



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ESTOMATOLOGÍA**

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE SEGÚN  
DÉCADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA  
BUCOMAXILOFACIAL DEL CENTRO DENTAL DOCENTE DE LA  
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, LIMA- PERÚ, 1991-  
2020.**

COMPARATIVE STUDY OF SQUAMOUS CELL ACCORDING TO  
DECADES IN THE OROMAXILLOFACIAL PATHOLOGY LABORATORY  
OF THE TEACHING DENTAL CENTER OF THE UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA, LIMA - PERÚ, 1991- 2020

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA**

**Autores:**

Gianella Dayana Garay Orihuela

Karina Julia Moron Ayala

**Asesora:**

Dra. Sonia Sacsquispe Contreras

Lima - Perú

2024



## **JURADO**

**Presidente:** MG. Carlos Vladimir Espinoza Montes

**Vocal:** MG. Francisco Jose Orejuela Ramirez

**Secretario:** MG. Jairo Sanchez Leon

**Fecha de sustentación:** 30 de enero 2024

**Calificación:** Aprobado

**ASESORA DE TESIS**

**ASESORA**

Dra. Sonia Sacsquispe Contreras

Departamento Académico de Medicina Cirugía Bucomaxilofacial

ORCID: 0000-0003-1896-8012

## **DEDICATORIA**

Mi tesis la dedico a mis padres quienes me impulsan a ser mejor cada día y me ayudan a levantarme en cada caída, gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y creer en mí, esta investigación no habría sido posible sin su invaluable apoyo. Y finalmente agradecer a mis familiares por confiar en mí. ¡Gracias por ser parte fundamental de este logro académico! (G.G)

Antes que todo agradecer a Dios por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta, seguidamente a mi madre Julia, mi compañera principal y mi gran ejemplo, y sin dejar de lado a mi padre Félix y abuelita quienes fueron mi motivación, les dedico este esfuerzo y sé que desde el cielo me seguirán guiando. Finalmente a mi familia en general que creyeron en mí. (K.M)

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestras familias por brindarnos todo su apoyo durante esta etapa profesional, por su amor y apoyo incondicional. (G.G)

A la Doctora Sonia Sacsquispe por su apoyo, paciencia, por guiarnos y orientarnos en este proceso durante nuestra tesis. (G.G)

A los doctores que nos compartieron sus conocimientos. (K.M)

A mi madre quien me ha ayudado a formarme y a seguir adelante en los momentos más difíciles. (K.M)

A mi padre y mis abuela que desde el cielo me iluminan para seguir adelante. (K.M)

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

**Los autores declaran no tener conflictos de interés.**

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

ESTUDIO COMPARATIVO DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE SEGÚN DÉCADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL DEL CENTRO DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, LIMA- PERÚ, 1991-2020

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>6%</b>
<b>2</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>www.medigraphic.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Fundación Universitaria Católica del Norte</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>scielo.sld.cu</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>



## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>M ATERIALES Y METODOS .....</b>	<b>5</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>10</b>
<b>V.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>28</b>
<b>VII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>29</b>
<b>VIII.</b>	<b>TABLAS.....</b>	<b>35</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>OMS:</b>	Organización mundial de la salud
<b>UPCH:</b>	Universidad Peruana Cayetana Heredia
<b>CCD:</b>	Centro Dental Docente
<b>CE:</b>	Carcinoma Epidermoide
<b>CO:</b>	Cáncer Oral
<b>SIDISI:</b>	Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación

## RESUMEN

El Carcinoma Epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral, avanza de manera progresiva. Es importante conocer como la enfermedad se incrementa en la población con el paso de los años. **Objetivo:** Comparar la frecuencia del Carcinoma Epidermoide en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por décadas. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. Las variables utilizadas son año de admisión, lugar de referencia, grupo etario, sexo, manifestaciones clínicas, localización anatómica, tipo histopatológico, grado de diferenciación y décadas. **Resultados:** Se realizó una revisión de fichas anatomopatológicas de los años de 1990-2020, se obtuvo 735 datos de los cuales solo 704 cumplieron con los criterios de inclusión, 390 del sexo femenino y 314 del sexo masculino, siendo la edad promedio de 53 años, siendo el Carcinoma Epidermoide Invasivo el más frecuente. **Conclusión:** El Carcinoma Epidermoide Invasivo se fue incrementando al pasar de los años y tiene mayor frecuencia el bien diferenciado, se presentó más casos en la grupo etario de 70 a 79 años, siendo el sexo femenino más predominante en las tres décadas. La localización anatómica más frecuente es el reborde alveolar superior e inferior /encía y borde lateral de la lengua.

**Palabras claves:** Carcinoma Epidermoide, Carcinoma de células Escamosas, Carcinoma Espinocelular.

## ABSTRACT

**Background:** e squamous cell carcinoma is the most frequent malignant neoplasm of the oral cavity, which progressively advances. It is important to know how the disease increases in the population over the years. **Objective:** To compare the frequency of squamous cell carcinoma in the Oromaxillofacial Pathology Laboratory of the Teaching Dental Center of the Universidad Peruana Cayetano Heredia, by decades. **Methods and Materials:** Cross-sectional, observational, descriptive and retrospective study. The variables used were year of admission, place of origin, age group, sex, clinical manifestations, anatomical location, histopathological type, degree of differentiation and decades. **Results:** A review of anatomopathological records from 1990-2020 was carried out, 735 data were obtained, of which only 704 met the inclusion criteria, 390 were female and 314 males, with an average age of 53 years, and Invasive Epidermoid Carcinoma was the most frequent type. The tumor is one of the most advanced stage in clinical manifestations and pain is one of the main causes, where Carcinoma in situ is an earlier cancer. **Conclusion:** Invasive squamous cell carcinoma has increased over the years and is more frequent in the well-differentiated type, with more cases occurring between 70 and 79 years of age, being the female sex more predominant in the three decades. The most frequent anatomical location is the alveolar ridge upper and lower/ entity and lateral border of the tongue.

**Key words:** Epidermoid carcinoma, Squamous cell carcinoma.

## I. INTRODUCCIÓN

El cáncer oral representa un problema de salud pública a nivel mundial, en la odontología el Carcinoma Epidermoide (CE) o de células escamosas es el tumor de la cavidad oral con mayor frecuencia (1). Esta es una neoplasia maligna, su origen es en la célula escamosas del epitelio de la mucosa, luego pasa a la fase infiltración y destrucción de los tejidos por medio de la metástasis; se presenta con mayor prevalencia en labios, mucosa bucal, la encía, piso de boca y la lengua. (2)

La etiología del CE es multifactorial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el factor de riesgo principal es el tabaco, este se relaciona con el CE y el desarrollo de lesiones malignas por su consumo frecuente y por las sustancias cancerígenas que presenta, 8 de cada 10 pacientes con cáncer oral son fumadores de tabaco (3). El alcohol es otro factor de riesgo principal porque facilita el ingreso de carcinógenos como el tabaco; a mayor ingesta de alcohol mayor es el riesgo de tener cáncer en boca (4). Otros factores relacionados son el estilo de vida, los factores ambientales entre ellos encontramos la infección viral como el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el Virus Herpes Simple, el sexo y el grupo etario. (5) El estudio de Oliveira encontró que el VPH fue de 23.19% para los cánceres de cavidad oral. (6)

El bajo estatus social y cultural de los pacientes condiciona una interpretación inadecuada de los síntomas y signos iniciales del cáncer bucal. (7) La mortalidad por cáncer de lengua en Chile es de 39 % (1), en

Uruguay el Carcinoma Escamoso de cabeza y cuello presenta mayor prevalencia en hombres desde un 27.3% hasta un 33.1% en caso de personas de una condición socioeconómica baja. (8) En Costa Rica el CE ocupa el segundo lugar donde predominan los varones en una proporción de 2:1 con respecto a las mujeres. Sin embargo, a nivel mundial existen informes de una leve disminución de la tasa de cáncer oral en el hombre y aumento en las mujeres, esto relacionado a un incremento en el consumo de tabaco y alcohol (9). En un estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo se obtuvo que el Carcinoma Epidermoide afectó más a las mujeres de la quinta década de vida y presentó manifestación a nivel de lengua. (10)

En la actualidad existe poca información sobre estudios epidemiológicos acerca del CE en el Perú, el CE es un cáncer muy peligroso y frecuente en la cavidad bucal, es importante conocer sus manifestaciones iniciales en boca para poder diagnosticar de manera temprana, debemos conocer la prevalencia del CE en la población peruana. Este proyecto de investigación tiene como finalidad dar a conocer a los odontólogos y personal de salud los cambios epidemiológicos que presenta el CE, lo cual nos llevan a plantear la siguiente interrogante ¿Cuáles serán los cambios epidemiológicos del Carcinoma Epidermoide por décadas en el periodo de 1991 hasta el 2020 en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia? .

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Comparar la frecuencia del Carcinoma Epidermoide según décadas en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1991 - 2020.

