



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ANÁLISIS COMPARATIVO DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y EL
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN INFORMES ANATOMOPATOLOGICOS DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER BUCAL DEL LABORATORIO DE
PATOLOGIA DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
PERUANA CAYETANO HEREDIA, PERIODOS 2016 – 2019**

Comparative analysis of the presumptive diagnosis and the definitive diagnosis in
anatomopathological reports of patients with diagnosis of oral cancer of the laboratory of
pathology of the stomatological clinic of Peruvian university Cayetano Heredia, Periods 2016
– 2019

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA BUCAL Y
MAXILOFACIAL

ALUMNO:

PABLO ENRIQUE MEJIA PAZ

ASESOR:

MG. ESP. FREDY AGUSTÍN GUTIÉRREZ VENTURA

DEPARTAMENTO ACADEMICO DE MEDICINA Y CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL

CO ASESOR:

ESP. JAIME ORLANDO HUAMANI PARRA

DEPARTAMENTO ACADEMICO DE MEDICINA Y CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL

LIMA – PERÚ

2020

JURADO

Presidente: Víctor Manuel Arrascue Dulanto
Vocal: Carlos Vladimir Espinoza Montes
Secretario: Abel Alex Rivadeneyra Rodríguez

Fecha de sustentación: 8 / Octubre / 2020

Calificación: Aprobado

ASESORES DE LA TESIS

ASESOR:

Mg.Esp. Fredy Agustín Gutiérrez Ventura

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial

CO ASESOR:

Esp. Jaime Orlando Huamani Parra

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial

DEDICATORIA

A Dios por permitirme culminar mi especialidad, mis padres, familia y amistades por haber estado apoyándome en todo momento y toda circunstancia contra todo pronóstico, a mis profesores por haber tenido la paciencia de enseñarme y guiarme durante mi especialidad.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Cobertura de los fondos: Autofinanciado

DECLARACIONES Y CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no declaran tener conflictos de interés

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS	7
III. MATERIAL Y MÉTODOS	8
IV. RESULTADOS.	11
V. DISCUSIÓN	15
VI. CONCLUSIONES	19
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
VIII. TABLAS Y FIGURAS.....	24
ANEXOS.....	30

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito realizar un análisis comparativo entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo obtenidos en los informes anatomopatológicos de pacientes que tuvieron diagnóstico de cáncer bucal y donde las biopsias fueron analizadas en el laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Metodológicamente la investigación es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, se tiene una población conformada por 201 diagnósticos de cáncer bucal durante los periodos del 2016 al 2019, la muestra vino a ser del mismo tamaño que la población de estudio, los datos recopilados fueron a través de una ficha de recolección de datos, Los resultados obtenidos en el estudio nos indican que el carcinoma epidermoide llegó a ser considerada como el diagnóstico presuntivo prevalente en un 53.2%, asimismo también prevaleció en el diagnóstico definitivo con un 63.7%. Finalmente se concluyó que si existe diferencia entre el diagnóstico presuntivo encontrado en las fichas de solicitud de estudio anatomopatológico y el diagnóstico definitivo de los informes anatomopatológicos de pacientes con sospechas de cáncer bucal.

Palabras clave: cáncer bucal, análisis comparativo, diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, informes anatomopatológicos.

ABSTRACT

In The purpose of this research work was to perform a comparative analysis between the presumptive diagnosis and the definitive diagnosis obtained in the pathological reports of patients who had a diagnosis of oral cancer and where the biopsies were analyzed in the pathology laboratory of the Central Stomatological Clinic of the Peruvian University Cayetano Heredia. Methodologically, the research is observational, descriptive and cross-sectional , there is a population made up of 201 oral cancer diagnoses during the periods from 2016 to 2019, the sample came to be the same size as the study population, the data collected was through a data collection card. The results obtained in the study indicate that epidermoid carcinoma came to be considered as the presumptive diagnostic typology prevalent in 53.2 %, also prevailed in the definitive diagnosis with 63.7%. Finally, it was concluded that there is a difference between the presumptive diagnosis found in the pathology study request sheets and the definitive diagnosis in the pathological reports of patients with suspected oral cancer.

Keywords: oral cancer, comparative analysis, presumptive diagnosis, definitive diagnosis, pathological reports.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer se define como una serie de patologías que tienen como principal característica una anormal y descontrolada proliferación celular, con la capacidad de poder invadir tejidos cercanos o distantes del lugar afectado; siendo considerada la boca como una de las localizaciones en donde frecuentemente se desarrollan tumores malignos primarios de cabeza y cuello (1). Se consideran como cánceres bucales las patologías anormales que se desarrollan en el interior de la cavidad bucal, que se extiende desde el bermellón labial y pasa por el paladar blando, por los pilares anteriores y en la base que tiene la lengua (2). Según la Organización Mundial de la Salud (3) el cáncer bucal se convirtió en un potencial problema de la salud mundial, debido en que viene experimentando un crecimiento desproporcionado durante los últimos años, ya que un 12% de las muertes se debe a ello. Entre todos los tipos de cáncer a nivel mundial, el cáncer bucal llega a ocupar el décimo lugar, mientras que en la tasa de mortalidad se ubica en la séptima posición, ya que se estima de que se llegan a registrar alrededor de 350,000 a 400,000 nuevos casos por año. Pero existe una gran variedad de factores predisponentes que pueden ayudar a desarrollar cáncer bucal, siendo algunos de ellos el llevar una dieta descontrolada, excederse en el consumo de alcohol y tabaco, contraer ciertas infecciones o virus como el del Papiloma Humano, tener antecedentes familiares que desarrollaron algún tipo de cáncer bucal y ciertos factores ambientales que se relacionan al cáncer bucal (4). La Organización Mundial de la Salud (5) indicó que las personas que tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer bucal son hombres y personas que tienen una avanzada edad; El cáncer bucal es una enfermedad que debe ser considerada como diagnóstico presuntivo ante cualquier alteración de las características normales de las mucosas de la cavidad bucal, debido a la posible

presencia de células alteradas en la lesión que podrían producir un cáncer poniendo en riesgo la vida del paciente (6).

Según los reportes de salud bucal del Ministerio de Salud del Perú (7) Existe una alta prevalencia de lesiones bucales, que llegó a convertirse en un potencial problema de salud pública, dentro de todas las lesiones y patologías que llegan a afectar a la salud bucal, en los últimos años se llegó a observar una prevalencia de los casos de cáncer bucal, siendo el más frecuente en todos esos casos el carcinoma escamoso o epidermoide. Entre las pruebas y procedimientos que son empleados para los diagnósticos de cáncer bucal son la exploración física, que consiste en un examen de rutina que realiza el cirujano dentista para identificar cualquier tipo de anomalías que puedan presentarse en la cavidad bucal, las cuales pueden ser apariciones de zonas irritadas, lesiones blanquecinas que no se desprenden al frotar o úlceras que no cicatrizan en más de 14 días. Si bien lo que se acaba de mencionar es sólo rutinario, pero si en el caso de que el cirujano dentista llegase a evidenciar alguna sospecha de cáncer bucal tendrá que remitirlo con el especialista en cirugía bucal y maxilofacial para evaluación y posibilidad de toma de una muestra de tejido y envió a un estudio anatomopatológico; para poder detectar cambios precancerígenos y cancerígenos que llegasen a indicar un diagnóstico definitivo(8). En el Perú, existen problemas para poder diagnosticar el cáncer bucal en su etapa más temprana, esto se debe a la brecha que existe entre la población y el acceso a los servicios de salud, los pacientes demoran en ser derivados al segundo nivel de atención, asimismo hay pacientes que acuden al profesional de la salud cuando el desarrollo de la enfermedad es avanzado , disminuyendo de esta manera la

sobrevida de los pacientes diagnosticados con cáncer bucal en comparación con las que se diagnostican en etapas más tempranas (9).

De acuerdo con un estudio británico, el cáncer bucal es considerado como la sexta neoplasia maligna más frecuente en el mundo, y solamente en el 2008 fueron registrados 263,900 nuevos casos, con un total de 128,000 fallecidos. Un claro ejemplo de avances tecnológicos y científicos para la detención de neoplasias malignas lo tiene Canadá, el cual dispone de un dispositivo denominado Velscope, que fue diseñado para visualizar los cambios tempranos de la mucosa basado en los principios de auto fluorescencia de tejidos (10). Ford et al. (11) mencionaron que el diagnóstico temprano de un cáncer bucal es importante, para ello se debe tener diagnósticos precisos desde un primer momento. Por su parte Shan *et al.* (12) mencionaron que a pesar de que los labios y toda la cavidad bucal son sencillos de examinar, la OMS determinó que sólo un tercio del total de pacientes con cáncer bucal llegaron a ser diagnosticados en sus primeras etapas. Sáenz en su libro (13) indica que la gran mayoría de lesiones bucales son detectadas mediante una exploración clínica rutinaria del cirujano dentista, aunque casi todos los pacientes acuden a los consultorios por su lesión, cuando recién empiezan a tener síntomas de dolor o molestias.

