

Prevalencia de neoplasias malignas en 2,042 casos consecutivos.

Prevalence of malignant neoplasms in 2,042 consecutive cases.

Ismeny Peralta Morga,^{*,‡} Beatriz Aldape Barrios,^{*,§} Yamely Ruiz Vázquez^{*,§}

RESUMEN

Introducción: las neoplasias malignas en cavidad oral representan de 3-5% de todas las neoplasias, el carcinoma de células escamosas representa 90%, es la neoplasia más frecuente. **Objetivo:** identificar la frecuencia de neoplasias malignas diagnosticadas histopatológicamente en 2,042 casos consecutivos en la cavidad oral, en un servicio patológico privado, clasificándolas por edad, sexo y localización. **Material y métodos:** estudio transversal de un muestreo por conveniencia en un periodo que data de enero de 2017 a diciembre de 2018. **Resultados:** la prevalencia de neoplasias malignas fue de 6.06% (124/2042). **Conclusiones:** las neoplasias malignas afectan principalmente a personas mayores de 40 años con predilección por el sexo masculino, probablemente porque las mujeres acuden con mayor frecuencia a evaluaciones médicas.

Palabras clave: epidemiología, neoplasias malignas orales, histopatología oral.

ABSTRACT

Introduction: malignant neoplasms in oral cavity represent 3 to 5% of all the neoplasms where squamous cell carcinoma is the most frequent with a representation rate of 90%. **Objective:** identify the frequency of malignant neoplasms diagnosed histopathologically in 2,042 consecutive cases in the oral cavity in a private oral pathology service, classifying them by age, sex and location. **Material and methods:** cross-sectional study of a sampling for convenience from the periods of January 2017 to December 2018. **Results:** the prevalence of malignant neoplasms was 6.06% (124/2042). **Conclusions:** malignant neoplasms mainly affect people over 40; with a predilection for the male sex, probably because women attend medical evaluations more frequently.

Keywords: epidemiology, oral malignancies, oral histopathology.

INTRODUCCIÓN

Una neoplasia se define como la proliferación anormal de los tejidos que se inicia de forma espontánea, no se conoce la causa exacta aunque hay factores de riesgo y genéticos asociados, además de un crecimiento progresivo.¹ Las tres características principales de las neoplasias son: 1) Forman un acúmulo anormal de células. 2) Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control. 3)

Tienen la capacidad de permanecer incluso después de desaparecer la causa que la provocó.²

Las neoplasias malignas se dividen en tres principales subtipos:

Los sarcomas, que se originan del tejido conectivo como hueso, cartílago, nervios, vasos sanguíneos, músculo y tejido adiposo.

Los carcinomas, que derivan de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que recubren las cavidades y

* Universidad Nacional Autónoma de México.

‡ Cirujana Dentista.

§ Maestra en Patología Bucal.

Recibido: 28 de abril de 2021. Aceptado: 24 de abril de 2024.

Citar como: Peralta MI, Aldape BB, Ruiz VY. Prevalencia de neoplasias malignas en 2,042 casos consecutivos. Rev ADM. 2024; 81 (3): 158-163. <https://dx.doi.org/10.35366/116298>



órganos, y de las glándulas como son las salivales o mama y próstata. El carcinoma es la neoplasia maligna más frecuente; los de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas, espinocelular o epidermoide y los que tienen origen glandular se denominan adenocarcinomas.

El tercer subtipo son las leucemias y los linfomas, que incluyen las neoplasias de los tejidos hematopoyéticos, producen linfadenopatías o adenomegalias, esplenomegalia e infiltración de la médula ósea y linfocitos inmaduros.³

Durante el periodo comprendido entre 1987 y 1997, en el Hospital Central Militar de la Ciudad de México, se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en donde se diagnosticaron 1,230 casos de neoplasias malignas, 42 correspondieron a carcinoma epidermoide en cavidad oral, presentando una tasa de incidencia de 3.74 por 1,000 neoplasias registradas en el periodo de 10 años en donde el grupo de 50-74 años fue el más afectado.⁴

