

## Características clínicas y epidemiológicas de las neoplasias de boca en un hospital de tercer nivel

### *Clinical and epidemiological characteristics of oral neoplasms in a third level hospital*

Luna-Valenzuela J.<sup>(1)</sup>, Lugo-Machado J.<sup>(1)</sup>, Canché-Martín E.M.<sup>(1)</sup>, Sainz-Fuentes N.<sup>(1)</sup>.

1. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Especialidades No 2 -Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta-, Ciudad Obregón, Sonora, México.

**Correspondencia:** Juan Antonio Lugo Machado: [otorrinox@gmail.com](mailto:otorrinox@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4864-8546>

**DOI:** <https://doi.org/10.36109/rmg.v162i1.637>

**Recibido:** 12 de Octubre 2022 - **Aceptado:** 12 de Noviembre 2022 - **Publicado:** Febrero 2023

## Resumen

**Introducción.** Debido a su magnitud, el cáncer es un problema prioritario de salud pública, del cual se requiere información epidemiológica suficiente para optimizar programas nacionales de salud.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de las neoplasias de la cavidad oral y orofaringe.

**Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo, analítico y transversal. Se incluyeron como edad, sexo, datos clínicos, tabaquismo, alcoholismo, ocupación, tiempo de evolución, estadio clínico, diagnóstico histopatológico, diferenciación celular y localización. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial con razón de momios (RM) para factores de riesgo de diferenciación celular.

**Resultados.** Se identificaron 48 casos con edad promedio de 63 años, sexo femenino 26, (54,2%). En lengua se presentó en 37.50%, amígdala 20.83% y labio con 18.75%. Se detectaron un 56.25% en estadio IV. El alcohol presentó una RM 1.837(IC 95% 0.563 a 5.995), comorbilidades RM de 1.400(IC 95% 0.448 a 4.376) edad  $\geq 50$  años RM de 0.618(IC 95% 0.144 a 2.660), tabaco RM 0.635(IC95% 0.198 a 2.037) se asociaron a riesgo de menor diferenciación celular. **Conclusiones.** La principal edad de los casos de cáncer de boca fue séptima década de la vida, sin gran diferencia entre sexo, la lengua fue el lugar más común, los estadios avanzados fueron las etapas que más se presentaron.

**Palabras clave.** Neoplasias de la boca, orofaringe, epidemiología.

## Abstract

**Introduction.** Due to its magnitude, cancer is a priority public health problem, for which sufficient epidemiological information is required to optimize national health programs. **Goal.** Describe the clinical and epidemiological characteristics of neoplasms of the oral cavity and oropharynx. **Material and methods.** Observational, retrospective, analytical and cross-sectional study. Age, sex, clinical data, smoking, alcoholism, occupation, evolution time, clinical stage, histopathological diagnosis, cell differentiation and location were included. A descriptive and inferential analysis was performed with odds ratio (OR) for risk factors of cell differentiation. **Results.** 48 cases were identified with a mean age of 63 years, female sex 26, (54.2%). In tongue it was presented in 37.50%, tonsil 20.83% and lip with 18.75%. 56.25% were detected in stage IV. Alcohol presented an OR 1.837 (95% CI 0.563 to 5.995), comorbidities OR 1.400 (95% CI 0.448 to 4.376), age  $\geq 50$  years OR 0.618 (95% CI 0.144 to 2.660), tobacco OR 0.635 (95% CI 0.198 to 2037) were associated with a risk of lower cell differentiation. **Conclusions.** The main age of the cases of mouth cancer was the seventh decade of life, with no great difference between sexes, the tongue was the most common site, and the advanced stages were the stages that most frequently occurred.

**Keywords:** Oral neoplasias, oropharinx, epidemiology.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el 2008, que 13% de las muertes en todo el mundo, se relacionaron con cáncer [1]. Aproximadamente 500 casos de cáncer a nivel de cavidad oral se presentan en México [2]. El 94% de los cánceres de cavidad oral corresponden al carcinoma de células escamosas, similar a lo que se señala en toda la vía aéreo-digestiva superior (cavidad oral, orofaringe, rinofaringe, hipofaringe y laringe). Del mismo modo, los de cavidad oral, se subdividen en: labio, encía y reborde alveolar, paladar duro, piso de boca, mejilla intraoral y trígono retromolar. Las subdivisiones en paladar blando, base de lengua, amígdala y pared faríngea son las del sitio orofaríngeo [3]. El cáncer de labio, desde el punto de vista de su origen, se encuentra más asociados al cáncer de piel por exposición solar [4]. En nuestro país, el cáncer de orofaringe en un número menor al 10% es representado por el carcinomas de células escamosas, siendo los cánceres de boca y laringe el 89% de ellos, no obstante, en la USA, Canadá, Australia y Japón, se ha descrito un incremento, principalmente en mujeres jóvenes que no fuman ni beben, pero tienen más parejas sexuales y mayor frecuencia de sexo oral [5]. Se describe una relación de hasta el 90% de los casos son causados por el consumo de tabaco y alcohol [6]. El comportamiento clínico del cáncer de orofaringe invade y destruye las estructuras adyacentes, hasta la base del cráneo, con mucha frecuencia ésta patología tumoral se extiende a través de ganglios regionales [7]. En raras ocasiones presenta metástasis a distancia (15-20%), siendo los órganos más afectados pulmones, hígado y huesos [8,9].