### **Objetivo específicos:**

1. Comparar la frecuencia de Carcinoma Epidermoide según décadas en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. Comparar la frecuencia de Carcinoma Epidermoide según lugar de referencia en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por décadas.
3. Comparar la frecuencia de Carcinoma Epidermoide según grupo etario en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia por décadas.
4. Comparar la frecuencia de Carcinoma Epidermoide según sexo en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por décadas.
5. Comparar la frecuencia de manifestaciones Clínicas del Carcinoma Epidermoide en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por décadas.

6. Comparar la frecuencia de Carcinoma Epidermoide según localización anatómica en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por décadas.
7. Comparar la frecuencia de Carcinoma Epidermoide en el tipo histopatológico en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por décadas.
8. Comparar la frecuencia de Carcinoma Epidermoide en el grado de diferenciación en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por décadas.
9. Comparar la frecuencia de Carcinoma Epidermoide en el grado de diferenciación con la localización anatómica en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.



### **III. MATERIALES Y METODOS**

#### **Diseño del estudio**

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

#### **Población**

Todas las fichas completas anatomopatológicas con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide en el Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia según décadas entre los años de 1991-2020.

#### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

Todas las fichas completas anatomopatológicas con diagnóstico confirmado de Carcinoma Epidermoide.

Criterios de exclusión:

Todas las fichas incompletas anatomopatológicas con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide u otro diagnóstico.

#### **Definición operacional de variables (Anexo 1)**

- **Lugar de referencia:** Es una variable cualitativa de categoría politómica de tipo ordinal, la variable se define como el lugar en

donde el paciente fue diagnosticado y tendrá los siguientes valores:  
Consultorio particular, Centro Dental Docente (CDD) y Hospital.

- **Grupo etario:** Es una variable cualitativa de categoría politómica de tipo ordinal, se define al agrupamiento de las edades en un rango determinado, tiene los siguientes valores: 10-19.99, 20-29.99, 30-39.99, 40-49.99, 50-59.99, 60-69.99, 70-79.99, 80-89.99, 90-99.99, 100 a más.
- **Sexo:** Es variable de tipo cualitativa, de categoría dicotómica de tipo nominal, lo definimos como el sexo biológico del ser humano, presenta los siguientes valores: Femenino y Masculino.
- **Manifestaciones clínicas:** Es una variable de tipo cualitativa de categoría politómica de tipo nominal; esta variable tiene como definición a los signos clínicos que se observa en la exploración, tomamos los siguiente valores: Placa blanca, Placa roja, Úlcera y Tumor.
- **Localización anatómica:** Es una variable de tipo cualitativa de categoría politómica de tipo nominal; esta variable tiene como definición a la ubicación de la lesión dentro de la cavidad oral y tendrá los siguientes valores: Dorso lingual, Vientre lingual, Borde lateral, Piso de boca, Reborde alveolar superior e inferior/Encía, Mucosa labial, Mucosa yugal, Trígono retromolar, Paladar duro, Paladar blando y Mucosa oral.
- **Tipos histopatológicos:** Variable de tipo cualitativa de categoría politómica de tipo nominal, hace referencia al diagnóstico de las

enfermedades a través del estudio de los tejidos, tenemos los siguiente valores: Carcinoma Epidermoide, Carcinoma Fusocelular Carcinoma in situ, Carcinoma temprano y Carcinoma verrugoso.

- **Grado de diferenciación:** Variable de tipo cualitativa de categoría politómica de tipo ordinal, esta variable se refiere al grado de las células cancerígenas se parecen más a las células normales y estas se clasifica como Bien diferenciado, Moderadamente diferenciado e Indiferenciado; según la clasificación internacional de tumor según la OMS.
- **Décadas:** Variable de tipo cualitativa de categoría politómica de tipo ordinal, la variable hace referencia a un periodo de 10 años, donde tiene los siguientes valores: 1991-2020, 2001-2010, 2011-2020.

### **Procedimientos y técnicas**

Se solicitó un permiso al Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para acceder a la base de datos, luego se revisará toda las fichas anatomopatológicas que tengan el diagnóstico de Carcinoma Epidermoide teniendo en cuenta los criterios de selección.

### **Revisión de fichas Anatomopatológicas**

Iniciamos con la revisión de las fichas anatomopatológicas que cumplan con los criterios de selección, procedimos al registro de la información en

una ficha de recolección de datos que fue elaborada para este estudio (Anexo 2), donde se registró los siguientes datos:

1. Año
2. N° de código
3. Lugar de referencia
4. Grupo etario
5. Sexo
6. Manifestaciones clínicas
7. Localización anatómica
8. Tipo histopatológico
9. Grado de diferenciación

### **Aspectos Éticos**

El presente proyecto se inscribió en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI) y posterior a eso se inscribió a la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, Estomatología y Enfermería; luego obtuvimos la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH).

Se obtuvo un permiso al Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la sede San Martín de Porres para acceder a la base de datos de los años 1991-2020, dicho procedimiento se garantizó el anonimato de los pacientes ya que se le asignó un código a cada paciente.

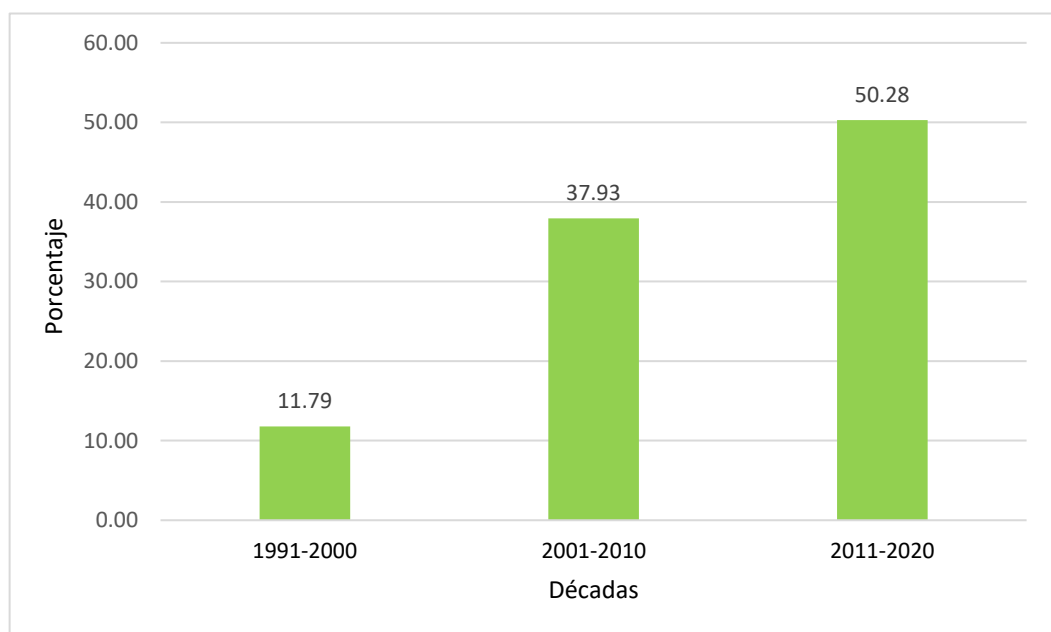
Finalmente se ejecutó el proyecto de investigación.

### **Análisis Estadístico**

Este estudio se llevó a cabo un análisis de tipo descriptivo por medio de las variables cualitativas con la obtención de las frecuencias relativas y absolutas. Se realizó el análisis por la prueba chi cuadrado y de Fisher para la asociación de variables. El presente estudio contó con un nivel de confianza de 95 % y un  $p < 0.05$ , se utilizó el programa STATA 16.0.

#### IV. RESULTADOS

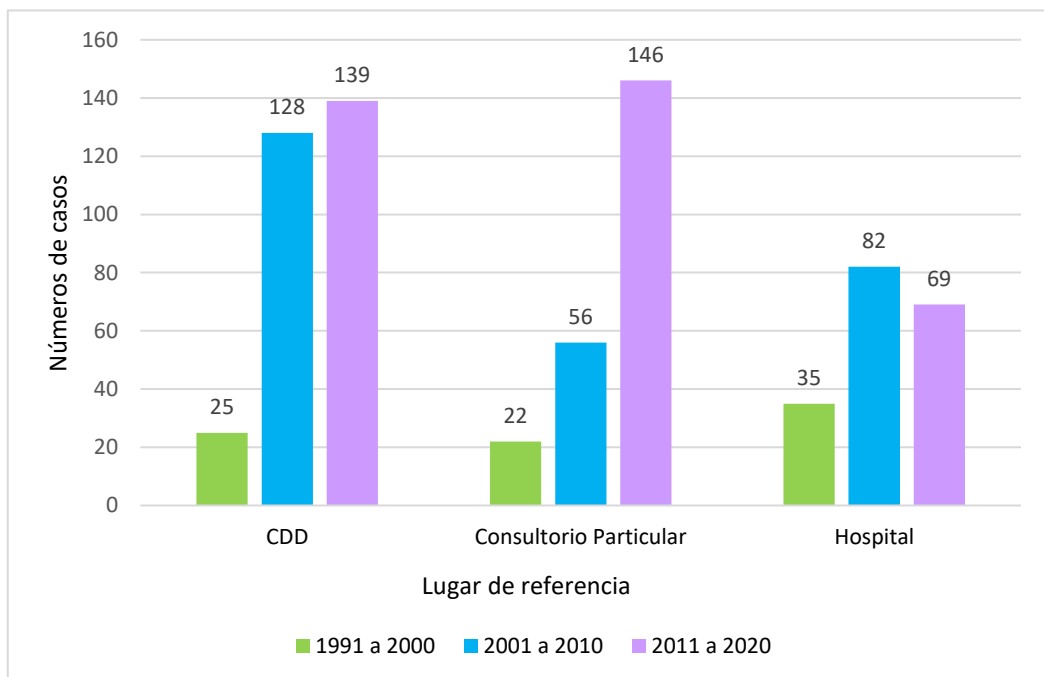
Se realizó una revisión de fichas anatomopatológicas de los años de 1990 al 2020, donde se obtuvo 735 datos de los cuales solo 704 cumplieron con los criterios de inclusión, 391 del sexo femenino y 313 del sexo masculino, siendo la edad promedio de 53 años, de los cuales se obtuvo una frecuencia de Carcinoma Epidermoide de 11.79% (83 casos) durante la década de 1991-2000, en la década de 2001-2010 hay un 37.93% (267 casos) de frecuencia de CE y en la década 2011-2020 hay un 50.28% (354 casos) de CE; al pasar los años aumentó la frecuencia de CE. (Gráfico 1)