Sobre las manifestaciones clínicas del cáncer bucal Urberuaga et al. (14) mencionaron que el cáncer bucal en su etapa temprana se llega a manifestar con un cambio en el color y el aspecto que tiene la mucosa, asimismo no se presenta dolor ni síntomas a los cuales el paciente pueda tomarle importancia, siendo el cirujano dentista durante los exámenes de rutina que llega a detectar la lesión de sospecha de cáncer que pueda padecer el paciente. La primera manifestación del cáncer bucal

es el eritema, que consiste en un enrojecimiento de la mucosa oral en donde se encuentra la lesión, ello se debe a que se produce un adelgazamiento o irregularidad del epitelio. Como segunda manifestación se tiene a la eritroplasia, que es considerada como una presentación común del cáncer y que puede tener un menor o mayor grado del enrojecimiento de la mucosa. Como tercera manifestación se tiene a la leucoplasia, que en un 12% de los casos se puede llegar a manifestar al inicio como una lesión blanquecina y en un 23% se manifiestan como lesiones del color blancas y rojas.

Otra manifestación del cáncer bucal son las úlceras, que vienen a ser consideradas como alteraciones celulares que destruyen la integridad que tiene el epitelio, y posteriormente interrumpen la membrana basal, y es allí en donde esta lesión toma el aspecto ulcerado. Por su parte Sidrón et al. (15) El cáncer también provoca una induración de la mucosa, es por ello que no solamente el cirujano tiene que limitarse a observar la mucosa, sino que también tiene que palparla para determinar su consistencia. Otra señal de cáncer bucal es la inmovilidad de la mucosa oral, que normalmente llega a desplazarse en vinculación con los tejidos profundos, pero cuando se empieza a desarrollar el cáncer, este involucra músculos, tejido óseo, y la zona que fue afectada se vuelve inmóvil. Montero et al (16) Mencionan la importancia de la evaluación del cuello en pacientes con sospecha de cáncer bucal, donde se pueden evidenciar linfadenopatias cervicales, cuando el tumor supero los límites de la membrana basal epitelial y de esta manera invaden los vasos linfáticos.

Un estudio realizado por Piamonte (17) determinó que los factores de riesgo de cáncer bucal más relevantes ya no son el consumo de tabaco y alcohol, sino que son

la presencia de desórdenes potencialmente malignos (DPM), virus del papiloma humano (VPH), Y traumatismo crónico de la mucosa oral (TCMO), estos factores son detectables en el diagnóstico presuntivo mediante una inspección clínica, siendo fundamental que el cirujano dentista esté debidamente capacitado para detectar estos factores. Por su parte Arruda et al. (18) en su estudio encontraron que la prevalencia de las lesiones bucales puede depender de varios factores, siendo uno de ellos los factores socioeconómicos y culturales, porque estos factores influyen en el autocuidado de la salud, asimismo afecta en la búsqueda de profesionales de la salud que puedan dar con un diagnóstico certero de la patología de la cavidad bucal que conduzcan a tratamientos efectivos.

López et al.(19) manifestaron en su estudio que la mortalidad que genera un cáncer a partir de los 5 años es del 50%, de ahí surge la gran importancia de que sea detectado a tiempo, pero existen diversos factores que pueden llegar a generar un cáncer bucal, el tabaco es uno de ellos ya sea consumido mediante el fumado o el mascado, asimismo excederse con el consumo de alcohol, el no llevar una dieta saludable, padecer de inmunosupresión, tener traumatismos locales, la aparición de las lesiones premalignas o contraer un virus como el del Papiloma Humano. Es por ello la importancia que cumplen los cirujanos dentistas en los exámenes de rutina que realizan, y la conciencia de la población de adoptar una cultura preventiva contra el cáncer bucal.

Acerca del tratamiento que pueda tener el cáncer bucal, Alvarado et al. (20) mencionaron en el estudio que realizaron, que el factor primordial para garantizar una supervivencia es que el cáncer sea detectado en una etapa temprana, puesto que su tratamiento es multidisciplinario, en el que se vuelve mucho más agresivo y poco

conservador si es que llega ser detectado el cáncer en una etapa avanzada. El tratamiento habitual que reciben los pacientes con cáncer es la cirugía, que es acompañada con radioterapia o quimioterapia. Por su parte Granados et al. (21) indicaron que la cirugía y la radioterapia son considerados como estándares de oro para brindar el tratamiento a los tumores cancerosos que se ubican en el labio y la cavidad bucal.

Sobre los mecanismos de prevención, Araya mencionó que la mejor manera de prevenir el cáncer o al menos evitar que esto se vuelva muy grave, es su identificación precoz a través de los exámenes rutinarios, en donde el profesional identifica alguna sospecha de cáncer bucal y ordena los exámenes correspondientes para dar con el diagnóstico preciso y aplicar un tratamiento que resulte ser eficiente para controlar los primeros indicios de aparición de cáncer bucal (22). Según la Organización Mundial de la Salud la prevención del cáncer bucal debe centrarse en la reducción a lo más mínimo o eliminar por completo la exposición de los pacientes a los carcinógenos, es decir aquellos factores que incrementan las probabilidades de aparición del cáncer bucal como el tabaco y el alcohol que son los más frecuentes (23). Corrales et al., mencionaron que los cirujanos dentistas tienen que exhortar a todos sus pacientes a tener una buena higiene oral, asimismo a seguir las recomendaciones en sus lugares de trabajo para que no se expongan a sustancias cancerígenas, y a realizarse autoexámenes y exámenes rutinarios con el cirujano dentista para el descarte de cáncer o cualquier otra patología que afecte la salud bucal (24).

Los profesionales de la salud con muchos años de experiencia clínica pueden establecer diagnósticos presuntivos justamente basados en su experiencia, sin

embargo, es necesario corroborar este diagnóstico presuntivo con exámenes auxiliares de laboratorio como las biopsias, por ejemplo, las mismas que nos ayudan a llegar a un diagnóstico definitivo. Muchas veces este diagnóstico presuntivo no concuerda con el diagnóstico definitivo. Por lo cual nace el propósito de establecer que tan asertivos han sido los diagnósticos presuntivos en comparación a los diagnósticos definitivos obtenidos en los informes anatomopatológicos de las biopsias de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal que llegaron al laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar comparativamente la diferencia del diagnóstico presuntivo clínico y el diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, periodos 2016-2019.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características generales como edad, sexo, procedencia y ubicación de la muestra en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, periodos 2016-2019.
2. Identificar los tipos de diagnósticos presuntivos prevalentes en las solicitudes de estudio anatomopatológicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del

laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, periodos 2016-2019.

3. Identificar los tipos de diagnósticos definitivos prevalente en los informes anatomopatológicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, periodos 2016-2019.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. Para la determinación de la población de estudio se consideró a 3,426 informes anatomopatológicos de biopsias que se registraron en el laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los periodos del 2016 al 2019. Del total, 251 informes anatomopatológicos tenían diagnóstico de cáncer bucal, de los cuales 50 casos quedaron fuera del estudio por los siguientes motivos: 11 biopsias que no fueron de cavidad bucal; 6 revisiones de láminas; 14 por no tener registrada la edad; 18 por no tener un diagnóstico presuntivo y 1 por no tener ubicación la lesión en la ficha de solicitud de estudio anatomopatológico. Quedando entonces la población de estudio conformada por un total de 201 casos de cáncer bucal durante los periodos del 2016 al 2019. Debido a que el número de resultados de patología con diagnóstico de cáncer bucal fueron reducidos, se decide tomar el total de los resultados, quedando de esta manera determinada la muestra con un tamaño igual a la población de estudio.

Como criterios de inclusión se consideró a los Informes anatomopatológicos con diagnóstico de cáncer bucal y cuyas fichas de solicitud de análisis

anatomopatológico se encuentren completas indicando nombre, edad, sexo, procedencia, doctor solicitante, ubicación de la lesión y diagnóstico presuntivo de las biopsias de lesiones precancerosas o lesiones cancerosas de la cavidad bucal que se recibieron en el laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el periodo del 2016 al 2019. En cuanto a los criterios de exclusión se consideró a los informes anatomopatológicos de lesiones no cancerosas; informes anatomopatológicos que ya contaban con informe previo de cáncer bucal, e informes anatomopatológicos con resultado de muestra insuficiente.

En cuanto a la definición operacional de las variables, como variables independientes se tuvo: la edad; que representa al tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Al género; que son las características fenotípicas de un individuo masculino o femenino. La procedencia de la muestra; se refiere a un establecimiento físico donde se realizó el procedimiento de la biopsia. A la ubicación de la lesión; que es el sitio anatómico de la cavidad bucal donde se realiza el procedimiento de la toma de biopsia. Al informe anatomopatológico; que es un documento que contiene el diagnóstico que se determinó mediante el análisis de células y tejidos en un microscopio. Mientras que las variables objeto de estudio fueron los siguientes: El diagnóstico presuntivo; que es aquel que el profesional considera posible diagnóstico basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico. Y el diagnóstico definitivo; que representa al diagnóstico final que se llega después de observar al microscopio los tejidos obtenidos de las biopsias.

