



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREVALENCIA DE NEOPLASIAS Y SEUDOTUMORES DE CAVIDAD BUCAL EN EL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
GERARDO MEZA GARCIA

DIRECTOR: C.D. BERNARDO CRUZ LEGORRETA
ASESORES: MC. CARLOS PAEZ VALENCIA
MTRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

[Handwritten signature]



MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Tomemos entonces, nosotros, ciudadanos comunes,
la palabra y la iniciativa. Con la misma vehemencia
y la misma fuerza con que reivindicamos nuestros
derechos, reivindicemos también el deber de
nuestros deberes.**

José Saramago, Discursos de Estocolmo

Esta obra significa la culminación de mis estudios de licenciatura, fue realizada con gran esfuerzo y dedicación, pero hubiera sido inútil de no contar con el apoyo de mi familia, mis padres, que son mi fuente de inspiración, mis principios éticos y morales, mi hermano Carlos por estar siempre cuando necesito de su ayuda, mi prima Claudia y mi tía Chela que complementan mi familia.

Es indispensable agradecer la oportunidad que me dio la Universidad Nacional Autónoma de México por ser una propuesta original de amplio espectro de pensamientos, orígenes sociales, colores, intereses, concepciones, espacio de encuentro, por ser mi casa de estudio durante estos últimos años y realizarme como profesional, así mismo a la Facultad de Odontología, a sus académicos, a sus trabajadores y alumnos, por darme las bases sobre las que sentaran mi futuro profesional. Creo en estas instituciones, se que seguirán forjando líderes de esta nación y así fortalecer la educación pública, continuaran realizando sueños y creando realidades de miles de estudiantes.

Agradezco especialmente al Dr. Bernardo Cruz Legorreta, a la Dra. Beatriz Catalina Aldape Barrios, al Dr. Carlos Páez Valencia, por ser grandes seres humanos, dedicarle su vida y su tiempo a la enseñanza, por ser amigos y maestros.

A mis camaradas de toda la vida Rubén y Rafael, de la Facultad durante mis estudios universitarios Emanuel, Juan, Omar, Jorge, Echeverría y a los del Departamento de patología bucal: Rey, Aurora, Fabián, Uriel, Dolores, Carolina, Mario, Bárbara, gracias por ser mis amigos.

A todos los que creyeron y creen en mi...

MUCHAS GRACIAS

Gerardo

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
HIPÓTESIS	8
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODOS	10
PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS	44
GLOSARIO	48

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Revisión de la literatura con diagnósticos histopatológicos en cavidad bucal	6
Tabla 2: Número de casos y porcentaje de neoplasias benignas, malignas y seudotumores de cavidad bucal	16
Tabla 3: Frecuencia de distribución por genero	27
Tabla 4: Localizaciones de seudotumores y neoplasias en la cavidad bucal en 504 casos.	23
Tabla 5 Distribución por grupos de edad y tipo de lesión en la población en estudio	34
Tabla 6 Distribución de genero y patología en la población de estudio	35
Tabla 7 Distribución por edades agrupadas y genero	36

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1: Frecuencia de casos por años de seudotumores y neoplasias de cavidad bucal	14
Grafica 2: Distribución de neoplasias benignas malignas y seudotumores de cavidad bucal	15
Grafica 3: Las 10 Neoplasias y Seudotumores más frecuentes en cavidad bucal	17
Grafica 4: Distribución de seudotumores de acuerdo al genero	18
Grafica 5: Topografía de seudotumores de cavidad bucal	18
Grafica 6: Seudotumores de cavidad bucal según décadas de la vida	19
Grafica 7: Neoplasias benignas de cavidad bucal distribución por décadas de la vida	21
Grafica 8: Topografía de Neoplasias benignas en cavidad bucal	22
Grafica 9: Distribución de neoplasias benignas en cavidad bucal de acuerdo al genero	23
Grafica 10: Distribución topográfica de neoplasias malignas en cavidad bucal	25
Grafica 11: Distribución de Neoplasias malignas de cavidad bucal por décadas de la vida	26
Grafica 12: Neoplasias y seudotumores de cavidad bucal en 504 casos, distribución por décadas de la vida	28
Grafica 13: Neoplasias y Seudotumores de cavidad bucal, distribución de edades en 504 casos	29
Grafica 14 Localización de seudotumores, neoplasias benignas y malignas de cavidad bucal de 504 casos.	31

Grafica 15: Distribución de seudotumores, neoplasias benignas y malignas de cavidad bucal dependiendo de la década de la vida de 504 casos	32
Grafica 16: Neoplasias benignas, malignas y seudotumores de acuerdo al genero en 504 casos	33
Grafica 17: Diagnósticos clínicos e histológicos de los 504 casos de neoplasias y seudotumores de cavidad bucal	33



RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia de neoplasias y seudotumores en cavidad bucal que se han presentado en los últimos cinco años en un hospital de tercer nivel. (Centro Médico Nacional "20 de Noviembre") **Diseño:** Revisión de archivos del Departamento de Anatomía Patológica, donde se reporten seudotumores y neoplasias de cavidad bucal. **Resultados:** De 49,615 reportes, se encontraron 504 (1.01%) casos pertenecientes a neoplasias y seudotumores de cavidad bucal, de los cuales 166 (32.9%) se clasifican como seudotumores, 89 (17.79 %) son neoplasias benignas y 249 (48%) neoplasias malignas. Se encontraron 78 diferentes lesiones, de las cuales las 10 más frecuentes corresponden a carcinoma epidermoide 149 (29.56%), adenoma pleomorfo 45 (8.93%), hiperplasia epitelial 39 (7.74%), papiloma escamoso 33 (6.55%), hiperplasia fibrosa 27 (5.36%), hemangioma 21 (4.17%), carcinoma adenoideo quístico 18 (3.57%), linfoma no Hodgking y granuloma piógeno con 15 casos cada uno (2.98%) y adenocarcinoma 11 (2.18%). Se mencionan por, edad, género y localización. En las 504 muestras el genero predominante fue el femenino, se encontró que en las neoplasias malignas el genero masculino fue el masculino. En 504 casos la media de edad fue de 53.2 años, la mediana de 55 años y la moda de 46 años. La localización más frecuente fue la lengua. **Conclusión:** Es de vital importancia realizar cualquier tipo de biopsia a todos los tumores de cavidad bucal por el cirujano dentista para proporcionar un manejo adecuado. La neoplasia maligna más frecuente es carcinoma epidermoide, el tipo benigno corresponde al adenoma pleomorfo, los seudotumores más frecuentes son los de carácter hiperplasico. En este centro hospitalario las neoplasias malignas ocupan el primer lugar.



INTRODUCCIÓN

Los esfuerzos del odontólogo están dirigidos principalmente a la rehabilitación integral bucal incluyendo la detección oportuna de enfermedades estomatológicas. Es una realidad que la mayoría de las lesiones detectadas en las clínicas universitarias, son frecuentemente vistas en el consultorio dental. Cabe resaltar la importancia que tiene la patología bucal en el conocimiento del cirujano dentista ya que radica en gran proporción en el adecuado diagnóstico y tratamiento de los padecimientos que se encuentran en la zona de trabajo del cirujano dentista y para dar un diagnóstico adecuado y por lo tanto el tratamiento¹. En un estudio que se realizó en consultorios dentales en Estados Unidos, más del 10% de los pacientes que acudieron a la consulta dental presentan una lesión que el dentista desconoce².

La cavidad bucal es más que un orificio que se llena de comida, es una puerta compleja para el aparato digestivo y respiratorio, revestida por epitelio plano no queratinizado, con excepción de las zonas que está próxima a las estructuras óseas (como el paladar y la encía). Dispersas en la mucosa se localizan las glándulas salivales menores y las glándulas sebáceas de los labios y el resto de la cavidad bucal.³

La información epidemiológica aumenta la capacidad de diagnóstico de el profesional de la salud. Los textos que ocupan actualmente los estudiantes de odontología generalmente no tienen resultados de estudios epidemiológicos de patología bucal en población mexicana. La presente investigación presenta información de neoplasias y pseudotumores en cavidad bucal en un hospital de tercer nivel.

Por realizar el presente estudio en un hospital de tercer nivel (Hospital de alta especialidad) se enfoca a pseudotumores y neoplasias, entendiendo por



seudotumor, la multiplicación de una célula sin rebasar los límites de integración morfológica⁵, son lesiones que sin ser propiamente tumores, presentan características macroscópicas o microscópicas que hacen pensar en una neoplasia; su identificación depende no solo del diagnóstico histológico sino también del conocimiento preciso de su aspecto y de sus caracteres clínicos. En muchos casos están relacionadas con estímulos irritativos y tienden a recidivar después de la ablación si no se eliminan esos factores⁵.

