

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

FRECUENCIA DE CÁNCER ORAL Y OROFARINGE EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO REGIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS PERIODO 2007-2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTOR

CISNEROS CHUNGA, ROLANDO JAVIER

ORCID: 0000-0001-8913-4563

ASESOR

MORALES GUEVARA, CLAUDIA CRISTINA

ORCID: 0000-0001-5491-3003

TRUJILLO- PERÚ

2020

1. TÍTULO

**FRECUENCIA DE CÁNCER ORAL Y OROFARINGE EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO REGIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS PERIODO 2007-2017**

2. EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Cisneros Chunga, Rolando Javier

ORCID: 0000-0001-8913-4563

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de pregrado

Trujillo, Perú

ASESOR

Morales Guevara, Claudia Cristina

ORCID: 0000-0001-5491-3003

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela profesional de Odontología, Trujillo, Perú

JURADO

Pairazamán García Juan Luís

ORCID: 0000-0001-8922-8009

Morón Cabrera Edwar Richard

ORCID: 0000-0002-4666-8810

Velásquez Veneros Cynthia Karina

ORCID: 0000-0001-5756-7137

3. Hoja de firma del jurado y asesor

Mgtr. PAIRAZAMÁN GARCIA JUAN LUÍS
PRESIDENTE

Mgtr. MORÓN CABRERA EDWAR RICHARD
MIEMBRO

Mgtr. VELÁSQUEZ VENEROS CYNTHIA KARINA
MIEMBRO

Mgtr. MORALES GUEVARA CLAUDIA CRISTINA
ASESOR

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de recorrer éste camino, hasta llegar a lo que hoy soy.

A mis padres, quienes han sido un ejemplo en todos los aspectos de mi vida, por su eterno amor y comprensión.

Al Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas-Norte por los años de formación y darme la oportunidad de poder realizar mi trabajo de investigación.

5. RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de cáncer bucal y orofaríngeo en los pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017. Para el registro de datos se utilizó una ficha elaborada para el estudio, se procedió a trasladarlos a una base de datos del programa Excel Microsoft y posteriormente fueron procesados por medio del programa estadístico SPSS versión 22.0, finalmente se presentaron los resultados en cuadros y gráficos de acuerdo a los objetivos planteados. Se encontraron 379 casos de cáncer oral y orofaríngeo, donde el carcinoma epidermoide representó el 84% y el carcinoma verrucoso el 16%, siendo el periodo más afectado la séptima década de vida con el 23% de todos los casos. La proporción del cáncer oral y orofaríngeo en cuanto a sexo, se distribuyó en un 54% en sexo masculino y 46% en sexo femenino. En cuanto a localización anatómica, el cáncer oral se distribuyó de la siguiente manera: lengua 22%, piso de boca 20% y labio 10% y en cuanto a localización anatómica el cáncer orofaríngeo se distribuyó de la siguiente manera: amígdala 18% y paladar blando 8%. Se concluyó que el carcinoma epidermoide fue el cáncer más prevalente a nivel de la cavidad oral y orofaríngeo

Palabras clave: Cáncer oral, Carcinoma epidermoide, frecuencia.

ABSTRACT

The research aimed to determine the frequency of oral and oropharyngeal cancer in patients treated at the Regional Institute of Neoplastic Diseases in the period 2007 - 2017. For the data recording, a file prepared for the study was used, they were transferred to a database of the Microsoft Excel program and subsequently processed through the statistical program SPSS version 22.0, the results were finally presented in tables and graphs of according to the objectives set. 379 cases of oral and oropharyngeal cancer were found, where squamous cell carcinoma accounted for 84% and verrucous carcinoma 16%, with the seventh decade of life being the most affected period with 23% of all cases. The proportion of oral and oropharyngeal cancer in terms of sex was distributed in 54% in males and 46% in females. In terms of anatomical location, oral cancer was distributed as follows: tongue 22%, floor of mouth 20%) and lip 10% and in terms of anatomical location, oropharyngeal cancer was distributed as follows: tonsil 18% and soft palate 8%. It was concluded that squamous cell carcinoma was the most prevalent cancer at the level of the oral and oropharyngeal cavity

Keywords: Oral cancer, Squamous cell carcinoma, frequency.

6.- Contenido

1. Título de la tesis.....	ii
2. Equipo de trabajo.....	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iv
4. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria (opcional).....	v
5. Resumen y . Abstract.....	vi
6. Contenido	viii
7. Índice de tablas... ..	ix
8. Índice de gráficos... ..	x
I. Introducción.....	1
II. Revisión de literatura	2
III. Hipótesis... ..	21
IV. Metodología.....	22
4.1 Diseño de la investigación	22
4.2 Población y muestra.....	22
4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores.....	23
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos... ..	24
4.5 Plan de análisis.....	25
4.6 Matriz de consistencia... ..	26
4.7 Principios éticos.....	27
V. Resultados.....	28
5.1 Resultados.....	28
5.2 Análisis de resultados	36
VI. Conclusiones y recomendaciones.....	39
VII. Referencias bibliográficas.....	40
VIII. Anexos... ..	48

7. Índice de tablas

Tabla 1 Frecuencia de cáncer Oral y Orofaringe según edad	28
Tabla 2 Frecuencia de cáncer Oral y Orofaringe según sexo... ..	30
Tabla 3 Frecuencia de cáncer Oral y Orofaringe según localización anatómica.....	32
Tabla 4 Frecuencia de cáncer Oral y Orofaringe según diagnóstico histopatológico. ...	34

7. Índice de gráficos

Gráfico 1 Frecuencia de cáncer Oral y Orofaringe según edad.....	29
Gráfico 2 Frecuencia de cáncer Oral y Orofaringe según sexo... ..	31
Gráfico 3 Frecuencia de cáncer Oral y Orofaringe según localización anatómica.....	33
Gráfico 4 Frecuencia de cáncer Oral y Orofaringe según diagnostico histopatológico ...	35

I.- Introducción

El cáncer oral se define como una neoplasia que afecta a la cavidad bucal, que comienza en los labios y termina en los pilares anteriores de las fauces.¹⁻⁵ A nivel mundial, se reporta que el cáncer oral es el octavo cáncer diagnosticado con mayor frecuencia con una incidencia anual de más de 300,000 casos.⁶ La incidencia de cáncer bucal es mayor en los países en desarrollo comparado a los países desarrollados.⁶⁻¹¹ La prevalencia global de cáncer oral muestra una amplia variación en la distribución geográfica. En 2010, la Organización Mundial de la Salud reportó una tasa de mortalidad de cáncer oral de aproximadamente dos por 100,000 en el Medio Oriente, que es más baja que la registrada en India y los Estados Unidos.¹²⁻¹⁶

En nuestro país existen pocos trabajos de epidemiológicos en cuanto al cáncer oral y orofaríngeo y principalmente en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN-NORTE no existe evidencia de trabajos epidemiológicos realizados sobre cáncer oral y orofaríngeo. Por lo que resulta imprescindible realizar trabajos de prevalencia de cáncer oral y orofaríngeo en dicha institución.

Este trabajo de investigación buscó precisar la frecuencia de cáncer bucal y orofaríngeo en los pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017. Este trabajo es una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

Se encontraron 379 casos de cáncer oral y orofaríngeo en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007-2017, resultando el periodo más afectado, la séptima década de vida con el 23% de todos los casos.

II.- Revisión de la literatura

García A ¹⁷ (Perú, 2018). En su trabajo titulado Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el hospital Belén y hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009-2015. Determinó la frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo en pacientes atendidos en dos hospitales de referencia en la ciudad de Trujillo, se utilizó datos de historias clínicas registradas desde el año 2009 al 2015 y trasladó los datos a una ficha elaborada para el estudio, los datos obtenidos fueron presentados en tablas y gráficos. Dentro de los resultados se encontró que el número de pacientes atendidos en el Hospital Belén fueron 24, representando un 16.9%, y el número de pacientes atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray fue 118, representando el 83.1%. El mayor número de casos encontrados, según localización anatómica en el Hospital Belén fue en glándula parótida representando un 50%, y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray la localización anatómica en la mayor parte de los casos fue la lengua representando un 30.5%, en cuanto a diagnóstico histopatológico, el carcinoma epidermoide se encontró en la mayor parte de los casos en ambos hospitales, representando un 87.5% para el hospital Belén y 83.1% para el hospital Víctor lazarte Echegaray, la totalidad de los casos fueron encontrados en el sexo masculino en ambos centros de salud con un 54.2% para el Hospital Belén y 52.5% para el hospital Víctor lazarte Echegaray.