Dentro de procedimientos y técnicas. Este estudio fue desarrollado previa autorización del jefe del Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial, a quien se le solicitó el acceso a la base de datos de los registros e informes anatomopatológicos de 3,426 estudios de biopsias de lesiones de cavidad bucal que fueron recibidos en el laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el periodo del 2016 al 2019, a los cuales se les aplicó criterios de selección. Se obtuvo una población de 201 casos de cáncer de la cavidad bucal.

Los datos obtenidos para el estudio fueron recogidos a través de una ficha de recolección de datos (ver Anexo 3), así mismo se asignó un código numérico a cada informe anatomopatológico, posteriormente se ejecutó el análisis y procesamiento de datos de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio, se utilizó el programa estadístico SPSS-V24 donde se evaluó la asociación entre el diagnóstico presuntivo, y el diagnóstico definitivo, mientras que en la parte descriptiva se analizó la edad, género, procedencia de la muestra y ubicación de la muestra. Es importante destacar que los datos personales expresados en los informes fueron conocidos solo por el investigador, ningún dato fue revelado en el estudio a fin de no vulnerar la confidencialidad de los mismos; para realizar ello fue necesario designar un valor numérico a cada informe.

Este estudio se ejecutó luego de recibir la aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería y la posterior aprobación del comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH). Previa autorización del jefe del servicio de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial de la

Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para el uso de los registros e informes anatomopatológicos que se encuentran en el laboratorio de patología.

IV. RESULTADOS.

Los resultados se elaboraron a partir del procesamiento y análisis de una base de datos compuesta por 201 casos de patologías de cáncer bucal, todas ellas poseen un diagnóstico presuntivo y definitivo. De acuerdo al primer objetivo específico formulado, el cual trata en describir las características generales como sexo, edad, procedencia de las solicitudes para estudios anatomopatológicos y la ubicación de las lesiones de donde se tomaron las muestras, los datos fueron obtenidos de los informes anatomopatológicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, durante los periodos del 2016 al 2019, donde se obtuvieron los siguientes resultados.

En función a la tabla y figura 1, se ha establecido que la población estuvo compuesta prioritariamente por pacientes de sexo femenino en un 60.2% (correspondientes a 121 pacientes), en tanto que los 39.8% restantes (80 pacientes) se encuentra conformado por individuos de sexo masculino.

En base a la tabla y figura 2, se evidencia la distribución de datos, según grupos etarios, mismos que, fueron agrupados en intervalos de 10 años, se estableció que, de 201 pacientes analizados, el 23.9% (48 pacientes) tienen edades que se encuentran entre 71 y 80 años, un 19.9% (40 pacientes) tienen edades de entre

61 y 70 años, seguido de un 16.4% (33 pacientes) con edades de entre 81 y 90 años. En cuanto a pacientes con edades de entre 1 a 20 años, el 0.5% (1 paciente) tiene entre 1 y 10 años, y el 2.5% (5 pacientes) tienen de entre 11 a 20 años.

Respecto a la tabla y figura 3, el 30.8% de las muestras tomadas a pacientes, proceden de la Clínica estomatológica UPCH, mientras que el 27.4% fueron obtenidas del Hospital Cayetano Heredia, sin embargo, el mayor grupo de muestras (un 41.8%), fue derivada de otros establecimientos diferentes a los dos anteriores.

Finalmente, en cuanto a la ubicación de la muestra según los informes anatomopatológicos, evidenciados en la tabla y figura 4, se logra observar que, en su mayoría (37.8% correspondientes a 76 muestras) fueron tomadas del reborde alveolar, un 15.9% (32 muestras) fue tomada del borde lateral de lengua, mientras que un 14.9% (30 muestras) fueron tomadas de la mucosa bucal. El resto de muestras fueron tomadas de diferentes ubicaciones y formas, siendo algunas de estas: paladar blando (4.5% que equivalen a 9 casos), zona retromolar (3.5% que corresponden a 7 casos), cuerpo mandibular (3.5% correspondiente a 7 casos), vientre de lengua (3% que equivalen a 6 casos), entre otros.

Correspondiente al segundo objetivo específico planteado que consistió en identificar al tipo de diagnóstico presuntivo más prevalente en los informes anatomopatológicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad

Peruana Cayetano Heredia, durante los periodos del 2016 al 2019, se obtuvo los siguientes resultados.

En base a la tabla y figura 5, un 53.2% (n=107) de los diagnósticos presuntivos realizados, establecieron como principal patología al carcinoma epidermoide, el 11.4% (n=23) tenían como diagnóstico presuntivo a otros cánceres orales (neoplasias malignas, osteosarcoma y sarcoma), el 10.4% equivalentes a 21 diagnósticos presuntivos, se encontró que correspondían a otras patologías (Úlcera traumática, micosis profunda, granuloma central de células gigantes, érpulis fisurado, granuloma piógeno, hiperplasia epitelial, etc.). De igual manera, un 10% de la población (n = 20) se tuvo como diagnóstico presuntivo a tumores benignos, y en lo que corresponde al resto de las muestras (que poseen valores por debajo del 10% o su equivalente a 20 casos) su diagnóstico presuntivo fue de leucoplasia, quistes odontogénicos (Quiste odontogénico paraqueratinizante y quiste mandibular no odontogénico), melanoma, entre otros.

Correspondiente al tercer objetivo específico planteado que consistió en identificar el tipo de diagnóstico definitivo prevalente en los informes anatomopatológicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, durante los periodos del 2016 al 2019; se obtuvo como resultado lo siguiente:

En un 63.7% (128 casos) se diagnosticó carcinoma epidermoide, en un 14.4% (29 casos) se diagnosticó otros cánceres orales (Carcinoma de células claras, carcinoma intraoseo, adenocarcinoma polimorfo, carcinoma intraoseo

primario, neoplasia sarcomatosa, leiomiomasarcoma, osteosarcoma, etc.). De igual manera, los diagnósticos definitivos realizados, arrojaron la presencia de cánceres orales como: 9 casos de linfoma no Hodgkin (4.5%), 7 casos de adenocarcinoma (3.5%), 7 casos de carcinoma in situ (3.5%), 5 casos de melanoma (2.5%), 5 casos de carcinoma mucoepidermoide (2.5%), 5 casos de carcinoma adenoideo quístico (2.5%), etc.

Correspondiente al desarrollo del objetivo general, el cual consistió en analizar la diferencia del diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, durante los periodos del 2016 al 2019,; para este desarrollo se aplicó la prueba estadística t-de Student para muestras relacionadas, el cual se obtuvo los siguientes resultados:

Finalmente, en cuanto al objetivo general se refiere, en base a la tabla 7, con un valor de significancia (bilateral) de 0,111 se establece que existe diferencia entre los diagnósticos presuntivos y definitivos debido a que el valor encontrado, es mayor a 0,05 (margen de error), ello significa que los diagnósticos presuntivos que se basaron mediante preguntas de la sintomatología que presentaron los pacientes, y de los exámenes físicos efectuados, no llegaron en su mayoría a acertar con la patología adecuada, en comparación de los diagnósticos definitivos en donde los resultados se basaron en biopsias; por lo tanto se concluye que existe diferencia entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la

Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, durante los periodos del 2016 al 2019.

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizó a 201 casos con diagnóstico de cáncer bucal, donde se verificó si el diagnóstico presuntivo coincidía con el diagnóstico definitivo que fueron registrados en el laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, durante los periodos del 2016 al 2019. Con respecto al desarrollo del primer objetivo específico el cual consistió en describir las características generales como edad, sexo, procedencia y ubicación de la muestra en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal.

En un estudio realizado en Estados Unidos por los doctores Dovigi et al. (25) siendo un estudio retrospectivo de 51, 781 de biopsias de cirugía oral y maxilofacial donde las lesiones malignas correspondían al 1.97 % de todas las biopsias. Según Camargo et al. (26) y Azañedo et al (27) los países tercermundistas, en el que se evidencia altos índices de pobreza y una gran brecha social, son los que presentan una alta tasa de prevalencia de cáncer bucal, dichas cifras podrían guardar relación con los resultados obtenidos en el presente estudio de un total de 3,426 biopsias donde se obtuvieron 201 casos de cáncer bucal dando como porcentaje a 5.86 % a diferencia del 1.97 % obtenido en Estados Unidos.

Con respecto a los resultados obtenidos, una investigación llevada en Cuba por los doctores Gonzáles et al (28) evidenciaron que el cáncer bucal tiene mayor predominancia en pacientes con los siguientes rasgos: ser del sexo masculino,

ubicarse dentro de las edades de 51 a 60 años. En nuestro estudio estas cifras no guardan concordancia ya que el predominio de los casos fue en pacientes femeninos y en edades entre los 71 a 80 años, esta diferencia puede deberse por el aspecto cultural y sistemas de salud que existe en ambos países, donde sabemos que la medicina cubana se basa en la prevención, por tal razón los casos se pueden detectar en edades más tempranas, también el hecho que sea mas frecuente en mujeres en el Perú puede estar asociado a que las mujeres disponen de mayor tiempo, debido a que se dedican a labores realizadas en casa y tendrían más disponibilidad de tiempo para acudir a una cita de evaluación.