Los cánceres a nivel de boca y orofaringe, suelen pasar desapercibidos hasta etapas avanzadas, en los que pueden manifestarse con dolor local, dolor de oído, linfadenopatía cervical, trismo, odinofagia, disfagia, hemorragia, disminución de la movilidad de la lengua y formación de fístulas. Lo que confirma que el diagnóstico, se realiza en etapas avanzadas en un número importante de casos. [4]. El diagnóstico, es a través del resultado de estudio histopatológico [10]. Debido a las reducidas investigaciones y escasos datos epidemiológicos en nuestro hospital, que es centro de referencia del noroeste de México, creemos muy pertinente abordar esta patología, partiendo inicialmente en su comportamiento clínico-epidemiológico.

## *Material y métodos*

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal, con la revisión de expedientes de los pacientes con cáncer de boca en el Servicio de Otorrinolaringología de nuestro hospital entre enero 2015 y diciembre 2020. De forma no probabilística y consecutivamente incluimos todos los expedientes con registro histopatológico en el periodo de estudio, excluyendo los casos que no tenían resultados de patología. Se obtuvieron datos como: edad, sexo, ocupación, tabaquismo, alcoholismo, tiempo de evolución, síntomas, localización de la neoplasia, estadio clínico, diagnóstico histológico definitivo. Se consideró a la variable dependiente al grado de diferenciación celular y a la variable independiente a sexo, las comorbilidades, alcohol y tabaco. Se realizaron medidas de tendencia central y de dispersión, así como estadística inferencial con la finalidad de analizar factores asociados a menor diferenciación celular, empleando razón de momios, utilizamos hojas prediseñadas de Excel. se exportó al programa estadístico SPSS versión 24 para Windows.

## *Resultados*

De un total de 93 expedientes revisados, se incluyeron 48 que llenaron criterios, de enero 2015 a diciembre 2020, para una prevalencia de 48 casos en 6 años. La edad promedio fue de 63 años (rango de 31 a 85), el sexo masculino se encontró en 22 casos para un 45,8%, y femenino 26, (54,2%). Los subsitios mayormente involucrados de cáncer de boca fueron, lengua con 18, (37,5%), seguido por amígdala con 10, (20,8%), labio 9, (18,8%), paladar 4, (8,3%), trigono retromolar 3 (6,3%), finalmente, encía y mucosa yugal con el mismo número de casos con 2, para (4,2%) (Ver Tabla 1).

El 50% de los casos no presentó ninguna comorbilidad, mientras 25% presentó solo hipertensión arterial, 14,5%, hipertensión arterial y diabetes y 10,4% las catalogamos como otras comorbilidades, donde se encontraron, osteoartritis, hipotiroidismo VIH entre otras. (Ver Fig.1). Al evaluar el consumo de tabaco, decidimos categorizarlo con el índice tabáquico y se definió como cantidad de paquetes de cigarrillos fumados por año y los clasificamos como Leve: <5 paquetes por año. Moderado: 5-15 paquetes por año. Severo: >15 paquetes por año. No fumador y Fumador de un número desconocido de cigarrillos [24]. Se encontró que 19, (39,6%) no fumaban y 28, (58,3%) presentaron tabaquismo severo, y solo 1(2,1%) moderado. Sobre el grado de consumo de alcohol fue sujeto a interpretación del profesional, y se encontró que 19, (39,6%) no los consumían, y de los 29, (60,4%) que lo consumían se clasificaron en leve 17, (35,4%) y finalmente moderado 6, (12,5%), severo similar a moderado con 12,5%.

Clínicamente en 41 casos, 85,4% ya presentaban ganglios palpables en cuello al momento de su consulta. En los estadios clínicos se encontró que las etapas IV en un 62,5% como la más común, seguida por la II 12,5% (Ver tabla derecha sobre estadios). En el tiempo de evolución, se encontró que un 75% presentó menos de dos años, 22,9% dos a cuatro años y un caso (2,1%) más de 5 años. En relación con el grado de diferenciación del carcinoma escamoso, se encontró 26, (52%) como bien diferenciado, 10, (20%) como poco diferenciado, 11, (22,9%) moderadamente diferenciado y 1, (2%) como indiferenciado. Solo 1, (2%) de los 48 casos, fue positivo para VPH.

