al hábito de fumar, el cual es alto en esta ciudad, posiblemente por el clima frio, además considerar la exposición solar y los hábitos de higiene asociados. Por último, el estudio García (2018) en población de Lima encontró a la encía como la zona más prevalente (26.2%), el cual estaría en relación a la no identificación temprana de lesiones como ulceras a nivel de encías y una deficiente condición de higiene oral, mención preocupante es lo encontrado por Guevara N. (2017) donde registra afectación de mucosa yugal (40%) siendo un hospital que atiende en su gran mayoría a personal militar del Perú, se hace necesario buscar información asociada a esta prevalencia y se determine medidas preventivas; estos datos coinciden con Rodríguez (2017) quien también encontró más prevalencia en la mucosa del carrillo (19%), lengua (14%) y labio inferior (9%).

En relación a los signos y síntomas que fueron registrados en los pacientes atendidos, tuvo mayor prevalencia el abultamiento, la movilidad dental, el entumecimiento y las molestias para masticar (7.89%), ulceras más abultamiento y asociado también a movilidad dental, entumecimiento y molestias a la masticación (5.26%), estudios similares también encontraron presencia de úlcera traumática, aunque no prevalente como Mohammad F. (2015, Irán) con 30%. Estos datos nos hacen reflexionar acerca de la importancia de la evaluación temprana de cualquier evidencia, manifestación o molestia que refiera el paciente ante consulta o revisión odontológica de rutina, siendo esto con más énfasis en adolescentes, adultos jóvenes y grupos vulnerables, siendo entonces una necesidad que el cirujano dentista esté capacitado y actualizado en la revisión y exploración anatómica, mejorando sus conocimientos hacia el área de patología y medicina estomatológica. En estudios nacionales Guevara N. (2017, Lima) encontró también a la úlcera traumática (20%) y el estudio de Sueiro M (2018) en el INEN-Lima, encontró que los signos y síntomas más prevalentes fueron el dolor, tumor, ulceras, ganglios, fiebre, edema facial, trismos y dificultad para respirar, aunque los datos mostrados por el autor difieren de los nuestros, esto puede deberse, a que el INEN es un centro especializado de referencia nacional de cáncer en el país, los cuales en su mayoría llegan con diagnósticos y estados más avanzados, por lo tanto los pacientes refieren mayores molestias e incluso se encuentran en estadios agudos, donde evidencias como el dolor y fiebre son usuales en estadios moderados y avanzados del cáncer.

En relación al número de lesión encontrado nuestro estudio identificó que en las historias clínicas se había registrado lesión única (71.05%) y en menor número para lesiones múltiples con (28.95%). Esta evidencia no debe pasar desapercibida, por el cual, al identificarse alguna lesión única o múltiple, se debe hacer una revisión detallada para descartar en el paciente, alguna posible lesión inicial de cáncer oral, el cual podría estar asociada a una lesión benigna o maligna.

En relación al diagnóstico oncológico y registro CIE-10, donde encontramos al más prevalente el tumor maligno de labio (C00) (47.37%) el cual está en relación con la zona anatómica más afectada en nuestro estudio, la segunda neoplasia maligna encontrada fue en encía (C03) (18.42%) siendo una zona anatómica de amplio manejo por el cirujano dentista, por ello se hace necesario estar actualizado en temas de diagnóstico diferencial para evitar avances de patologías en etapas iniciales. La tercera patología encontrada fue para la neoplasia maligna de base o piso de boca (C04) (13.16%), haciéndose necesario una revisión metódica del piso de boca, el cual muchas veces es desapercibida en la evaluación, como sucede en tratamientos en maxilar superior. Por ultimo otras neoplasias malignas como del paladar y en otras partes de labio, cavidad oral y faringe, tuvieron 4 casos cada uno (10.53%), aunque otros estudios no usaron la clasificación del CIE-10, estudios como de Parra L. (2009, Venezuela) identifico un TNM de T4 (32%), T3 (28%) y T2 (24%), y en Cuba Rodríguez (2017), encontró altos índices para diagnóstico de leucoplasia (29%) y papiloma escamoso (21%). En el Perú, el estudio de Cisneros R. (2020, Trujillo) encontró al carcinoma epidermoide (84%) y carcinoma verrucoso (16%) entre los más prevalentes, García (2018) encontró diagnostico patológico prevalente para el carcinoma epidermoide con 20 casos (47.6%) siendo ello una neoplasia invasiva y propensa a una rápida diseminación hacia ganglios linfáticos y a producir metástasis, siendo evidentes en pacientes con ingesta de alcohol y fumadores en edades entre los 50 a 60 años. Estudios como el de Andia (2017) donde aplico la clasificación TNM, donde prevaleció los diagnósticos en grado III, los que diseminan rápidamente. Se hace necesario entonces el evaluar clínicamente al paciente respetando la metodología, secuencia y protocolos necesarios para la identificación de posibles lesiones en etapas iniciales, debemos considerar tomar atención a los signos y síntomas, a las zonas prevalentes de lesiones cancerígenas, como los labios, lengua, encías, piso de boca y el paladar blando, donde al identificar alguna posible lesión se realice una revisión más analítica y descartar posibles lesiones oncológicas en etapas iniciales y lograr que las mismas no avancen a provocar un daño en el paciente.

Un dato interesante encontrado en Cajamarca es acerca de la zona anatómica más afectada, donde la población menor de 14 años, tuvo un 70% de evidencia de lesión patológica en labios y en menor incidencia piso de boca y encías, donde fue el abultamiento, el cambio de color y las molestias para masticar, los signos y síntomas que más le prevaleció a este grupo etario. Aunque esto difiere con Sueiro M. (2018), donde fue el reborde alveolar la zona más prevalente en los menores de 14 años, esto puede deberse a que factores constantes en la higiene oral de adolescentes en lima capital, los cuales muchas veces utilizan alcoholes (enjuagatorios) no certificados o que no han sido medicados, y su uso indiscriminado están asociados a la etiología del cáncer oral, datos que nos hacen denotar la importancia de la revisión anatómica en los servicios de pediatría, odontopediatría y del adolescente, donde debe incidirse la revisión del sistema estomatognático, así como una correcta orientación del uso de colutorios.