**Gráfico 1: Frecuencia de Carcinoma Epidermoide según décadas**

En el año de 1991-2000 la frecuencia de Carcinoma Epidermoide en CDD fue de 25 números de casos, en el consultorio particular de 22 números de casos y en el hospital de 35 números de casos. En el año de 2001-2010 la frecuencia de CE en

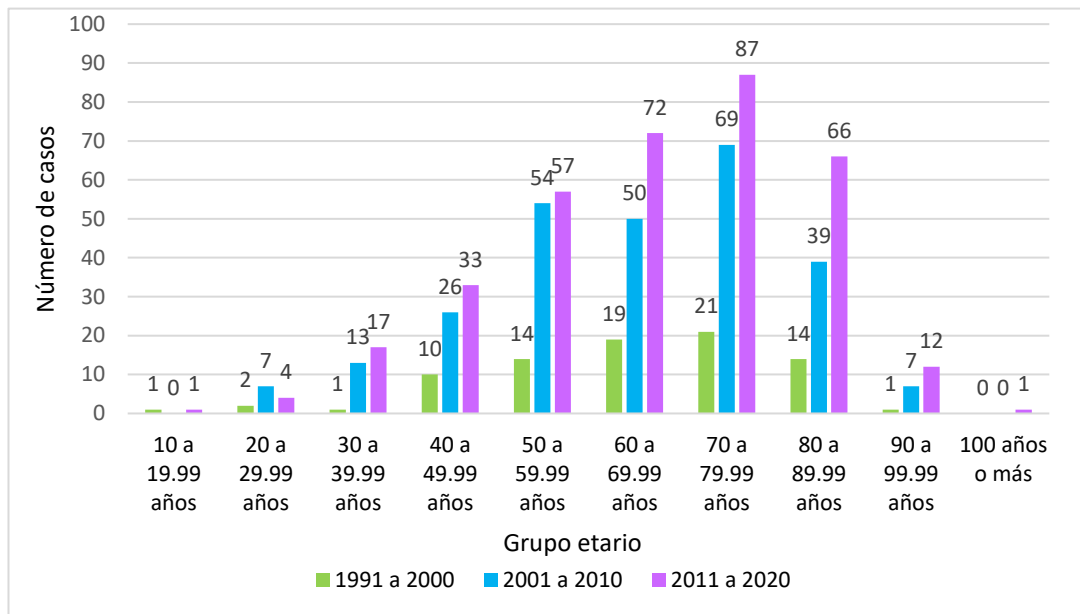
CDD fue de 128 números de casos, en el consultorio particular de 56 números de casos y en el hospital de 82 números de casos. En el 2011-2020 la frecuencia de CE en CDD fue de 139 números de casos, en el consultorio particular de 146 números de casos y en el hospital de 69 números de casos. También dos pacientes en el año de 1991 - 2000 y 2001 -2010 no respondieron el lugar de referencia. (Gráfico 2) (Prueba  $\chi^2$ ,  $p < 0.0001$ )



**Gráfico 2: Frecuencia del Carcinoma Epidermoide según lugar de referencia por décadas.**

Se presentó en la Tabla 1 (Anexo) que el grupo etario donde se observó mayor cantidad de casos es de 70 a 79.99 años en las 3 décadas, en la década de 1991-2000 se observó 21 números de casos, en la década de 2001-2010 se observó 69 números de casos y en la década de 2011-2020 se observó 87 números de casos, se evidencia nuevamente que al pasar los años se incrementa los números de casos.

En el año de 1991-2000 la frecuencia de Carcinoma Epidermoide se incrementó en el grupo etario de 70-79.99 años. En el año de 2001-2010 se evidenció un incremento de grupo etario de 70-79.99 años. En el año de 2011-2020 se evidenció un incremento de grupo etario de 70-79.99 años. (Gráfico 3)

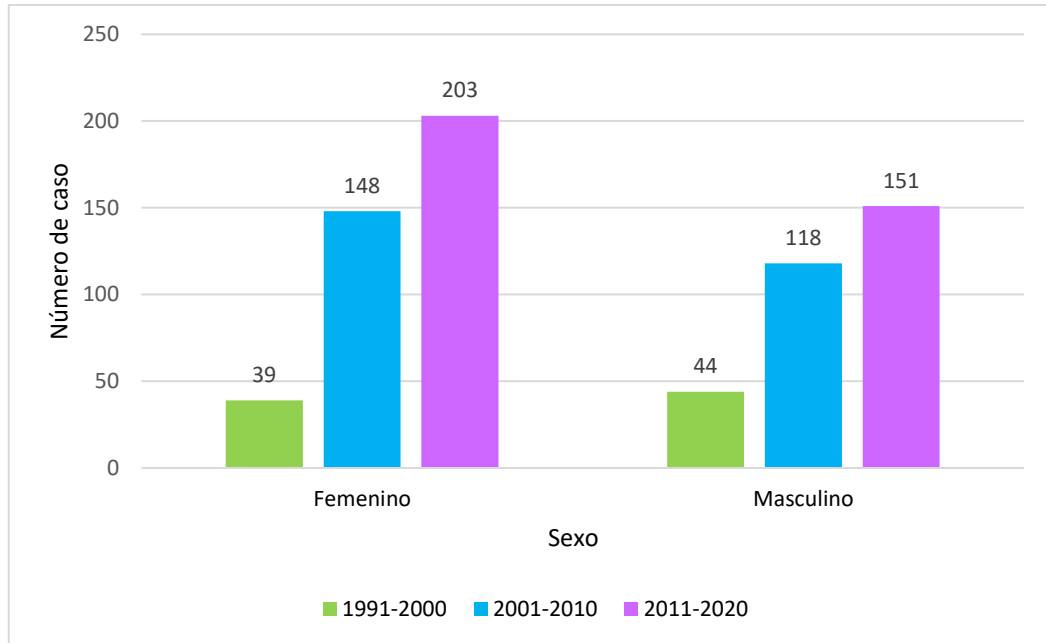


**Gráfico 3: Frecuencia del Carcinoma Epidermoide según grupo etario por décadas.**

En la década del 1991-2000 se observó un incremento de CE en el sexo masculino de 44 números de casos y en el sexo femenino de 39 número de casos, en la década del 2001- 2010 se evidencia un incremento de CE en el sexo femenino de 148 números de casos y en el sexo masculino de 118 números de casos. En la década del 2011-2020 se observó una mayor prevalencia de CE en el sexo femenino de 203 números de casos y en el sexo masculino de 151 números de casos. Una persona no



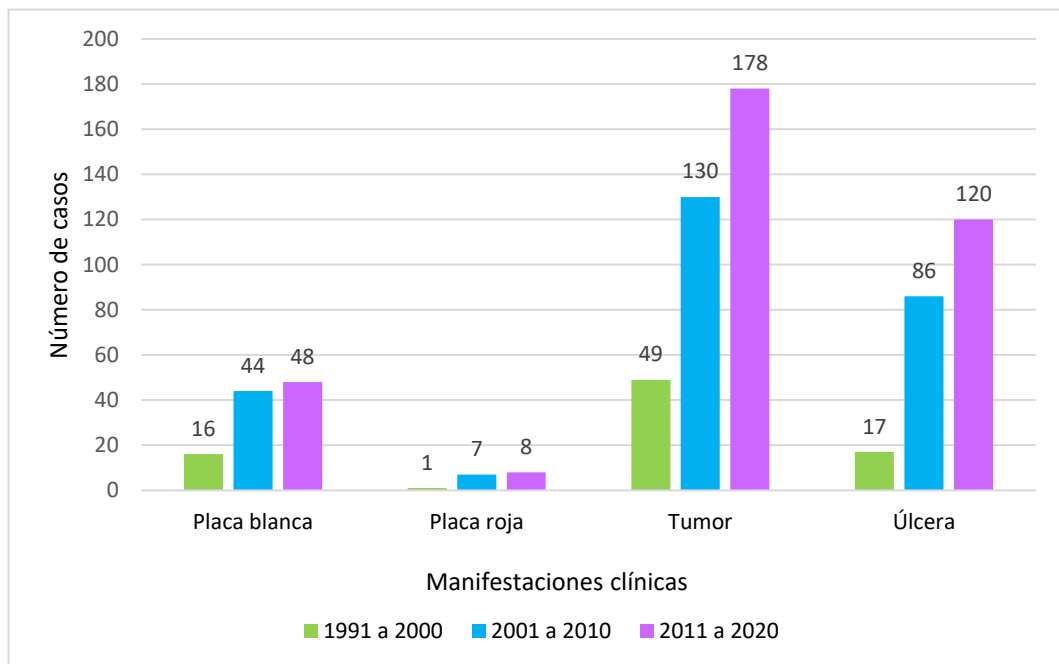
respondió a su sexo en el año de 2001-2010. (Gráfico 4) (Prueba Chi2, valor  $p=0.232$ )