Andía L.¹⁸ (Perú, 2017). Prevalencia de cáncer oral en pacientes atendidos en el I.R.E.N.SUR Arequipa 2010 al 2016, realizó un estudio cuyo propósito fue describir la prevalencia de cáncer oral en el IREN Sur en el periodo entre 2010 al 2016, los autores revisaron historias clínicas de los pacientes atendidos en ese periodo y trasladaron los datos a una ficha elaborada para el estudio. Encontraron que las lesiones malignas son más prevalentes con 81.9%, siendo el sexo masculino el más afectado con un 47.2%, la localización más afectada fue la lengua con un 22.2% siendo el sexo femenino el más afectado con 12.5%; en cuanto al estadio mas prevalente encontraron el estadio III con un 30.6% siendo el sexo femenino el más afectado con un 19.4%, en cuanto al tratamiento encontraron que el tratamiento quirúrgico fue el más utilizado beneficiando en mayoría al sexo femenino en un 25% y los pacientes de sexo masculino se beneficiaron del tratamiento combinado en un 42.9%. La supervivencia es mayor para el sexo femenino en un 48.1%. Los autores concluyeron que la prevalencia de cáncer oral en el IREN Sur Arequipa en el periodo del 2010 al 2016 fue 1.25%, la lengua es el sitio anatómico más frecuente con un 22.2% afectando al sexo femenino entre las edades de 41 a 55 años.

García L.¹⁹ (Perú, 2014) Prevalencia de cáncer en mucosa oral en el servicio de Estomatología quirúrgica del Hospital nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012. Tuvieron como objetivo determinar prevalencia de cáncer oral en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital nacional

Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, revisando historias clínicas de pacientes atendidos en dicho servicio en el periodo del año 2008 al 2012, con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma oral, los datos fueron recolectados en una ficha elaborada para el estudio. Encontraron que entre los años 2008 al 2012 fueron atendidos en el servicio 2775 pacientes de los cuales 42 pacientes tuvieron diagnóstico de cáncer de mucosa oral representado con un 1,5%, respecto a la edad se encontró de 18 a 29 años un total de siete casos representando un 16,7%, 30 a 39 años, cinco casos 11,9%, 40 a 49 años, seis casos 14,3%, 50 a 59 años, cinco casos 11,9%, 60 a 69 años nueve casos 21,4% y de 70 a más años, 10 casos 23,8%, en cuanto al sexo 26 casos fueron diagnosticados en el sexo femenino con un 61,9% y 16 en el sexo masculino con un 38,1%, con respecto a localización anatómica seis casos fueron localizados en labio, 10 en lengua, tres en piso de boca, 10 en paladar, 11 en encía y dos en carrillo, respecto a diagnóstico histopatológico 20 fueron diagnosticados como carcinoma epidermoide, tres fueron melanocarcinoma, cinco fueron sarcoma de kaposi, seis fueron carcinoma verrucoso, cinco linfoma no Hodgkin, un carcinoma basocelular y dos adenocarcinomas. Concluyeron que el cáncer de mucosa oral es prevalente en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012, siendo el 2008 el año en el que se presentó el mayor porcentaje de casos con un 4,4% y el 2009 en año con menor porcentaje con un 0,6%.

García A.²⁰ (Perú, 2010) Prevalencia de carcinoma epidermoide oral en pacientes de dos hospitales de salud pública-Perú en el periodo 2006 – 2009, realizó un estudio cuyo propósito fue describir la prevalencia del carcinoma epidermoide bucal entre 2006-2009 en los Hospitales General Santa Rosa y Nacional Dos de Mayo, donde se revisaron los apuntes de las historias clínicas de pacientes que asistieron a los servicios de cirugía de cabeza y cuello en el Hospital Nacional Dos de Mayo y al servicio de oncología de abdomen, cabeza y cuello en el Hospital General Santa Rosa. Como resultados encontraron que el 94,5% perteneció a pacientes con edad de 40 años a más, donde la década más afectada fue la séptima década, el sexo femenino y masculino fueron afectados en igualdad, respecto a localización anatómica: la lengua fue la más afectada, así mismo el carcinoma epidermoide consiguió una prevalencia 96,2% y el carcinoma verrucoso 3,8%; el carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado grado II consiguió los mismos resultados que el carcinoma epidermoide bien diferenciado grado I con un 48,1% para cada diagnóstico y por último la carencia de hábitos de insumo del tabaco e ingesta de alcohol logró ser la más frecuente.

Sacsquispe S; Asurza J ²¹ (Perú, 2004) El cáncer de la cavidad oral en la población peruana, tuvieron como objetivo determinar la epidemiología del cáncer oral en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante los años 1980 -1989 y 1990-1999. Los autores realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, revisando historias clínicas de pacientes con

diagnóstico de cáncer oral que asistieron al INEN en dicho periodo, en sus resultados encontraron 877 pacientes con diagnóstico de cáncer oral representando el 66,5% de todas las neoplasias de la cavidad bucal el diagnóstico de carcinoma epidermoide, y neoplasias de glándulas salivales con el 19,5%, en cuanto a edad en pacientes mayores de 40 años el carcinoma fue más prevalente, la localización anatómica más frecuente fue la lengua con un 43,3%, el género masculino mostró la mayor frecuencia en proporción 1,5:1 en los años 1980-1989, y el género femenino mostró mayor frecuencia en los años 1990-1999. Los autores concluyeron que el carcinoma epidermoide de cavidad oral es el más frecuente en el INEN.

Machicao C ²² (Perú, 1996) Tratamiento quirúrgico del carcinoma epidermoide en cavidad oral, tuvo como objetivo determinar la frecuencia de cáncer de cavidad oral y su tratamiento quirúrgico. Realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de cavidad oral atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Dentro de sus resultados encontraron que la región más afectada es el maxilar superior con un porcentaje del 34,2%, en cuanto al sexo, encontraron que el sexo masculino es el más afectado con un 74,2%, la edad más afectada fue de 71-80 años con un porcentaje de 38%, la técnica quirúrgica de resección en bloque fue la más utilizada como el principal tratamiento quirúrgico con un porcentaje del 54.2%. Concluyeron que el carcinoma oral de células escamosas es el tipo histológico de cáncer de cavidad oral más frecuente en pacientes atendidos en Hospital Nacional Dos de Mayo,

siendo la resección en bloque la técnica quirúrgica más utilizada como tratamiento quirúrgico.

2.2. Bases teóricas de la investigación

Los cánceres de cabeza y cuello son los sextos tumores malignos más comunes en todo el mundo. El cáncer oral es el subtipo más frecuente entre estos casos, ya que el carcinoma oral de células escamosas (OSCC, por sus siglas en inglés) afecta anualmente a más de 300,000 personas en todo el mundo.²³ A pesar de avances en la prevención del cáncer oral y los tratamientos multimodales, la tasa de supervivencia a los cinco años de los pacientes con OSCC es inferior al 50% y en cuanto al pronóstico de los casos avanzados, no hubieron cambios considerables en los últimos 20 años.^{24,25} Actualmente, el diagnóstico de cáncer oral depende de un examen oral completo y el factor pronóstico más importante para los pacientes con OSCC sigue siendo el estadio clínico de la enfermedad (estadio TNM) en el momento de la intervención^{23,26}.

2.2.1 Epidemiología

A nivel mundial, se reporta que el Cáncer oral es el octavo cáncer diagnosticado con mayor frecuencia con una incidencia anual de más de 300,000 casos. ⁶ La incidencia y la mortalidad de Cáncer oral son mayores en los países en vías de desarrollo. ^{6,7}

La prevalencia global de Cáncer oral muestra una amplia variación en la distribución geográfica. Por ejemplo, la prevalencia de Cáncer oral en el subcontinente Indio fue del 25% de todos los casos nuevos de cáncer. ⁸ En algunos países industrializados (Reino Unido, Países Bajos y Dinamarca) se notó un aumento notable en la prevalencia de Cáncer oral ^{9,10} mientras que otros países industriales (Alemania, Francia, Italia, Hong Kong y EE. UU.) informaron una disminución en la prevalencia de cáncer oral.¹¹

En 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó una tasa de mortalidad de cáncer oral de aproximadamente dos por 100,000 en el Medio Oriente, que es más baja que la registrada en India y los Estados Unidos. ¹² El carcinoma de células escamosas comprende el 90-95% de todas las neoplasias malignas de cáncer oral. En el carcinoma oral de células escamosas la metástasis regional prevalece en al menos el 30% de los casos. ¹³ Se desarrolla principalmente entre la sexta y la séptima década de la vida y la ocurrencia en personas más jóvenes (<40 años) es rara. ^{14,15} El carcinoma de células escamosas orales representa 4% de todas las neoplasias malignas en hombres y 2% en mujeres.¹⁶ Se están documentando en todo el mundo mayores

proporciones de carcinoma de células escamosas, además de un aumento alarmante en la incidencia entre los jóvenes.