Con respecto a la procedencia de las muestras de las biopsias, Otras instituciones obtuvo el 41.8% un valor superior al Hospital Cayetano y Clínica Estomatológico de la UPCH, esto puede deberse a que el laboratorio de patología de la clínica Estomatológica UPCH es conocida como un centro de referencia a nivel nacional en cuanto al estudio de las patologías de la cavidad oral, por lo tanto, reciben biopsias que vienen de otras instituciones a nivel nacional.

El estudio de Gonzáles et al. (28), realizado en Cuba, quienes evidenciaron que el cáncer bucal se encontró con mayor frecuencia en el labio inferior con un 44.5% a diferencia del presente estudio donde el sitio con mayor frecuencia de cáncer bucal fue el reborde alveolar con 37.8 %, esta diferencia puede deberse a las costumbres de los habitantes de ambos países, zona geográfica, raza y actividad laboral. Sabemos que las personas en cuba tienen mayor exposición a altas temperaturas y a los rayos solares debido a que es un país de clima tropical y por el tipo de actividad laboral que se lleva a cabo como son la agricultura y el turismo esto puede predisponer a una mayor frecuencia de cáncer en labio, en cambio en

el Perú, la costumbre de mascar coca es una costumbre social, ritual y medicinal, que según Lucas et al (29) puede provocar alteraciones en la mucosa oral y debido a la acción mecánica continua, puede desencadenar en paraqueratosis, hiperqueratosis y leucoplasia, dichas características se limitan a la zona del habito de la masticación como ser reborde alveolar y lengua.

El segundo objetivo específico trató en identificar el tipo de diagnóstico presuntivo prevalente en las solicitudes de estudios anatomopatológicos de los pacientes con sospecha de cáncer bucal, se observó un 53.2% de los diagnósticos presuntivos realizados, establecieron como principal patología al carcinoma epidermoide.

Un estudio ejecutado por Méndez et al. (30) evidenciaron que el carcinoma epidermoide fue considerado como el cáncer bucal con mayor prevalencia en el diagnóstico presuntivo en un 46%, en nuestro estudio también se obtiene al carcinoma epidermoide como un diagnóstico presuntivo más prevalente con un 53.2% estos porcentajes similares, esta presunción diagnóstica del carcinoma epidermoide se puede deber porque a nivel mundial existe una alta prevalencia de este tipo de cáncer bucal siendo cerca del 90 % (1).

El tercer objetivo específico trató sobre identificar el tipo de diagnóstico definitivo prevalente en los informes anatomopatológicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal, en un 63.7% se diagnosticó carcinoma epidermoide, en un 14.4% se diagnosticó otros cánceres orales (Carcinoma de células claras, carcinoma intra óseo, adenocarcinoma polimorfo, neoplasia sarcomatosa, leiomioma, osteosarcoma, etc.). Tomando como consideración los resultados obtenidos, de la organización mundial de la salud (1) indicó que al nivel mundial la prevalencia

que se generan en torno al cáncer bucal, en un 90% corresponde histológicamente al carcinoma oral de células escamosas o carcinoma epidermoide, seguido por un 10% que comprende a un grupo heterogéneo de tumores, en el que se encuentran el melanoma, los linfomas, las metástasis de los tumores primarios, y los sarcomas. En el Perú (31) no se tiene una base de datos que sea sólida con respecto al cáncer bucal, ni siquiera llega a figurar el cáncer bucal como parte de los estudios de análisis sobre el cáncer en el territorio peruano, por lo que no se tiene estadísticas sobre la prevalencia de cáncer bucal. En el presente estudio podemos observar un 63.7 % de diagnósticos definitivos del carcinoma epidermoide, que es menor a los datos epidemiológicos reportados a nivel mundial que es del 90%, esta diferencia puede existir debido a que en otras partes del mundo puede haber una mayor incidencia del carcinoma epidermoide por hábitos y costumbres que puedan tener las distintas poblaciones en el mundo, sin embargo el carcinoma epidermoide no deja de ser la patología maligna más prevalente en la cavidad oral.

Finalmente en el desarrollo del objetivo general que trató en analizar comparativamente la diferencia del diagnóstico presuntivo clínico y el diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal en el laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, periodos 2016-2019, en el que se pudo observar en la tabla 7 que el valor de la significancia (bilateral) fue de 0.111, por lo tanto se establece que existe diferencia entre los diagnósticos presuntivos y definitivos. Con respecto a los resultados obtenidos, en un estudio que se ejecutó en Brasil acerca de la concordancia que existe de los diagnósticos presuntivos con

los histopatológicos, se pudo observar que existió un mayor porcentaje de concordancia de los trastornos potencialmente malignos en un 90.1%; pero el proceso de diagnóstico si resulta ser un enorme desafío debido a que varía de acuerdo a la naturaleza que tiene la patología (32). Por su parte Patel et al. (33) mencionaron que la diferencia que pudieran existir entre los diagnósticos presuntivos y definitivos se debe a una inadecuada formación del personal de salud en las áreas de la medicina y patología oral.

VI. CONCLUSIONES

De forma general se concluye que:

Existe diferencia entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal.

De forma específica que:

1. En cuanto a las características generales de los pacientes diagnosticados con cáncer bucal, se evidenció que predominó el sexo femenino sobre el masculino, mientras que en la distribución del rango de edad con más frecuencia es entre 71 a 80 años, las biopsias tomadas provienen en su mayoría de otras Clínicas, y finalmente la ubicación de las lesiones es más frecuente en el reborde alveolar.
2. El Carcinoma Epidermoide fue el diagnóstico presuntivo más prevalente.
3. El Carcinoma Epidermoide, fue el diagnóstico definitivo más prevalente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El-Naggar AK. WHO classification of head and neck tumours. 4 Edition. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017.
2. Cáncer de orofaringe y de cavidad oral [Internet]. American Cancer Society. [cited 2020Sep23]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral.html>
3. De la Paz T, Mendoza Y, Durán L, García C. Oral cancer in patients of the province of Las Tunas, a 7year study. Rev. electron. Zoilo. 2018; 43(4): p. 1-7.
4. Khan Z, Dreger S, Shah SMH, Pohlabein H, Khan S, Ullah Z, et al. Oral cancer via the bargain bin: The risk of oral cancer associated with a smokeless tobacco product (Naswar). Plos One. 2017;12(7).
5. Salud bucodental [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; [cited 2020Sep23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
6. Machado CERL, Astray AM, Solar CO. Lesiones bucales en pacientes atendidos en el servicio de Estomatología. Investigaciones Medicoquirúrgicas. 2019;11(3):1-12
7. Lazo Meneses G. Problemática actual en salud bucal en el Perú. SCIENTIARVM. 2015;1(1):55-58.
8. Litin SC, Nanda S. Mayo Clinic family health book. Rochester, MN: Mayo Clinic; 2018.

9. Valentín GF, Rodríguez GGM, Conde SHF, et al. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev Méd Electrón. 2017;39(2):245-258.
10. Bhatia N, Matias M, Farah C. Assessment of a decision making protocol to improve the efficacy of VELscope™ in general dental practice: A prospective evaluation. Oral Oncol. 2014;50(10):1012-1019.
11. Ford P, Farah C. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. J Cancer Policy. 2013;1(1-2):e2-e7.
12. Shan P, Chen W, Ting Y, Hsin Y. Finding an oral potentially malignant disorder in screening program is related to early diagnosis of oral cavity cancer – Experience from real world evidence. ELSEVIER. 2019; 89(1): p. 107-114.
13. Sáenz S. Propedéutica: El acceso inicial a clínica en odontología II: Editorial El Manual Moderno; 2017.
14. Urberuaga M, Añel R, Sanjuan C. Cáncer oral. FMC. 2017; 19(6): p. 321-330.
15. Sidrón M, Pérez S. Cáncer oral: prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Av Odontoestomato. 2015; 31(4): p. 247-259.
16. Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. Surg Oncol Clin N Am. 2015 Jul;24(3):491-508.
17. Piemonte ED. "cáncer bucal: Diseño y evaluación de un índice de riesgo multifactorial" [Doctor]. Universidad Nacional de Córdoba; 2015.
18. Arruda J, Silva L, Kato C, Schuch L, Batista A, Costa N et al. A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. Oral Oncol. 2017;75:39-45.