**De acuerdo a las características epidemiológicas:** En nuestro estudio en referencia al sexo se encontró una mayor prevalencia para el masculino (55.2%) y para el femenino (44.7%). Nuestros datos también coinciden con Dhanuthai et all. (2018) en población de Tailandia el cual reporto prevalencia (68.9%), al igual que Andia (2017) en Arequipa (57.2%). Guevara (2017) en Lima (77.5%), Cisneros (2020) en Trujillo (54%), Parra (2009) en Venezuela (63%). Aunque otros estudios han encontrado más prevalencia para el género femenino como sucede en Ecuador con Álvarez C. (2017) encontró (55.6%) al igual en Colombia con Posada (2011) encontrando (56%) para mujeres y en Cuba con Rodríguez (2017) con 59%. Estos datos también fueron similares para García (2018) en lima con una prevalencia (61.9%). Estos indicadores referentes al sexo, denotan que, en ciudades como Cajamarca, Arequipa, Lima, Trujillo, Venezuela o Tailandia hay una leve y moderada afección a los hombres, siendo lo contrario en Ecuador y Colombia, posiblemente asociados al descuido por la higiene oral o atención a la revisión de rutina que sirvan como prevención ante cualquier enfermedad emergente.

De acuerdo a la edad, encontramos que los grupos etarios hubo prevalencia de (14.16%) para las edades de 0 a 5 años, 11 a 19 años, 50 a 59 años y de 70 años a más, con (10.53%) para edades de 20 a 29 años, 30 a 39 años y 40 a 49 años; donde obtuvimos para Cajamarca una edad promedio entre los 36 años. Para el estudio de Andia (Arequipa, 2017) también coincide con la prevalencia de edad, donde el 30.6% de los casos, tuvieron la edad entre los 56 a 70 años, al igual que Guevara (2017) en Lima prevaleció de 56 a 65 años (15.6%). Otros estudios difieren, como sucede con Dhanuthai k. et all. (2018) en Tailandia donde la edad promedio fue los 58 años. Al igual que Posada et all, (2011) en Colombia, donde la edad promedio fue de 63 años. En el caso de Cuba, la edad que prevaleció el cáncer bucal fue de 35 a 59 años (80.3%). Aunque llaman la atención lo encontrado por Mohammad F. et all. (2015) en Irán, donde hubo un alto indicador de edad más afectada de 20-39 años (60.5%), Otros estudios identificaron edades de 60 años a más como prevalentes, ello sucede en Ecuador (Álvarez, 2017) y en Trujillo (Cisneros, 2020) Aunque se evidencia que la edad promedio de pacientes con cáncer oral en Tailandia y Colombia es de más de 50 años. Y la afectación en Irán es muy alto entre la edad de 20 a 39 años, también es preocupante conocer que en Cajamarca hay una prevalencia alta que debemos tener en cuenta en la población menor de 14 años, el cual represento un 36% de los casos registrados en la región, siendo esto un indicador que debe ser tomado en cuenta para la prevención desde la salud pública, lo cual se requiere adopción de medidas preventivas en cáncer oral, nivel de los centros educativos y en la actualidad como son el uso de las redes sociales.

En relación a la procedencia de los pacientes predomino la provincia de Cajamarca con 22 casos (57.89%), y otras provincias como Bambamarca 6 casos (15.79%) y Chota con 3 casos (7.89%); Celendín con 2 casos (5.26%); estos datos nos hacen reflexionar que es necesario mejorar estrategias de prevención en la Provincia de Cajamarca, con énfasis en escuelas y centros universitarios, al ser grupos de riesgo identificados en nuestra investigación.

Entre los factores de riesgo asociados se encontró que el (47.37%) eran bebedores de alcohol y (52.63%) no bebedores, donde hubo frecuencia de ingesta de alcohol una vez a la semana (33.3%), de 3 veces a la semana (27.7%) y dos veces a la semana (16.6%). Estudios como el de Álvarez C. en Ecuador refieren un consumo de alcohol (23%) y presento asociación con el cáncer bucal (p>0,05) y el estudio de Parra (Venezuela, 2009) es más alarmante con un 62% de habito de alcohol en pacientes afectados. Estos indicadores se hacen muy relevantes, por motivos que la población de Cajamarca, tiene índices moderados de consumo de alcohol en su mayoría de Cerveza (Torres, 2018) (39) Esto nos indica que no hay practicas saludables en prevención hacia la salud pública y bienestar de salud, el cual se hace necesario mejorar estrategias de prácticas de vida saludable en la población de Cajamarca con énfasis en población vulnerable.

En relación a la identificación de pacientes fumadores fueron (39.47%) y los no fumadores (60.53%), donde la frecuencia de habito fue mayor a 5 veces al día, también hubo pacientes con 6, 8, 9 y 10 veces del habito al día, incluso un paciente refirió el hábito de fumar hasta 11 cigarros al día, siendo estos hábitos no saludables haciendo de este un fuerte factor de riesgo en pacientes con diagnóstico de Cáncer Oral. Igualmente es muy prevalente este hábito en población de Venezuela (Parra, 2009) donde registro (75%). Otros estudios como el Posada et all, (Colombia, 2011) también registro ingesta de alcohol, aunque menos prevalente (19%) y para el cigarro el (51%). Aunque el indicador de pacientes que ingesta de alcohol no es tan alto, ya es suficiente para que pueda ocasionar estragos en la salud de una persona u ocasionar una lesión pre cancerígena.

Por último, a las características epidemiológicas encontradas, es necesario prestar atención a los indicadores de edad donde los menores de edad, adolescentes y jóvenes, han registrado altos indicadores en nuestro estudio, además se ha encontrado valores considerables para la ingesta de alcohol y cigarro asociados a pacientes con diagnóstico de cáncer oral, el cual hace necesario incidir en políticas de mejora y seguir difundiendo información de lo perjudicial de estos hábitos en la salud de las personas.