**Gráfico 4: Frecuencia de Carcinoma Epidermoide según sexo por décadas.**

Se presentó en la Tabla 2 (Anexo) sobre la manifestación clínica donde se observó mayor cantidad de casos es de tumor, en la década de 2011-2020 se observó 178 números de casos, en la década de 2001-2010 se observó 130 números de casos y en la década de 1991-2000 se observó 49 números de casos, teniendo un total de 357 casos, se evidenció que al pasar los años se incrementó los números de casos de tumor. La Placa blanca se evidenció un incremento en la década de 2001-2010 de 44 números de casos y en la década de 2011-2020 de 48 número de casos.

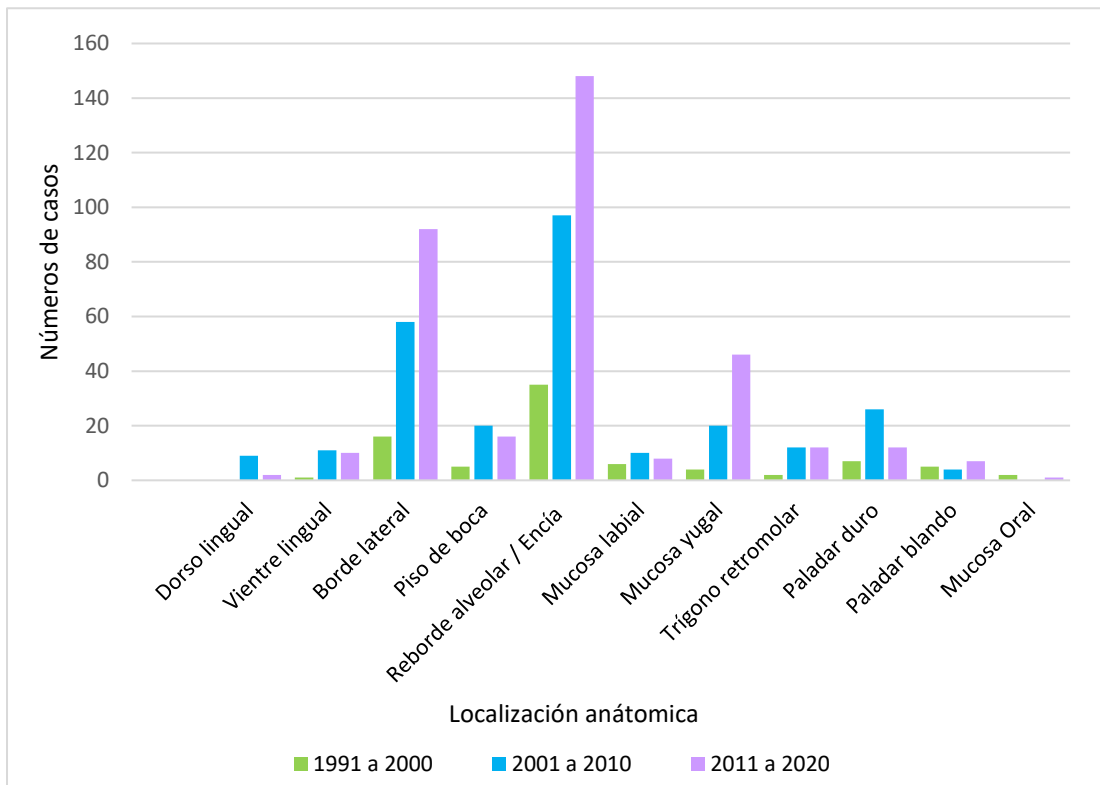
Se observó un incremento de placa blanca en la década de 2011 al 2020 de 48 número de casos, de placa roja en la década de 2011 al 2020 de 8 números de casos, de tumor en la década de 2011 al 2020 de 178 número de casos, de úlcera en la década de 2011 al 2020 de 120 número de casos. (Gráfico 5)



**Gráfica 5: Frecuencia de Carcinoma Epidermoide según manifestación clínica por décadas.**

En el año 1991 al 2000 se observó un incremento de Carcinoma Epidermoide según localización en el reborde alveolar superior e inferior/encía con 33 números de casos, borde lateral con 16 números de casos; en el año 2001 al 2010 se observó un incremento de CE en reborde alveolar superior e inferior/encía con 87 números de casos, en el borde lateral 58 número de casos y en el año 2011 a 2020 se observó un incremento de CE en reborde alveolar superior e inferior/encía con 132 números

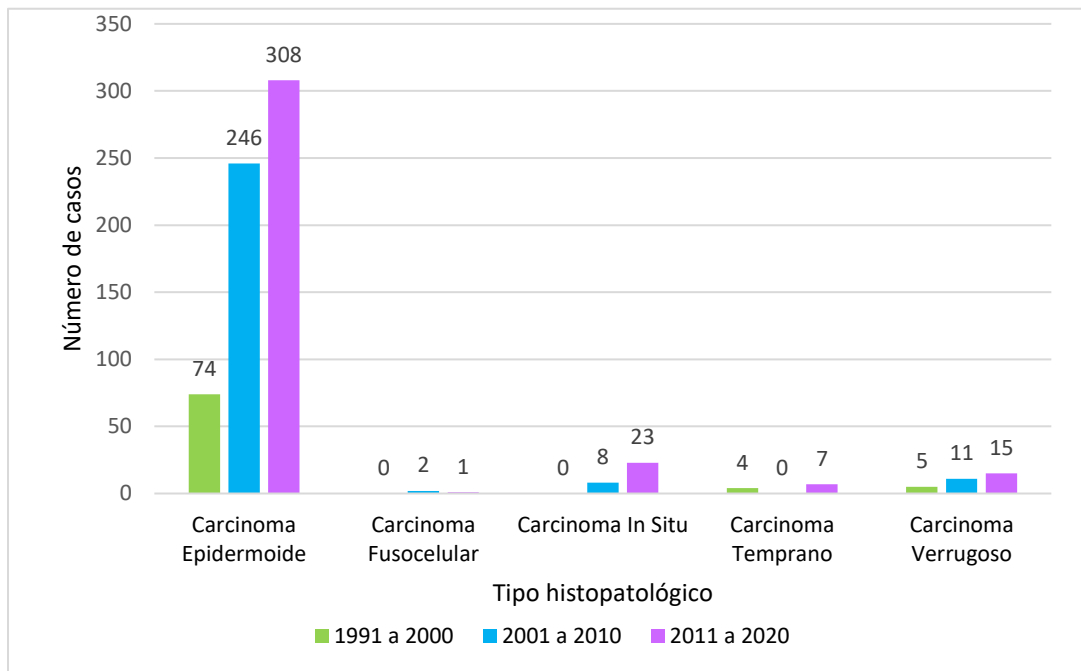
de casos, en borde lateral 92 número de casos y en la mucosa yugal 46 número de casos. (Gráfico 6) (Prueba exacta de Fisher, valor  $p < 0.0001$ )



**Gráfico 6: Frecuencia de Carcinoma Epidermoide según localización anatómica por décadas.**

Presenta mayor número de casos de CE en la década del 2011 al 2020 con 308 número de casos, del 2001 al 2010 con 246 número de casos, del 1991 al 2000 con 74 número de casos, respectivamente; Carcinoma fusocelular en la década del 2001 al 2010 con 2 números de casos, del 2011 al 2020 con 1 número de caso; Carcinoma in situ se observó mayor cantidad de número de casos, en la década de 2011 al 2020 con 23 números de casos, y en el 2001 al 2010 con 8 casos; Carcinoma temprano se presentó mayor número de casos en la década 2011 al 2020 con 7 número de