2.2.2 Etiología

Entre los factores principales que influyen en la mayoría de las enfermedades tenemos: factores genéticos y epigenéticos. El desarrollo del carcinoma de células escamosas por vía oral o de cabeza y cuello (HNSCC) y los carcinomas de glándulas salivales menores está influenciado por estos factores: tabaco, alcohol, dieta y nutrición, virus, radiación, etnicidad, predisposición familiar y genética, candidiasis oral, inmunosupresión, uso de enjuague bucal, sífilis, factores dentales, riesgos laborales, y mate.²⁷

2.2.3 Tabaco

El consumo de tabaco continúa prevaleciendo como el riesgo de cáncer más importante, ya que solo representa millones de muertes por cáncer cada año. Las enfermedades neoplásicas causadas por el tabaquismo incluyen cánceres de pulmón, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, vejiga urinaria, riñón, pelvis y páncreas. La relación entre el tabaquismo y el cáncer oral se ha establecido firmemente mediante estudios epidemiológicos.²⁷

Los carcinógenos más importantes en el humo del tabaco son el hidrocarburo aromático benz-pireno y las nitrosaminas específicas para el tabaco (TSN), a saber, 4- (nitrosometilamino) -1- (3-piridil) -1-butanona (NNK) y N'-nitrosornicotina (NNN).). Los estudios en animales han demostrado que

NNK y NNN en los productos de tabaco causan tumores de la cavidad oral, pulmón, esófago y páncreas. NNK, NNN y sus metabolitos se unen covalentemente con ácido desoxirribonucleico (ADN) de células madre de queratinocitos que forman aductos de ADN.²⁸ Estos son responsables de mutaciones críticas involucradas en la replicación del ADN. El metabolismo de estos carcinógenos implica la oxigenación con enzimas P450 en los citocromos y la conjugación con glutatión-S-transferasa (GST).²⁸

Se sospecha que los polimorfismos genéticos en los genes que codifican estas enzimas desempeñan un papel clave en la predisposición genética a los cánceres de cabeza y cuello inducidos por el tabaco.²⁹

2.2.4 Nuez de Betel

La nuez de Betel para masticar con diferentes ingredientes es el hábito más común en el sudeste asiático, especialmente en el subcontinente Indio.

La nuez de Betel (también conocido como pan o paan) generalmente contiene betelleaf (hoja de vid Piper betel), nuez de areca, cal apagada y tabaco. A menudo se agregan otros ingredientes, a saber, especias como el cardamomo, el clavo o el anís en la India y la cúrcuma en Tailandia. Los estudios han demostrado la asociación de estos productos con el desarrollo del cáncer oral. Los estudios han demostrado la asociación de la masticación de tabaco con el cáncer oral y precáncer, leucoplasia, eritroplasia y fibrosis submucosa oral.³⁰

2.2.5 Alcohol

El alcohol ha sido implicado en el desarrollo del cáncer oral. Las bebidas alcohólicas han sido consideradas carcinógenas para los seres humanos, causando en particular tumores de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado; aunque el etanol no ha sido probado como carcinógeno en estudios con animales.³¹

Se ha demostrado que el consumo de alcohol actúa de forma sinérgica con el tabaco en el aumento del riesgo de desarrollo de cáncer oral. Pocos estudios han logrado hacer análisis con pacientes que beben alcohol pero que no fuman y en pacientes que fuman pero que no beben.³² En uno de esos estudios, se encontró que el alcohol es un factor de riesgo independiente para la leucoplasia oral en una población india.³³ Sin embargo, estudios similares que evaluaron la aparición de displasia epitelial oral en bebedores de alcohol que no fuman, encontraron que el papel del alcohol en el desarrollo de la displasia epitelial oral es crucial solo cuando se considera junto con el tabaco.³⁴ Keller no pudo demostrar una asociación de tumores de glándulas salivales menores con tabaquismo o consumo excesivo de alcohol.³⁵

2.2.6 Infecciones virales

Virus han sido fuertemente implicados en el desarrollo de tumores malignos de los epitelios escamosos, incluido el epitelio escamoso oral. Las infecciones virales de naturaleza latente o crónica suelen ser responsables de inducir la transformación maligna al interferir con la maquinaria del ciclo celular del

huésped. Estos genes virales y productos genéticos pueden afectar el crecimiento y la proliferación celular. Ciertos genes virales son protooncogenes que se convierten en oncogenes cuando se insertan en el ADN del huésped y, en última instancia, producen una transformación maligna. Los virus prototípicos implicados en el desarrollo del cáncer oral son el virus del herpes humano (principalmente el virus de Epstein-Barr, el virus del papiloma humano (VPH) y el virus del herpes simple.^{36,37}

Los VPH son los virus más comunes implicados en la carcinogénesis oral. Los VPH son virus de ADN y son epiteliotrópicos, especialmente para los epitelios escamosos. Causan lesiones proliferativas benignas como papilomas, condiloma acuminado, verruga vulgar e hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck). Ciertos tipos de VPH, denominados tipos de "alto riesgo" están asociados con carcinoma oral de células escamosas y lesiones premalignas orales. Son VPH 16, 18, 31, 33, 35 y 39. La principal evidencia del papel del VPH en el desarrollo del cáncer es que sus genes y productos genéticos son capaces de alterar la maquinaria del ciclo celular. El VPH codifica dos oncoproteínas principales, a saber, E6 y E7. Se ha demostrado que las proteínas E6 y E7 se unen y destruyen los genes supresores de tumores p53 y Rb, respectivamente, interrumpiendo así el ciclo celular con la pérdida de control en la replicación del ADN, la reparación del ADN, y apoptosis. El HPV se ha detectado en carcinoma oral de células escamosas, displasia y otras lesiones benignas mediante diversas técnicas. Algunos estudios han demostrado la

presencia del VPH en la mucosa oral normal, lo que hace que el papel del VPH en la carcinogénesis oral sea especulativo.³⁸

2.2.7 Localización anatómica

La ubicación anatómica de estos cánceres influye en gran medida en sus factores de riesgo asociados, opciones de tratamiento y características epidemiológicas relacionadas^{39,40}. El término "cavidad oral" generalmente se refiere a los labios, 2/3 anteriores de la lengua, mucosa bucal y labial, encía, paladar duro, almohadilla retromolar y piso de la boca⁴⁰. La faringe se compone de la nasofaringe, hipofaringe, y la orofaringe con el término "orofaringe" generalmente se refiere a la posterior tercera de la lengua, amígdalas palatinas y linguales, el paladar blando y la pared faríngea posterior⁴⁰. La gran mayoría > 90% de los cánceres de la cavidad oral y la orofaringe son carcinomas de células escamosas⁴¹.

2.2.8 Cáncer de Labio

La zona del bermellón incluye el labio rojo que se extiende desde la encía fija del surco labio gingival hasta el borde del bermellón. Los puntos de referencia de la superficie de los labios son la comisura labial lateralmente, el surco nasolabial (arco de Cupido), y el tubérculo labial justamente inferior al surco nasolabial (labio superior). El cáncer de labio tiene un factor demográfico distintivo en todo el mundo, afecta a hombres principalmente blanco, que

representan el 80% de los casos en el análisis de la base de datos SEER publicado en 12 regiones. El cáncer de labio constituye aproximadamente el 12% de todos los cánceres de cabeza y cuello no cutáneos. Las mujeres blancas constituyen otro 17.8% con los afroamericanos que representan solo el 1.1% de los casos. La gran mayoría de casos se diagnostica y se trata en una etapa temprana 83.2% en etapa I, lo que representa un excelente resultado global 93.5% de supervivencia relativa a cinco años. Esta es la mortalidad relacionada con las enfermedad más baja entre los cánceres orales. Se reporto una alta incidencia en Australia y Nueva Zelanda (10.2 por 100.000 hombres). Más del 90% de los carcinomas de labio afectan el labio inferior, y se atribuyen a la exposición al sol. El labio superior (2%-7%) y comisura (>1%) se ven afectados con menor frecuencia. Una variedad de histologías malignas surgen en el labio, con mayor frecuencia de carcinomas de células basales y escamosas y de lesiones menos comunes como los tumores de glándulas Salivales menores, el melanoma y sarcoma.^{11-15, 42-44}

2.2.9 Cáncer de lengua

La lengua oral comprende los dos tercios anteriores que caen delante de las líneas de las papilas caliciformes. El dorso de la lengua está cubierto por un epitelio grueso intercalado con papilas fungiformes, filiformes y caliciformes^{15,16}. La mayor frecuencia de carcinoma oral de células escamosas tiende a ocurrir en la lengua lateral o ventral (más del 50%), con mayor

frecuencia en hombres entre las edades de 50 y 70 años¹¹⁻¹⁶. La supervivencia relativa para se define como la relación de supervivencia observada dividida por la supervivencia que se esperaría para un individuo libre de cáncer de la misma edad, genero y grupo racial. La tasa de supervivencia relativa a 5 años es de 53.1% para cáncer de lengua, el tratamiento primario generalmente aceptado de los carcinomas orales de la lengua es la cirugía inicial. El tratamiento quirúrgico del carcinoma de lengua oral puede variar desde la escisión local con control de margen para T1 hasta una glosectomía parcial para lesiones T2 a una glosectomía subtotal o total para la enfermedad más avanzada.^{12-14,45-47}

2.2.10 Cáncer del piso de la boca

Los tejidos del piso de la boca ocupan un espacio semilunar delimitado por la cresta alveolar inferior y la superficie inferior de la lengua. La transición del piso de boca hacia la lengua ventral es continua e indistinta. La extensión posterior alcanza la base del pilar amigdalino anterior. El piso de la boca se apoya por una honda musculosa compuesta del milohioideo, geniohioideo y los músculos genioglosos^{5-9, 26,48-49}. Surge con mayor frecuencia en hombres entre las edades de 50 y 70 años. La tasa de supervivencia relativa a cinco años para tumores del piso de la boca es del 52.7%^{1,5-8}. Los carcinomas de piso de boca están centrados anterior o lateralmente debajo de la lengua oral. Las lesiones tempranas afectan la mucosa y se pueden extender a estructuras subyacentes de la submucosa incluyendo las glándulas salivales sublinguales. Estas son susceptibles de escisión simple hacia márgenes claros, las lesiones pueden

crecer profundamente en la musculatura del piso de la boca, incluyendo el geniogloso, el hiogloso, y el milohioideo y pueden implicar solamente al periostio o a la sustancia de la mandíbula^{21, 30, 45, 46,50}.