**V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

**5.1. Conclusiones.**

* Se determinó que las características clínicas más frecuentas fueron localizadas en los labios, como signo el abultamiento y síntoma el entumecimiento, presentando lesión única según el diagnostico de CIE 10 y en relación a las características epidemiológicas encontramos la edad, el sexo, lugar de procedencia y factor de riesgo
* El estudio encontró que la zona anatómica más afectada, fue los labios (55.2%).
* El signo más frecuente fue el abultamiento (7.89%), síntoma con mayor registro fue el entumecimiento con (7.89%).
* El número de lesión encontrada en relación al diagnóstico, se tuvo una lesión única (71.05%).
* El diagnóstico oncológico y registro CIE-10 con mayor prevalencia fue al tumor maligno de labio (47.37%).
* La afectación de pacientes según el sexo se identificó atención para el sexo masculino (55.26%).
* De acuerdo a los grupos de edad evaluados se encontró más prevalencia para edades de 0 a 5 años, 11 a 19 años, 50 a 59 años y de 70 años a más (13.16%).
* De acuerdo a la procedencia de los pacientes predomino el distrito de Cajamarca con 22 casos (57.89%).
* El factor de riesgo asociado al hábito de beber alcohol se encontró que el (47.37%) eran bebedores y en relación al hábito de fumar se muestra (39.47%).

**5.2. Recomendaciones.**

* Realizar estudios para conocer el nivel de conocimientos en prevención de cáncer oral dirigido a la población, donde se evalué cuáles son sus creencias, conocimientos, actitudes hacia el cáncer oral, por el cual nos ayudé a planificar estrategias y mejoras desde la salud pública, orientadas la prevención de neoplasia en cavidad oral.
* Realizar campañas de prevención desde las instituciones universitarias y la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, con el objetivo de identificar alguna lesión oncológica, y que posteriormente pueda limitar la calidad de vida de un individuo.
* Se hace necesario reforzar el conocimiento en profesionales sobre el cáncer oral y con énfasis en temas de patología y medicina estomatológica, ya que somos nosotros los que tenemos la oportunidad de poder identificar alguna lesión en etapas iniciales, en las universidades y en la práctica odontológica en el consultorio.

**VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

* + - 1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Citado 2 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
      2. González V, Rodríguez G, Conde H, Vila D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2017 Jul 27]; 39(2): 245-258. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid =S168418242017000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid%20=S168418242017000200010&lng=es).
      3. Alvarado A, Restrepo M. Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas Rev. Med Dominio de las ciencias. Vol. 2, núm. esp.ago, 2016, pp. 167-185. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761579>
      4. Instituto nacional del cáncer. Naturaleza del Cáncer. Disponible en : <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
      5. Sociedad Americana contra el Cáncer. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de oro faringe y de cavidad oral? [Internet]. [citado 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
      6. Santelices M, Cárcamo M, Brenner C, Montes R. Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura / Oral cancer: Review of the Chilean literature [Internet]. 2016 [citado 9 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php? script=sci\_arttext&pid=S0034-98872016000600011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?%20script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600011)
      7. Gutierrez J. Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del cirujano dentista en Puno, 2016. [Tesis de Titulación]. Universidad del Altiplano de Puno. Recuperado a partir de [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/ UNAP/4453/ Gutierrez\_Apaza\_Juan\_de\_Dios.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/%20UNAP/4453/%20Gutierrez_Apaza_Juan_de_Dios.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
      8. Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas. Datos epidemiológicos. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
      9. Dhanuthai K, Rojanawatsirivej S, Thosaporn W, Kintarak S, Subarnbhesaj A, Darling M. Oral cancer: A multicenter study. Med Oral Patol Oral Cirugía Bucal. 1/2018; 23 (1): e23-9. Aviable: <http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv23_i1_p23.pdf>
      10. Álvarez R.C. Estudio retrospectivo en pacientes con cáncer bucal atendidos en el Hospital Oncológico Solca núcleo de Quito durante los años 2006 a 2016 [Tesis de Titulación]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2017. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11035>
      11. Rodríguez J, Noriega Roldán SO, Góngora Rodríguez RG. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con cáncer bucal y otras lesiones del complejo buco maxilofacial. MEDISAN. 1 de septiembre de 2019;23(5):837-837-46. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n5/1029-3019-san-23-05-837.pdf>
      12. Mohammad F, Ahmad S, Jamel M. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Patients Attending Oral Diagnosis Clinic at School Of Dentistry, University Of Sulaimani. IOSR-JDMS. 2015;14(6):62-66. Aviable from: [https://www.researchgate.net/ publication/280311216\_Prevalence\_of\_Oral\_Mucosal\_Lesions\_in\_Patients\_Attending\_Oral\_Diagnosis\_Clinic\_at\_School\_Of\_Dentistry\_University\_Of\_Sulaimani](https://www.researchgate.net/%20publication/280311216_Prevalence_of_Oral_Mucosal_Lesions_in_Patients_Attending_Oral_Diagnosis_Clinic_at_School_Of_Dentistry_University_Of_Sulaimani)
      13. Posada L. A; Palacio C. M & Agudelo S. A. Características Sociodemográficas y clínicas de los pacientes tratados por 1° vez por cáncer escamocelular oral. Medellín, Colombia. Int. J. Odontostomat., 12(3):237-245, 2018. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v12n3/0718-381X-ijodontos-12-03-00237.pdf>
      14. Parra L. Estudio epidemiológico retrospectivo del cáncer bucal y orofaríngeo en una población venezolana [Tesis de Especialidad]. Universidad Central de Venezuela; 2009. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/6172/1/TESIS.pdf>
      15. Cisneros R. Frecuencia de cáncer oral y orofaringe en pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas periodo 2007-2017 [Tesis de Pregrado]. Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2020. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/16290>
      16. Sueiro M. Frecuencia y distribución del cáncer oral según género y edad en niños menores de 14 años del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (1993-2010) Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1293>
      17. Guevara N. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología del Hospital Militar Central del Perú durante el periodo 2001-2016 [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad privada Norbert W; 2017. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/581>
      18. García E. & Medina A. (2014). Prevalencia de cáncer en mucosa oral en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012. Univ. Nac. Mayor de San Marcos. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/ handle/20.500.12672/3514/Garc%c3%ada\_le.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/%20handle/20.500.12672/3514/Garc%c3%ada_le.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
      19. Andía R. Prevalencia del Cáncer Oral en Pacientes Atendidos en el I.R.E.N. Sur Arequipa 2010 AL 2016. Universidad Alas Peruanas. Arequipa 2017. Disponible en: <http://civ.uap.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=51558>
      20. Organización Mundial de la Salud. Definición de Cáncer. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
      21. Ordóñez D, Aragón N, García LS, Collazos P, Bravo LE. Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. Salud Pública México. Octubre de 2014; 56:465-72.
      22. Cáncer Oral - Cáncer de Boca - American Dental Association [Internet].[cita 15 abril 2020] Aviable from: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/o/oral-cancer>
      23. García C, Salas M, Gil J. Algunas consideraciones sobre etiología y fisiopatogenia del carcinoma epidermoide bucal / Some considerations on etiology and pathophysiology of oral epidermoid carcinoma. MediSur. 2018;63-75.
      24. Louis B. Harrison Head and Neck Cancer A Multidisciplinary Ap fouth edition
      25. Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional 9a Edición | booksmedicos [Internet]. 2015 [citado 16 de abril de 2020]. Disponible: https://books medicos.org/robbins-y-cotran-patologia-estructural-y-funcional-9a-edicion/
      26. Layme A, Salomé R. Prevalencia de cáncer oral en pacientes atendidos en el I.R.E.N. Sur Arequipa 2010 al 2016. Repos Inst - UAP [Internet]. 2017; Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6131>
      27. Gallegos F. Factores de riesgo en cáncer de cavidad oral (lengua). [Internet]. 2011; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2011/pa112d.pdf>
      28. Miguel P, Niño A, Batista K. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cuba Estomatol. Septiembre de 2016;53 (3):128-45.
      29. García V, González M, & Bascones A. (2005). Bases moleculares del cáncer oral: Avances en Odontoestomatología, 21(6), 287-295, Disponible: [http://scielo.isciii.es/ scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0213-12852005000600002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/%20scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000600002&lng=es&tlng=es).
      30. Peter Thomson, Pre Cáncer Oral, diagnóstico y tratamiento de lesiones potencialmente malignas. 2015. Editorial: AMOLCA Edición: 1ª Edición Páginas: 236
      31. González V, Castro Z, De la Caridad B. Evaluación clínica-epidemiológica de trastornos bucales potencialmente malignos en pobladores de Montalvo en Ambato. 2 de diciembre de 2019; 7:1.
      32. Hernández L, Ramírez R, Serrano B, Fernández Y. Lesiones cancerígenas y precancerosas bucales. Factores de riesgos asociados. Policlínico Bernardo Posse. Año 2017. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 May-Jun [citado: 20 diciembre 2020];41(3). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica. sld.cu/index.php/rme/article/view/2692/4297
      33. Tovío E, Carmona M, Díaz A, Harris J, Lanfranchi H. Expresiones clínicas de los trastornos potencialmente malignos en la cavidad oral. Revisión integrativa de la literatura. Univ Odontol. 2018 ene-jun; 37(78). Disponible en: https://doi.org/10.11144/Javer iana.uo37-78.ecdp
      34. Estrada Gladys, Zayas O, González E, González C, Castellanos G. Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. MEDISAN [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Jul 28]; 14(4): Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext &pid=S1029-30192010000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext%20&pid=S1029-30192010000400003&lng=es).
      35. El cáncer oral - Causas, Síntomas, Diagnóstico, Tratamiento | Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial [Internet]. [Citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/el-cancer-oral/informacion-adicional>
      36. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Av En Odontoestomatol. Agosto de 2015;31(4):247-59
      37. Patología Oral y General en Odontología 2a Edición - Leslie De Long & Nancy Burkhart | Cáncer | Ciencias de la Salud [Internet]. Scribd. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/383594224/Patologia-Oral-y-General-en-Odontologia-2a-Edicion-Leslie-DeLong-Nancy-Burkhart>
      38. Leslie De Long Nancy W. Burkhart, Patología Oral Y General En Odontología 2da Edición.
      39. ¿Qué es la cirugía oncológica? [Internet]. Cancer.Net. 2012 [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible: [https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3% B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/cirug%C3%ADa/% C2%BFqu%C3%A9-es-la-cirug%C3%ADa-oncol%C3%B3gica](https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%25%20B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/cirug%C3%ADa/%25%20C2%BFqu%C3%A9-es-la-cirug%C3%ADa-oncol%C3%B3gica)
      40. Montero PH, Patel SG. Cancer Of The Oral Cavity. Surg Oncol Clin N Am. julio de 2015;24(3):491-508.
      41. Vinés V, Orellana M, Bravo C, Jofré D. Manejo del cáncer de cabeza y cuello: ¿Radioterapia a quién, ¿cuándo y por qué? / Management of head and neck cancer: when, why, and to whom give radiotherapy. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2017;77(1):81-90.
      42. Cáncer de boca - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mouth-cancer/diagnosis-treatment/drc-20351002>
      43. Torres G. Consumo de alcohol y las relaciones Familiares en los estudiantes de la Universidad nacional de Cajamarca. 2017. Tesis de título. Universidad Nacional de Cajamarca. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1293>
      44. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Patología oral y maxilofacial. 2ª ed. Filadelfia (PA): Saunders; 2002.
      45. Ramiro M. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. *Med. interna Méx.* [online]. 2017, vol.33, n.6 [citado 2020-12-19], pp.841-842. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S018648662017000600841&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0186-4866
      46. Amado J, Oscanoa Teodoro. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. Horiz. Med. [online]. 2020, vol.20, n.3 [citado 202-12-30], Disponible: https://www. horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1279
      47. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Factores de riesgo. Disponible en: <https://www.who.int/topics/risk_factors/es/>