19. López J, Omaña C, Jané E. Precancer y cancer bucal. *Med Clin (Barc)*. 2015; 1(1): p. 1-5.
20. Alvarado A, Restrepo M. Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas. *Dominio de las ciencias*. 2016 Mayo 25; 2(esp): p. 167-185.
21. Granados García M, Arrieta Rodríguez O, Hinojosa Gómez J. Tratamiento del cáncer. México: Manual Moderno; 2016.
22. Araya C. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2018;29(4):411-418.
23. Duarte L, Romero R, Montero S. Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal. 16 de Abril. 2015; 54(260): p. 42-55.
24. Corrales I, Reyes J, Rosales E, Estrada B, Castillo Cancer bucal: una realidad que nos afecta. *Ciencias UG*. 2015; 4(3): p. 25-29.
25. Dovigi E, Kwok E, Eversole L, Dovigi A. A retrospective study of 51,781 adult oral and maxillofacial biopsies. *JADA*. 2016; 47(3): p. 170-176.
26. Camargo M, Guerra L, Mathieu F, Curado M. Oral cavity cancer in developed and in developing countries: population-based incidence. *Head Neck*. 2010; 2(3): p. 357-367.
27. Azañedo D, Vargas R, Rojas C. Factors associated with the use of oral health services in older peruvian adults: secondary analysis of population survey, 2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019; 36(4): p. 553-561.
28. González F, Rodríguez G, Conde H, Villa D. Characterization of oral cancer. Study of 15 years. *SCIELO*. 2015; 1(1): p. 245-258.

29. Lucas Espeza L, Lam Figueroa N, Aguirre Siancas E. Efecto de la masticación de la hoja de coca sobre las estructuras de la cavidad oral. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 27nov.2019 [citado 25sep.2020];22(4):283-6.
30. Mendez M, Haas A, Rados P, Filho M, Carrard V. Agreement between clinical and histopathologic diagnoses and completeness of oral biopsy forms. *Braz. res. oral.* 2016; 16(1): p. 1-9.
31. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del Cáncer en el Perú. Primera edición ed. Lima: ASKHA EIRL.; 2013.
32. Jairajrupi Z, Rana S, Hajela A, Jetley S. Toward early diagnosis of oral cancer: Diagnostic utility of cytomorphological features, a pilot study. *Natl J Maxillofac Surg.* 2019; 10(1): p. 21-26.
33. Patel K, De Silva H, Tong D, Love R. Concordance Between Clinical and Histopathologic Diagnoses of Oral Mucosal Lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69(1): p. 125-133.

VIII. TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Sexo de los pacientes registrados en el informe anatomopatológico con diagnóstico de cáncer bucal

	f	%
Masculino	80	39.8%
Femenino	121	60.2%
Total	201	100%

Fuente. Registros anatomopatológicos de cáncer bucal

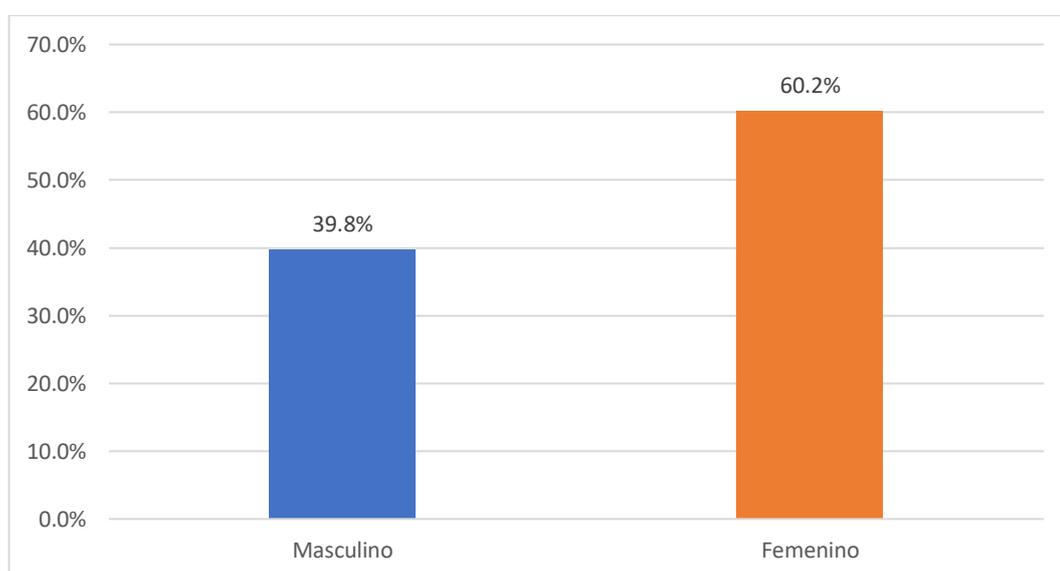


Figura 1. Sexo de los pacientes registrados en el informe anatomopatológico con diagnóstico de cáncer bucal

Fuente. Tabla 1

Tabla 2. Grupo de edades de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal

	f	%
De 1 a 10 años	1	0.5%
De 11 a 20 años	5	2.5%
De 21 a 30 años	9	4.5%
De 31 a 40 años	15	7.5%
De 41 a 50 años	17	8.5%
De 51 a 60 años	28	13.9%

De 61 a 70 años	40	19.9%
De 71 a 80 años	48	23.9%
De 81 a 90 años	33	16.4%
De 91 a 100 años	5	2.5%
Total	201	100%

Fuente. Registros anatomopatológicos de cáncer bucal

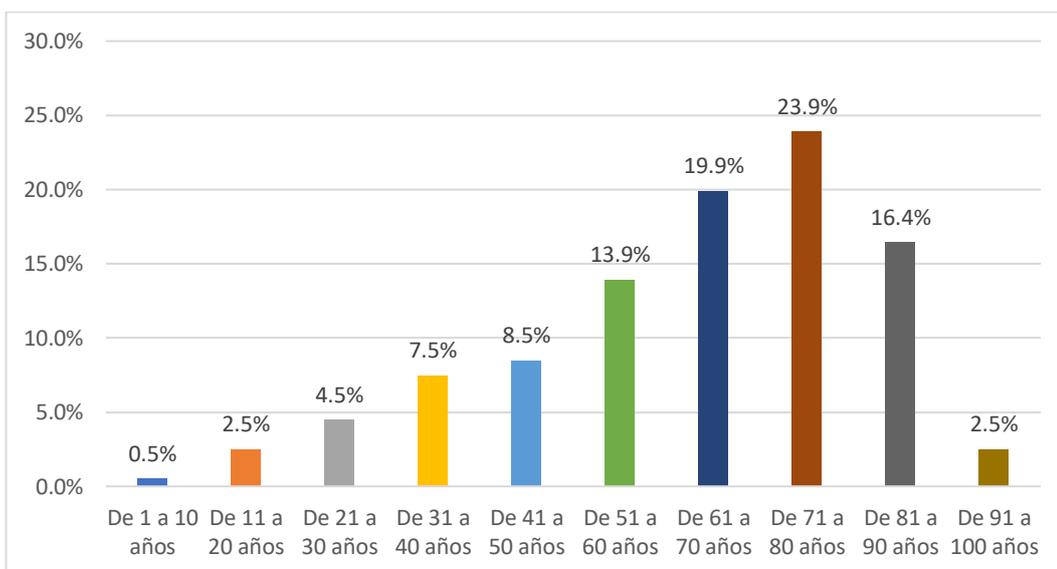


Figura 2. Grupo de edades de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal

Fuente. Tabla 2

Tabla 3. Procedencia de las muestras de biopsias

	f	%
Clínica estomatológica UPCH	62	30.8%
Hospital Cayetano Heredia	55	27.4%
Otros	84	41.8%
Total	201	100%

Fuente. Registros anatomopatológicos de cáncer bucal

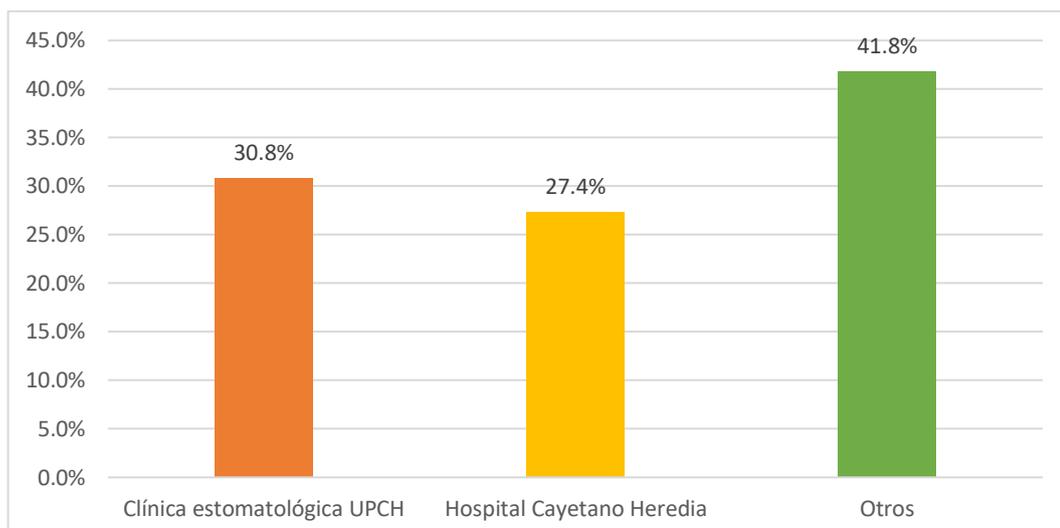


Figura 3. Procedencia de las muestras de biopsias

Fuente. Tabla 3

Tabla 4. Ubicación de la lesión

	f	%
Borde basal mandibular	1	0.5%
Borde lateral de lengua	32	15.9%
Cuerpo mandibular	7	3.5%
Dorso de lengua	2	1.0%
Encía	1	0.5%
Labio inferior	1	0.5%
Labio superior	2	1.0%
Mucosa bucal	30	14.9%
Paladar blando	9	4.5%
Paladar duro	13	6.5%
Piso de boca	5	2.5%
Reborde alveolar	76	37.8%
Seno maxilar	5	2.5%
sínfisis mandibular	2	1.0%
Trígono retromolar	2	1.0%
Ventre de lengua	6	3.0%
Zona retromolar	7	3.5%
Total	201	100%