2.2.11 Cáncer de paladar

El paladar duro es un área semilunar delimitada por el reborde alveolar superior anterior y lateralmente, y la unión con el paladar blando posteriormente. La submucosa aquí es dura y gruesa. Un rodete palatino óseo puede proporcionar el contorno de la superficie hacia una concavidad regular de otra manera^{1, 3, 8, 10, 45,50}. El cáncer de paladar duro representa el 10% de las neoplasias de la cavidad oral. Hay una gran variedad de tumores malignos que surgen en el paladar duro, incluyendo tumores de origen epitelial, salival, hematopoyético y tejidos mesenquimales^{1,3,5,14,17,42}. Los carcinomas de células escamosas comprenden solo alrededor del 50% de estos tumores. La cirugía primaria se selecciona usualmente para la mayoría de los carcinomas de paladar duro. Para las lesiones en etapa temprana, la escisión local amplia con uno a dos cm de margen es suficiente, mientras que las lesiones más grandes a menudo requieren maxilectomía parcial o total, resultando en defecto a través y en medio de las cavidades nasomaxilares^{1-3,7,10,11,19,22, 32,46}.

2.2.12 Cáncer de reborde alveolar/encía

Las estructuras Oseas que sostienen los dientes y los tejidos periodontales surgen del piso de la boca y descienden desde el paladar duro. Aquí, la mucosa es delgada y con una buena adherencia al periostio, cuando se han extraído los

dientes, la elevación ósea a menudo se pierde parcialmente, en particular en la cresta inferior, estas lesiones tienden a ocurrir con mayor frecuencia en hombres entre las edades de 50 y 70 años y son carcinoma de células escamosas diferenciados¹⁻⁵. La tasa de supervivencia relativa a cinco años para tumores del piso de la boca es del 59.5%, desglosada en género y raza, la supervivencia es relativamente mejor para las mujeres y marcadamente más baja para los pacientes de raza negra que para los pacientes de raza blanca. Estas lesiones a menudo se presentan con afectación mandibular temprana, necesitando mandibulectomía marginal o segmentaria. Asimismo las lesiones avanzadas pueden invadir estructuras adyacentes, incluyendo la cavidad nasal, los senos paranasales, la órbita, y la base del cráneo. La cirugía ablativa a menudo resulta en grandes defectos maxilofaciales, necesitando técnicas reconstructivas complejas^{7,42}.

2.2.13 Cáncer de mucosa yugal

La mucosa yugal es un tejido de superficie liso que se extiende desde la comisura bucal anterior hasta la encía retromolar posteriormente. La mucosa termina en el surco gingivobucal tanto en el maxilar como en la encía mandibular. Su único punto de referencia es la pápula del conducto de stenson opuesta al segundo molar superior. La tasa relativa a cinco años para los carcinomas de encía es del 59.5%, ligeramente mejor para las mujeres y marcadamente más baja para los pacientes de raza negra que para los pacientes de raza blanca^{1,7,9,19,21}. Los enfoques quirúrgicos para tratar el cáncer de mucosa yugal varían según el tamaño y la localización de la lesión primaria.

Las lesiones pequeñas pueden ser extirpadas con márgenes amplios a través de un enfoque transoral. Para las lesiones menos accesibles y más extensas, un enfoque de colgajo de mejilla abierta puede ser necesario^{46- 48}.

2.2.14 Histopatología

Cuanto más un tumor recapitula la presencia de la célula y/o capa de tejido de la que surge, mejor diferenciado es. Esta definición se aplica a casi todos los tumores malignos y tal vez es más aplicable a los tumores epiteliales escamosos. Un carcinoma epidermoide bien diferenciado es el que tiene una queratinización evidente y puentes intercelulares. La queratinización aparece como un material eosinófilo acelular como capas o aparece en el citoplasma de la célula como un depósito eosinófilo “vidrioso”. Los puentes intercelulares se ven mejor con una lupa de inmersión en aceite, pero se pueden ver en alta ampliación como líneas muy finas que caen al medio (afuera) de las células y conectan estas células entre sí. Mientras que un tumor se vuelve menos diferenciado, este pierde sus similitudes histológicas con su célula de origen^{1,2,4,5,7,21,35,41, 44, 45,47,48}. Un carcinoma mal diferenciado tiene poca, y si tiene, queratinización y presencia de puentes intercelulares se vuelve menos clara y ausente. En esta configuración la derivación directa del epitelio superficial y/o patrón general de crecimiento ayudan a definir este tumor como un carcinoma de células escamosas. Las mismas definiciones de diferenciación aplican para la glándula en formación en tumores malignos y tumores malignos mesenquimales^{1-5,7,41}. El grado histológico de un tumor depende de su diferenciación. Cuanto mejor diferenciado es un tumor, menor es su grado

histológico. Un carcinoma de células escamosas bien diferenciado se considera de grado I, mientras que un carcinoma de células escamosas mal diferenciado se considera de grado III, es lógico pensar que los tumores mejor diferenciados tienden a ser diploides de ADN o cercano a ADN diploide con una tasa de proliferación celular más baja (tiempo de duplicación) y ,mejor probabilidad de tener un comportamiento agresivo(recurrencia local-regional o metástasis) en comparación con tumores menos diferenciados y/o anaplásicos ^{1,2, 5- 7,17, 21, 32,47} .

2.2.15 Carcinoma verrucoso

El carcinoma verrugoso es una variante diferenciada de carcinoma de células escamosas con destructividad local, pero sin capacidades metastáticas. El CV afecta a los hombres más que a las mujeres y por lo general ocurre en la sexta y séptima década de la vida. El CV puede ocurrir en cualquier parte del tracto aerodigestivo superior. Los sitios más comunes de ocurrencia en orden descendente incluyen la cavidad oral, la laringe, la fosa nasal, el tracto nasosinusal, y la nasofaringe. Los síntomas varían según el sitio: ronquera laríngea es la queja más común, los síntomas menos frecuentes incluyen la obstrucción de las vías respiratorias, hemoptisis, disfagia: masa en la cavidad oral con o sin dolor; obstrucción del tracto respiratorio nasosinusal. La cavidad oral es donde más comúnmente surgen los CV, en la mucosa bucal y la encía. La etiología del CV sigue siendo especulativa e incluye el consumo o masticar tabaco ^{5- 8-,10,22,37, 41, 42} .

2.2.16 Carcinoma papilar

El carcinoma papilar representa un subtipo raro, pero distintivo de la demografía de carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello. Las demografías de este subtipo de CCE son similares a los de un CCE convencional con tendencia a afectar a los hombres más que a las mujeres y que se producen en los adultos con una edad media en la séptima década de vida. El CCEP, prevalece en la laringe, la cavidad oral, la oro y la hipofaringe, y el tracto nasosinusal. La laringe es el lugar más frecuente de aparición. Los síntomas varían de acuerdo con el sitio de afección, suele reaparecer sin la identificación de la coexistencia de lesión benigna como un papiloma, aunque se han reportado en asociación con el papiloma precursor o aparición en pacientes con historia previa de un papiloma.^{37, 41,42}

2.2.17 Carcinoma de células fusiformes

El carcinoma de células fusiformes se define como un tumor compuesto convencional de carcinoma invasivo o in situ asociado con un componente Del estroma maligno de células fusiformes. Se han incluido sinónimos como carcinoma sarcomatoide, carcinosarcoma, carcinoma pleomórfico, carcinoma metaplasico, tumor de colisión, pseudosarcoma y tumor de Lane. La terminología preferida es el carcinoma escamoso de células fusiformes.

La mayoría de CCF se presenta en hombres 85% con mayor frecuencia en la sexta y octava década de vida. El CCF puede ocurrir en cualquier parte de tracto aerodigestivo superior. Los sitios más comunes en orden decreciente de

ocurrencia incluyen la laringe, la cavidad oral (labios, lengua, encía, suelo de boca y mucosa bucal), la piel, la amígdala y la faringe ^{1,5,8, 37,41,42,46,48}.