Anexos:

**ANEXO 1.**

**Cuadro N° 2: Matriz de consistencia**

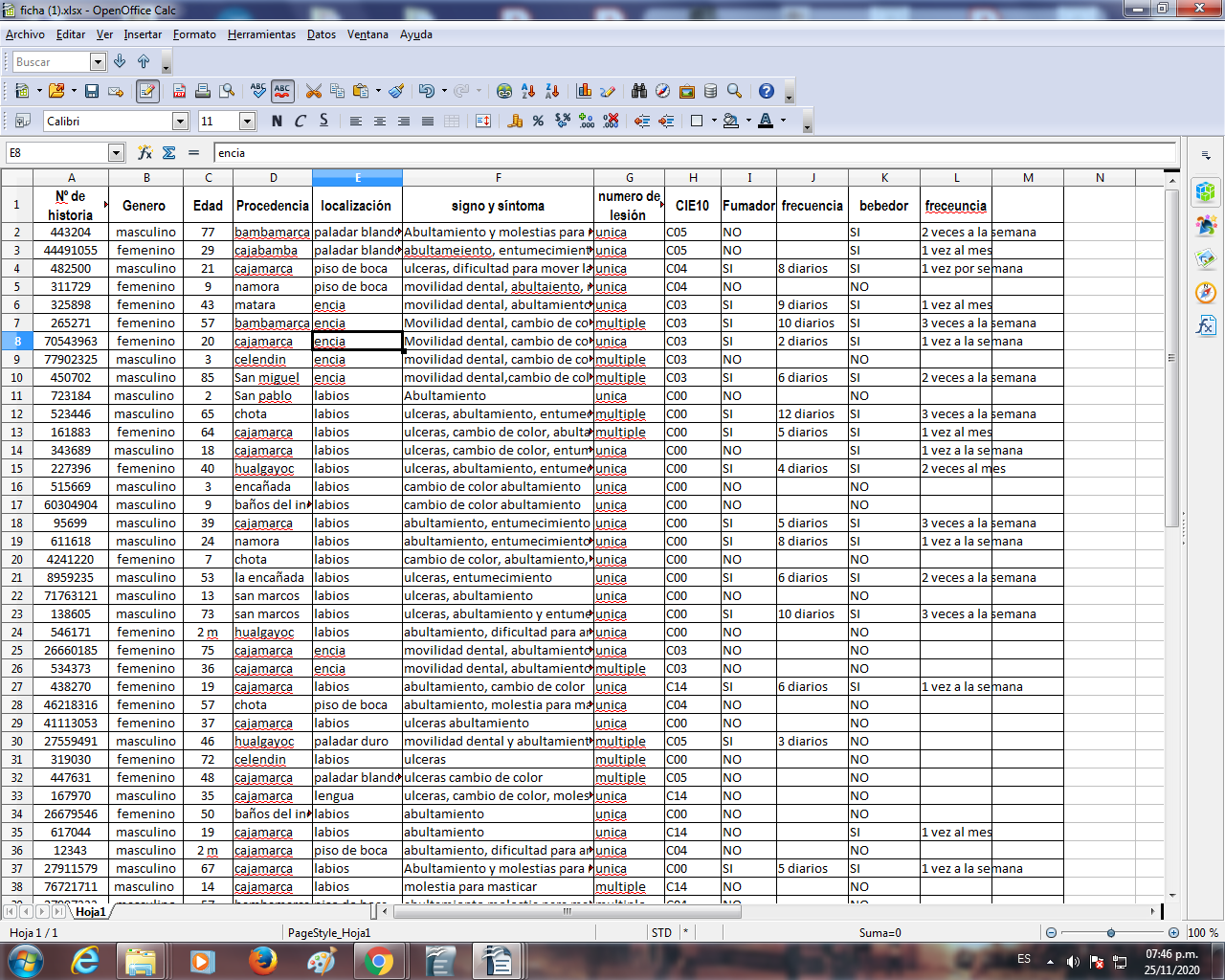
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulación del problema** | **Objetivos del problema** | **Hipótesis** | **Metodología** | **Población y muestra** |
| ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del cáncer oral en pacientes atendidos en el hospital regional docente de Cajamarca, en el periodo del 2010 al 2019? | **Objetivo general.**  Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de cáncer oral atendidos en el hospital regional docente de Cajamarca desde enero del 2010 a diciembre del 2019.  **Objetivos específicos.**  a) Describir características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según localización anatómica de la lesión.  b) Describir características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el síntoma o Signo que evidencio al diagnóstico.  c) Describir características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el número de lesión encontrada.  d) Describir características clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el diagnóstico oncológico y CIE-10.  e) Describir características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según el sexo.  f) Describir características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según edad que fue diagnosticado.  g) Describir características epidemiológicas de pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca, según lugar de procedencia.  h) Describir los factores de riesgo asociados a pacientes diagnosticados con cáncer oral atendidos en el Hospital Regional docente de Cajamarca. | No aplica | El presente estudio es descriptivo, retrospectivo y transversal.  • Descriptivo: Se obtendrán datos específicos y cuantitativos en la medición de los indicadores evaluados.  • Retrospectivo: Se realizará una recopilación de información de historias clínicas entre enero del 2010 a diciembre del 2019 según criterios de inclusión.  • Transversal: Se recolectará los datos a través de un solo momento de tiempo, y en un momento determinado. | **Población. -** La población de estudio estará conformada por todos los pacientes con diagnósticos de Cáncer Oral atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.  **Muestra. -** Estará conformada por las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer oral y registren información necesaria de acuerdo a los objetivos de la investigación y además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.La selección será probabilística y estratificada. |

**ANEXO 2.**

Cuadro N° 3: Ficha de recolección de información.