En 1993, el Registro Nacional de Cáncer reportó 654 casos (1.6%) de cáncer oral que ocupó el lugar 22, el más frecuente es el carcinoma epidermoide. En el año 2002 se reportaron 820 casos de cáncer bucal (0.75%); en el año 2005 obtuvieron 1,406 casos (1.25%).⁵

Martínez A realizó un estudio retrospectivo de muestras de pacientes con diagnóstico presuntivo de cáncer oral remitidas al laboratorio de patología de un hospital de Cartagena de Indias-Colombia entre 2007-2011, el total de solicitudes del estudio anatomopatológico fue de 215, se seleccionaron 73 muestras (33.9%) de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer bucal; las variables estudiadas fueron edad, sexo, procedencia, hábitos, año de diagnóstico y diagnóstico histopatológico. El diagnóstico de mayor frecuencia fue el carcinoma de células escamosas sin predilección de sexo y el rango de edad con mayor número de diagnósticos fue la sexta década de vida; el consumo de cigarro fue el hábito más relacionado con el cáncer bucal.⁶

Carrillo RJ y colaboradores reportaron en 2011, que el cáncer oral en México representa entre 1 y 5% del total de las neoplasias malignas, siendo el carcinoma de células escamosas el diagnóstico más común, éste se presentaba con mayor frecuencia en el sexo masculino y estaba asociado a factores de riesgo como el tabaquismo y el consumo de alcohol.⁷

Rafael Escalona Veloz, en 2015 publicó una investigación descriptiva y retrospectiva, realizada en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente «Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso» de Santiago de Cuba, en la que determinó la incidencia del

cáncer bucal diagnosticado histopatológicamente, para lo cual revisaron las fichas de las biopsias realizadas desde el año 2008 hasta 2013 y se seleccionaron 28 con ese diagnóstico. El grupo etario más afectado fue el de 59-69 años (50%); el tipo histológico más diagnosticado fue el carcinoma escamoso (78.5%) y el hábito más frecuente fue el de fumar.⁸

La revisión actual presenta la frecuencia de neoplasias malignas registradas en un laboratorio de patología bucal privado durante el periodo de enero 2017 a diciembre 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio transversal se revisó la base de datos en Access 2010 que cuenta con 2,042 registros de reportes histopatológicos de enero de 2017 a diciembre de 2018; una vez obtenidos los datos, se realizó la captura de los mismos en Microsoft Excel 2010 para clasificarlos por edad, sexo y diagnóstico y se llevó a cabo el conteo total de las neoplasias malignas; con ayuda del microscopio se revisaron las laminillas de cada neoplasia para confirmar el diagnóstico y tomar fotos histológicas de cada una con asesoría de tres expertos en patología bucal (*Tabla 1*).

RESULTADOS

El total de casos registrados en el periodo de enero 2017 a diciembre 2018 fue de 2,042, en donde se encontraron 124 (6.07%) neoplasias malignas. De estos 125 casos, 68 (54.4%) correspondieron al sexo femenino y 57 (45.6%) al sexo masculino, la media de edad para los hombres fue de 63 ($\sigma=30.39$) y para las mujeres de 51.8 ($\sigma=22.16$). Las neoplasias malignas fueron agrupadas por décadas de vida y se obtuvieron porcentajes de acuerdo al total de casos registrados en el periodo estudiado. En la primera década (0-10 años) se reportó sólo un caso (0.04%) que corresponde a linfoma; para la segunda década (11-20 años) se encontraron dos casos (0.09%) de osteosarcoma y carcinoma de glándulas salivales de patrón bifásico; referente a la tercera década (21-30 años) se identificaron 0.24% ($N=5$) casos con diagnóstico de carcinoma epidermoide, linfoma y carcinoma mucoepidermoide; en la cuarta década (31-40 años) 14 casos (0.68%) en donde uno de los diagnósticos fue melanoma; los casos para la quinta década (41-50 años) fueron 14 (0.68%) con tres diagnósticos de adenocarcinoma; para la sexta década (51-60 años) se reportaron 20 casos (0.97%) donde uno de ellos se

Tabla 1: Variables.