Fuente. Registros anatomopatológicos de cáncer bucal

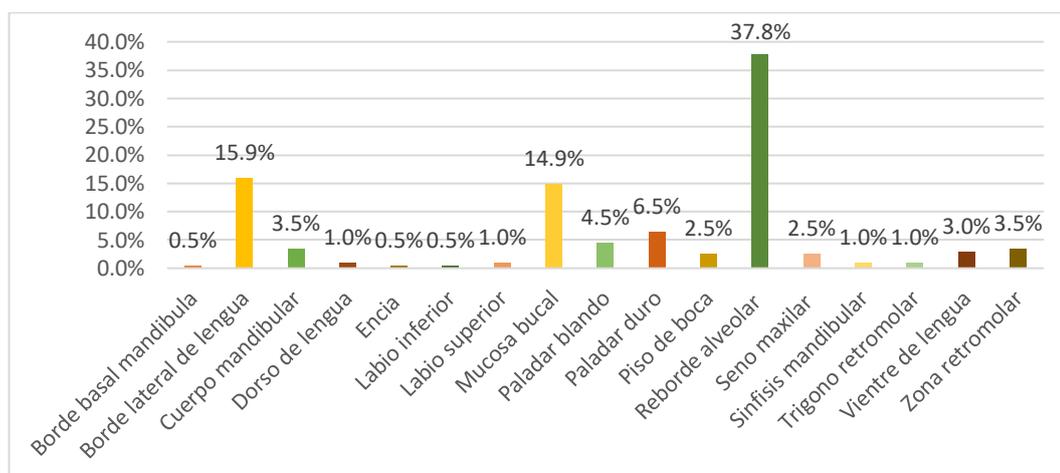


Figura 4. Ubicación de la lesión

Fuente. Tabla 4

Tabla 5. Frecuencia de las patologías del diagnóstico presuntivo

	f	%
Leucoplasia	9	4.5%
Eritroplasia	1	0.5%
Carcinoma verrucoso	1	0.5%
Melanoma	5	2.5%
Carcinoma mucoepidermoide	1	0.5%
Carcinoma adenoideo quístico	1	0.5%
Adenocarcinoma	2	1.0%
Linfoma de Hodgkin	3	1.5%
Linfoma no Hodgkin	1	0.5%
Carcinoma Epidermoide	107	53.2%
Tumores benignos	20	10.0%
Otras patologías	21	10.4%
Otros cánceres orales	23	11.4%
Quistes odontogénicos	6	3.0%
Total	201	100%

Fuente. Registros anatomopatológicos de cáncer bucal

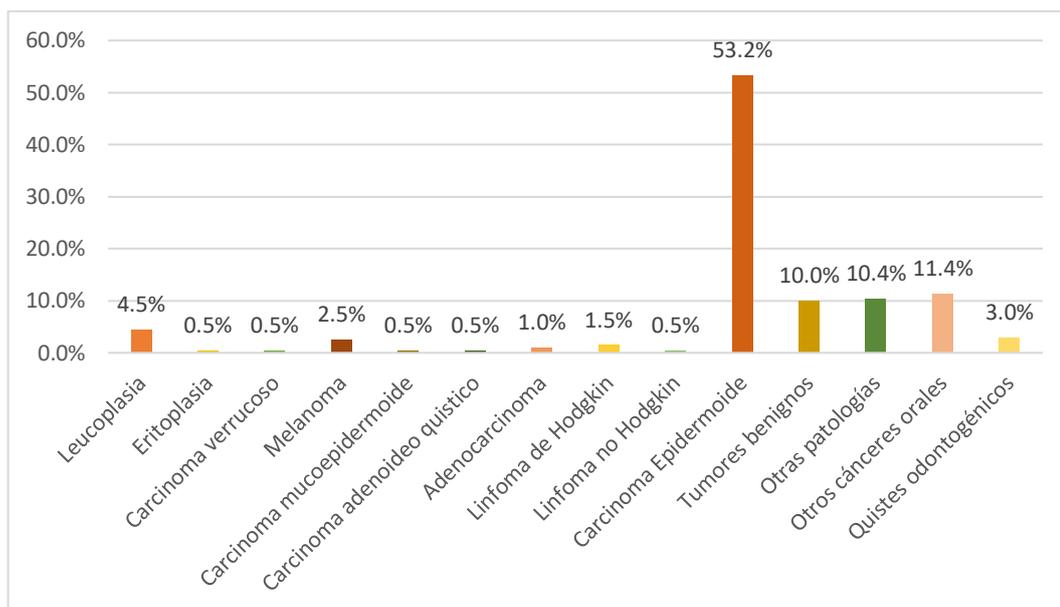


Figura 5. Frecuencia de las patologías del diagnóstico presuntivo

Fuente. Tabla 5

Tabla 6. Frecuencia de las patologías del diagnóstico definitivo

	f	%
Carcinoma in situ	7	3.5%
Carcinoma verrucoso	1	0.5%
Sarcoma de Kaposi	1	0.5%
Sarcoma miofibroblástico	1	0.5%
Melanoma	5	2.5%
Carcinoma mucoepidermoide	5	2.5%
Carcinoma adenoideo quístico	5	2.5%
Adenocarcinoma	7	3.5%
Linfoma de Hodgkin	3	1.5%
Linfoma no Hodgkin	9	4.5%
Carcinoma Epidermoide	128	63.7%
Otros cánceres orales	29	14.4%
Total	201	100%

Fuente. Registros anatomopatológicos de cáncer bucal

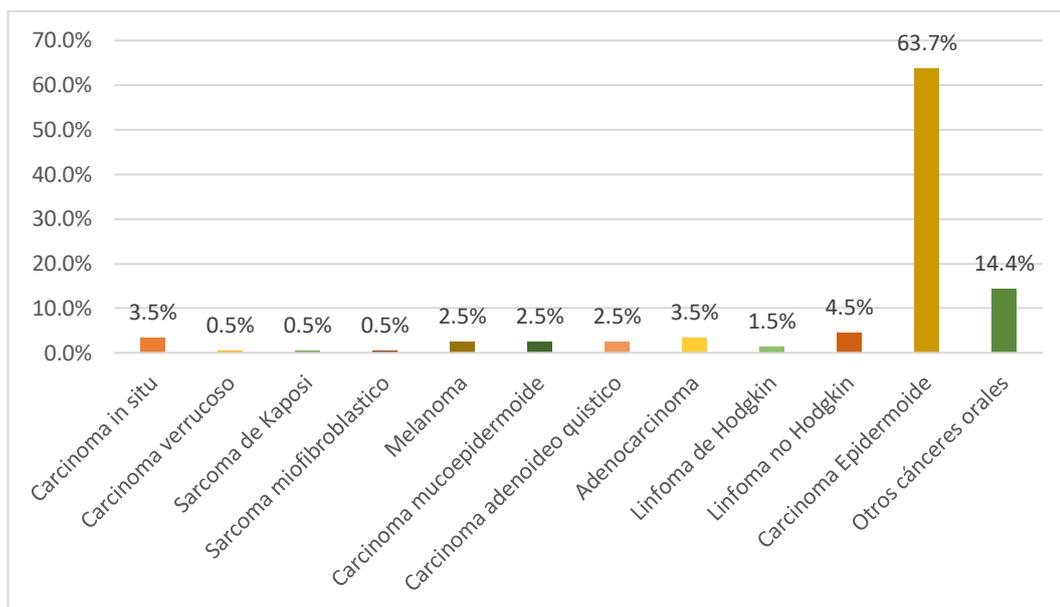


Figura 6. Frecuencia de las patologías del diagnóstico definitivo

Fuente. Tabla 6

Tabla 7. Prueba para muestras relacionadas entre diagnóstico presuntivo y definitivo

	Diferencias emparejadas						t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
				Inferior	Superior				
Diagnóstico presuntivo - Diagnóstico definitivo	,448	3,965	,280	-,104	,999	1,601	200	,111	

Fuente. Procesamiento de datos en SPSS-V24

ANEXOS

ANEXO 1

Matriz de Consistencia

Título: “ANÁLISIS COMPARATIVO DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN INFORMES ANATOMOPATOLOGICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER BUCAL DEL LABORATORIO DE PATOLOGIA DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, PERIODOS 2016 – 2019”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
-----------------	------------------	------------------	-----------------	--------------------