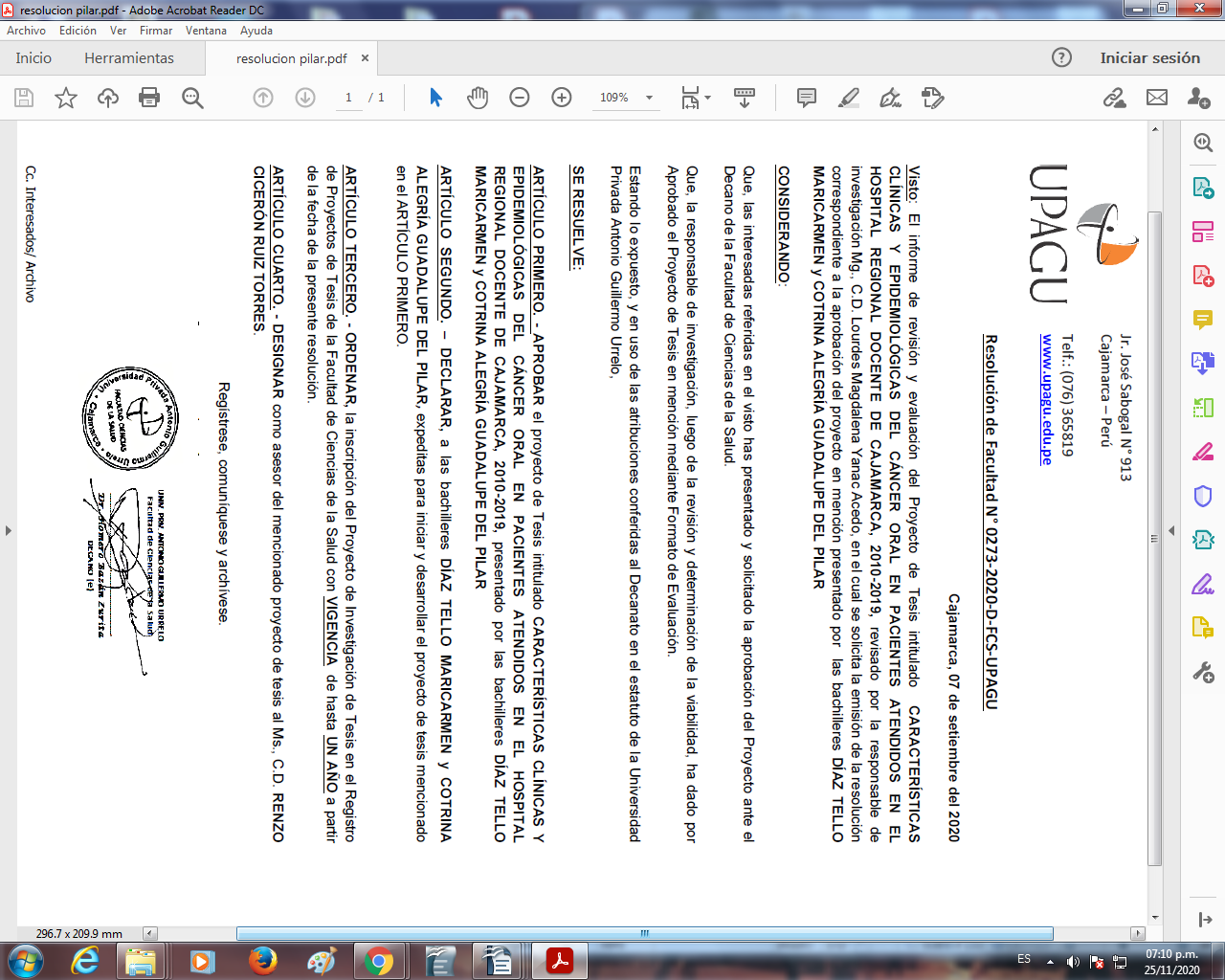
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS GENERALES Y FILIACIÓN: Nº de Historia Clínica: ………….…… | |  |
| A. GÉNERO: Masculino ( ) Femenino ( ) | |  |
| B. EDAD:……….…Años | |  |
| C. PROCEDENCIA: | |  |
| D. FACTORES DE  RIESGO  ASOCIADOS | Hábitos de fumar. Si ( ) no ( ) |  |
| Hábitos de beber Si ( ) no ( ) |  |
| F. LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN:  - Labios ( ) - Lengua ( ) - Paladar duro ( ) - Tejido duro (hueso) ( )  - Encía ( ) - Mejillas ( ) - Paladar blando ( ) - Glándulas salivales ( )  - Otra localización: …………………… | |  |
| G: SIGNO O SINTOMA QUE REGISTRO EL PACIENTE EN LA PRIMERA ATENCION  Ulceras ( ) Abultamiento. ( )  Movilidad dental ( ) Entumecimiento ( )  Cambio de color ( ) Molestias para masticar. ( )  Dificultad para mover lengua ( ) Otros ...................................................................... | |  |
| H. Número de lesiones: Única ( ) Múltiple ( ) | |  |
| H. DIAGNOSTICO DE LESIÓN ONCOLOGICA, DE ACUERDO AL CIE -10.  ( ) C00 Tumor maligno del labio superior, cara externa Labio superior.  ( ) C01 Tumor maligno de la base de la lengua  ( ) C02 Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua  ( ) C03 Tumor maligno de la encía  ( ) C04 Tumor maligno del piso de la boca  ( ) C05 Tumor maligno del paladar  ( ) C14 Tumor maligno de otros sitios y mal definidos del labio, de cavidad bucal y de la faringe  ( ) Otros ..... (Especificar) ..................................................................................................................  ................................................................................................................................. | |  |
| Nombre de investigador que registro .......................................................................  Fecha : ................................................. Firma : .................................................... | |  |