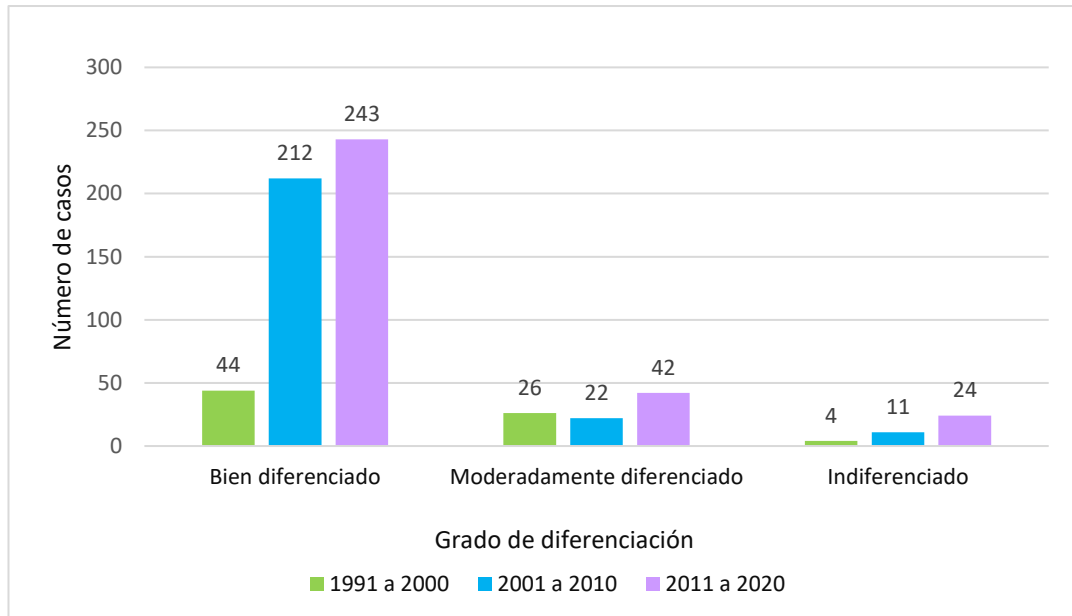
casos, en la década 1991 al 2000 con 4 números de casos; Carcinoma verrugoso presenta mayor número de casos en el año del 2011 al 2020 con 15 número de casos, en el año del 2001 al 2010 con 11 número de casos, en la década 1991 al 2000 con 5 números de casos. (Gráfico 7) (Prueba exacta de Fisher, valor  $p=0.003$ )



**Gráfico 7: Frecuencia del Carcinoma Epidermoide según tipo histopatológico por décadas.**

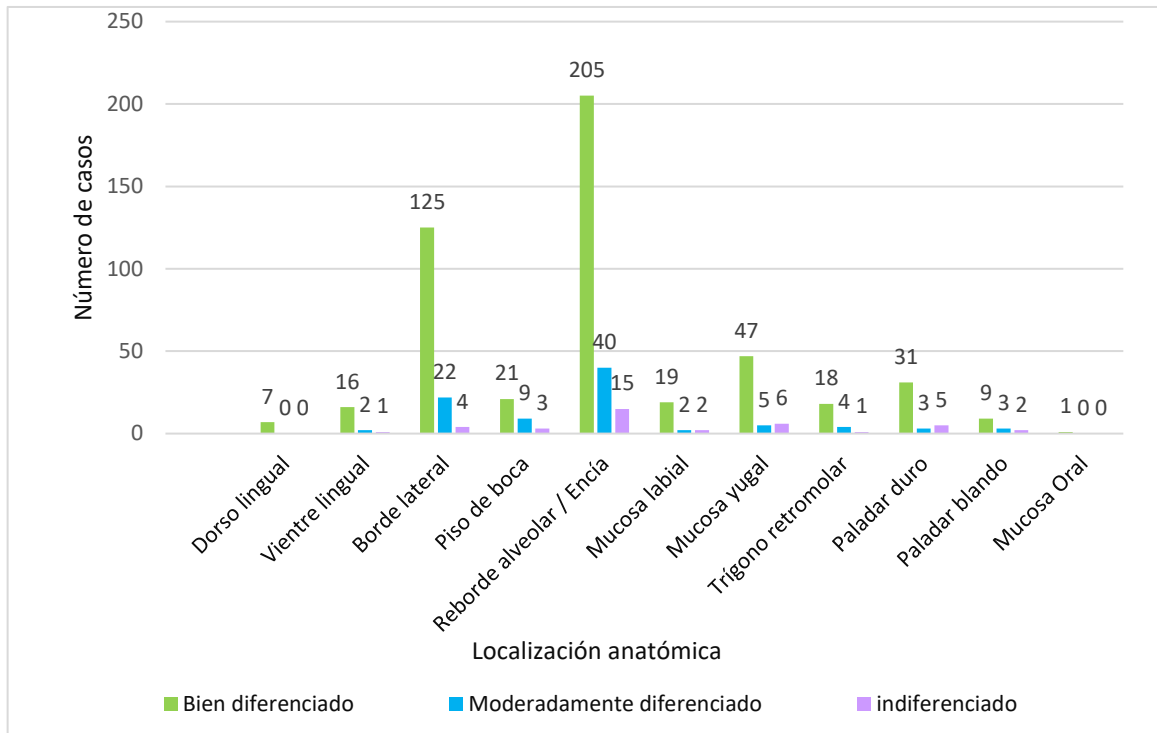
En el grado bien diferenciado se observa un incremento de números de casos de 243 en el año de 2011 al 2020, de 212 números de casos en el año 2001 al 2010 y unos 44 números de casos en el año de 1991 al 2000. En el grado de moderadamente diferenciado hay un incremento de 42 números de casos en el año de 2011 al 2020, de 26 casos en el año de 1991 al 2000 y 22 números de casos en el año del 2001 al 2010. El grado indiferenciado hay un incremento en el año de 2011 al 2020 de 24

números de caso, 11 números de casos en el año de 2011 al 2010 y 4 número de casos en el año de 1991 al 2000. (Gráfico 8) (Prueba Chi2, valor  $p < 0.0001$ )



**Gráfico 8: Frecuencia del Carcinoma Epidermoide según grado de diferenciación por décadas.**

En el grado bien diferenciado se observa un incremento de CE en el Reborde alveolar superior e inferior/encía con 185 número de casos y 125 casos en el borde lateral, el grado Moderadamente diferenciado un aumento en el Reborde alveolar superior e inferior/encía con 40 número de casos y 22 casos en el borde lateral, en el grado Indiferenciado se observa un aumento de CE en el reborde alveolar superior e inferior/encía con 12 número de casos y en mucosa yugal 6 números de casos. (Gráfica 9) (Prueba exacta de Fisher, valor  $p = 0.104$ )



**Gráfica 9: Frecuencia de Carcinoma Epidermoide según localización anatómica por grado de diferenciación.**

## V. DISCUSIÓN

El Cáncer Oral (CO) según la OPS y la OMS en el año 2019 alcanzó una incidencia de 1.6 en el Perú encontrándose en el quintil 2 entre todos los países (11); Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) demostró que el CO está dentro de las enfermedades malignas con mayor frecuencia, y se ha observa un incremento de casos diagnosticados durante los últimos 10 años (12); el CO tiene el peor pronóstico y una elevada mortalidad debido a la vascularización que favorece la diseminación de las células transformadas y su escasa sintomatología; se presentó una incidencia alta en Pakistán, Brasil, India y Francia (5).

El CE es una neoplasia maligna epitelial con origen aparente en la propia epidermis desde donde se infiltra hacia la profundidad de los tractos irregulares de células espinosas atípicas anaplásicas (2). En este estudio encontramos que la frecuencia del Carcinoma Epidermoide (CE) iba en aumento según pasaban los años (1991-2020), en los resultados obtenidos del Laboratorio de Patología Bucomaxilofacial del Centro Dental Docente, se obtuvo que la frecuencia del CE es de 11.79% en la década de 1991-2000, un 37.93% de CE en la década de 2001-2010 y un 50.28% en la década de 2011-2020, también encontramos que la incidencia de CE para el 2012 que fue de 4,0 casos nuevos por 100.000 habitantes, donde 5,5 casos nuevos por 100.000 fueron hombres y de 2,5 por cada 100.000 fueron mujeres (1).

Al respecto algunos artículos y revistas relacionados al CO indican que el cáncer más frecuente es el CE porque presenta las células escamosas de una forma plana que es muy similar a las escamas del revestimiento de la boca, podemos decir que el carcinoma in situ que es un cáncer más temprano lo cual las células cancerígenas

se encuentran en la primera capa del epitelio, el carcinoma verrugoso es un cáncer de bajo grado porque tiene un crecimiento lento por lo cual conforma menos del 5% de los demás cánceres, por último el carcinoma invasivo según lo menciona el nombre invade y por lo cual su avance es más rápido.

En la Figura 2 en la década de 1991- 2000 se presentaron 82 casos de CE, en la década de 2001-2010 se observa 266 casos donde hay un incremento de casos respecto a la década anterior, en la década de 2011-2020 se observa 354 casos en el hospital, CDD y consultorio particular. Se sabe que al pasar los años se está incrementando los números de casos, y según García nos indica que tiene relación con los factores genéticos o ambientales pero esto no está comprobado del todo (2), también menciona un vínculo con el estilo de vida porque las personas van cambiando de hábitos al pasar los años, por ejemplo las mujeres optaron en los últimos años en tener hábitos de los hombres como es el consumo de alcohol y tabaco, cabe mencionar que los cánceres de cabeza y cuello generalmente están asociados a los factores primarios que es el alcohol y tabaco (13,14).