Variables independientes		
Tipo		
Edad	Cuantitativa (se midió en años cumplidos)	
Género	Cualitativa nominal (hombre/mujer)	
Variables dependientes		
	Definición	Tipo (cualitativa nominal)
Neoplasias malignas epiteliales	Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos ⁹	Se clasificaron de acuerdo con la nomenclatura de la Organización Mundial de la Salud 2017 y el resultado histopatológico en: carcinoma de células escamosas, carcinoma verrugoso, carcinoma basocelular, melanoma
Neoplasias malignas de estirpe linfoide	Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Empieza en las células T y NK, células B ⁹	Se clasificaron de acuerdo con el resultado histopatológico en: linfoma, leucemia
Neoplasias malignas de glándulas salivales	Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Empieza en las glándulas salivales mayores (parótida, submaxilar, sublingual) y menores ⁹	Se clasificaron de acuerdo con la nomenclatura de la Organización Mundial de la Salud 2017 y el resultado histopatológico en: carcinoma adenoideo quístico, carcinoma mucoepidermoide, adenocarcinoma (NOS), adenocarcinoma de células basales, adenocarcinoma de células acinares, carcinoma mioepitelial, adenocarcinoma sebáceo
Neoplasias malignas mesenquimatosas	Células anormales que se multiplican sin control e invaden los tejidos cercanos. Empieza en el hueso, cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén ⁹	Se clasificaron de acuerdo con el resultado histopatológico en: osteosarcoma, condrosarcoma, rabdomiosarcoma, leiomiomasarcoma, liposarcoma fibrosarcoma

diagnosticó como carcinoma ameloblástico; la séptima década (61-70 años) tuvo 1.07% (N = 21) casos con un reporte de carcinoma mioepitelial; se observaron 24 casos (1.17%) en la octava década (71-80 años) en donde la mayoría de los resultados fueron carcinoma epidermoide; se registraron 10 casos (0.48%) para la novena década (81-90 años) con un caso de carcinoma ductal salival y finalmente en la décima década (91-100 años) se obtuvo únicamente 1 caso (0.04%) que corresponde a carcinoma epidermoide.

Por lo anterior, en las décadas de vida en donde se presentó la mayor prevalencia de neoplasias malignas

fueron la séptima década con 21 casos (1.07%) y la octava década con 24 casos (1.17%). Se encontraron 12 casos (0.58%) sin datos de edad y 1 (0.04%) sin registro de edad y sexo (Tabla 2).

De acuerdo a los diagnósticos histopatológicos, de las 125 neoplasias malignas, se identificaron 68 casos de carcinoma epidermoide; la segunda neoplasia más frecuente fue el linfoma; la tercera fue el adenocarcinoma; seguido del carcinoma mucoepidermoide y carcinoma adenoideo quístico. El melanoma y el carcinoma ameloblástico registraron cada uno 1 caso. Y para el carcinoma mioepitelial se presentaron 2 casos. El carcinoma de glándulas salivales

Tabla 2: Frecuencia de neoplasias malignas por década de vida.

Años	n (%)	Diagnóstico
0-10	1 (0.04)	Linfoma
11-20	2 (0.09)	Osteosarcoma Carcinoma de glándulas salivales de patrón bifásico
21-30	5 (0.24)	Carcinoma epidermoide (3) Linfoma Carcinoma mucoepidermoide
31-40	14 (0.68)	Carcinoma epidermoide (5) Linfoma (3) Osteosarcoma (4) Melanoma Carcinoma adenoideo quístico Carcinoma basocelular
41-50	14 (0.68)	Carcinoma epidermoide (4) Linfoma (3) Adenocarcinoma (3) Carcinoma mucoepidermoide (2) Carcinoma verrugoso Tumor maligno de vaina de nervio periférico
51-60	20 (0.97)	Carcinoma epidermoide (9) Linfoma (3) Carcinoma mucoepidermoide (3) Adenocarcinoma (2) Carcinoma verrugoso Carcinoma basocelular Carcinoma ameloblástico
61-70	21 (1.07)	Carcinoma epidermoide (18) Adenocarcinoma (2) Carcinoma mioepitelial
71-80	24 (1.17)	Carcinoma epidermoide (14) Linfoma (4) Carcinoma basocelular (3) Adenocarcinoma Carcinoma adenoideo quístico Carcinoma verrugoso
81-90	10 (0.48)	Carcinoma epidermoide (5) Carcinoma verrugoso (2) Linfoma Carcinoma ductal salival Carcinoma mioepitelial
91-100	1 (0.04)	Carcinoma epidermoide
Sin edad	12 (0.58)	Carcinoma epidermoide (10) Linfoma Adenocarcinoma
Sin sexo y edad	1 (0.04)	Carcinoma epidermoide
Total	125 (6.07)	