La neoplasia es una alteración desordenada de la proliferación, y muchas veces de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de un tumor⁵. Una neoplasia es una masa anormal de tejido, producida por multiplicación de algún tipo de células; esta es descoordinada con los mecanismos que controlan la división celular en el organismo y los supera. Además estos tumores, una vez originados, continúan creciendo aunque dejen de actuar las causas que los provocan. Las células neoplásicas son descendientes de células del tejido en el que se origina, las que en algún momento expresan una alteración interna mediante la proliferación descontrolada⁵.

Las neoplasias se clasifican en benignas y malignas: Las primeras sólo producen alteración local y generalmente no son mortales. Dependiendo de factores topográficos o funcionales pueden tener una conducta agresiva, como un papiloma en de plexos coroides causando un síndrome cráneo hipertensivo². Las malignas son infiltrantes, destructivas, afectan el metabolismo celular y produce metástasis.² De todas las defunciones causadas por neoplasias malignas (5,327) que se presentaron en México en 1999, el 0.7% son de cavidad bucal.⁴



ANTECEDENTES

La literatura informa sobre numerosos estudios que se han realizado en distintas partes del mundo y de nuestro país acerca de la distribución de neoplasias y pseudotumores en cavidad bucal. En el centro hospitalario de donde se refiere este estudio, se realizó previamente una revisión de diagnósticos histopatológicos en cavidad bucal realizada por Páez C. en 1977⁶, donde se enfoca al estudio de las neoplasias de glándulas salivales, donde se revisaron 10 años con parámetros: edad, género, diagnóstico clínico, tipo histológico, pronóstico, conducta biológica, tratamiento, y estado actual del paciente, se encontraron 87 tumores primarios, predominando el adenoma pleomorfo, más en el género femenino, el promedio de edad fue 58.9 años. En 1978, Regezi J., en Michigan, realizó un análisis de 706 casos de tumores odontogénicos y los clasificó, el ameloblastoma, odontoma y la displasia cementificante periapical las lesiones más frecuentes distribuidas principalmente en la mandíbula⁷. En 1985 Eveson J. W. en Londres realizó una revisión de 2410 casos de tumores en glándulas salivales realizando una referencia al tipo histológico, lugar, edad y distribución por género, en donde se encontró como el lugar de mayor frecuencia, a la glándula parotídea, seguido por la glándula submandibular y la sublingual, los tumores más frecuentes son el adenoma pleomorfo, y el adenocarcinoma, predominó el género femenino y preferentemente encontraron más lesiones benignas que malignas⁸. Hand-Whitehill realizaron un estudio de prevalencia de lesiones en mucosa bucal en ancianos en la ciudad de Iowa, observaron que los pacientes que usaban prótesis suelen tener irritación con estas provocándoles una serie de procesos proliferativos,¹⁰ Bouquot J. en 1986 reportó un estudio donde encuentra que el 10 por ciento de los pacientes tenían al menos una lesión, donde la leucoplasia se mostraba como la más observada, el carcinoma epidermoide se mostraba como la neoplasia maligna más frecuente y una media de edad de 55.9 años.² Ovalle W. realizó en 1988 un estudio donde las lesiones pseudotumorales más frecuentes fueron: el fibroma y el papiloma¹. Sin embargo según Enzinger F. M. El



verdadero fibroma es una lesión polipoide dentro de una cavidad que a menudo se confunde con proliferación fibrosa¹². En 1994 Ovalle W. realiza una revisión de tumores de cavidad bucal donde menciona al carcinoma epidermoide como la neoplasia maligna más frecuente es el carcinoma epidermoide, las localizaciones más frecuentes corresponden a la lengua y al labio inferior y la media de edad en los 65 años¹⁹. Mosqueda A. en 1997 reporto un estudio donde recolecto de cuatro centros de biopsias en México tumores odontogenicos, reportando 349 casos, donde los más frecuentes fueron: el odontoma, el ameloblastoma y el mixoma y el 1.1% de su investigación reportaba tumores malignos: carcinoma intra óseo y un ameloblastoma maligno²⁰. Beltrán reporto en 1998 la prevalencia de tumores odontogenicos en el Hospital Central de San Luis Potosí revisando diagnósticos histopatológicos desde 1952 a 1997 donde solo encontraron 24 tumores odontogenicos el ameloblastoma fue el más común seguido por mixoma y fibroma odontogenico, y el mixofibrosarcoma la neoplasia maligna reportada²². En 1999, Palma J. reporto tumores odontogenicos siendo el ameloblastoma el más común, solo reportan 6 casos²³. Ovalle reporto en 1999 la prevalencia de biopsias histopatológicas bucales en la zona del Bajío revisando seis años, participando 18 instituciones, donde la más encontrada fue el granuloma perapical y el carcinoma epidermoide la neoplasia maligna más frecuente²⁴. Satorres M. reporto en el 2001 la prevalencia de lesiones orales biopsiadas en un servicio de cirugía bucal, encontrando 205, donde destaca el quiste periapical, los granulomas periapicales y los fibromas, solo encontró una neoplasia maligna, el carcinoma epidermoide²⁵

Gerardo Meza García
Neoplasias y pseudotumores de cavidad bucal



Revisión de la literatura con diagnósticos histopatológicos realizados en cavidad bucal

Tabla 1

Autor y años revisados	Especímenes	Edad	Genero	Lesiones más comunes	Localizaciones más comunes
Páez V. C. 1964-1974 Neoplasias de glándula salival	87	58.9 años	Femenino	Adenoma pleomorfo Ca epidermoide Adenoma monomorfo	Paladar
Eveson J W 1975-1984 Neoplasias G. S.	2410	60-70 años	Femenino	Adenoma pleomorfo Adenolinfoma Tumor de cels acinares	Paladar Labio Mucosa bucal
Ovalle W 86-88	80	20-40 años	Femenino (63.38%)	Fibroma	
Ovalle W 90-96	1047	20-29 años	Femenino	Granuloma periapical Quiste Fibroma	
Beltrán B. 1952-1997	1019 TO	10-77	Femenino (75 %)	Ameloblastoma Mixoma Fibroma odontogenico	Maxilar inferior
Palma Guzmán 1997-1998	2859 Total 0.24 % TO	26	Femenino	Ameloblastoma TOEC Cementoblastoma	Maxilar inferior
Mosqueda Ledesma	349 TO	3-79	Femenino (55.3%)	Odontoma Ameloblastoma	Maxilar inferior

Gerardo Meza García
 Neoplasias y seudotumores de cavidad bucal

Meneses 1960-1996				Mixoma	
Satorres 1996-2001	205	53	Femenino	Quiste periapical Granuloma periapical Fibroma	
Regezi J. 1934-1975	706	17 años	Femenino	Odontoma Ameloblastoma Displasia cementificante	Maxilar inferior

Continuación tabla 1



Justificación

La importancia de realizar estudios epidemiológicos en un centro hospitalario de alta especialidad es conocer las series de diagnósticos anatomopatológicos referidos de los diferentes servicios (cirugía maxilofacial, oncología, revisión con otros centros hospitalarios, entre otros.) que se encuentran en cavidad bucal y poder compararlos con resultados que la literatura nos refiere.

Planteamiento del problema

Es importante conocer la prevalencia de las lesiones neoplasias yseudotumorales de cavidad bucal que se realizan en este centro hospitalario, así como conocer la frecuencia relativa y su distribución por edad, género y localización de los diversos procesos. Para poder compararlos con lo que muestra la literatura internacional.

El Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" realiza diagnósticos histopatológicos de piezas quirúrgicas, revisión de laminillas y biopsias que se atienden en este centro hospitalario y de todo el país según se requiera

Hipótesis

La prevalencia de neoplasias benignas, malignas yseudotumores es menor o igual al 3% del total de reportes anatomopatológicos en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

En un hospital de tercer nivel encontraremos diversas neoplasias y lesionesseudotumores en cavidad bucal, poco frecuentes que en otros centros de acopio de biopsias.



Hipótesis nula

Se encontrará un porcentaje superior al 3% de seudotumores y bneoplasias de cavidad bucal y glándulas salivales en este centro hospitalario

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la prevalencia de las neoplasias y seudotumores en cavidad bucal en los últimos 5 años (1997-2001) en el Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Objetivos específicos:

- 1.- Establecer la frecuencia por género, edad, localización y décadas de la vida de los pseudotumores y neoplasias de cavidad bucal de biopsias, piezas quirúrgicas, revisión de laminillas, que se encuentren en el archivo del Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 a 2001
- 2.- Obtener la prevalencia por edad, genero, localización y decadas de la vida de las lesiones neoplásicas y seudotumores más frecuentes de cavidad bucal.
- 3.- Clasificar dichos hallazgos de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra 1976).



Material y métodos

*Reportes del archivo del departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

*Cédula de recolección de datos

*Pluma

*Computadora Acer, con procesador Celeron, Windows 98

*Programa SPSS 9.0

*Dedo de hule

*Microscopio óptico

*Cortes histológicos de los casos H/E

Tipo de estudio

Se realiza un estudio descriptivo de los estudios histopatológicos diagnosticados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre de 1997 al 2001. Los datos que se registran son los siguientes: localización, género, edad, tipo de lesión, diagnóstico clínico y número de registro.