<p>Problema general</p> <p>¿Existe diferencia significativa entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Analizar la diferencia del diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe diferencia significativa entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019</p>	<p>Variables de estudio:</p> <p>Análisis comparativo de diagnósticos</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico presuntivo • Diagnóstico definitivo 	<p>Tipo de investigación</p> <p>Observacional, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal</p> <p>Población</p> <p>201 casos de cáncer con diagnóstico presuntivo y definitivo de los periodos del 2016 al 2019.</p> <p>Muestra</p> <p>201 casos de cáncer con diagnóstico presuntivo y definitivo de los</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>1. ¿Cuáles son las características generales</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>1. Describir las características generales</p>			

<p>como edad, sexo, procedencia y ubicación de la muestra en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019?</p>	<p>como edad, sexo, procedencia y ubicación de la muestra en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019</p>			<p>periodos del 2016 al 2019.</p>
<p>2. ¿Cuál es la tipología diagnóstica presuntivos prevalente en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del</p>	<p>2. Identificar la tipología diagnóstica presuntivos prevalente en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del</p>			

<p>laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019?</p>	<p>laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019</p>			
<p>3. ¿Cuál es la tipología diagnóstica definitiva prevalente en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019?</p>	<p>3. Identificar la tipología diagnóstica definitiva prevalente en los informes anatomopatológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal del laboratorio de patología de la Clínica Estomatológica Cayetano Heredia, periodos 2016-2019</p>			

ANEXO 2

Operacionalización de variables

Variables independientes

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala de medición	Valores O Categorías
Genero	Características fenotípicas del individuo	Según el registro anatomopatológico	Cualitativa Dicotómica	Nominal.	Masculino Femenino.
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Según el registro anatomopatológico	Cualitativo	Ordinal	0-10 años 11-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años 71-80 años 81-90 años 91-100 años

Procedencia de la muestra	Se refiere a un establecimiento físico donde se realizó el procedimiento de la biopsia.	Según el registro anatomopatológico es el lugar en el que se tomó la muestra	Cualitativa politómica	Nominal	1.Clinica estomatológica UPCH 2.Hospital Cayetano Heredia 3. Otros
Ubicación de la muestra	Sitio anatomotopográfico donde se realiza el procedimiento de la toma de biopsia.	Según el registro anatomopatológico es el sitio donde se tomó la muestra	Cualitativa politómica	Nominal	Borde basal mandíbula Borde lateral de lengua Cuerpo mandibular Dorso de lengua Encia Labio inferior Labio superior Mucosa bucal Paladar blando Paladar duro Piso de boca Reborde alveolar Seno maxilar

					Sínfisis mandibular Trigono retromolar Ventre de lengua Zona retromolar
--	--	--	--	--	--

Variables objeto de estudio

Variable	Definición Operacional	Tipo	Indicador	Escala	Resultados
Diagnostico Presuntivo	Registro del diagnóstico presuntivo en el formato de solicitud de biopsia	Cualitativa	Registro del diagnóstico presuntivo en el formato de solicitud de biopsia	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leucoplasia 2. Eritroplasia 3. Carcinoma Verrucoso 4. Melanoma 5. Carcinoma mucoepidermoide 6. Carcinoma adenoideo quístico 7. Adenocarcinoma 8. Linfoma de hodgkin 9. Carcinoma epidermoide 10. Tumores benignos 11. Otras patologías 12. Otros canceres orales 13. Quistes odontogénicos
Diagnóstico Definitivo	Registro del diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos	Cualitativa	Registro del diagnóstico definitivo en los informes anatomopatológicos	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carcinoma in situ 2. Carcinoma verrucoso 3. Sarcoma de Kaposi 4. Sarcoma miofibroblástico

					<p>5. Melanoma</p> <p>6. Carcinoma mucoepidermoide</p> <p>7. Carcinoma adenoideo quístico</p> <p>8. Adenocarcinoma</p> <p>9. Linfoma de Hodgkin</p> <p>10. Linfoma no Hodgkin</p> <p>11. Carcinoma Epidermoide</p> <p>12. Otros cánceres orales</p>
--	--	--	--	--	---

ANEXO 3

Instrumento: Guía de Análisis documental

N° de Expedientes	Género	Edad	Datos de la muestra				Resultados de diagnósticos	
			Procedencia			Ubicación	Presuntivo	Definitivo
			Clínica estomatológica UPCH	Hospital Cayetano Heredia	Otros			
Caso 1								
Caso 2								
Caso 3								
Caso 4								
Caso 5								
Caso 6								
Caso 7								
Caso 8								
Caso 9								
Caso 10								
Caso 11								
Caso 12								

Caso 13								
Caso 14								
Caso 15								
Caso 16								
Caso 17								
Caso 18								
Caso 19								
Caso n								

ANEXO 4
Base de datos

N° de Expedientes	Género	Edad	Datos de la muestra				Resultados de diagnósticos	
			Procedencia			Ubicación	Presuntivo	Definitivo
			Clínica estomatológica UPCH	Hospital Cayetano Heredia	Otros			
CASO 1	M	80	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 2	F	63	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 3	M	66		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 4	M	66	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 5	F	84			X	Seno maxilar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 6	F	72	X			Trigono retromolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 7	F	44		X		Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 8	M	55			X	Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 9	F	80	X			Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 10	M	77	X			Reborde alveolar	Granuloma apical	Carcinoma epidermoide
CASO 11	M	78			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma in situ

CASO 12	F	55			X	Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 13	M	54		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma ameloblastico
CASO 14	M	60		X		Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 15	M	77	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 16	F	61			X	Reborde alveolar	Quiste odontogenico	Carcinoma odontogenico de celulas fantasmas
CASO 17	F	90	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 18	M	79		X		Piso de boca	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 19	F	45		X		Paladar blando	Ameloblastoma	Carcinoma mucoepidermoide
CASO 20	F	62			X	Reborde alveolar	Granuloma central de celulas gigantes	Carcinoma ameloblastico
CASO 21	F	53	X			Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 22	M	70	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 23	M	80		X		Trigono retromolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 24	F	81	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 25	F	52		X		Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 26	M	45	X			Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 27	F	55			X	Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 28	M	77	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide

CASO 29	M	58			X	Reborde alveolar	Queratoquiste	Carcinoma epidermoide
CASO 30	F	58		X		Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 31	F	66			X	Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 32	F	51	X			Vientre de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 33	M	66			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma de celulas claras (metastasis)
CASO 34	M	85			X	Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 35	F	67		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 36	M	78			X	Zona retromolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma mucoepidermoide
CASO 37	F	52		X		Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 38	F	64			X	Paladar blando	Adenoma pleomorfo	Adenocarcinoma polimorfo
CASO 39	M	79		X		Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 40	M	72			X	Paladar duro	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 41	M	64		X		Vientre de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 42	M	85			X	Reborde alveolar	Fibroma osificante	Adenocarcinoma metastasico
CASO 43	F	63			X	Reborde alveolar	Melanoma	Carcinoma epidermoide
CASO 44	F	29			X	Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma in situ
CASO 45	F	79			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide

CASO 46	F	73			X	Reborde alveolar	Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide
CASO 47	F	53		X		Encia	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 48	F	61			X	Reborde alveolar	Queratoquiste	Carcinoma intraoseo
CASO 49	F	38		X		Borde lateral de lengua	Tuberculosis	Carcinoma epidermoide
CASO 50	F	68			X	Reborde alveolar	Osteosarcoma	Carcinoma epidermoide
CASO 51	F	79	X			Paladar blando	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 52	F	72		X		Reborde alveolar	Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide
CASO 53	M	48	X			Borde lateral de lengua	Leucoplasia	Carcinoma epidermoide
CASO 54	F	72			X	Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 55	F	87			X	Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 56	M	58			X	Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 57	F	69			X	Reborde alveolar	Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide
CASO 58	M	79		X		Mucosa bucal	Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide
CASO 59	M	77		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 60	M	23			X	Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 61	M	38			X	Seno maxilar	Neoplasia maligna	Carcinoma de celulas claras (metastasis)
CASO 62	F	48	X			Borde lateral de lengua	Ulcera traumatica	Carcinoma epidermoide
CASO 63	F	70		X		Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide

CASO 64	M	44		X		Seno maxilar	Quiste odontogenico paraqueretinizante	Carcinoma intraoseo
CASO 65	F	84	X			Borde lateral de lengua	Leucoplasia	Carcinoma epidermoide
CASO 66	M	55	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 67	F	93			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 68	M	60		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 69	F	84		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 70	M	25		X		Borde lateral de lengua	Leucoplasia	Carcinoma epidermoide
CASO 71	F	62		X		Borde lateral de lengua	Leucoplasia	Carcinoma epidermoide
CASO 72	M	74		X		Ventre de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 73	M	84			X	Labio superior	Micosis profunda	Carcinoma epidermoide
CASO 74	F	97	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 75	F	53			X	Reborde alveolar	Granuloma central de celulas gigantes	Carcinoma epidermoide
CASO 76	F	94			X	Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 77	M	36			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 78	F	83		X		Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 79	F	60	X			Ventre de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 80	F	77	X			Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 81	F	19		X		Mucosa bucal	Lipoma	Adenocarcinoma polimorfo