Fuente: Directa.

de patrón bifásico 1 caso y el carcinoma ductal salival 1 caso. El sarcoma miofibroblástico, todas las neoplasias fueron en el sexo femenino (Tabla 3 y Figura 1).

Respecto a la localización, el sitio de mayor frecuencia fue la lengua con 25 casos (20.1%) seguido del reborde alveolar y el paladar con 17 casos (13.7%) respectivamente; el labio y la encía tuvieron 2 casos (1.6%) cada una; en la mandíbula se obtuvieron seis casos (4.8%); para la fosa infratemporal, el ala de la nariz, la región geniana y el maxilar se obtuvo un caso (0.8%) para cada localización y finalmente, se registraron 50 casos (40.3%) sin localización (Figura 1).

DISCUSIÓN

Respecto a la localización, el sitio de mayor frecuencia fue la lengua con 25 casos (20.1%) seguido del reborde alveolar y el paladar con 17 casos (13.7%) respectivamente; el labio y la encía tuvieron 2 casos (1.6%) cada una; en la mandíbula se obtuvieron 6 casos (4.8%); para la fosa infratemporal, el ala de la nariz, la región geniana y el maxilar se obtuvo 1 caso (0.8%) para cada localización y finalmente, se registraron 50 casos (40.3%) sin localización.⁶⁻⁸

Tabla 3: Frecuencia de neoplasias malignas por sexo.

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Carcinoma epidermoide	31 (1.51)	36 (1.76)
Linfoma	7 (0.34)	10 (0.48)
Adenocarcinoma	7 (0.34)	2 (0.09)
Carcinoma mucoepidermoide	6 (0.29)	0 (0.00)
Carcinoma adenoideo quístico	2 (0.09)	0 (0.00)
Carcinoma verrugoso	3 (0.14)	2 (0.09)
Carcinoma basocelular	5 (0.24)	0 (0.00)
Osteosarcoma	3 (0.14)	2 (0.09)
Melanoma	0 (0.00)	1 (0.04)
Carcinoma ameloblástico	0 (0.00)	1 (0.04)
Carcinoma de glándulas salivales de patrón bifásico	1 (0.04)	0 (0.00)
Carcinoma mioepitelial	1 (0.04)	1 (0.04)
Carcinoma ductal salival	0 (0.00)	1 (0.04)
Tumor maligno de vaina de nervio periférico	1 (0.04)	0 (0.00)

Fuente: Directa.

El sexo femenino fue en el que se observó mayor frecuencia de lesiones, lo que no coincide con estudios previos como el de Carrillo RJ y el de Krolls, posiblemente porque actualmente los factores de riesgo en mujeres son los mismos (o mayores) que en los hombres.^{7,10}

La séptima y octava década de vida fueron las más frecuentes para las neoplasias malignas, lo que coincide con el estudio del Hospital Central de la Ciudad de México y con el de Rafael Escalona, probablemente porque son las edades en las que las personas empiezan a atenderse por falta de funcionalidad.^{4,8}

En este estudio, las localizaciones más frecuentes fueron la lengua, el paladar y el reborde alveolar, lo que coincide con el estudio de Koyama S y con Ribeiro K.^{11,12}

CONCLUSIONES

De acuerdo con la estirpe histopatológica las neoplasias malignas más frecuentes son las epiteliales, seguidas de las neoplasias malignas de glándulas salivales, las de tipo linfóide, mesenquimatosas y odontogénicas (Figura 2).