**ANEXO 3.**

**HOJA DE REGISTRO DE RECOPILACIÓN DE DATOS**

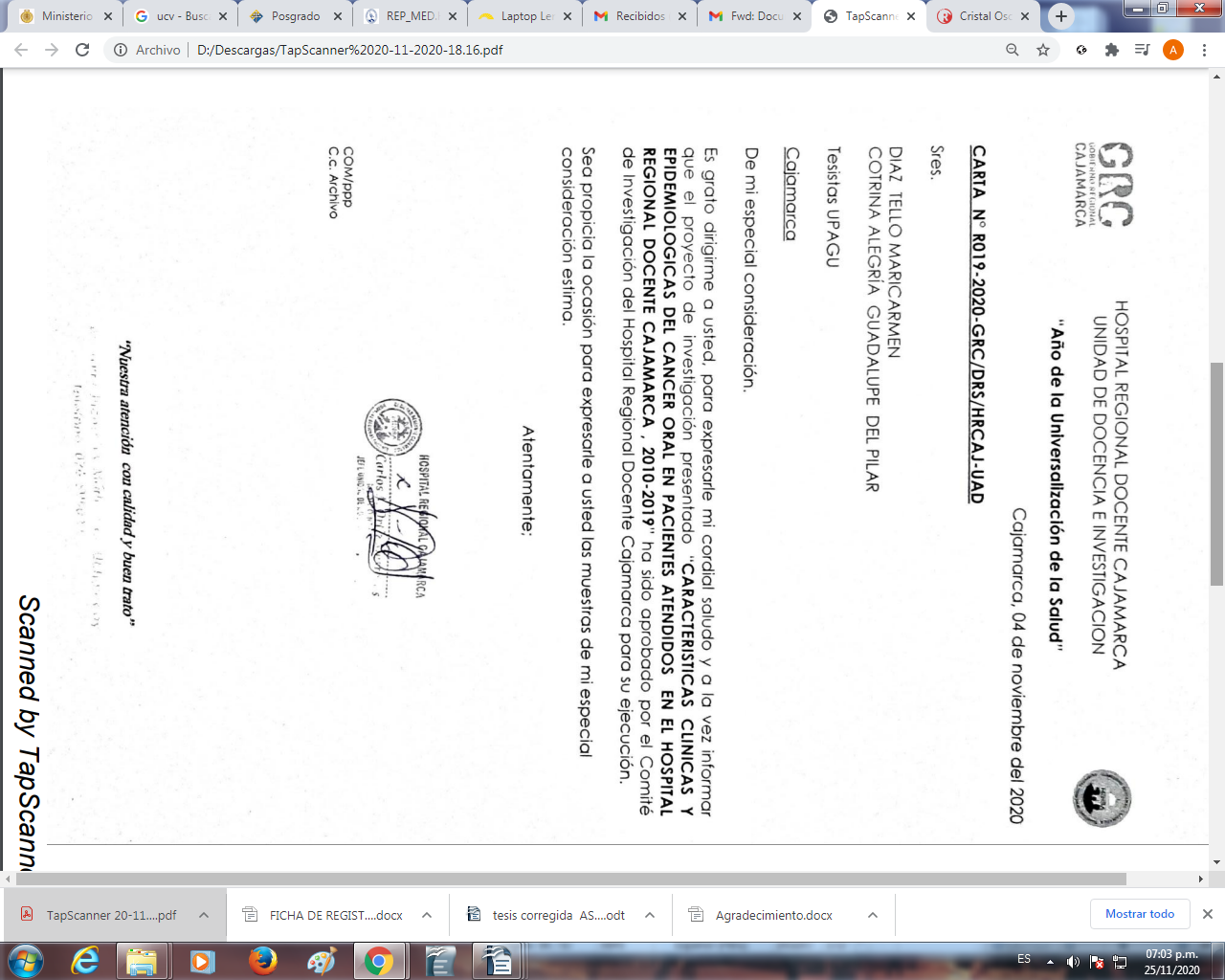
**ANEXO 4.**

**RESOLUCIÓN DE APROBACION DE PROYECTO.**



**ANEXO 5.**

**AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

****

**ANEXO 6.**

**GRAFICOS DE RESULTADOS.**

**ANEXO 7.