2.2.18 Carcinoma basaloide

El carcinoma de células escamosas de células basaloide es una variante de alto grado de carcinoma de células escamosas con predilección a la laringe supraglótica, la hipofaringe, la base de la lengua y la amígdala palatina. El CCECB se caracteriza histológicamente por una neoplasia invasiva compuesta de células basaloide íntimamente asociadas ya sea con un epitelio escamoso displásico, carcinoma de células escamosas in situ y/o carcinoma de células escamosas invasivo. El CCECB es más frecuente y predominantemente en hombres que en mujeres, se produce entrando en la sexta y la séptima década de la vida. Estos tumores tienen una predilección por la hipofaringe, la laringe, y la lengua ^{1,5,8,37, 41,42, 46, 48}.

III.- Hipótesis

El cáncer oral y orofaríngeo es frecuente en los pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2007-2017.

IV.- Metodología

4.1.- Diseño de la investigación

El presente trabajo fue una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

- **Descriptivo** por que buscó describir las características de los paciente atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplasicas.⁵⁰
- **Retrospectivo** por que detalló hechos que ocurrieron antes del estudio, fueron evaluadas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplasicas.⁵⁰
- **Transversal** por que la recolección de datos fue realizada en un solo momento de la investigación.⁵⁰

4.2.- Población y muestra

La población estuvo conformada por las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007-2017.

Se trabajó con 379 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer oral y orofaríngeo, atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007-2017.

4.3.- Definición y operacionalización de variables

Variable	Definiciones conceptuales	Indicador	Valor final	Tipo	Escala
Cáncer oral y orofaríngeo	Los cánceres de la cavidad oral y farínge constituyen un problema de salud pública mundial grave. ¹³⁻¹⁴	Diagnóstico Histopatológico	Carcinoma epidermoide Carcinoma verrucoso	Catagórica	Nominal
Edad	Momento de la vida en el que surge o descansa alguna cualificación, poder o capacidad en particular. ⁵¹	DNI	0-9 años 10-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años 70-79 años 80-mas años	catagórica	Ordinal
Sexo	Interacción entre componentes biológicos complejos, tales como la genética, las hormonas y las respuestas cerebrales diferenciadas. ⁵¹	DNI	Masculino Femenino	Catagórica	Nominal
Localización anatómica	La localización anatómica es importante en anatomía porque es la posición de referencia para la nomenclatura anatómica. Los términos anatómicos como anterior y posterior, ⁵	Observación	Labio Lengua Piso de boca Paladar duro Encía sup/inf Mucosa yugal Amígdala Paladar blando	Catagórica	Nominal

4.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se procedió a pedir la autorización al instituto regional de enfermedades neoplásicas IREN-Norte, para la realización del trabajo de investigación, se explicó el propósito de la investigación. (**Anexo 2 y 3**)

Se esperó la respuesta del comité de ética y las correcciones del proyecto. (**Anexo 4**)

Una vez que se obtuvieron las correcciones, se levantaron y se volvió a enviar al departamento de investigación. Se esperó la respuesta por parte del comité con la autorización para la ejecución. (**Anexo 5**)

4.4.1.- Instrumentos de recolección de datos

Para el registro de datos se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada para este estudio. (**Anexo 1**)

Se registraron los siguientes datos:

- Numero de historia clínica
- Fecha de admisión
- Lugar de procedencia
- Edad.- distribución en 9 grupos etáreos
- Genero.- masculino/femenino
- Localización.- se consideran 10 zonas anatómicas
- Diagnostico histopatológico.- se consideran carcinoma epidermoide/carcinoma verrugoso

4.4.2.- Recolección de datos

Se solicitó al departamento de estadística un reporte impreso con datos de pacientes con diagnóstico de cáncer de cavidad oral y orofaringe durante el periodo 2007 – 2017, con esa base de datos se ingresó al archivo de historias clínicas para recolectar los datos solicitados en la ficha, una vez recolectados los datos de la ficha, se procedió a trasladarlos a una base de datos del programa Excel Microsoft y posteriormente fueron procesados por medio del programa estadístico SPSS versión 22.0, luego se procedió a la presentación de los resultados en cuadros y gráficos de acuerdo a los objetivos planteados.

Para el análisis de resultados se procedió a utilizar estadística descriptiva.

4.5.- Plan de análisis

La evaluación se realizó por medio de tablas y porcentaje.

4.6.- Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población
<p>¿Cuál es la frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo en pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas IREN-NORTE en el periodo 2007-2017?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo en pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas IREN-NORTE en el periodo 2007-2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo en pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas IREN-NORTE en el periodo 2007-2017, según edad.</p> <p>Determinar la frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo en pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas IREN-NORTE en el periodo 2007-2017, según sexo.</p> <p>Determinar la frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo en pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas IREN-NORTE en el periodo 2007-2017, según localización anatómica.</p>	<p>El cáncer oral y orofaríngeo es frecuente en los pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2007-2017.</p>	<p>Variable:</p> <p>Diagnóstico histopatológico</p> <p>Covariable:</p> <p>Edad</p> <p>Covariable:</p> <p>Sexo</p> <p>Covariable:</p> <p>Localización anatómica</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Nivel de la investigación</p> <p>Descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>El presente trabajo es una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.</p>	<p>La población fue conformada por las historias clínicas de pacientes atendidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas en el periodo 2007-2017.</p>

4.7.- Principios éticos

La presente investigación no realizó experimentos en humanos y animales, se tuvieron en cuenta los principios que rigen la actividad investigadora definidos en el código de ética para la investigación versión 001 de la ULADECH-Católica.⁵²

V.- Resultados

5.1.- Resultados

Tabla 1

Frecuencia de Cáncer Oral y orofaríngeo según diagnóstico histopatológico en pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.

IREN	Diagnóstico Histopatológico				Total
	Carcinoma Epidermoide		Carcinoma Verrucoso		
Norte	n	%	N	%	
	317	84	62	16	379

Fuente: Datos proporcionados por el investigador

De 379 casos encontrados el carcinoma epidermoide representó el 84% y el carcinoma verrucoso el 16%.

Gráfico 1

Frecuencia de Cáncer Oral y orofaríngeo según diagnóstico histopatológico en pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.

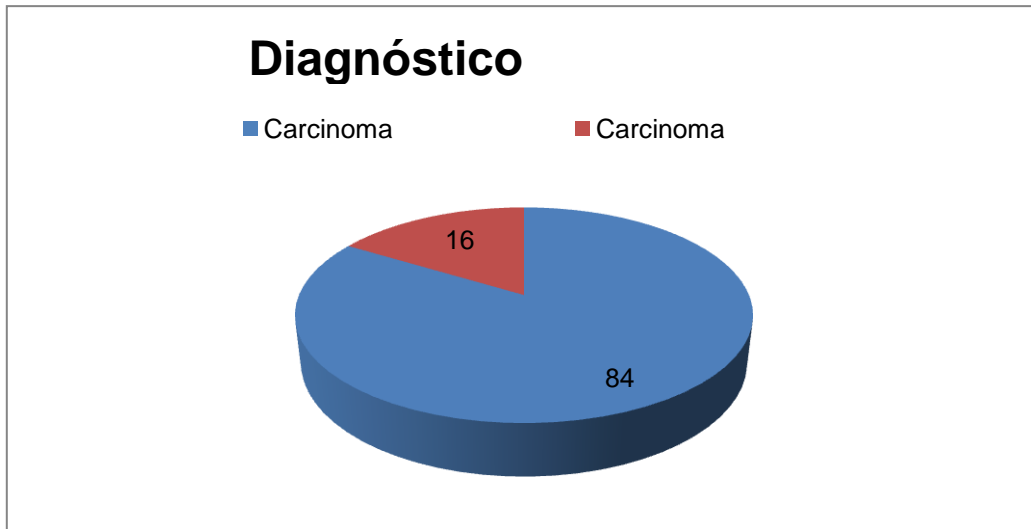


Tabla 2

Frecuencia de cáncer Oral y orofaringe según edad en pacientes atendidos en el instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.

											Total								
IREN	Edad																		
	0-9		10-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80 a +		
Norte	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	0	0	3	1	5	1	26	7	38	10	88	23	88	23	78	21	53	14	379

Fuente: Datos proporcionados por el investigador

La frecuencia más elevada de cáncer oral y orofaringe se presentó en el grupo de 50 a 59 y 60 a 69 años (23%). Luego, el grupo de 70 a 79 (21%); 80 a más (14%); 40 a 49 (10%); 30 a 39 (7%) y los grupos con menor frecuencia fueron el de 20 a 29 años (1%); 10 a 19 (1%) y el de 0 a 9 años (0%).

Gráfico 2

Frecuencia de Cáncer Oral y orofaríngeo según edad en pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.