A pesar de que la incidencia de neoplasias malignas es baja, como el 6.07% reportado en este trabajo, es necesario que todo tejido que es retirado sea enviado a realizar el estudio histopatológico correspondiente, siempre tomando en cuenta que los datos de nombre, edad, sexo y localización son indispensables para poder realizar una correlación clínico-patológica y poder otorgar un diagnóstico más acertado para el paciente.

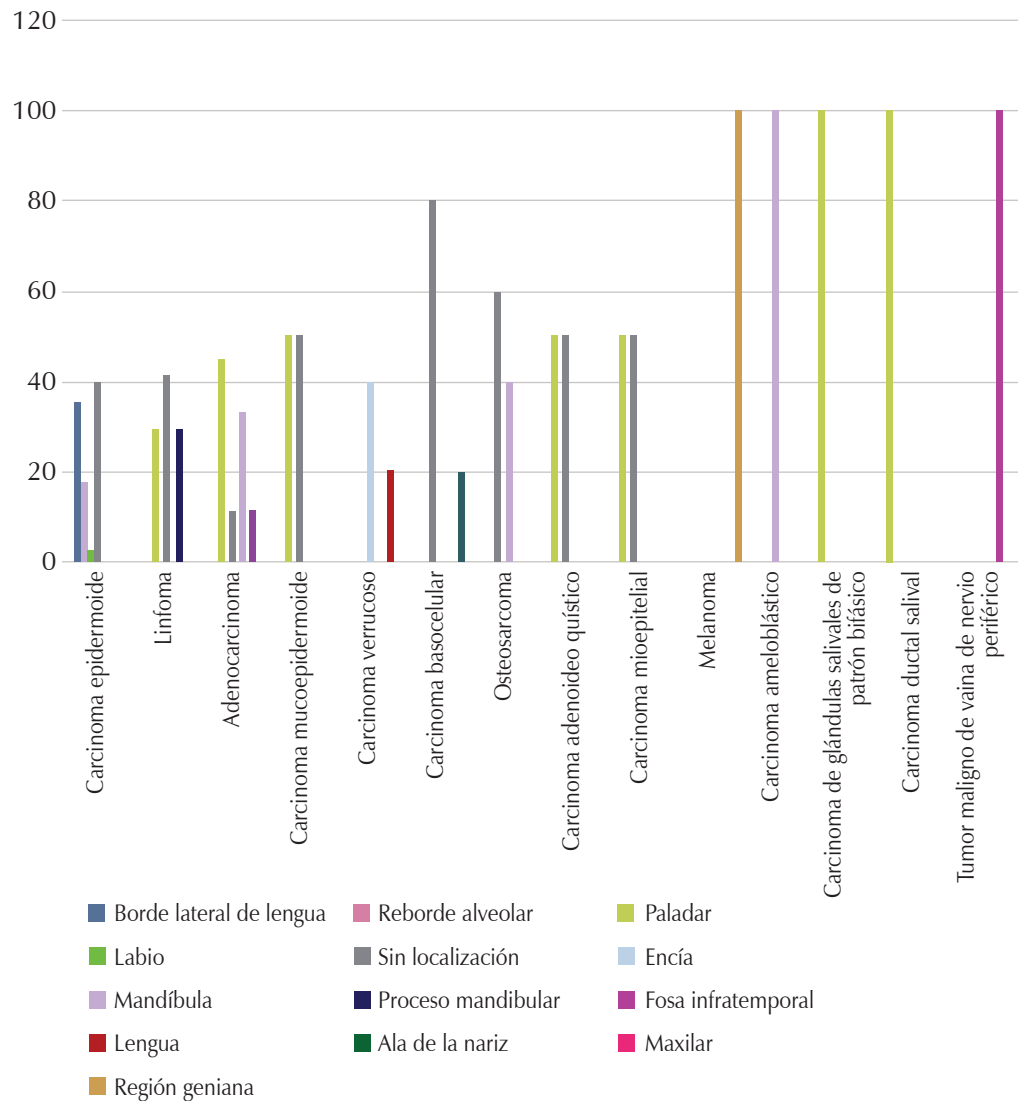


Figura 1:

Localización de neoplasias malignas de acuerdo con los reportes histopatológicos.