Universo de estudio

Todos los diagnósticos anatomopatológicos que se encuentren en archivo de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" en un periodo de cinco años (1997- 2001) que son 49,615.

Criterios de inclusión:

Aquellos diagnósticos anatomopatológicos que reporten neoplasias y pseudotumores de cavidad bucal, que reporten edad, género, localización y número de registro.



Criterios de exclusión

Todas aquellas patologías que no se encuentren en cavidad bucal o que no tengan reportados la edad, género localización o el número de registro.

Criterios de eliminación

Aquellos casos donde no existan datos específicos según el estudio o falta de material de diagnóstico (bloques de parafina y/o laminillas), material insuficiente o inadecuado o laminillas que no correspondan al diagnóstico dado en el reporte, o que sean de diagnóstico confuso.

VARIABLES DEPENDIENTES

Las lesiones se dividen como marca las distintas clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Neoplasias benignas: Aquellas lesiones neoplásicas que por su comportamiento biológico no son agresivas, no producen metastasis y microscópicamente son bien diferenciadas (Ej. lipoma, leiomioma, rhabdomioma, condroma, osteoma, hemangioma)

Neoplasias malignas: neoplasias que por su comportamiento biológico son agresivas, pueden provocar la muerte, producen metastasis y se observa gran diferenciación celular (Ej. carcinoma epidermoide, liposarcoma, leiomiomasarcoma, condrosarcoma, angiosarcoma, linfangiosarcoma, sarcoma maligno, melanoma, sarcoma de Kaposi, Adenocarcinoma, carcinoma adenoideo quístico.)

Seudotumores: lesiones que por sus características macroscópicas y microscópicas hacen pensar en una neoplasia, están relacionados con estímulos

Gerardo Meza García
Neoplasias y seudotumores de cavidad bucal



reactivos e infecciosos. (Ej.: Verruga vulgar, hiperplasia epitelial, lesión linfoepitelial benigna, mucocelo, hiperplasia fibrosa, xantogranuloma, granuloma piógeno, granuloma de células gigantes, neuroma traumático, neurofibromatosis

VARIABLES INDEPENDIENTES

Localización: Lugar anatómica de la cavidad bucal donde se encuentre la lesión, puede ser: Carrillo, Encía, Glándula salival accesorio, Glándula salival sublingual, Glándula salival submaxilar, Labio, Lengua, Mandíbula, Maxilar, Paladar, Parotida, Pilar anterior y Piso de boca.

Género: Condición que divide masculino y femenino.

Edad: Tomando en cuenta el número de años cumplidos y agrupándolos por décadas según el registro del Archivo de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Tipo de lesión: Esta se basa en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud sobre Tumores y Seudotumores realizada en Ginebra en 1976, la cual clasifica orientándose en la proliferación y la diferenciación de las lesiones. Por lo que las lesiones pueden ser: Seudotumores, Neoplasias benignas y Neoplasias malignas.

Diagnóstico clínico: Diagnóstico que proporciona el clínico y menciona en el reporte de Anatomía patológica, se definirá como Diagnóstico que coincide con el histológico o no.



Procedimiento de investigación y análisis estadístico

Se revisaron los archivos del servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de 1997 al 2001. Se estudiaron los reportes donde se encuentren lesiones seudotumores y neoplásicas de cavidad bucal anotando los datos en la cédula de recolección.

La revisión fue realizada por el tesista, posteriormente con el auxilio del Dr. Carlos Páez Valencia, especialista en anatomopatología se corroboraron diagnósticos y se agruparon las lesiones en neoplasias benignas, malignas y seudotumores, para facilitar mostrar los resultados, ya que de otra manera hubiese sido muy complejo ya que se recopilaban más de 500 casos.

Se capturaron los datos en una base computada y se agruparon las lesiones para conocer su frecuencia por localización, edad, genero y tipo de lesión. Se identificaron las 10 lesiones más frecuentes y se comentaron por localización, edad, genero.

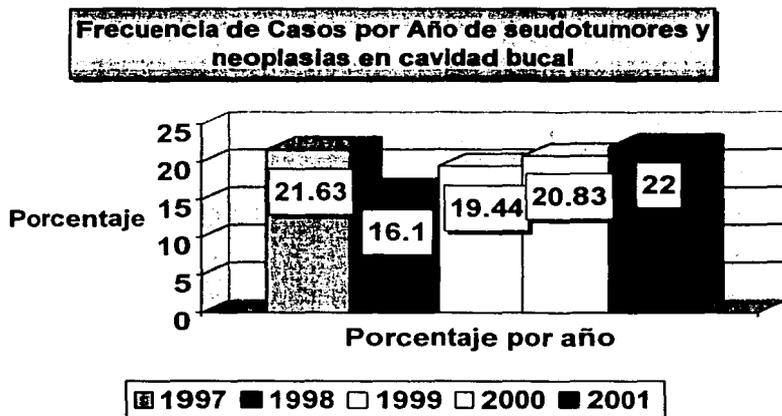


RESULTADOS

Se revisaron 49,615 reportes de estudios anatomopatológicos que se encontraron en el archivo de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", en el periodo de 1997 a 2001, de los cuales 504 (1.02 %) fueron catalogadas como lesiones neoplásicas malignas, benignas y pseudotumores en cavidad bucal, que contaban con los datos que se requirieron para el estudio, como: localización, edad, género, diagnóstico clínico e histopatológico.

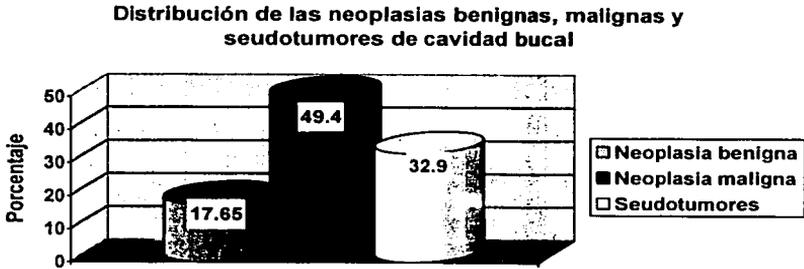
La distribución de las lesiones encontradas por año fue la siguiente: 109, 81, 98, 105 y 111 respectivamente.

Grafica 1





Grafica 2



Se encontraron 89 neoplasias benignas (17.65%), 249 neoplasias malignas (49.4%) y 166 seudotumores (32.9%).



Tabla 2 Número de casos y porcentaje de neoplasias benignas malignas y seudotumores de cavidad bucal.

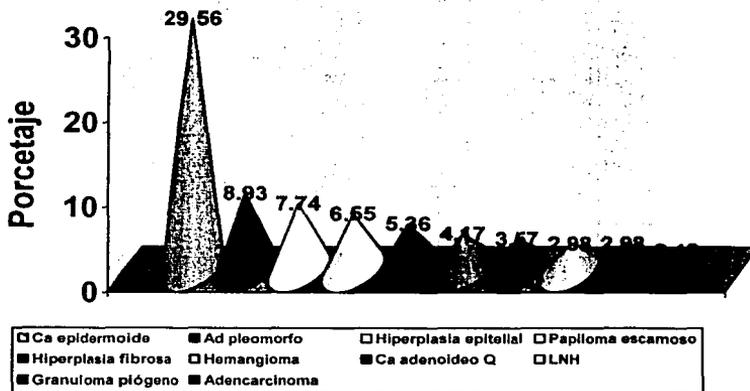
Seudotumores 166 (32.9 %)	Numero de casos	Porcentaje
Hiperplasia epitelial	39	7.74
Papiloma	33	6.55
Hiperplasia fibrosa	27	5.36
Granuloma piógeno	15	2.98
Granuloma de células gigantes	7	1.34
Lesiones quísticas	21	4.11
Displasia fibrosa	5	0.79
Otros	19	3.8
Neoplasias benignas 89 (17.7%)		
Adenoma pleomorfo	45	8.93
Hemangioma	21	4.17
Adenoma monomorfo	9	1.34
Ameloblastoma	4	.79
Fibrolipoma	4	.79
Neurofibroma	2	.4
Lipoma	2	.4
Fibroma desmoplásico	1	.2
Fibroma osificante	1	.2
Neoplasias malignas 249 (48%)		
Carcinoma epidermoide	149	29.56
Carcinoma adenoideo quístico	18	3.57
Adenocarcinoma	11	2.18
Linfoma no Hodking	15	2.98
Melanoma	7	1.39
Rabdomiosarcoma	5	0.99
Tumor neuroectodérmico primitivo	4	0.79
Adenocarcinoma ductal	4	0.79
Otros Carcinomas	17	3.46
Sarcomas	10	5.04
Otro linfomas	9	1.34
Total	500	100%



Se encontraron 78 diferentes lesiones, de las cuales las 10 más frecuentes corresponden a carcinoma epidermoide con 149 casos (29.56%), adenoma pleomorfo con 45 neoplasias(8.93%), hiperplasia epitelial con 39 lesiones (7.74%), papiloma escamoso en 33 pacientes(6.55%), hiperplasia fibrosa en 27 procesos (5.36%), hemangioma en 21 casos(4.17%), carcinoma adenoideo quístico en 18 muestras (3.57%), linfoma no Hodgking y granuloma piógeno con 15 casos cada uno (2.98%) y adenocarcinoma de glándulas salivales en 11 muestras(2.18%).