En un estudio en el Perú se observó que el consumo de alcohol fue mayor en los hombres con un 42.8% y en las mujeres un 24.8% entre los años del 2014-2016, y el 91.6% de personas mayores de 15 años tomaron alcohol una vez en su vida (15) y en el 2022 se observó un incremento de dicho producto en un 3.78%. En Lima Cabanillas indica que el alrededor de 438 000 adolescentes refiere haber tomado alcohol alguna vez en la vida en el año 2012 (16), hay varios datos estadísticos que corroboran que los adolescentes están adoptando hábitos no saludables y a la larga puede causar enfermedades como lo es el CO. En este último año 2023 los adolescentes se encuentran en una nueva generación Alfa de la cual obtienen mayor



libertad de expresión al momento de tomar decisiones en su vida, la gran mayoría de los adolescentes tienen mucho estrés debido a los problemas familiares y personales, como consecuencia optan por tomar y fumar, además en el Perú el alcohol y el tabaco es la droga más consumida y accesible por los adolescentes, y se ha evidenciado también que el papá influye en la toma de esta decisión (17). Miguel además nos indica que el tabaco contiene 300 sustancias cancerígenas y contiene efectos dañinos sobre la mucosa oral (5).

En este estudio la edad media fue de 53 años donde encontramos el mínimo de edad de 14 años y el máximo de edad es 102 años, en las 3 décadas el grupo etario de 70 a 79.99 años se presentó el mayor número de casos, en la década de 2011-2020 fue de 87 números de casos y el grupo etario que se observó menor número de casos es de 10 a 19.99 años con 2 números de casos y en el grupo etario de mayores de 100 años hay un caso durante las 3 décadas. (Tabla 1) En varios estudios encontramos que la relación de grupo etario varía un poco con respecto a nuestro estudio, por otro lado Peña en su análisis de 79 pacientes encontró que la edad promedio es de 45 años (18), en el estudio de Torres se encontró 42 pacientes donde la edad promedio es de 60 a 69 años de edad y también menciona el predominó en el sexo masculino el cual es de 61.90% que el sexo femenino de 38.10% (19), en el estudio de Álvarez (8) y García (2) la media de edad fue de 62 años, en otro estudio de Garcia indica que el CE es frecuente en adultos varones de 60 años (20); estos últimos estudios está más cerca con nuestros resultados con respecto a la edad donde se presentó con mayor frecuencia de CE, también puede variar el promedio de la edad por la variación de la cantidad de muestra y no es de manera homogénea.

Respecto a lo más predominante del CE en este estudio fue la prevalencia del sexo femenino con 390 números de casos con un 55.48% y en los varones con 313 números de casos con un 44.52% (Figura 4) en las tres décadas, y solo en la década de 1991-2000 fue predominante el sexo masculino.

MINSA en el año 2004 encontró mayor prevalencia de CO en el sexo masculino (21), Garcia menciona que en el año 2018 el CO es 3 veces más predominante en el sexo masculino (2) y Shiboski menciona que hay mayor prevalencia de CO en hombres (22), también hay mucha evidencia científica como es la de Torres que se encontró que el CE es más predominante en el sexo masculino con un 61.90% y el sexo femenino con un 38.10% (19). Los estudios de Pérez, Peña, García también concordaron que el CE es más frecuente en el sexo masculino (18, 20,23).

Fuente en su estudio indica que el CE en la región de lengua se encontró mayor cantidad de casos en el sexo masculino con un 61.4% (24); Rodrigues indica que el CE se observó con mayor incidencia en el sexo masculino en la zona de labio y cavidad oral (25), muy pocos casos fueron encontrados en edades infantiles (22); la gran mayoría de estudios aluden el predominio del sexo masculino, únicamente en el estudio de Dalesma menciona que el CE afectó mayormente a las mujeres (10) y este estudio concuerda con nuestros resultados; según el informe del Banco mundial, el nivel de población en Perú es de 34 049.588 en el año 2022 donde la población de mujeres es de 17 192.503 y los hombres de 16 857.086, podemos ver que hay mayor población de mujeres en los últimos años, y por ende tenemos mayor población de mujeres que presentan el CE porque ellas acuden más a menudo a realizarse los chequeos médicos y son diagnosticadas (26). Las mujeres suelen vivir más tiempo de vida porque ellas llevan una vida más saludable, pero también, desde

el punto de vista de la salud experimentan más molestias por lo que consultan con más frecuencia al médico (27).

Nombrando el fenómeno de la feminización de la vejez (28); las mujeres presentan una mayor esperanza de vida y ellas en su mayoría presentan un nivel de educación bajo y poco estatus económico, y esto nos llevaría a pensar que ellas se deterioran más rápido que los hombres, pero no es así porque el sistema inmunológico de la mujer está más desarrollado y tenemos la presencia del cromosoma X que nos ayuda a enfrentarnos a diferentes enfermedades, pero esto solo dura hasta la menopausia porque los estrógenos actúan como protectores. También el cuerpo de la mujer es el primer “bioacumulador químico” ambiental por presentar una mayor grasa corporal, ya que está preparado para dar la vida y para la lactancia, los productos tóxicos penetran más fácil al sistema nervioso si son mediados por el estrógeno (mujer) (29); cuando hablamos del alcohol (hidrosoluble) en el cuerpo de la mujer produce un efecto doble por la grasas corporal donde hay mayor absorción y por la toxicidad hepática, produciendo valores altos de alcoholemia en sangre. Las terapias hormonales en la menopausia en la actualidad se aplican sin investigación y sin control, se ha desaconsejado su uso por el aumento de cáncer de mama y el tabaco causa osteoporosis (30).

En nuestro estudio se realizó la comparación según décadas con las manifestaciones clínicas que planteamos, en este estudio como es la placa blanca, placa roja, tumor y úlcera, podemos rescatar que en la década de 1991-2000 en las cuatro manifestaciones clínicas se presentaron pocos casos y en la década de 2011-2020 se observó hasta un triple de incremento (Figura 5) donde el tumor con 50.71%, úlcera 31.68%, placa blanca 15.34% y placa roja 2.27% (Tabla 2).

En el estudio de Corrales podemos ver que las manifestaciones clínicas son mancha blanca de 13.8%, úlcera de 19.53% (infiltrante, borde elevados y planos), mancha eritematosa de 10.3% y nodular de 5.15% (submucosa y vegetante) (31); Peña nos agrupa otras manifestaciones clínicas donde esta dolor 44.30%, adenopatía cervical 35.44%, tumor 13.92%, úlcera 12.66%, tumor y dolor 12.66%, úlcera y dolor 7.59%, caída de dientes 6.33% y sangramiento con 1.27% (19), hay un incremento de la manifestación clínica como tumor, ya que el tumor es un estadio más avanzado en las manifestaciones clínicas (32). También podemos ver que a lo largo de los años se observa que la placa blanca se ha incrementado.

La cavidad oral es una zona de fácil acceso para la exploración, tanto para el médico como para el paciente, el comienzo de las manifestaciones clínicas y la consulta al odontólogo o especialista lo realizan cuando ya presentan dolor o algún síntoma importante, en el caso de CO tenemos varias formas de manifestación clínica, donde el comienzo de la lesión es pequeña y no producen dolor, este aparece cuando las lesiones se hacen infiltrantes y se ulceran, y es por eso que el odontólogo o estomatólogo tiene un papel importante en el diagnóstico de dicha enfermedad realizando una correcta historia clínica y una exploración intra y extraoral. (33) El dolor es una de las principales causas de consulta médica y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable (34), también el dolor acompaña a las enfermedades malignas y en etapas avanzadas. La salud es un elemento fundamental en cada país y la falta de atención médica no solo es injusta, sino que también es un desperdicio del potencial humano y el capital humano, sin una buena salud los niños no pueden ir a la escuela y aprender, los adultos no

pueden trabajar y contribuir a sus hogares con la economía. En el mundo 800 millones de personas gastan al menos el 10 % de su presupuesto familiar para pagar los gastos médicos (35). Si hablamos de Perú 7 de cada 10 personas son pobres que viven en áreas urbanas, debido a la pandemia aumentó la pobreza en los últimos años, las regiones que son más perjudicadas es Cajamarca, Huánuco, Puno, Ayacucho y Pasco con más de 40% de pobreza monetaria según el Banco mundial. (36). En un estudio se reportó que solo el 43,9 % de odontólogos realiza adecuadamente la evaluación, sin embargo un 42.5% no realiza la palpación y omiten la parte crítica e importante del examen clínico para detectar CO. El 60,5% de odontólogos menciona realizar una evaluación correctamente, y solo el 41.5% lo realiza. Ésta diferencia entre mencionarlo y realizarlo es significativa porque a pesar de que conozcan las técnicas para realizar la palpación en los linfocitos, no lo incluyen dentro del examen clínico, También, menciona que el 30.7% de pacientes no está informado sobre los factores de riesgo de CO, pocos cirujanos dentistas reportan e informan a sus pacientes sobre ello.