**

**Fotografía N°1. Ambientes de registro e historias clínicas del HRDC.**

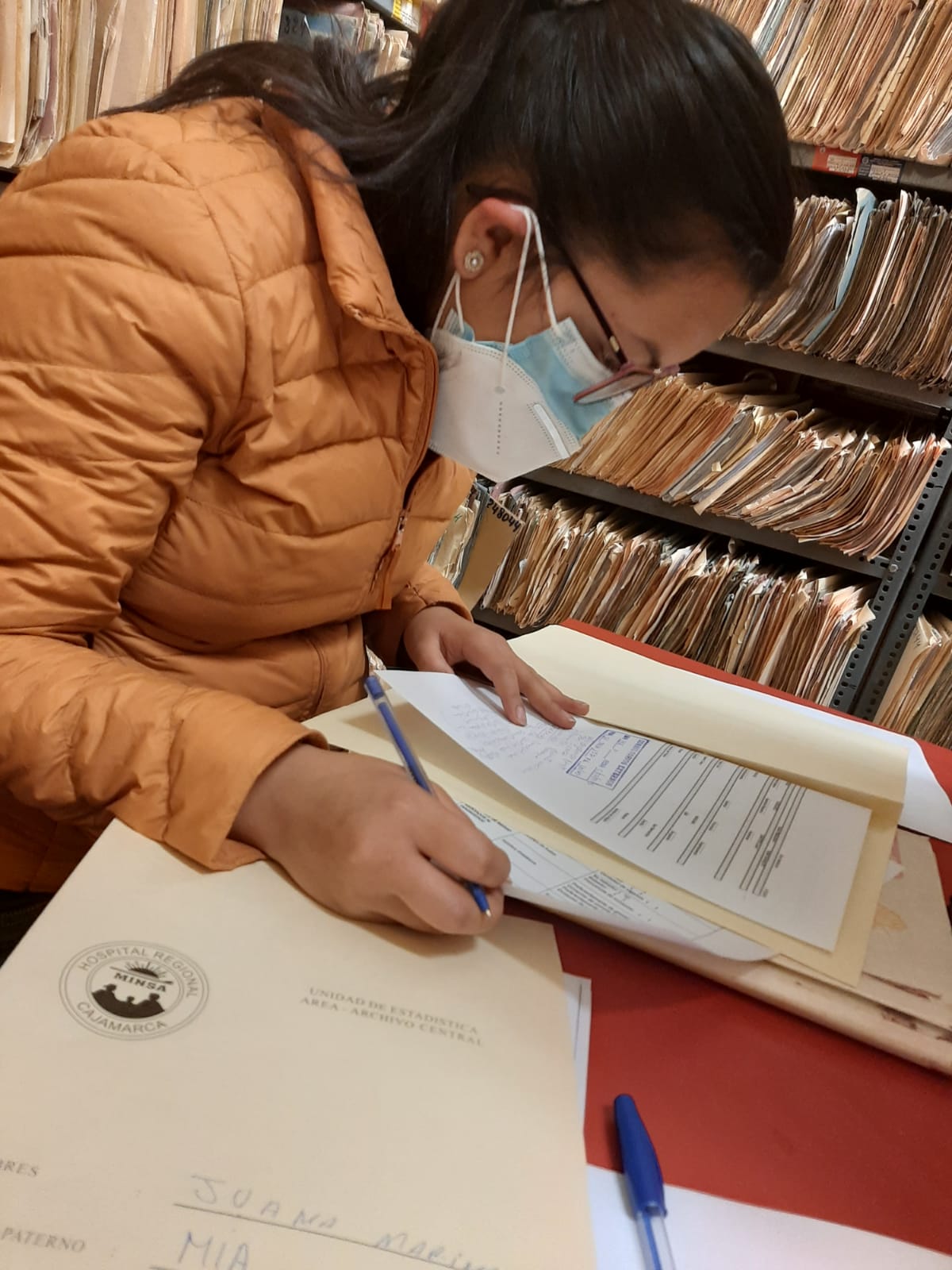
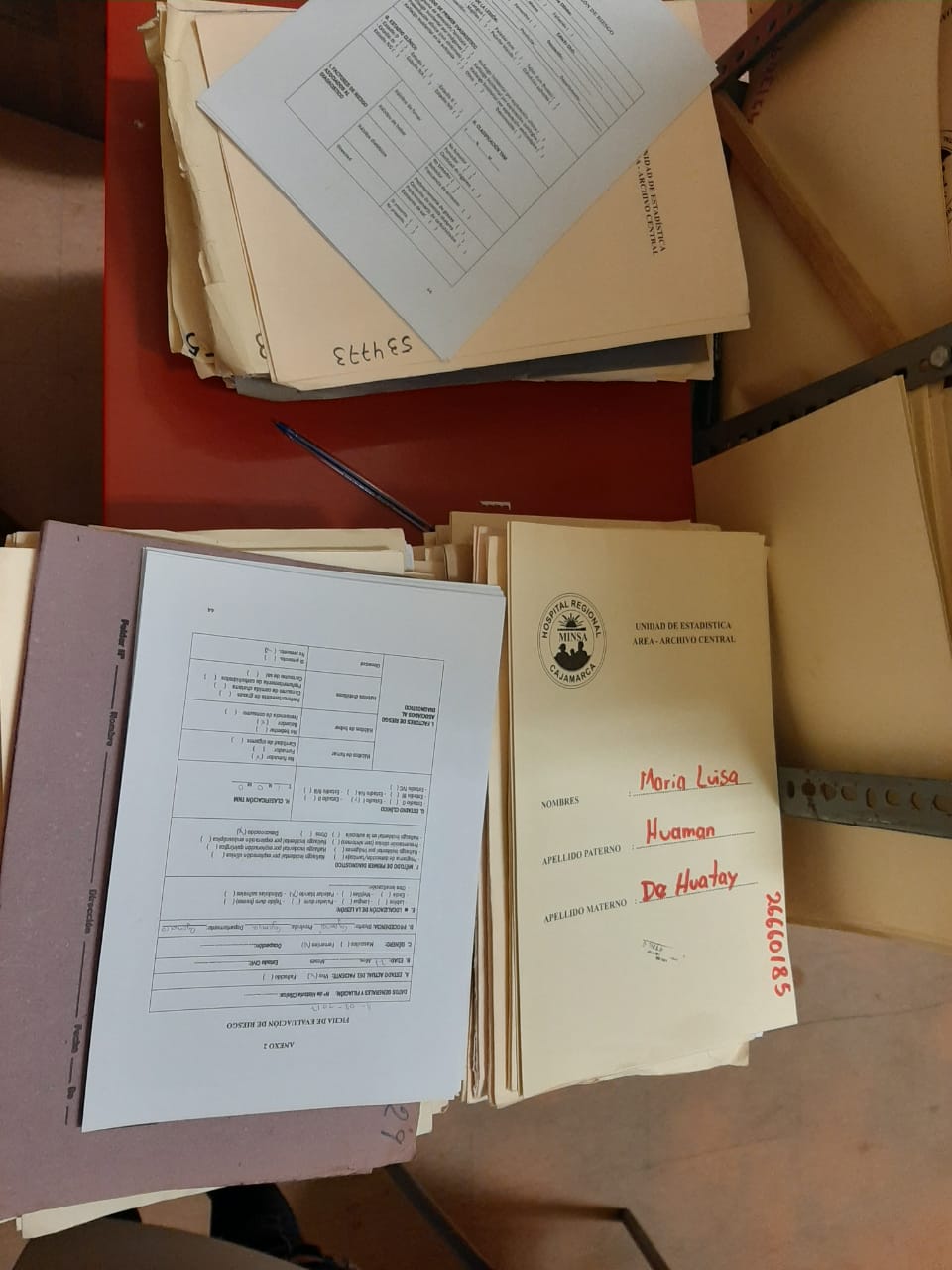


**Fotografía N°2. Revisión de Historias clínicas**



**Fotografía N°3. Fotografía N°4.**

**Selección de Historias clínicas. Registro de datos.**



**Fotografía N°5. Registro de Datos**