Grafica 3

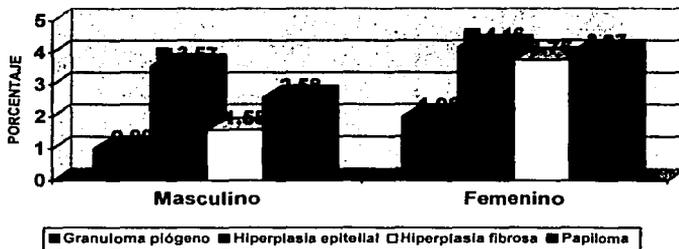
Las 10 Neoplasias y Seudotumores más frecuentes en cavidad bucal





Grafica 4

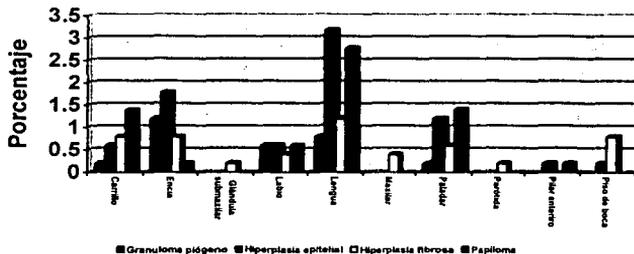
Distribución de Seudotumores de acuerdo al Género



Se reportan 5 granulomas piógenos(0.99%), 18 hiperplasias epiteliales(3.57%), 8 hiperplasias fibrosas (1.58%), 13 papiomas en el genero masculino (2.58%) y 10 granulomas piógenos (1.98%), 21 hiperplasias epiteliales(4.16%), 19 hiperplasias fibrosas (3.76%) y 20 papiomas (3.97%) en el genero femenino.

Grafica_5

Topografía de Seudotumores de cavidad bucal

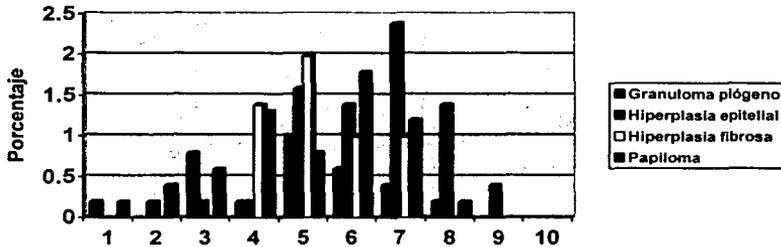




En el carrillo se localizo 1 granuloma piogeno (0.19%), 3 hiperplasias epiteliales (0.59%), 4 hiperplasias fibrosas (0.79%), 7 Papilomas (1.38%). En la Encía 6 granulomas (1.19%), 9 hiperplasias epiteliales (1.78 %), 4 hiperplasias fibrosas (0.79%), 1 papiloma. En la glándula submaxilar 1 hiperplasia fibrosa (0.19%) En el labio 3 granulomas piogeno (0.59%), 3 hiperplasias epiteliales (0.59%), 2 hiperplasias fibrosas (0.39%), 3 papilomas (0.59%). En la lengua 4 granulomas piogenos (0.79%), 16 hiperplasias epiteliales (3.17%), 6 hiperplasias fibrosas (1.19%), 14 papilomas (2.77%). En el Maxilar 2 hiperplasias fibrosas (0.39%). En el paladar 1 granuloma piogeno (0.19%), 6 hiperplasias epiteliales (1.19%) 3 hiperplasias fibrosas (0.59%), 7 papilomas (1.39 %). En la parotida 1 hiperplasia fibrosa(0.19%), En el pilar anterior 1 hiperplasia epitelial (0.19%), 1 papiloma (0.19%), Piso de boca 1 hiperplasia epitelial (0.19%), 4 hiperplasias fibrosas (0.79%).

Grafica 6

Seudotumores de cavidad bucal según las décadas de la vida



El granuloma piogeno se presento principalmente en la tercera década de la vida. La hiperplasia epitelial se observo en un número mayor de casos en la séptima



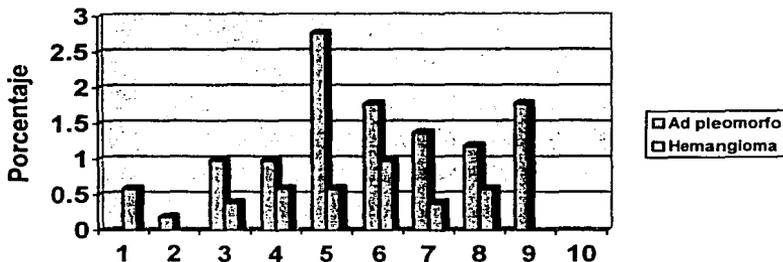
década de la vida. La hiperplasia fibrosa se acentúa en quinta década de la vida y el papiloma en la séptima década de la vida.

En la primera década de la vida se presentó un granuloma piogeno (0.19%) y un papiloma (0.19%), en la segunda, una hiperplasia epitelial (0.19%) y dos papilomas (0.39%), en la tercera 4 granulomas piogenos (0.79%), una hiperplasia epitelial (0.19%) y 3 papilomas (0.59%), en la cuarta década de la vida un granuloma piogeno(0.19%), una hiperplasia epitelial(0.19%), 7 hiperplasias fibrosas (1.38%) y 7 papilomas(1.38%), En la quinta década de la vida se reportan 3 granulomas piogenos (0.59%), 8 hiperplasias epiteliales(1.58%), 10 hiperplasias fibrosas (1.98%), 5 papilomas (0.99%). Durante la sexta década de la vida 3 granulomas piogenos (0.59%), 7 hiperplasias epiteliales (1.38%), 5 hiperplasias fibrosas (0.99%) y 9 papilomas (1.78%). En la séptima década de la vida se mencionan 2 granulomas piogenos (0.39%), 12 hiperplasias epiteliales (2.38%), 5 hiperplasias fibrosas (0.99%) y seis papilomas(1.19%). En la octava década de la vida se encontraron un granuloma piógeno(0.19%), 7 hiperplasias epiteliales(1.38%) y un papiloma(0.19%). En la novena década de la vida solo dos hiperplasias epiteliales(0.39%).



Grafica 7

Neoplasias benignas de cavidad bucal distribución por décadas de la vida

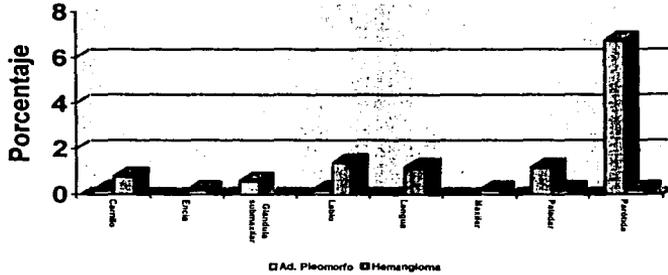


El adenoma pleomorfo se presenta en un mayor número de casos en la quinta década de la vida (14 casos), y el hemangioma en la sexta. Se observan 3 hemangiomas en la tercera década de la vida (0.59%), un adenoma pleomorfo en la segunda de cada de la vida (0.19%), 5 adenomas pleomorfos (0.99%) y 2 hemangiomas en la tercera década de la vida, 6 adenomas pleomorfos y 2 hemangiomas (0.39%) en la cuarta, en la quinta como se menciona 14 adenomas pleomorfos (2.77%) y 3 hemangiomas (0.59%) en la quinta década de la vida. En la sexta década de la vida, 9 adenomas pleomorfos (1.78%) por 5 hemangiomas (0.99%), durante la séptima década de la vida un adenoma pleomorfo (0.19%) por 2 hemangiomas(0.39%). En la octava década de la vida 6 adenomas pleomorfos (1.19%) y 3 hemangiomas(0.59%). En la novena década de la vida 3 adenomas pleomorfos(0.59%) y en la décima década de la vida ningún espécimen.