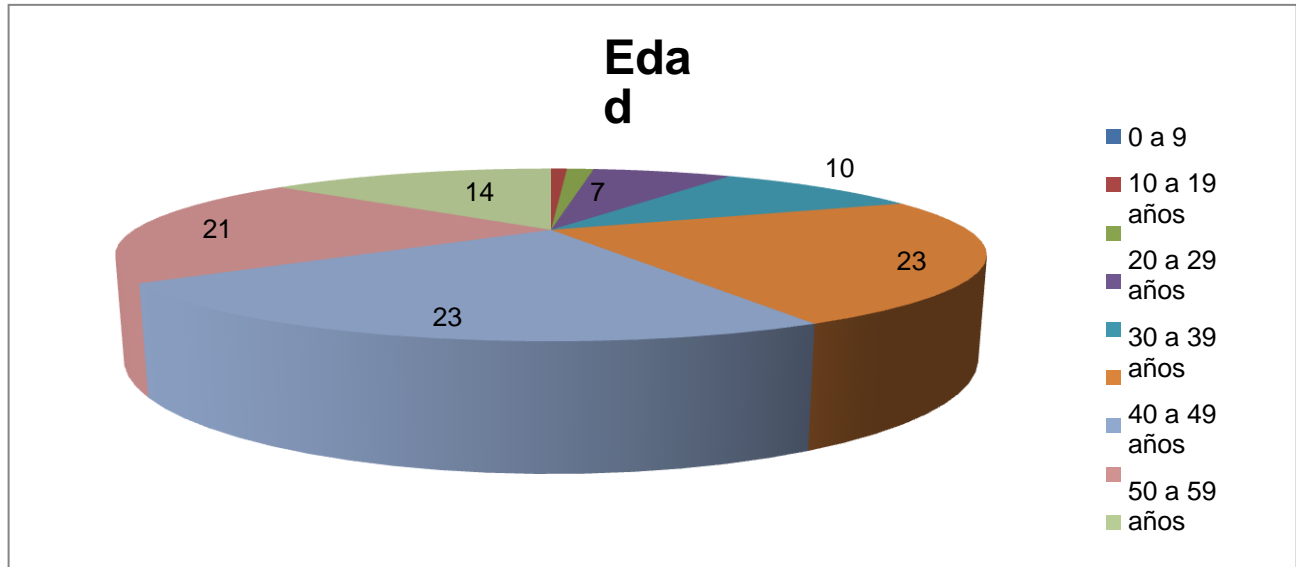


Tabla 3

Frecuencia de Cáncer Oral y orofaríngeo distribuidos según género en pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.

IREN	Sexo				Total
	Masculino	%	Femenino	%	
Norte	203	54	176	46	379

Fuente: Datos proporcionados por el investigador

La frecuencia más elevada de cáncer oral y orofaríngeo fue para el sexo masculino con 54% en comparación al sexo femenino que fue de 46%.

Gráfico 3

Frecuencia de Cáncer Oral y orofaríngeo según género en pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.

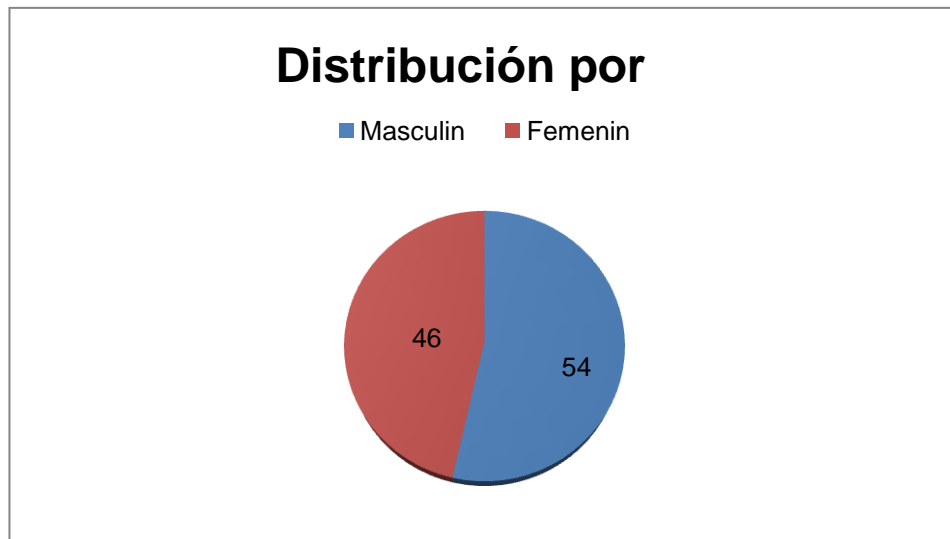


Tabla 4

Frecuencia de Cáncer Oral y orofaríngeo según localización anatómica en pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.

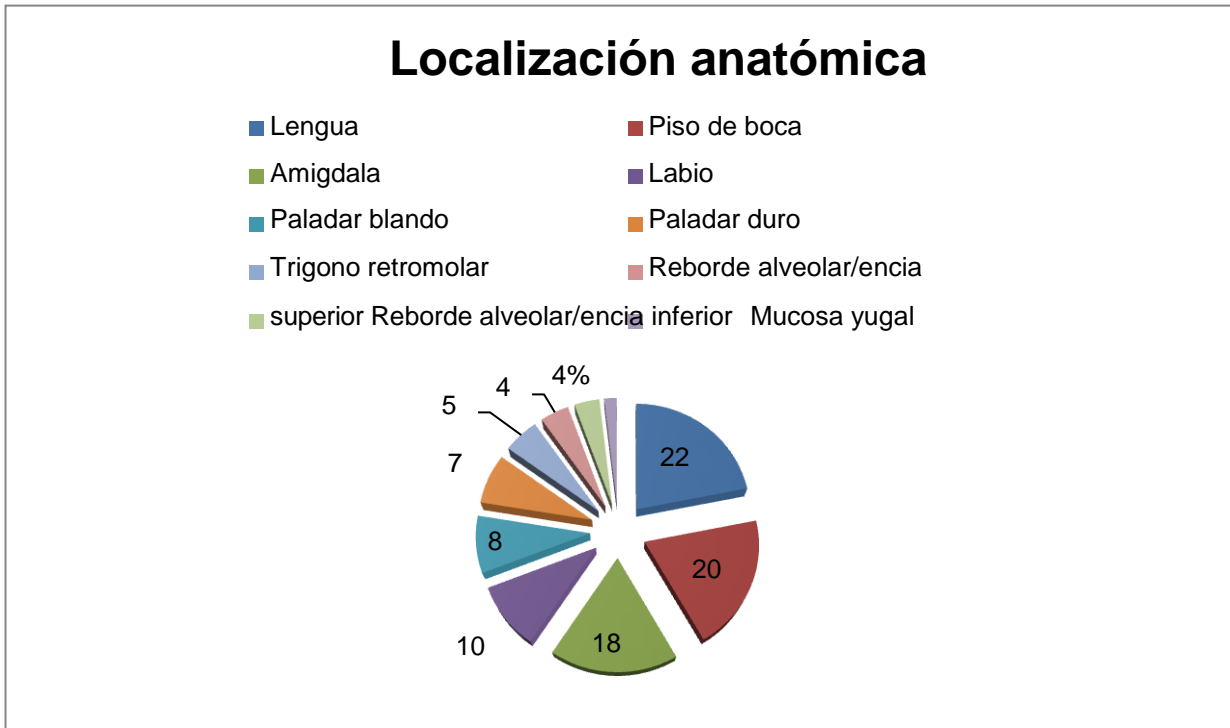
IREN-Norte	Localización anatómica	Número de casos	%
	Labio	37	10
	Lengua	83	22
	Piso de boca	75	20
	Paladar duro	28	7
	Reborde alveolar inferior	14	4
	Reborde alveolar superior	16	7
	Mucosa yugal	7	2
	Trígono retromolar	20	5
	Amígdala	67	18
	Paladar blando	32	8
	Total	379	100

Fuente: Datos proporcionados por el investigador

En relación a la localización anatómica del cáncer oral, la lengua es la zona que presentó la mayor frecuencia (22%), luego el piso de boca (20%), labio (10%), paladar duro (7%), trígono retromolar (5%), reborde alveolar superior (4%), reborde alveolar inferior (4%), y la menor ubicación la presentó la mucosa yugal (2%). En el cáncer de orofaringe la localización anatómica más frecuente es la amígdala (18%) y paladar blando (8%).

Gráfico 4

Frecuencia de Cáncer Oral y orofaringe según localización anatómica en pacientes atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007 – 2017.



5.2.- Análisis de resultados

El cáncer oral es una neoplasia agresiva que surge en la cavidad bucal y la orofaringe, es reconocida como el sexto cáncer más común^{6, 53-55}, según los datos epidemiológicos más recientes. Sin embargo, un aumento en la incidencia de cáncer de orofaringe también ha sido observado. Así mismo se ha informado una tendencia creciente en la incidencia de cánceres de orofaringe en otras poblaciones como Asia sur central y Europa^{12, 13,56-58}

En el presente estudio se describieron 379 historias clínicas con diagnóstico de cáncer oral y orofaríngeo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2007-2017.