En nuestro estudio la localización anatómica se presenta con mayor frecuencia es el reborde alveolar superior e inferior/ encía y el borde lateral en las 3 décadas , también podemos observar en la Figura 6 que en la última década del 2011-2020 se quintuplicó el número de casos en comparación con la década de 1991-2000 siendo este un dato muy relevante.

Torres indica que se localiza con mayor prevalencia en lengua y piso de boca (19), Dalesma (10) menciona que se localiza en lengua y paladar duro y Pérez encuentra mayor frecuencia en lengua y piso de boca (21).

Nuestras agrupaciones o la manera en que colocamos las localizaciones anatómicas son distinta a algunos autores por ejemplo ningunos de los artículos revisados se encontró el reborde alveolar superior e inferior/encía como una variable de estudio y este puede diferir al momento de comparar con otros artículos, también agrupaban las partes de la lengua y colocan solo lengua, y nosotros lo hemos colocado por partes, es ahí donde se hace difícil la comparación. Hablamos de tema general la lengua si es uno de los sitios con mayor prevalencia de CE y según varios estudios las lesiones pueden ser por algo mecánico o accidentes y en el caso de la boca por morderse sin querer la lengua o los labios, por ello que se dice que una úlcera que no sana por más de dos semanas es un indicativo de cáncer. Las lesiones en la boca son muy molestas, la lengua presenta muchas terminaciones nerviosas para el dolor y el tacto, y es la parte más sensible a comparación con otras partes del cuerpo (37).

Los tipos histopatológicos del carcinoma que tomamos en consideración para este estudio fue el Carcinoma Epidermoide, y en menor número de casos el Carcinoma in situ, el Carcinoma Verrugoso, Carcinoma Temprano y Carcinoma Fusocelular. Otros estudios indican como el de Sánchez (38), Pérez (24) indica que el CE es el más común y más prevalente. La mayoría de artículos relacionados al tipo histopatológico indica el CE como uno de los más frecuentes, en cambio el Carcinoma in situ es un cáncer más temprano, el Carcinoma Verrugoso es un cáncer de crecimiento muy lento.

En la Figura 8 y figura 9 encontramos al CE se presenta con mayor prevalencia como bien diferenciado en las tres décadas y respecto a la localización anatómica encontramos que se presentó mayor número de casos en el reborde alveolar superior

e inferior/encía y borde lateral, nosotros utilizamos la clasificación internacional de tumor según la OMS que describe en bien diferenciado, moderadamente diferenciado e indiferenciado, y en el estudio de González en el año 2015 discrepa el grado histopatológico donde el más frecuente es el moderadamente diferenciado con un 44,9% y el menos frecuente es el indiferenciado con 10.6%, lo cual hay una diferencia en la muestra, nuestro estudio tiene 715 datos y el estudio de González tiene 207 datos.

## **VI. CONCLUSIONES**

1. En este estudio se logra evidenciar un gran incremento del Carcinoma Epidermoide en los últimos años en especial en la década del 2011-2020.
2. El Carcinoma Epidermoide se presentó en mayor referencia en el Centro Dental Docente y consultorio particular.
3. El grupo etario donde se presentó un mayor número de casos es de 70 a 79 años en la década de 2011-2020, también vemos que a partir de la edad de 50 años el Carcinoma Epidermoide se empezó a incrementar en las tres décadas.
4. El Carcinoma Epidermoide se presentó mayor número de casos en el sexo femenino en las dos últimas décadas.
5. El Carcinoma Epidermoide se manifestó principalmente en un estadio avanzado como es el Tumor en las tres décadas, también la placa blanca se observó un incremento en las últimas dos décadas.
6. Las principales localizaciones anatómicas del Carcinoma Epidermoide es el Reborde alveolar superior e inferior/ encía y Borde lateral de la lengua.
7. El Carcinoma Epidermoide fue el tipo histopatológico más frecuente a diferencia de sus subtipos.
8. El Carcinoma Epidermoide se presenta con mayor frecuencia como bien diferenciado en las tres décadas.
9. El Carcinoma Epidermoide se presenta más en reborde alveolar superior e inferior / encía y borde lateral como bien diferenciado.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santelices CH, Cárcamo M, Brenner C, Montes R. Cáncer oral en Chile: Revisión de la Literatura. Rev. Med Chile. 2016; 144(6):766-70.
2. García SJ, Salas MS, Gil J. Algunas consideraciones sobre etiología y fisiopatogenia del carcinoma epidermoide bucal. Medisur. 2018; 16(1):63-75.
3. García AI, Domínguez AA, García JA, et al. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. Av. Odontoestomatol. 2013; 29(5):255-269.
4. Torres Y , Rodríguez O, Herrera R, et al. Factores Pronósticos del cáncer bucal: Revisión bibliográfica. Mediciego. 2016; 22(3):67-77.
5. Miguel PA, Niño A, Batista K, Miguel PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev. Cub Estomatología. 2016; 53(3):128-145.
6. Oliveira A, Cavalcanti de Lima I, Frez Marques V, Alves W & Campos C. Human papillomavirus prevalence in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in South America: A systematic review and meta-analysis. Rev. Oncology. 2022; 16(1):552. <https://doi.org/10.4081/oncol.2022.552>
7. González-Moles M, Aguilar-Ruiz M & Ramos-García P. Desafíos en el diagnóstico temprano del cáncer bucal, lagunas en la evidencia y estrategias de mejora: una revisión del alcance de las revisiones sistemáticas. Cánceres. 2022; 14(19):4967. <https://doi.org/10.3390/cancers14194967>
8. Álvarez D, Munyo-Estefan A, Borche G, D'Albora R, Rodríguez-Sande V & Cuello M. Cáncer de Cabeza y Cuello en Uruguay: Análisis de sobrevida en dos centros de referencia. Rev Med Urug. 2018; 34(1):21-8.

9. Ramírez D, Ramírez A. Cáncer epidermoide de lengua. Rev Med Cos Cen. 2016; 73(620):601-609.
10. Delesma A. Prevalencia del carcinoma epidermoide en el Servicio de Cirugía Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2005-2016. Rev Odontol. Sanmarquina. 2018; 21(2):113-8.
11. Organización Panamericana de la Salud. La carga de Cánceres Malignos. (Consultado 12 junio 2023). Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos>.
12. Casos Nuevos de cáncer registrados en INEN, Periodo 2000-2017 (ambos sexos) (Internet). [citado 01 de septiembre del 2023]. Disponible en: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:thG0\\_c8-fecJ:https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2017\\_VF.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:thG0_c8-fecJ:https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2017_VF.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe).
13. Johnson DE, Burtneess B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE & Grandis JR Carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello. Nat Rev. Dis Primers. 2021; 6(1):92.
14. Ballesteros A. Tumores de cabeza y cuello -ORL. SEOM. (internet). 2023 (Consultado 17 jun 2023). Disponible en: <https://www.seom.org/info-sobre-el-cancer/orl?showall=1&showall=1>.
15. Sánchez A. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. INEI. (internet). 2017(Consultado 15 jun 2023). Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/EstLib1432/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/EstLib1432/index.html)

16. Cabanillas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: Evolución y retos de intervención. *Rev. Peru Med Exp Salud Publica*. [Internet]. 2020 [citado 7 sep 2023]; 37(1):148–54.
17. Rivera C. R, Arias-Gallegos WL & Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev. Chil Neuro-Psiquiatr*. [Internet]. 2018 [citado 7 sep 2023]; 56(2):117–26. Disponible en: <https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717->
18. Peña A, Arredondo M & Vila L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev. Cubana Estomatol.* (internet). 2006 [citado 7 sep 2023]; 43(1):16-22. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2471>.
19. Torres Y, Rodríguez O, Rodríguez N et al. Factores pronósticos del carcinoma epidermoide bucal. *Rev. Médica electrónica de ciego de águila*. 2020; 26(2):273.
20. MORTALIDAD DEL CÁNCER BUCAL EN CUBA. [Internet]. [citado 01 sep 2023]. Disponible en: <https://1library.co/document/q5mv670g-mortalidad-delc%C3%A1ncerbucal-en-cuba.html>.
21. Plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en Perú [Internet]. 2006 [citado 01 sep 2023]. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/Curso/Plan\\_Nac\\_Fort\\_Prev\\_Control\\_cancer.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/Curso/Plan_Nac_Fort_Prev_Control_cancer.pdf)
22. Shiboski CH, Schmidt BL & Jordan RC. Tongue and tonsil carcinoma: Increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years. *Cancer*. 2005 May 1;103(9):1843-9. doi: 10.1002/cncr.20998. PMID: 15772957.