Grafica 8

Topografía de Neoplasias benignas en cavidad bucal

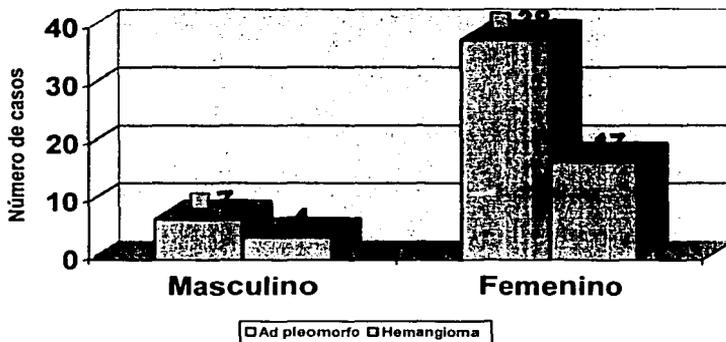


En el carrillo se reporta un adenoma pleomorfo (0.19%) y cuatro hemangiomas (0.79%). En la encía un hemangioma (0.19%), en la glándula submaxilar tres adenomas pleomorfos (0.59%), en el labio un adenoma pleomorfo (0.19%) y 7 hemangiomas (1.38%), en la lengua 6 hemangiomas (1.19%), en el maxilar un hemangioma (0.19%), en el paladar 6 adenomas pleomorfos (1.19%) y un hemangioma(0.19%). En la parotida 34 adenomas pleomorfos (86.74%) y un hemangioma (0.19%).



Grafica 9

**Distribución de Neoplasias Benignas de cavidad bucal
de acuerdo al genero**



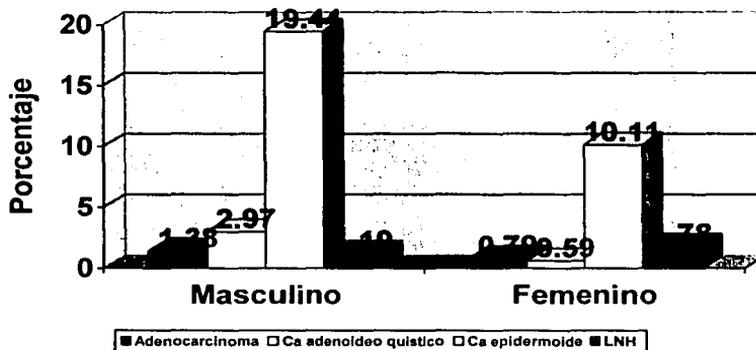
Se reporta en el genero masculino 7 adenomas pleomorfos (1.38%) y 4 hemangiomas (0.79%), y en el genero femenino 38 adenomas pleomorfos (7.53%) y 17 hemangiomas (3.37%).

En ambas neoplasias benignas se observa una mayor tendencia por el genero femenino.



Grafica 9

Distribución de Neoplasias malignas de cavidad bucal de acuerdo al género

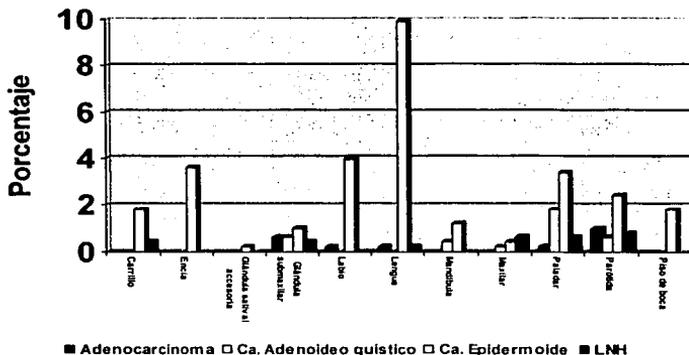


Se reporta en el sexo masculino 7 adenocarcinomas (1.38%), 15 carcinomas adenoideos quísticos (2.97%), 98 carcinomas epidermoides (19.44%) y seis linfomas no Hodgkin (1.19%) y en el femenino cuatro adenocarcinomas (0.79%), tres carcinomas adenoideos quísticos (0.59%), 51 carcinomas epidermoides (10.11%) y 9 linfomas no Hodgkin (1.78%).



Grafica 10

Distribución topografica de neoplasias malignas de cavidad bucal



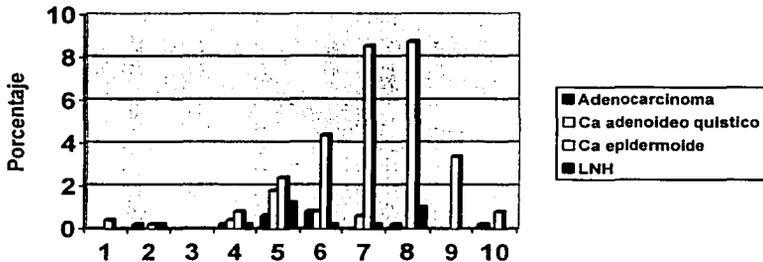
En el carrillo se reportan 9 carcinomas epidermoides (1.78%), 2 linfomas no Hodgkin (0.39%), en la Encía 18 carcinomas epidermoides (3.57%), en glándula salival accesorias un carcinoma epidermoide (0.19%), en la glándula submaxilar 3 adenocarcinomas (0.59%), 3 carcinomas adenoideos quísticos (0.59%), 5 carcinomas epidermoides (0.99%) y dos linfomas no Hodgkin (0.39%). En el labio un adenocarcinoma (0.19%), 20 carcinomas epidermoides (3.96%). En la lengua un adenocarcinoma (0.19%), 50 carcinomas epidermoides (9.92%) y un linfoma no Hodgkin (0.19%), en la mandibula 2 carcinomas adenoideos quísticos (0.39%) y 6 carcinomas epidermoides (1.19%). En el maxilar un carcinoma adenoideo quístico (0.19%), dos carcinomas epidermoides (0.39%) y tres linfomas no Hodgkin (0.59%). En la parotida 5 adenocarcinomas (0.99%), 3 carcinomas adenoideos quísticos (0.59%), 12 carcinomas epidermoides (2.38%) y 4 linfomas no Hodgkin (0.79%). En piso de boca 9 carcinomas epidermoides (1.78%) y en el paladar un



adenocarcinoma (0.19%), 9 carcinomas adenoideos quísticos (1.78%), 17 carcinomas epidermoides (3.37%) y tres linfomas no Hodgkin (0.59%).

Grafica 11

Distribución de Neoplasias malignas de cavidad bucal por décadas de la vida



En la primera década de la vida se reporta dos carcinomas epidermoides (0.39%), en la segunda un adenocarcinoma (0.19%), un carcinoma epidermoide (0.19%) y un linfoma no hodgkin (0.19%), en la tercera década no hubo casos, en la cuarta década de la vida un adenocarcinoma (0.19%), dos carcinomas adenoideos quísticos (0.39%), cuatro carcinomas epidermoides (0.79%) y un linfoma no Hodgkin (0.19%), en la quinta década de la vida 3 adenocarcinomas(0.59%), 9 carcinomas adenoideos quísticos (1.78%), 12 carcinomas epidermoides (2.38%), 6 linfomas no Hodgkin (1.19%). En la sexta década de la vida 4 adenocarcinomas (0.79%), cuatro carcinomas adenoideo quísticos (0.79%), 22 carcinomas epidermoides (4.36%) y un linfoma no Hodgkin (0.19%), en la séptima década de la vida tres carcinomas adenoideos quísticos (0.59%), 43 carcinomas epidermoides (8.53%) y un linfoma no Hodgkin (0.19%), en la octava década de la vida un adenocarcinoma (0.19%), 44 carcinomas epidermoides (8.73%), 5

Gerardo Meza García
Neoplasias y seudotumores de cavidad bucal



linfomas no Hodgkin (0.99%), en la novena década de la vida 17 carcinomas epidermoides (3.37%) y en la décima un adenocarcinoma (0.19%) y 4 (0.79%) carcinomas epidermoides.

Distribución por género

Al realizar una comparación entre los pacientes de diferente género, la mayor frecuencia corresponde al femenino (52.6 %)

Frecuencia de distribución por genero.

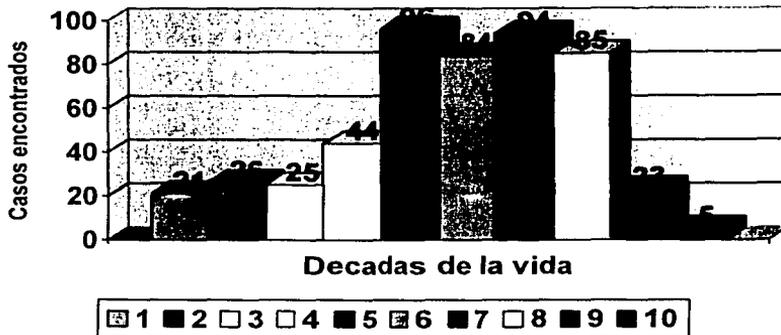
Tabla 3

	Numero de casos	Porcentaje
Masculino	239	47.4
Femenino	265	52.6
Total	504	100.0



Grafica 12

**Neoplasias y Seudotumores de cavidad bucal en 504 casos,
distribución por décadas de la vida**

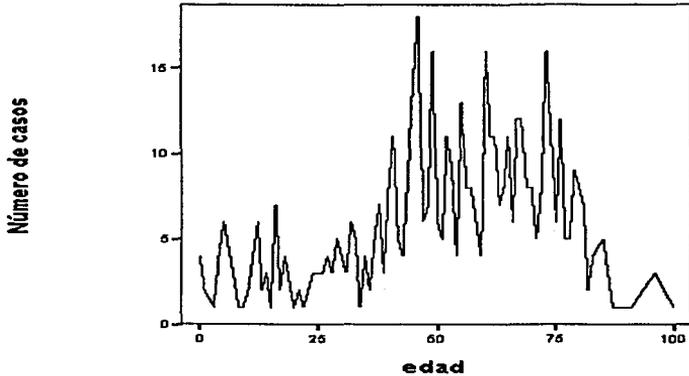


Durante la primera década de la vida se mencionan 21 casos, durante la segunda 26, durante la tercera 25, en la cuarta 44, en la quinta 96, en la sexta 84, en la séptima 94, en la octava 85, en la novena 23 y en la décima 5 casos.