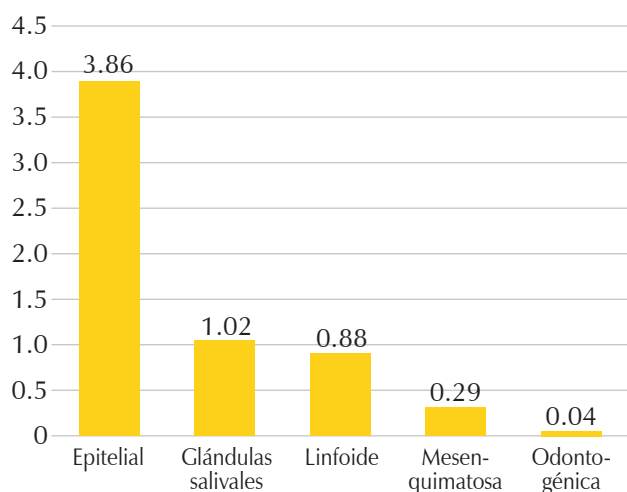


Figura 2: Prevalencia de neoplasias malignas clasificadas por estirpe histopatológica.

Fuente: Directa.

REFERENCIAS

1. Gobierno de México [Internet]. Anuarios de Epidemiología y estadísticas vitales (México) 2004. [Consultado 17 Sept 2019]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
2. Weinberg MA, Estefan DJ. Assessing oral malignancies. *Am Fam Physician*. 2002; 65 (7): 1379-1384.
3. Kennaway EL. The data relating to cancer in the publications of the general register office. *Br J Cancer*. 1950; 4 (2): 158-172.
4. Villanueva D, Sánchez MM, Aparicio CG. Frecuencia de carcinoma epidermoide en cavidad bucal en el Hospital Central Militar de 1987 a 1997. *Rev Sanid Milit*. 2001; 55 (5): 186-189.
5. Mohar A, Frías-Mendivil M, Suchil-Bernal L, Mora-Macías T, G. de la Garza J. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Publica Mex*. 2019; 39 (4): 253-258.

6. Martínez MA, Carmona LM, Diaz-Caballero A. Comportamiento del cáncer bucal en un hospital de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista Cubana Estomatología*. 2016; 53 (2).
7. Carrillo RJ, Nacif ES, Gil RMG, Rodríguez FMR. Cáncer oral en México. Revisión bibliográfica y presentación de caso clínico. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac*. 2011; 7 (3): 104-108.
8. Escalona VR. Diagnóstico histopatológico de cáncer bucal en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". *MEDISAN* 2015; 19 (2): 223-228.
9. Lede BA, Seoane GV, Rodríguez FJ. Lesiones preneoplásicas, tumores benignos y malignos de la cavidad oral [internet]. *seorl.net*. 2019 [Citado 7 noviembre 2019]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/084%20-%20LESIONES%20PRENEOPLÁSICAS,%20TUMORES%20BENIGNOS%20Y%20MALIGNOS%20DE%20LA%20CAVIDAD%20ORAL.pdf>
10. Krolls SO, Hoffman S. Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14,253 cases by age, sex, and race of patients. *J Am Dent Assoc*. 1976; 92 (3): 571-574.
11. Koyama S, Tabuchi T, Okawa S, Morishima T, Ishimoto S, Ishibashi M et al. Oral cavity cancer incidence rates in Osaka, Japan between 2000 and 2014. *Oral Oncol*. 2020; 105: 104653.
12. Ribeiro KC, Kowalski LP, Latorre MR. Impact of comorbidity, symptoms, and patients' characteristics on the prognosis of oral carcinomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 126 (9): 1079-1085. doi: 10.1001/archotol.126.9.1079.

Conflicto de intereses: ninguno.

Aspectos éticos: de acuerdo a la ley general de salud capítulo 1, artículo 21, esta investigación no representa riesgos y se guardará la confidencialidad de los pacientes.

Financiamiento: ninguno.

Correspondencia:

Ismeny Peralta Morga

E-mail: ismeny.peralta0106@gmail.com