23. Perera FP, Weinstein IB. Molecular epidemiology: recent advances and future directions. *Carcinogenesis*;21(3):517-24.
24. Fuente M, Díaz M & Martínez B. Carcinoma espinocelular de lengua: Estudio de sobrevida de 5 años. *Rev. Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016; 9(1):74-78.
25. Rodríguez B, Agustin P, et al. Epidemiología y resultados de supervivencia del carcinoma de células escamosas de labio, cavidad oral y orofaringe en una población del sureste Brazil. (Internet). *Med oral Patol oral Cir Bucal*. 2022 (Consultado 1 jul 2023); 27(3):274-284. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9054163/>.
26. Población hombres, Perú. (internet). Banco Mundial: Ajay Banga, 2022 (Consultado 20 ago 2023). Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.MA.IN?end=2022&locations=PE&start=1960&view=chart>.
27. El hombre y la mujer enferman de forma diferente. *Rev. Fac. Med. Méx.* [Internet]. 2014 [citado 2023 Ago 23]; 57( 2 ): 53-56. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422014000200053&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000200053&lng=es).
28. Osorio P, Luco I, Gutiérrez B, Rodríguez & Vergara A. Mujeres centenarias en Chile: diversidad e interseccionalidad en la longevidad femenina. *Polis*. 2022; 21(63):148-166. <https://dx.doi.org/10.32735/s0718-6568/2022-n63-1690>.
29. Vall C. Contaminación ambiental y salud de las mujeres. (Internet). *Rev. Científicas Complutenses*. 2010 (consultado 20 ago 2022); (1):149-159.

- Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/277819305\\_Contaminacion\\_ambiental\\_y\\_salud\\_de\\_las\\_mujeres](https://www.researchgate.net/publication/277819305_Contaminacion_ambiental_y_salud_de_las_mujeres).
30. Morilla, A. Salud y género. (Internet) Rev. In mujeres. (consultado 20 ago 2022); (1):1-83. Disponible en:  
[https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer\\_es\\_Numero1\\_web.pdf](https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer_es_Numero1_web.pdf).
31. Corrales I, Cruz V, Núñez A & Cossio B. Características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal. [Internet]. Rev Cub Med Mil. 2022 (Consultado 2 Ago 2023); 51(2): 902. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572022000200021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200021).
32. García C, Salas M & Gil J. Algunas consideraciones sobre etiología y fisiopatogenia del carcinoma epidermoide bucal. Medisur. (Internet). 2017 [consultado 3 Ago 2023]; 16(1):63-75. Disponible en:  
<https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3804>
33. Mateo M.C, Somacarrera M. Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. Av Odontoestomatol. [Internet]. 2015 [citado 24 Ago 2023]; 31(4): 247-259. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>.
34. García Jorge. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest. Méx. [Internet]. 2017 [citado 24 Ago 2023]; 29:77-85. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es)

35. La falta de servicios de salud representa un desperdicio en material capital humano: Cinco maneras para lograr una cobertura sanitaria universal. (Internet). Banco Mundial: Ajay Banga, 2018 (Consultado 20 ago 2023). Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/12/07/lack-of-health-care-is-a-waste-of-human-capital-5-ways-to-achieve-universal-health-coverage-by-2030>.
36. Siete de cada diez peruanos son pobres o vulnerables a caer en pobreza, nuevo informe del Banco Mundial. (internet). Banco Mundial: Ajay Banga, 2023 (Consultado 20 ago 2023). Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2023/04/26/peru-informe-pobreza-y-equidad-resurgir-fortalecidos>.
37. Álvarez E, Preciado A, Montoya S, Jiménez R & Posada A. Características clínico histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal, Colombia. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2010 (citado 3 Ago 2023); 47(1):81-95. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2648>.
38. Sánchez P, Suárez C, Machado Y, Hernández P & Sánchez P. Comportamiento de cáncer bucal en el Hospital General Docente “Octavio de la Concepción de la Pedraja”. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [citado 3 Ago 2023]; 97(1):430-438. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332018000700430&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000700430&lng=es).

## VIII. TABLAS

**Tabla 1. Carcinoma Epidermoide según décadas y grupo etario.**

	Décadas			Total n (%)
	1991 a 2000 n (%)	2001 a 2010 n (%)	2011 a 2020 n (%)	
<b>Grupo etario</b>				
10 a 19.99 años	1 (0.14)	0 (0.0)	1 (0.14)	2 (0.29)
20 a 29.99 años	2 (0.29)	7 (1.00)	4 (0.57)	13 (1.86)
30 a 39.99 años	1 (0.14)	13 (1.86)	17 (2.44)	31 (4.44)
40 a 49.99 años	10 (1.43)	26 (3.72)	33 (4.73)	69 (9.89)
50 a 59.99 años	14 (2.01)	54 (7.74)	57 (8.17)	125 (17.91)
60 a 69.99 años	19 (2.72)	50 (7.16)	72 (10.32)	141 (20.20)
70 a 79.99 años	21 (3.01)	69 (9.89)	87 (12.46)	177 (25.36)
80 a 89.99 años	14 (2.01)	39 (5.59)	66 (9.46)	119 (17.05)
90 a 99.99 años	1 (0.14)	7 (1.00)	12 (1.72)	20 (2.87)
100 años o más	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.14)	1 (0.14)
<b>Total</b>	<b>83 (11.79)</b>	<b>265 (37.97)</b>	<b>350 (50.14)</b>	<b>698 (100.0)</b>
<b>Edad</b>				
(min - máx.)	(14 - 94)	(20 - 99)	(16 - 102)	(14 - 102)
Prom (D.E)	64.45 (15.45)	64.01 (15.99)	66.32 (15.58)	65.22 (15.74)

Prueba exacta de Fisher

Valor p=0.748

**Tabla 2. Manifestación clínica según décadas.**

Manifestación clínica	1991 a 2000		2001 a 2010		2011 a 2020		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Placa blanca	16	(2.27)	44	(6.25)	48	(6.82)	108	(15.34)
Placa roja	1	(0.14)	7	(0.99)	8	(1.14)	16	(2.27)
Tumor	49	(6.96)	130	(18.47)	178	(25.28)	357	(50.71)
Úlcera	17	(2.41)	86	(12.22)	120	(17.05)	223	(31.68)
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>(11.79)</b>	<b>267</b>	<b>(37.93)</b>	<b>354</b>	<b>(50.28)</b>	<b>704</b>	<b>(100.0)</b>

Prueba Chi<sup>2</sup>

Valor p=0.271

## IX. ANEXOS

### CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo 1)

Variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Categoría	Valores
Variable independiente					
Lugar de referencia	Hace referencia al lugar en el que el paciente fue diagnosticado	Cualitativa	Politómica	nominal	0=Consultorio Particular 1=Centro Dental Docente 2=Hospital
Grupo etario	Se define al agrupamiento de las edades en un rango	Cualitativa	Politómica	Ordinal	0=10-19.99 1=20-29.99 2=30-39.99 3=40-49.99 4=50-59.99 5=60-69.99 6=70-79.99 7=80-89.99 8=90-99.99 9=100 a más
Sexo	Distingue el sexo biológico del ser humano	Cualitativo	Dicotómica	nominal	0=Femenino 1=Masculino
Manifestación clínica	Hace referencia definición a los signos clínicos que se observa en la exploración	Cualitativo	Politómica	nominal	0=Placa blanca 1=Placa roja 2=Úlcera 3=Tumor
Localización anatómica	Hace referencia a la ubicación de la lesión dentro de la cavidad oral	Cualitativo	Politómica	nominal	0=Dorso Lingual 1=Ventre Lingual 2=Borde Lateral 3=Piso de boca 4=Reborde Alveolar Superior/ Reborde Alveolar Inferior / Encía 5=Mucosa Labial



					6=Mucosa Yugal 7=Trígono Retromolar 8=Paladar Duro 9=Paladar Blando 10=Mucosa Oral
Tipos Histopatológicos	Hace referencia al diagnóstico de las enfermedades a través del estudio de los tejidos	Cualitativo	Politómica	nominal	0=Carcinoma Epidermoide 1=Carcinoma Fusocelular 2=Carcinoma in Situ 3=Carcinoma Temprano 4=Carcinoma Verrugoso
Grado de diferenciación	Se refiere al grado de las células cancerígenas se parecen más a las células normales	Cualitativo	Politómica	ordinal	0=Bien Diferenciado 1=Moderadamente Diferenciado 2=Indiferenciado
Décadas	Hace referencia a un periodo de 10 años	Cualitativa	Politómica	ordinal	0=1991-2000 1=2001-2010 2= 2011-2020

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS** (Anexo 2)

**Año:** \_\_\_\_\_

**Nº de código:** \_\_\_\_\_

**Lugar de referencia**

Consultorio Particular

CCD

Hospital

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

Masculino

Femenino

**Manifestación clínica:**

Placa Blanca

Placa Roja

Úlcera

Tumor

**Localización anatómica:**

Ventre Lingual

Mucosa Yugal

Borde Lateral

Trígono Retromolar

Piso de Boca

Paladar Blando

Mucosa Labial

Paladar Duro

Dorso Lingual

Mucosa Oral

Reborde alveolar superior / Reborde alveolar inferior/ Encía

**Tipos histopatológicos:**

Carcinoma Epidermoide

Carcinoma In Situ

Carcinoma Verrucoso

Carcinoma Fusocelular

Carcinoma Temprano

**Grado de diferenciación:**

Bien Diferenciado

Moderadamente Diferenciado

Indiferenciado

**Foto**

Observaciones:

---