Neoplasias y seudotumores de cavidad bucal, distribución de edades en 504 casos

Grafica 13



La media de edad fue de 53.2 años y la moda 46 años de los 504 casos.



Localizaciones de los seudotumores y neoplasias en la cavidad bucal en 504 casos.

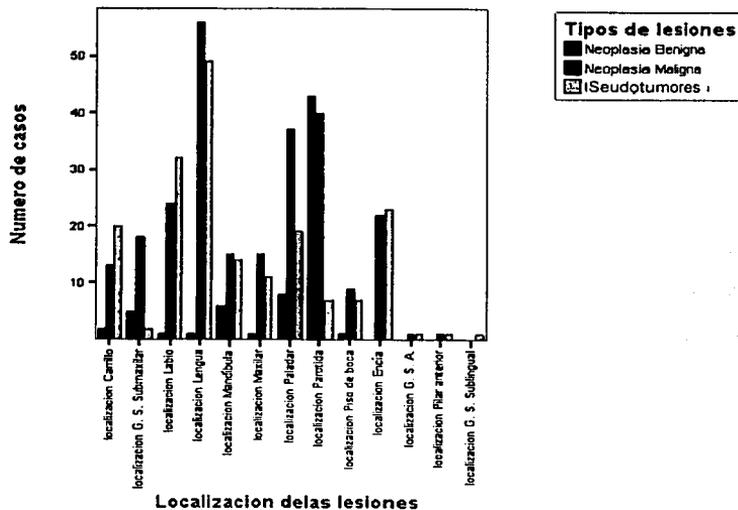
Tabla 4

Localización	Número de casos	Porcentaje
1: Carrillo	35	6.94%
2: Enclá	45	8.93%
3: Glándula Salival accesoria.	2	0.39%
4: Glándula Salival Sublingual	1	0.19%
5: Glándula Salival Submaxilar	25	4.96%
6: Labio	55	10.91%
7: Lengua	106	21.03%
8: Mandíbula	35	6.94%
9: Maxilar	27	5.35%
10: Paladar	64	12.69%
11: Parotida	90	17.85%
12: Pilar anterior	2	0.39%
13: Piso de boca	17	3.37%
Total	504	100%



Grafica 14

Localización de pseudotumores, neoplasias benignas y malignas de cavidad bucal de 504 casos

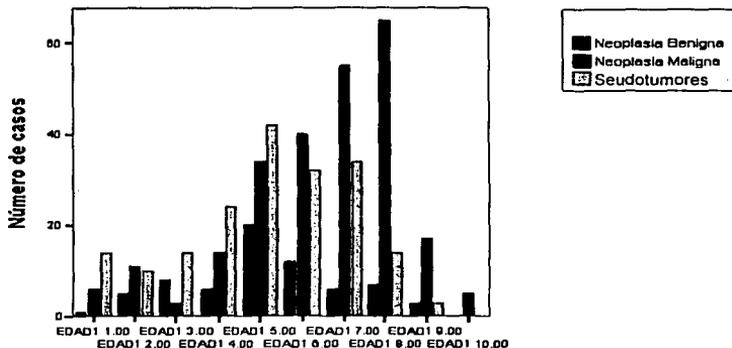


La tabla anterior nos muestra las neoplasias malignas se presentan en mayor cantidad en la lengua, las neoplasias benignas en la glándula parotida y los pseudotumores o lesiones proliferativas en la lengua.



Grafica 15

Distribución de pseudotumores, neoplasias benignas y malignas de cavidad bucal dependiendo de la década de la vida de 504 casos

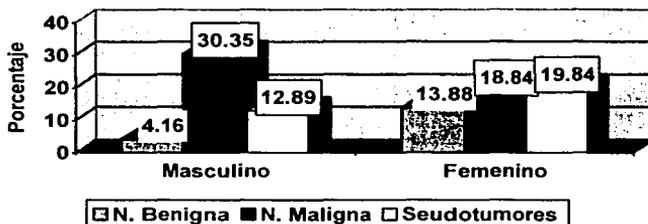


Se presenta mayor número de neoplasias malignas en la séptima década de la vida, de neoplasias benignas en la quinta década de la vida y de pseudotumores en la quinta década de la vida principalmente.



Grafica 16

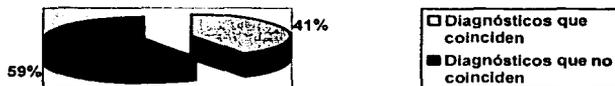
Neoplasias benignas, malignas y pseudotumores de acuerdo al género en 504 casos



De los 504 casos mencionados en el genero masculino se encontraron 21 neoplasias benignas (4.16%), 153 neoplasias malignas (30.35%) y 65 pseudotumores (12.89%), mientras que en el femenino, 70 neoplasias benignas (13.88%), 95 neoplasias malignas (18.84%) y 100 pseudotumores (19.84%).

Grafica 17

Diagnósticos clínicos e histológicos de los 504 casos de neoplasias y pseudotumores de cavidad bucal



De los 504 casos solo el 41% coincidió el diagnostico clínico con el histológico.



Distribución por grupos de edad y tipo de lesión en la población de estudio

Tabla 5

		Tipo de lesión			Total
		Neoplasias Benignas	Neoplasias Malignas	Seudotumores	
Edad	1	4	6	11	21
	2	15	14	22	51
	3	33	48	59	140
	4	26	93	59	178
	5	13	86	14	113
Total		91	247	165	503

$\chi^2 : 62.11$

$p: 0.001$

Se agruparon las edades por décadas de la vida para tener un mejor manejo de datos, de la siguiente forma: pacientes de la primera década de la vida con el 1, a pacientes de la segunda y tercera década de la vida con el 2, pacientes de la cuarta y quinta década de la vida con el número 3, pacientes de la sexta y séptima década de la vida con el número 4 y de la octava a la décima década de la vida con el número 5. La mayor cantidad de lesiones se encuentran entre la sexta y séptima década de la vida predominando las neoplasias malignas. Esta asociación fue estadísticamente significativa.



Tabla 6

Distribución de genero y patología en la población de estudio

		Tipo de patología			Total
		Neoplasias Benignas	Neoplasias Malignas	Seudotumores	
Genero	Masculino	21	153	65	239
	Femenino	70	95	100	265
Total		91	248	165	504

X^2 : 46.115

p: .001

Se observa una mayor cantidad de casos de neoplasias malignas en el genero masculino que en el femenino, la neoplasias benignas y los seudotumores prevalecen en el genero femenino. Estas diferencias fueron estadisticamente significativas.



Tabla 7

Distribución por edades agrupadas y genero

		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
Edad	1	5	16	21
	2	18	33	51
	3	51	89	140
	4	104	74	178
	5	61	52	113
Total		239	264	503

$\chi^2: 25.08$

$p < .001$

Las lesiones entre la sexta y séptima década de la vida pertenecen principalmente al género masculino. Las diferencias por sexo, fueron estadísticamente significativas.



Discusión

Los tumores benignos y las lesiones pseudotumorales de cavidad bucal son poco frecuentes, el cáncer de la cavidad bucal representa aproximadamente el 5 % de todos los tumores malignos del ser humano³; en este estudio representa el 1.01%. Más del 90% son carcinoma epidermoide; el resto son melanomas, linfomas, tumores malignos de glándulas salivales y sarcomas³. En el caso de el presente estudio el carcinoma epidermoide representa el 59.8 %.