CASO 82	F	62	X			Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 83	F	86			X	Mucosa bucal	Ulcera traumatica	Carcinoma epidermoide
CASO 84	M	66		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 85	M	74			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 86	M	80		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 87	F	62			X	Reborde alveolar	Carcinoma verrucoso	Carcinoma epidermoide
CASO 88	F	47			X	Zona retromolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma mucoepidermoide
CASO 89	F	45			X	Seno maxilar	Ameloblastoma	Carcinoma intraoseo primario
CASO 90	F	89			X	Labio inferior	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 91	F	81	X			Paladar duro	Leucoplasia	Carcinoma in situ
CASO 92	F	69			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 93	M	63	X			Borde lateral de lengua	Leucoplasia	Carcinoma epidermoide
CASO 94	M	45	X			Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 95	F	72	X			Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 96	M	46	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 97	F	85			X	Zona retromolar	Fibromixoma	Adenocarcinoma
CASO 98	M	71	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 99	F	71	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide

CASO 100	F	39		X		Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 101	M	78		X		Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 102	F	71		X		Borde lateral de lengua	Leucoplasia	Carcinoma in situ
CASO 103	M	16			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 104	F	75		X		Piso de boca	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 105	F	77			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 106	F	81	X			Zona retromolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma mucoepidermoide
CASO 107	M	62			X	Reborde alveolar	Quiste	Carcinoma epidermoide
CASO 108	F	62			X	Paladar duro	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 109	F	80	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 110	F	36		X		Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 111	F	85		X		Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 112	M	94			X	Mucosa bucal	Leucoplasia	Carcinoma epidermoide
CASO 113	F	69	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 114	M	54	X			Mucosa bucal	Neoplasia maligna	Carcinoma de celulas claras (metastasis)
CASO 115	M	80		X		Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 116	M	70		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 117	F	48			X	Reborde alveolar	Granuloma central de celulas gigantes	Carcinoma epidermoide
CASO 118	F	65			X	Paladar blando	Carcinoma epidermoide	Adenocarcinoma

CASO 119	F	75			X	Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 120	F	69			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 121	F	66	X			Reborde alveolar	Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide
CASO 122	F	84			X	Mucosa bucal	Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide
CASO 123	F	80	X			Mucosa bucal	Epulis fisurado	Carcinoma epidermoide
CASO 124	M	37	X			Paladar blando	Carcinoma mucoepidermoide	Carcinoma adenoideo quistico
CASO 125	F	76			X	Borde lateral de lengua	Condiloma acuminado	Carcinoma verrucoso
CASO 126	F	79	X			Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 127	F	38	X			Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 128	M	80	X			Zona retromolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 129	M	75			X	Mucosa bucal	Granuloma piogeno	Carcinoma epidermoide
CASO 130	F	65		X		Borde lateral de lengua	Ulcera traumatica	Carcinoma epidermoide
CASO 131	M	65	X			Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 132	M	71			X	Reborde alveolar	Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide
CASO 133	M	82	X			Paladar duro	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 134	F	45	X			Paladar duro	Neoplasia maligna	Carcinoma de celulas claras (metastasis)
CASO 135	M	85		X		Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 136	F	51		X		Borde lateral de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 137	M	82			X	Piso de boca	Adenocarcinoma	Carcinoma epidermoide

CASO 138	F	59	X			Reborde alveolar	Mixoma	Carcinoma adenoideo quistico
CASO 139	F	85			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 140	M	70		X		Borde lateral de lengua	Hiperplasia epitelial	Carcinoma epidermoide
CASO 141	F	82		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma in situ
CASO 142	M	32			X	Vientre de lengua	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 143	F	82	X			Piso de boca	Carcinoma epidermoide	Carcinoma in situ
CASO 144	F	33			X	Paladar blando	Neoplasia maligna	Carcinoma mucoepidermoide
CASO 145	M	84			X	Reborde alveolar	Granuloma central de celulas gigantes	Carcinoma epidermoide
CASO 146	M	77	X			Borde basal mandibula	Quieste mandibular no odontogenico	Carcinoma de celulas claras (metastasis)
CASO 147	F	74			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 148	F	81	X			Mucosa bucal	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 149	M	53	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 150	F	47			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 151	F	31	X			Vientre de lengua	Adenocarcinoma	Carcinoma adenoideo quistico
CASO 152	M	63			X	Reborde alveolar	Eritoplasia	Carcinoma epidermoide
CASO 153	M	66			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 154	F	83	X			Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide

CASO 155	F	84			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 156	M	72			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 157	F	51			X	Reborde alveolar	Condrioblastoma	Carcinoma de celulas claras (metastasis)
CASO 158	F	78			X	Borde lateral de lengua	Leucoplasia	Carcinoma epidermoide
CASO 159	F	49		X		Mucosa bucal	Cistoadenoma	Carcinoma adenoideo quistico
CASO 160	F	83	X			Reborde alveolar	Hiperqueratosis	Carcinoma in situ
CASO 161	M	69	X			Mucosa bucal	Neoplasia maligna	Carcinoma epidermoide
CASO 162	F	48		X		Paladar duro	Carcinoma adenoideo quistico	Carcinoma adenoideo quistico
CASO 163	M	84		X		Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma de celulas claras (metastasis)
CASO 164	M	59			X	Zona retromolar	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
CASO 165	F	64			X	Paladar blando	Adenoma pleomorfo	Adenocarcinoma
CASO 166	M	85			X	Reborde alveolar	Fibroma osificante	Adenocarcinoma
CASO 167	F	19		X		Mucosa bucal	Lipoma	Adenocarcinoma
CASO 168	F	85			X	Zona retromolar	Fibromixoma	Adenocarcinoma
CASO 169	F	65			X	Reborde alveolar	Carcinoma epidermoide	Adenocarcinoma
CASO 170	F	72	X			Paladar duro	Melanosis	Melanoma
CASO 171	F	30	X			Labio superior	Melanoma	Melanoma
CASO 172	F	57	X			Paladar duro	Melanoma	Melanoma

CASO 173	F	48	X			Reborde alveolar	Melanoma	Melanoma
CASO 174	F	31	X			Paladar duro	Melanoma	Melanoma
CASO 175	F	66			X	Cuerpo mandibular	Neoplasia maligna	Neoplasia sarcomatosa
CASO 176	M	25		X		Piso de boca	Adenoma pleomorfo	Leiomioma
CASO 177	M	27			X	Reborde alveolar	Lesion fibrosea	Osteosarcoma
CASO 178	F	14		X		Sinfisis mandibular	Ameloblastoma	Condrosarcoma
CASO 179	F	33	X			Reborde alveolar	Mixoma	Condrosarcoma
CASO 180	M	22		X		Reborde alveolar	Granuloma central de celulas gigantes	Fibrosarcoma ameloblastico
CASO 181	F	37	X			Cuerpo mandibular	Osteosarcoma	Osteosarcoma
CASO 182	F	53			X	Paladar duro	Linfoma de Hodgkin	Liposarcoma
CASO 183	M	61		X		Dorso de lengua	Neoplasia maligna	Rabdomiosarcoma
CASO 184	M	85			X	Reborde alveolar	Granuloma piogeno	Angiosarcoma
CASO 185	F	33			X	Dorso de lengua	Sarcoma	Sarcoma de kaposi
CASO 186	F	33			X	Reborde alveolar	Fibroma traumatico	Leiomioma
CASO 187	F	19	X			Reborde alveolar	Granuloma piogeno	Sarcoma miofibroblastico
CASO 188	F	23		X		Cuerpo mandibular	Ameloblastoma	Osteosarcoma
CASO 189	F	26	X			Sinfisis mandibular	Neoplasia maligna	Sarcoma fusocelular

CASO 190	M	77			X	Cuerpo mandibular	Linfoma no hodgkin	Linfoma no hodgkin
CASO 191	F	6			X	Cuerpo mandibular	Neoplasia maligna	Linfoma no hodgkin
CASO 192	F	61		X		Paladar duro	Neoplasia maligna	Linfoma no hodgkin
CASO 193	F	77			X	Seno maxilar	Neoplasia maligna	Linfoma no hodgkin
CASO 194	F	53			X	Paladar duro	Linfoma de Hodgkin	Linfoma no hodgkin
CASO 195	M	42		X		Paladar blando	Linfoma de Hodgkin	Linfoma no hodgkin
CASO 196	F	79			X	Mucosa bucal	Neoplasia maligna	Linfoma no hodgkin
CASO 197	F	96		X		Reborde alveolar	Proceso infeccioso	Linfoma de hodgkin
CASO 198	M	57	X			Paladar blando	Carcinoma epidermoide	Linfoma no hodgkin
CASO 199	M	51			X	Cuerpo mandibular	Ameloblastoma	Linfoma de hodgkin
CASO 200	M	83		X		Paladar duro	Neoplasia maligna	Linfoma de hodgkin
CASO 201	M	74			X	Cuerpo mandibular	Ameloblastoma	Linfoma no hodgkin