En cuanto a los resultados obtenidos en relación al diagnóstico histopatológico el carcinoma epidermoide se presentó en el 84% de todos los casos y el carcinoma verrucoso en el 14%, estos resultados concuerdan a los obtenidos por Machicao C²² quien reportó el carcinoma epidermoide con una frecuencia del 91,4%; Quintana J⁵⁹ reportó el carcinoma epidermoide con una frecuencia del 86,4% y el carcinoma verrucoso con una frecuencia del 4,5%. Estos resultados explicarían por que el carcinoma epidermoide es la variante histopatológica más comúnmente encontrada a nivel mundial, representando el 90% de todas las neoplasias malignas de la cavidad bucal⁶⁰⁻⁶¹, en el presente estudio, el carcinoma de células escamosas representó el 84% de todos los cánceres orales. Esta cifra es inferior a varios estudios previos que informaron que el carcinoma de células escamosas representó el 91,4% Machicao C²², 86,4% Quintana J⁵⁹. Dichos autores analizaron una

población mayor que la utilizada en el presente estudio probablemente esta sea la razón de la diferencia en los resultados obtenidos.

El cáncer oral y orofaríngeo se distribuyó de la siguiente manera, los periodos más afectados fueron los de 50 a 59 años y 60 a 69 años. Estudios de frecuencia como los de Castillo S²³, Sacsquispe S²¹, Casinelli V⁵⁸, Quintana J⁵⁹, Zavala D⁶², La Rosa C⁶³, Agapito J⁶⁴, Avalos H⁶⁵, reportaron resultados similares al presente estudio; en los cuales encontraron los grupos etáreos 60-69 y 70-79 como la frecuencia más elevada. Los resultados encontrados en este estudio difieren a los obtenidos por Machicao C²², quien reportó al grupo de 71- 80 años con el 38%; Espetia G⁶⁶ encontró al grupo de 51-60 años con el 46.7%. Estos resultados se explicarían por los cambios que experimenta la mucosa oral con el paso de los años, la alta tasa de frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo en personas mayores de 40 años, sería por que la mucosa se vuelve más vulnerable frente a agentes catalogados como carcinógenos como el tabaco y el alcohol, a esto se suma la poca capacidad de la mucosa bucal de reparar daños producidos², esto explicaría la coincidencia de todos los antecedentes revisados los cuales reportaron frecuencias elevadas en individuos mayores de 40 años.

En el presente estudio se encontró una mayor prevalencia en el sexo masculino con un 54% comparado con el 46% encontrado en el sexo femenino. Los resultados del presente estudio coinciden con los encontrados en los estudios de Casinelli V⁵⁸, Castillo S²⁴, La Rosa C⁶³ y Quintana J⁵⁹ en los cuales predominó el sexo masculino con un rango de 52 al 59% y de Machiacao C²², Espetia G⁶⁶, Garcia M⁶⁷, Ariosa J⁶⁸ y González F⁶⁹ quienes encontraron rangos superiores al 70%. Los resultados del

presente estudio no coinciden con los de Sacsquispe S²¹, Zavala D⁶², Agapito J⁶⁴, Avalos H⁶⁵ y Urresti J⁶¹ quienes reportaron una frecuencia elevada para el sexo femenino con rangos del 52 al 57%. Estos resultados se explicarían por la contribución particular del tabaquismo y el alcohol como factores etiológicos, estos factores etiológicos serían la posible causa de incremento de cáncer oral y orofaríngeo entre hombres y mujeres, ya que en los últimos años el sexo femenino incremento los hábitos de consumo de alcohol y tabaco⁵⁵.

En cuanto a localización anatómica, (Tabla 4), se encontró una mayor frecuencia en la lengua, con un 22% seguido de piso de boca 20% y labio 10%.

Datos coincidentes son los reportados por Sacsquispe S²¹, Cassinelli V⁵⁸, Zavala D⁶², la Rosa C⁶³, Agapito J⁶⁴ y urresti J⁶¹, quienes reportaron la lengua como la zona de mayor frecuencia, seguido se encontró al piso de boca y paladar. A diferencia de los datos reportados por Machicao C²² quien encontró el maxilar superior como la zona de mayor frecuencia seguido por la lengua. Las razones por las cuales la lengua y la mejilla son los sitios de predilección para el cáncer oral son por que los carcinógenos en la cavidad oral que se mezclan con la saliva tienden a acumularse en el fondo de la boca y estos sitios están cubiertos por una mucosa delgada y no queratinizada. Como consecuencia, proporcionan menos protección contra el carcinógeno⁷⁰⁻⁷².

Los resultados obtenidos en el presente estudio demostraron que el cáncer oral y orofaríngeo tiene una alta frecuencia en la ciudad de Trujillo.

VI.- Conclusiones

1. El carcinoma epidermoide representó el 84% de los casos y el carcinoma verrucoso el 16%.
2. Un 23% de los casos de cáncer oral y orofaringe se presentó en personas de 50 a 59 y 60 a 69 años, siendo el período de vida más afectado.
3. En cuanto al sexo, el cáncer oral y orofaringeo presentó la frecuencia más elevada para el sexo masculino con 54%, en comparación al sexo femenino que fue de 46%.
4. En cuanto a la localización anatómica, el cáncer oral se distribuyó de la siguiente manera: en la lengua 22%, piso de boca 20% y labio 10%, y el cáncer orofaringeo se distribuyó de la siguiente manera: en amígdala 18% y paladar blando 8%.

Recomendaciones

1. Se recomienda llevar a cabo investigaciones que determinen, prevalencia, supervivencia a cinco años y factores etiológicos de cáncer oral y orofaringeo en otros hospitales de nuestra localidad con la finalidad de lograr un mejor control epidemiológico de esta patología.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. The global burden of disease. 2004 update. Geneva: WHO; 2008.
2. García V, Bascones A. Cáncer Oral: Puesta al día. Av Odontoestomatol. 2009; 25(5).
3. Solidoro A. Pobreza, inequidad y cáncer. Acta Méd Per. 2010; 27(3).
4. Ramos W, Venegas D. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. 1ra edición. Lima: ASKHA EIRL; 2013.
5. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Patología oral y maxilofacial. 2ª ed. Filadelfia (PA): Saunders; 2002.
6. Boyle P, Levin B. Informe mundial sobre el cáncer 2008: 2. Lyon Cedex (FR): IARC Press, Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; 2008.
7. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimaciones de la carga mundial de cáncer en 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer. 2010; 127: 2893–28917.
8. Warnakulasuriya S. Epidemiología global del cáncer oral y orofaríngeo. Oncol oral. 2009; 45: 309–316.
9. Conway D, Stockton D, Warnakulasuriya K, Ogden G, Macpherson L. Incidencia de cáncer oral y orofaríngeo en Reino Unido (1990-1999): tendencias recientes y variación regional. Oncología oral 2006; 42: 586–592.
10. Braakhuis BJ, Visser O, Leemans CR. Cáncer oral y orofaríngeo en The Netherl y entre 1989 y 2006: aumento de la incidencia, pero no en adultos jóvenes. Oncol oral. 2009; 45: e85 – e89.

11. Yako-Suketomo H, Matsuda T. Comparación de las tendencias temporales en la mortalidad por cáncer de labio, cavidad oral y faringe (1990-2006) entre los países según la base de datos de mortalidad de la OMS. *J J Clin Oncol.* 2010; 40: 1118-1119.
12. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Incidencia y mortalidad por cáncer en todo el mundo: IARC CancerBase No 10. Lyon (FR): Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; 2010. p. 2010. 29.
13. Amézaga JA, Herrero LB, Zubizarreta JIP, Rodríguez JCM, Simón LR, Subirats JG, et al. Eficacia diagnóstica de la biopsia del ganglio centinela en el carcinoma oral de células escamosas. Estudio de cohortes y metaanálisis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007; 12: E235 – E243.
14. Chitapanarux I, Lorvidhaya V, Sittitrai P, Pattarasakulchai T, Tharavichitkul E, Sriuthaisiriwong P, et al. Cánceres de la cavidad oral a una edad temprana: análisis de las características del paciente, el tumor y el tratamiento en el Hospital Universitario de Chiang Mai. *Oncología oral* 2006; 42: 82–87.
15. Llewellyn C, Johnson NW, Warnakulasuriya K. Factores de riesgo para el cáncer oral en pacientes recién diagnosticados de 45 años o menos: un estudio de casos y controles en el sur de Inglaterra. *J Oral Pathol Med.* 2004; 33: 525–532.
16. Boyle P, Macfarlane G, Maisonneuve P, Zheng T, Scully C, Tedesco B. Epidemiología del cáncer de boca en 1989: una revisión. *J R Soc Med.* 1990; 83: 724–730.
17. García A. Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015. [tesis para obtener título profesional]. Trujillo – Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2018.