Se han descrito diversos estudios acerca de tumores de cavidad bucal, en la mayoría de estas se refieren con cierta frecuencia a lesiones de carácter benigno, incluyendo a los seudotumores (hiperplasias fibrosas, granulomas, quistes) y neoplasias benignas (ameloblastoma, adenoma pleomorfo).^{1,2,6,7,8,12,14,20,22,23,24,25} En el presente estudio las lesiones que tuvieron mayor frecuencia fueron las malignas, destacando el carcinoma epidermoide, con 149 casos (29.56 %), Páez C. en 1974⁶, menciona el carcinoma epidermoide en glándulas salivales como una lesión de alta frecuencia. Las lesiones malignas como el carcinoma adenoideo quístico y el adenocarcinoma, muestran alta frecuencia además de otros tumores como sarcomas, linfomas y melanomas.

El carcinoma epidermoide representa el 3% del cáncer diagnosticado en hombres y el 2% en mujeres. Todos los años se diagnostican alrededor de 30,000 nuevos casos de cáncer bucal en los Estados Unidos²⁶. La incidencia de esta enfermedad se ve favorecida con factores de riesgo tal como son el consumo de tabaco y de alcohol en forma considerable, Franceschi S., reporta un mayor riesgo en pacientes que suelen fumar pipa y cigarrillos que los que no suelen tener este hábito, incluso marcan una mayor posibilidad de entre el 10.5% y 11.8% contra los que no fuman y del alcohol del 3.4% al 3.00% de pacientes que beben en promedio 19 tragos a la semana. También se dice que las verduras verdes, las zanahorias, las frutas frescas muestran una protección importante para evitar esta



enfermedad. Y la lengua como el sitio de mayor frecuencia de presentación donde encontraremos esta neoplasia maligna²⁷.

En el piso de la boca esta lesión produce habitualmente fijación de la lengua e imposibilidad de abrir la boca totalmente. El carcinoma que invade la encía hasta el maxilar o la mandíbula puede llevar a movilidad y pérdida de dientes, mientras que los que penetran profundamente en la mandíbula con alteración del nervio dentario inferior pueden causar parestesias de los dientes y del labio inferior²⁶.

En el presente estudio el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna que se encontró con más frecuencia, en adultos entre los 40 y los 80 años, la localización más importante de esta lesión es la lengua.

En 18 casos apareció el carcinoma adenoideo quístico (3.57 %), la incidencia máxima se da en personas de sexta década de la vida, con predilección por el género femenino, encontrándose en gran cantidad en la parótida y en la glándula salival submandibular. Se caracteriza histológicamente por una apariencia cribiforme que resulta de la formación de múltiples espacios pseudo quísticos y su localización más frecuente en cavidad bucal es el paladar³⁰

El linfoma no Hodgkin se presentó en 15 ocasiones (2.98%). Los linfomas malignos son neoplasias primarias del sistema inmune o linfocítico, derivan de combinación de este tipo de células. Se dividen en dos tipos principales, el linfoma no Hodgkin y la enfermedad de Hodgkin. En el presente estudio se presentaron más linfomas no Hodgkin, como linfadenopatías y en sitios extraganglionares como los carrillos la encía, piso de boca, glándulas salivales y otras áreas bucales. Según Tadaaki K³¹, en la cavidad bucal es raro que tenga este tipo de lesiones, ocurre en un 0.1% a 0.2% de casos. En nuestro estudio representó el 2.98 % de los casos encontrados en la cavidad bucal. Alpaslan G.³² Menciona que suele suceder que a pacientes tratados con quimioterapia por



linfomas tengan malformaciones en los dientes y alteraciones en el desarrollo de sus arcadas dentarias, ya que sucede en gran frecuencia en encías en el presente estudio se presentó en el maxilar, paladar y glándulas salivales.³²

El adenocarcinoma es la décima lesión con 11 casos (2.18%), en mayor frecuencia en pacientes masculinos 7 (65 %), entre la quinta y sexta década de la vida. Es un tumor maligno de glándula salival con predilección por las glándulas menores, en el presente estudio resultó en mayor número de casos en la parotida, glándula submaxilar y en el paladar. También se conoce como carcinoma del conducto terminal y carcinoma lobular. Regezi J. La define como una neoplasia infiltrante de conductos uniformes pequeños y células en forma de giros, invade cordones delgados o conductos y menciona que su localización más frecuente es el paladar seguido de la mucosa bucal, la zona retromolar, el labio superior y la base de la lengua, además menciona que ocurre en personas mayores y en mayor frecuencia en mujeres que en hombres.³³

En las neoplasias benignas se encuentra adenoma pleomorfo con 45 casos (8.93%), como, la neoplasia benigna más frecuente, localizada en glándulas salivales, especialmente en la parotida, en género femenino y en adultos, en este estudio se encontró un solo caso en un niño de 12 años de edad. Según Sapp, afecta principalmente las glándulas salivales mayores, y en mayor frecuencia en el paladar y el labio superior, además tiene predilección por el género femenino²⁶. Los componentes principales del adenoma pleomorfo consisten en hojas mioepiteliales rodeadas por un estroma hialino y mixoide.³⁵

El hemangioma estuvo presente en 21 ocasiones, esta lesión hamartomatosa es una masa de vasos sanguíneos, que aparece generalmente en pacientes jóvenes, suelen ser elevados, a menudo multiloculares y nítidamente rojos, azules o morados, suele aparecer en labios, fondo de saco y paladar, es raro que sea dolorosa.³⁶ En el presente estudio se reporta en carrillo labio y lengua



principalmente, en todas las décadas de la vida, y principalmente en pacientes del sexo femenino.

Dentro de los seudotumores encontramos a la hiperplasia epitelial con 39 casos (7.74 %), esta lesión se presenta pura o acompañada de varios procesos patológicos como la enfermedad de Heck, hiperplasia papilar, proliferación epitelial, displasias, hiperplasia folicular, metaplasia epitelial, hiperplasia pseudoepiteliomatosa y clínicamente como hiperplasia folicular. Se localizaron con mayor frecuencia en la lengua, en pacientes en la séptima década de la vida y en relación 1:1 hombre-mujer

El papiloma escamoso se presentó en 33 ocasiones, como una proliferación papilar exofítica pediculada generalmente, se presentó en pacientes femeninos de la sexta década de la vida. La localización más frecuente fue lengua, carrillo y encía.

Se encontró 27 casos de hiperplasia fibrosa, lesión reactiva por irritación crónica y en las que se observa fibrosis rica en fibras de colágeno. La localización más frecuente corresponde a carrillo, encía y lengua, como se suele mencionar en la literatura²⁶. Se encontró con mayor frecuencia en la quinta década de la vida y sin predilección por algún sexo.

El granuloma piógeno localizado en 15 pacientes, se considera un hemangioma capilar, lobular, lesión elevada, de color rojo, con proliferación endotelial, con abundante infiltrado inflamatorio, tiene predilección por el género femenino; y puede aparecer durante el embarazo.³⁹ Se presenta principalmente en la encía durante la tercera década de la vida.

La distribución por género se encontraron en forma global en mayor parte en el femenino, sin embargo en el opuesto, un mayor número de casos relacionados



con las neoplasias malignas, en especial el carcinoma epidermoide, esto se puede deber a que en el género masculino los factores de riesgo (tabaco, alcohol) se presentan más comúnmente, entre la quinta y la octava décadas de la vida.

Se encontraron principalmente neoplasias malignas difiriendo de cualquier otro estudio reportado, esto se debe a que el estudio se realizo en un hospital de tercer nivel donde se atienden principalmente por especialidades, además al ser Centro Médico Nacional, son pacientes de todo el país remitidos de sus clínicas familiares, y es por eso que observamos una gama de procesos poco observados en otros reportes.

Las neoplasias malignas se encontraron con mayor frecuencia en la octava década de la vida, las neoplasias benignas en la quinta década de la vida, y los seudotumores en la quinta década de la vida.

La glándula parotida mostró neoplasias benignas, como el adenoma pleomorfo que ocupó el primer lugar en estas cifras. Páez V. C. y Eveson, reportan en sus estudios de glándulas salivales al adenoma pleomorfo como la neoplasia benigna más frecuente, que se presenta principalmente en mujeres y en pacientes de la quinta a la séptima década de la vida principalmente.

En el labio se encontró mayor cantidad de seudotumores como hiperplasia epitelial y fibrosa llama la atención que observamos un seudotumor en un lactante menor, catalogado como hamartoma que abarca labio y paladar. Los seudotumores se presentan especialmente en los pacientes femeninos.

En la comparación entre diagnósticos clínicos e histológicos de las lesiones fue del 41.27 % esta es alta debido a que la mayoría de pacientes, fueron remitidos de algún otro centro hospitalario, donde ya habían dado algún diagnóstico.



CONCLUSIONES

Es de vital importancia realizar el tipo específico de biopsia a todos los tumores de cavidad bucal por el cirujano dentista para proporcionar un manejo adecuado.

Los seudotumores y neoplasias de cavidad bucal representan al 1.01%, de diagnósticos anatomopatológicos en un hospital de tercer nivel.

Las neoplasias malignas ocuparon el primer lugar en frecuencia con 249 casos (48%), se presentan principalmente en el género masculino, durante la quinta a la séptima década de la vida principalmente.