Con el fin de evaluar el riesgo de desarrollo de un carcinoma diferente al bien diferenciado, como, por ejemplo, poco diferenciado, moderadamente diferenciado e indiferenciado, contrastamos algunos factores empleando odd ratio (razón de momios) para analizar el riesgo, comparamos a los pacientes que consumían alcohol, tabaco, presencia de comórbidos, así como sexo femenino y edad igual o  $\geq 50$  años. Se encontró que el consumo de alcohol presento un odd ratio de 1.837(IC 95% 0.563 a 5.995) y la presencia de comorbilidades odd ratio de 1.400(IC 95% 0.448 a 4.376) edad  $\geq 50$  años odd ratio de 0.618(IC 95% 0.144-2.660), consumo de tabaco odd 0.635(IC95% 0.198 a 2.037) y sexo femenino odd ratio 0.234 (IC 95%0.690-0.799).

Tabla 1. Localización del cáncer de boca

Subsitio	n:	%
Labio	9	18.8
Lengua	18	37.5
Amígdala	10	20.8
Mucosa yugal	2	4.2
Paladar	4	8.3
Encía	2	4.2
Trigono retromolar	3	6.3
Total	48	100.0

Estadio clínico en 48 pacientes con cáncer de boca, Sonora, México.

Estadio	n	%
<b>0</b>	4	8.3
<b>I</b>	4	8.3
<b>II</b>	6	12.5
<b>III</b>	4	8.3
<b>IV</b>	30	62.5
Total	48	100.0

## Discusión

Los cánceres de cabeza y cuello representan un problema de salud pública a nivel mundial y local en nuestro país, debido a su alta incidencia, prevalencia y mortalidad. Cuando contrastamos nuestros hallazgos presentaron una diferencia marcada en el sexo, como lo señala Da Silva Moro et al, en el que informaron que, en Brasil, el 87% de los pacientes seleccionados eran hombres y el 13%, mujeres [11]. En nuestra serie fueron 56% masculino contra 46% femenino. El grupo de edad más afectado fue la quinta década de la vida, con una edad mínima de 25 y máxima de 86 años, similar a lo descrito por Giraldi et al [12] y Da Silva Moro [11]. En este estudio, la mayoría de los pacientes que buscaron atención en el hospital eran de ciudades vecinas, destacando la importancia de estos servicios y del hospital para atender a la población. En el presente trabajo las mujeres fueron diagnosticadas con más frecuencia con cáncer oral, que otras series pero similar a lo encontrado en el Hospital General de México por Hernández Guerrero [12] si bien se señala que, el número de mujeres afectadas por esta neoplasia ha ido creciendo a lo largo de los años, ya que ahora se exponen más al tabaco y al alcohol, lo que podría explicar nuestros resultados. De acuerdo con Da Silva Moro et al, la lengua fue el sitio más prevalente (28 %), similar a Hernández Guerrero seguida de otras partes de la boca (23 %), labios (20 %), orofaringe (15 %) y piso de la boca (14%). Diferente a lo encontrado a Guzmán et al.(28) donde predominó el cáncer de labio, seguido de lengua. En cuanto a la distribución de los casos según el grado diferenciación histológico de la lesión, el 49% presentó moderadamente diferenciado, el 33% bien diferenciado y el 12% pobremente diferenciado semejantes a los hallazgos que encontraron Guzmán Villaseca [13] y Hernández Guerrero [14]. En cuanto a la proporción de muerte, en el presente trabajo, se informó una mortalidad del 12%, mientras que Da Silva Moro et al, revelaron que el 49% el período de 10 años.