Los seudotumores ocuparon un lugar intermedio (32.9%) en relación con la frecuencia en este trabajo.

Las neoplasias benignas se colocan en tercer lugar con 89 casos (17%). Se presentan en mayor cantidad en el género femenino.

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente en cavidad bucal, localizándose predominantemente en la lengua, en pacientes entre la quinta y la octava década de la vida, acentuándose en el género masculino.

El adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna más frecuente.

Las lesiones hiperplásicas son los seudotumores más frecuentes.

La mayor frecuencia topográfica de las neoplasias malignas pertenece a la lengua, de las benignas la glándula parotida y de los seudotumores, también lengua.

Gerardo Meza García
Neoplasias y pseudotumores de cavidad bucal



Las lesiones benignas se presentan generalmente en el género femenino, mientras que las neoplasias malignas resaltan en el masculino, a excepción del linfoma no Hodgkin, que se observaron más casos en el femenino.

El tumor neuroectodermico primitivo es una neoplasia muy agresiva de difícil diagnóstico que se presenta en niños.

Se encontró una serie de lesiones poco frecuentes como son: Sarcomas metastasicos, lesiones primarias como rabdomiosarcoma pleomorfico (4), leiomiomasarcoma (1),



REFERENCIAS

1. Ovalle W Prevalencia de lesiones de cabeza y cuello en la Universidad Tecnológica de México (UNITEC) 1986-1988, Revista ADM, vol 46/6, noviembre-diciembre, 1989 pp305-310
2. Bouquot J. E, Common oral lesions found during a mass screening examination,, JADA, vol. 112, January, 1986.pp 50-57
3. Cotran R., Kumar V., Robbins S., Patología estructural y funcional, 4ª Edición, Vol II, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Madrid, España 1990, pp 861-871
4. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio/Mortalidad/Morbilidad/1999. Dirección General de epidemiología, Secretaría de Salud/SSA. CD-ROM
5. Wahi P., Tipos Histológicos de tumores orales y orofaríngeos, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1971, pp 18-29
6. Páez Valencia C., Tumores de glándulas salivales, Acta medica, IPN, vol. XIII, Enero junio 1977, N 49-50, pp 13-23
7. Regezi J., Odontogenic Tumors: análisis of 706 cases, J —oral Surgery, Vol 36, October, 1978.
8. Eveson J W, Salivary gland tumors. A review of 4210 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution
9. Reichart P., Precancerous and oral mucosal lesion related to chewing, smoking and drinking habits in Thailand Commuynity Dent oral Epideniol 1987; 15: 152-60
10. Hand-Whitehill, Oral mucosal lesions in elderly population, JADA, vol. 112, January, 1986, pp 73-76
11. Sedano H., Clinical orodental abnormalities in Mexican Children, Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Septiembre, 1989, Vol 68, N 3, pp 300-311
12. Díaz-Guzmán L, Lesiones de la mucosa bucal estudio epidemiológico en 7,297 pacientes, Revista ADM, Vol. XLVIII/2, marzo-abril, 1991, pp75-79



13. Díaz Guzmán: Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en pacientes de las clínicas de la facultad de odontología de la UAEM. *Practica Odontológica*, 14 (10) 1993, pp. 37-48
14. Ovalle Castro W, Incidencia y prevalencia de tumores en la cavidad oral en la zona del Bajío Vol. LI, *Revista ADM* mayo junio 1994, No3, pp. 133-138
15. Noriaki I. Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population, *Community Dentistry and Oral epidemiology*, 1995,23; 49-54
16. González Reyes JC. Estudio comparativo y revisión bibliografica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad oral. *Revista ADM* 1994; vol LI (3); 145-148
17. Arendorf TM, vandar Ross, Oral soft tissue lessions in a black preschool South African Population. *Comunity Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 296-7
18. Nair R., Prevalence of oral lesions in a selected Vietnamese population, *International Deantal Jornal* (1996) 46, 48-51.
19. León Martínez Ernesto, Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, *Rev Cubana Med Gen Integr*, 1996; 12 (3)
20. Mosqueda A, Odontogenic tumors in México, *Oral Surg, oral Med oral Path oral radiol oral endod*, 1997; 84: 672
21. Zain R. A national epidemiological survey of oral mucosal lesions in malaysia. *Community Dentristry and Oral Epidemiology*, 1997: 25: 277-83
22. Beltrán Salinas B., Prevalencia de tumores odontogénicos en el Hospital Central de San Luis Potosí de 1952-1997, *Revista ADM*, Vol. LV, mato-junio, No 3, pp 173-176.
23. Palma Guzmán J.M., Tumores odontogenicos en Puebla, *Revista ADM*, vol LVI, No 5, Septiembre Octubre, 1999, pp 187-190.



24. Ovalle Castro W, Prevalencia de lesiones histopatológicas bucales de la Zona del Bajío, Revista ADM, vol LVII, No 4, Julio-Agosto 2000 pp132-136
25. Satorres M, Prevalencia de lesiones orales biopsiadas en un centro de cirugía bucal, Medicina Oral 2001; 6: 296-305
26. Sapp. PJ, Eversole LR, Wysocki GP, Contemporary oral and maxillofacial Pathology. Mosby-Year book INC, St Louis, 1997.
27. Franceschi S: Risk Factors for Cancer of the Tongue and Mouth; CANCER, Noviembre, 1, 1992, Vol 70, N° 9
28. Fumio Ide: Carcinoma of the tongue in Two Siblings; J oral Maxillofacial Surg; 57: 66-68, 1999
29. Takagi M. Causes of oral tongue Cancer Treatment Failures, Cancer, March 1, 1992, Vol 69, N° 5.
30. Munakata R. Pseudocyst formation by adenoid cystic carcinoma cells in collagen gel culture and in SCID mice. Journal of oral pathology and medicine, 1996: 25 441-8
31. Tadaaki K: Primary non-Hodgking's lymphoma of the mandible treated with radiotherapy, chemostherapy, and autologous peripheral blood stem cell transplantation, Oral surg, oral med, oral Pathol oral radiol endod 2000; 90: 450-5
32. Alpaslan G. Disturbances in oral and dental structures in patients with pediatric lymphoma after chemotherapy; Oral Surg Oral Med Oral pathol Oral radiol Endod 1999; 87: 317-21
33. Regezi J: Polymorphous low-grade adenocarcinoma of minor salivary gland; Oral Surg Oral Med oral Pathol 1991; 71: 469-75
34. Goodisson D. : A case of metastaiszing pleomorphic adenoma; Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 87: 87: 341-5
35. Cui-Ying Li: Epithelial-myoepithelial carcinoma arising in pleomorphic adenoma of the palate; Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90: 460-5



36. Barrett W, Superficial arteriovenous hemangioma of the oral cavity; Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral radiol endod 2000; 90: 731-8
37. Premoli De Percoco G. High risk human papillomavirus in oral squamous carcinoma: evidence risk factors in a Venezuelan rural population. J oral pathol med 2001; 30: 355-61
38. King A. The effect of oral physiotherapy on Dilantin gingival hyperplasia, Journal of Oral Pathology 1976: 5 1-7
39. Reichart, P, Atlas de Patología oral, Primera edición, ed Masson, Barcelona España 2000
40. Shaffer W.G. Tratado de patología bucal, 4ª edición, 1987. Interamericana.
41. Bhaskar SN. Sinopsis of oral pathology. Mosby, 1997, pp 448-449
42. Regezi, Patología bucal, Tercera edición, McGraw Hill, México 1999.
43. Cawson, Color atlas of oral disease, Second edition, Mosby, Hong Kong, 1993.
44. Chandrasoma P, Concise pathology, 2nd edition,. Apleton & Lange, Norwalk, Conn, 1995



GLOSARIO

BIOPSIA: Extracción y examen ordinariamente microscópico de tejidos u otras materias.

DIFERENCIACIÓN: Medida en la que las células parenquimatosas se asemejan a las células normales comparables morfológica como funcionalmente.

EPIDEMIOLOGÍA: Tratado sobre enfermedades que atacan al mismo tiempo y en el mismo país o región a gran número de personas.

HIPERPLASIA: Aumento del número de células de un órgano o tejido, que también puede aumentar de tamaño.

MELANOMA: Tumor maligno consistente en masas de células pigmentarias, que presentan notable tendencia a metatizar.

ONCOLOGÍA: Rama de la medicina que se dedica al estudio y tratamiento de los tumores

PLEXO COROIDE: Cordones vasculares que la pia madre forma al introducirse en los ventrículos laterales del cerebro y que se continúan con la tela coroidea.

PREVALENCIA: Frecuencia de todos los casos de una enfermedad determinada en una población en el momento control.

PROLIFERACIÓN: Multiplicación de formas similares, especialmente tratándose de células y quistes morbosos.

TOPOGRAFÍA: Descripción de una parte o región anatómica predeterminada.

TUMOR: Tumefacción, bulto, hinchazón de carácter patológico.