En un estudio de 2009, Pagedar et al [15], encontraron que el 14% de los casos de cáncer oral en conjunto tenían un estado de VPH positivo, en nuestra serie solo se identificaron de manera intencionada en un solo caso, desconociéndose en los demás pacientes. Hernández Guerrero [14] en su serie describe que el 35% eran VPH positivos. Nuestras principales comorbilidades fueron hipertensión arterial con o sin diabetes, diferente a lo descrito por Mustafa Ghanizada et a los tumores malignos no metastásicos diferentes al oral, enfermedad pulmonar crónica y enfermedad vascular periférica [16]. Lo anterior, posiblemente relacionado con la epidemia que vive nuestro país sobre las enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes asociada a obesidad. El consumo de alcohol y tabaco se encuentra relacionado muy estrechamente con el cáncer en cualquier región del cuerpo humano, no obstante, la vía aéreo-digestiva reciben mayor reconocimiento como el sitio más involucrado, ya señalado por diferentes autores. Clínicamente un 85,4% de los pacientes acude en estadios avanzados, similar a lo que se presentan en otras investigaciones a nivel nacional e internacional. En conclusión, el cáncer de la vía aéreo-digestiva es sin duda, un problema creciente de salud pública. Nuestros resultados señalan proporciones casi similares entre el sexo, el grupo más involucrado es la quinta década de la vida, el subsitio oral más común es la lengua, seguida de amígdala, casi tres tercios de nuestros casos se presentan en estadios avanzados con metástasis regional. Por último, encontramos que el tabaquismo, alcoholismo, presencia de comorbilidades, edad  $\geq 50$  tuvieron un efecto de magnitud de media a alta, mientras que el género tiene un efecto de magnitud pequeña para el riesgo de desarrollo de un carcinoma diferente al bien diferenciado.

## Agradecimientos

Queremos agradecer a todos y cada uno de nuestros amigos, familiares y compañeros de trabajo fallecidos en la pandemia de COVID19.

## Referencias bibliográficas / References

1. Rivera-Silva G. Epidemiología reportada de cáncer de labio, cavidad oral y orofaringe en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2021 Apr 14;58(4).
2. Chaturvedi AK, Anderson WF, Lortet-Tieulent J, Paula Curado M, Ferlay J, Franceschi S, et al. Worldwide trends in incidence rates for oral cavity and oropharyngeal cancers. *Journal of Clinical Oncology*. 2013;31(36):4550–9.
3. Mohar A, Frías-Mendivil M, Suchil-Bernal L, Mora-Macías T, De la Garza JG. Epidemiología Descriptiva De Cancer En El Instituto Nacional De Cancerologia De Mexico. *Salud Pública de Mexico*. 1997;39(4):253–8.
4. Guzmán PG, Villaseca MH, Antonio LP, Araya JO, Aravena PM, Cravero CP, et al. Carcinoma epidermoide oral y orofaríngeo. Estudio clínico-patológico.
5. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: Pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology consortium. *Journal of the National Cancer Institute*. 2007;99(10):777–89.
6. Marur S, Forastiere AA. Head and neck cancer: Changing epidemiology, diagnosis, and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*. 2008;83(4):489–501.
7. Cooper T, Biron V, Adam B, Klimowicz AC, Puttagunta L, Seikaly H. Prognostic utility of basaloid differentiation in oropharyngeal cancer. *Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2013;42(DEC):1–7.
8. Gunn GB, Debnam JM, Fuller CD, Morrison WH, Frank SJ, Beadle BM, et al. The impact of radiographic retropharyngeal adenopathy in oropharyngeal cancer. *Cancer*. 2013;119(17):3162–9.
9. Sano D, Myers JN. Metastasis of squamous cell carcinoma of the oral tongue. Vol. 26, *Cancer and Metastasis Reviews*. 2007. p. 645–62.
10. Schottenfeld D, Gantt RC, Wynder EL. The role of alcohol and tobacco in multiple primary cancers of the upper digestive system, larynx and lung: A prospective study. *Preventive Medicine*. 1974;3(2):277–93.
11. Moro J da S, Maroneze MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. 2018;16(2).
12. Giraldi L, Leoncini E, Pastorino R, Wünsch-Filho V, de Carvalho M, Lopez R, et al. Alcohol and cigarette consumption predict mortality in patients with head and neck cancer: A pooled analysis within the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) Consortium. *Annals of Oncology*. 2017;28(11).
13. Hernández-Guerrero JC, Jacinto-Alemán LF, Jiménez-Farfán MD, Macario-Hernández A, Hernández-Flores F, Alcántara-Vázquez A. Prevalence trends of oral squamous cell carcinoma. Mexico City's general hospital experience. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2013;18(2).
14. Guzmán G P, Villaseca H M, Antonio P L, Araya O J, Aravena M P, Cravero P C, et al. Carcinoma epidermoide oral y orofaríngeo: Estudio clínico-patológico. *Revista chilena de cirugía*. 2011;63(3).
15. Pagedar NA, Gilbert RW. Selective neck dissection: A review of the evidence. Vol. 45, *Oral Oncology*. 2009. p. 416–20.
16. Ghanizada M, Jakobsen KK, Jensen JS, Wessel I, Filtenborg Tvedskov J, Grønhøj C, et al. The impact of comorbidities on survival in oral cancer patients: a population-based, case-control study. *Acta Oncologica*. 2021;60(2).