18. Andía L. Prevalencia de cáncer oral en pacientes atendidos en el I.R.E.N. Sur Arequipa 2010 al 2016. [tesis para obtener título profesional]. Arequipa – Perú: Universidad Alas Peruanas; 2017.
19. García L. Prevalencia de cáncer en mucosa oral en el servicio de estomatología quirúrgica del Hospital nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2008 al 2012. [tesis para obtener título profesional]. Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2014.
20. García A. Prevalencia de carcinoma epidermoide oral en pacientes de dos hospitales de salud pública – Perú en el periodo 2006 – 2009 [tesis para obtener título profesional]. Lima – Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2010.
21. Sacsquispe S, Asurza J. El cáncer de la cavidad oral en la población peruana. Actual. Odontol. Salud.2004; 1(2):32-35.
22. Machicao C. Tratamiento quirúrgico del carcinoma epidermoide en cavidad oral. Lima UNFV 1996.
23. Castillo S. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral adherida a periostio en el INEN (1980 – 1989). Lima: UPCH 1993.
24. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. CA: a cancer journal for clinicians. 2013;63:11–30.
25. Argiris A, Karamouzis MV, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. Lancet. 2008;371:1695–1709.
26. Mydlarz WK, Hennessey PT, Califano JA. Advances and Perspectives in the Molecular Diagnosis of Head and Neck Cancer. Expert opinion on medical diagnostics. 2010;4:53–65.

27. Da Silva SD, Ferlito A, Takes RP, Brakenhoff RH, Valentin MD, Woolgar JA, et al. Advances and applications of oral cancer basic research. *Oral oncology*. 2011;47:783–791.
28. Hall SF, Groome PA, Rothwell D, Dixon PF. Using TNM staging to predict survival in patients with squamous cell carcinoma of head & neck. *Head & neck*. 1999;21:30–38.
29. Gupta PC, Murti PR, Bhonsle RB, Mehta FS, Pindborg JJ. Effect of cessation of tobacco use on the incidence of oral mucosal lesions in a 10-yr follow-up study of 12,212 users. *Oral Dis* 1995;1:54-8.
30. Warnakulasuriya KA, Johnson NW, Linklater KM, Bell J. Cancer of mouth, pharynx and nasopharynx in Asian and Chinese immigrants resident in Thames regions. *Oral Oncol* 1999;35:471-5.
31. Scully C, Field JK, Tanzawa H Genetic aberrations in oral or head and neck squamous cell carcinoma (SCCHN): 1. Carcinogen metabolism, DNA repair and cell cycle control. *Oral Oncol* 2000;36:256-63.
32. Axell T Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20,333 adult Swedish people. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;15:46-51.
33. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Tobacco habits other than smoking; betel- quid and areca-nut chewing; and some areca-nut-derived nitrosamines. Vol. 37. Lyon: IARC; 1985. p. 188.
34. Jafarey NA, Mahmood Z, Zaidi SH. Habits and dietary pattern of cases of carcinoma of the oral cavity and oropharynx. *J Pak Med Assoc* 1977;27:340-3.
35. IARC IARC Monographs Programme Declares Second-Hand Smoke Carcinogenic To Humans. 2002; IARC Press Release No. 141.

36. Keller AZ. Residence, age, race and related factors in the survival and associations with salivary tumors. *Am J Epidemiol* 1969;90:269-77.
37. Negri E, Franceschi S, Bosetti C, Levi F, Conti E, Parpinel M, *et al.* Selected micronutrients and oral and pharyngeal cancer. *Int J Cancer* 2000;86:122-7.
38. James PD, Ellis IO. Malignant epithelial tumors associated with autoimmune sialadenitis. *J Clin Pathol* 1986;39:497-502.
39. Karja I, Syrjanen S, Usenius T, Vornanen M, Collan Y. Oral cancer in children under 15 years of age: A Clinicopathologic and Virological study. *Acta Otolaryngol Suppl* 2008;449:145-9.
40. Sankaranarayanan R, Mathew B, Varghese C, Sudhakaran PR, Menon V, Jayadeep A, *et al.* Chemoprevention of oral leukoplakia with vitamin A and beta carotene: An assessment. *Oral Oncol* 1997;33:231-6.
41. Lambert R, Sauvaget C, de Camargo Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011;23(8):633–41.
42. Moore SR, Pierce AM, Wilson DF. ‘Oral cancer’--the terminology dilemma. *Oral Dis.* 2000;6(3):191–3.
43. Cleveland JL, Junger ML, Saraiya M, Markowitz LE, Dunne EF, Epstein JB. The connection between human papillomavirus and oropharyngeal squamous cell carcinomas in the United States: implications for dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2011;142(8):915–24
44. Tanaka T, Ishigamori R. Comprendiendo la carcinogénesis para combatir el cáncer oral. *J Oncol.* 2011; 2011: 603740.

45. Fukuda M, Ohmori Y, Sakashita H. El papel del microambiente tumoral en el cáncer oral. En: Biswas S, editor. Microambiente tumoral y células mielomonocíticas. InTech; 2012.
46. Curry JM, Sprandio J, Cognetti D, Luginbuhl A, Bar-ad V, Pribitkin E, Tuluc M. Microambiente tumoral en el carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello. *Semin Oncol*. 2014; 41: 217–234.
47. Feller LL, Khammissa RR, Kramer BB, Lemmer JJ. Carcinoma oral de células escamosas en relación con la precancerización de campo: patobiología. *Cáncer de células int*. 2013; 13: 31.
48. Merlo LM, Pepper JW, Reid BJ, Maley CC. El cáncer como proceso evolutivo y ecológico. *Nat Rev Cáncer*. 2006; 6: 924–935.
49. Hanahan D, Weinberg RA. Los distintivos del cáncer. *Célula*. 2000; 100: 57–70.
50. Hernandez S, Fernandez C, Baptista L. Metodología e La investigassem. 6ª ed. México D.F: Hc Graw-Hill; 2014.
51. Pérez T, Bautista P. El significado del sexo: edad y sexo como características determinantes. En: conference: xv congreso mexicano de psicología social y vii congreso mexicano de relaciones personales [internet]. Yucatán: at Mérida; 2014 [citado 24 enero 2020]. pp. 2–9. disponible en: https://www.researchgate.net/publication/310517170_el_significado_delsexo_edad_y_sexo_como_caracteristicas_determinantes
52. Ley N° 0108. Código de ética para la investigación, Chimbote, Perú, 25de enero de 2016.

53. Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Encuesta sobre el conocimiento y las opiniones de los dentistas de los EE. UU. Sobre el cáncer faríngeo oral. *J Am Dent Assoc.* 2000; 131: 653–661.
54. Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. Cáncer oral: características clínicas. *Oncol oral.* 2010; 46: 414–417.
55. Markopoulos AK. Aspectos actuales del carcinoma oral de células escamosas. *Open Dent J.* 2012; 6: 126–130.
56. Rivera C, Venegas B. Aspectos histológicos y moleculares del carcinoma oral de células escamosas (Revisión) *Oncol Lett.* 2014; 8: 7–11.
57. Patel SG, Shah JP. Estadificación TNM de los cánceres de cabeza y cuello: la uniformidad entre la diversidad. *CA Cancer J Clin.* 2005; 55: 242–258. cuestionario 261-242, 264.
58. Cassinelli V. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral libre en el INEN (1980-1989). Lima: UPCH 1993
59. Quintana J. Estudio sobre los tumores malignos maxilofaciales. *Revista Cubana Estomatológica* Vol. 35 n. 2: 43-48.1998.
60. Ackerman LV. Verrucous carcinoma of oral cavity. *Surgery.* 1948;23:670–678
61. Urresti J. Frecuencia y distribución del cáncer oral en adultos mayores. Lima: UPCH, 2003.
62. Zavala D. Frecuencia y distribución del carcinoma epidermoide oral en el INEN (1990-1998). Lima UNFV 1999.
63. La Rosa C. Estudio epidemiológico de los tumores malignos de origen epitelial en mucosa oral y orofaringe en el INEN (1985-1998). Lima UNFV 2000.

64. Agapito J. Frecuencia del carcinoma epidermoide de la cavidad oral en sujetos evaluados en el INEN (1990-1998). Lima UPCH 2003.
65. Avalos H. Frecuencias de neoplasias malignas de la cavidad oral según su tipo y la ocupación en sujetos evaluados en el INEN (1990-1999). Lima UPCH 2003.
66. Espetia G. Prevalencia de carcinoma epidermoide que compromete el seno maxilar en el HNDM (enero 1990 – julio 1997). Lima UNFV 1998.
67. García, M.; Lence, J.; Sosa, M. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). Revista Cubana Oncológica Vol. 15 n. 2: 114-18.1999.
68. Ariosa, J; Gonzáles, F.; Rodríguez, G. Cáncer bucal. Estudio de cinco años. . Revista Médica Electrónica. Cuba 2006;28 (6).
69. Gónzalez, F.; Rodríguez, G.; Ariosa, J. Mortalidad por cáncer bucal. Municipio de Cárdenas. Año 2005 Revista Médica Electrónica. Cuba 2006;28 (6).
70. Quintana J. Estudio sobre los tumores malignos maxilofaciales. Revista Cubana Estomatológica Vol. 35 n. 2: 43-48.1998.
71. Schwartz RA. Verrucous carcinoma of the skin and mucosa. J Am Acad Dermatol. 1995;32:1–21.
72. Johnson NW. Orofacial neoplasms: Global epidemiology, risk factors and recommendations for research. Int Dent J. 1991;41:365–75.

Anexo 1

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

FRECUENCIA DE CÁNCER ORAL Y OROFARINGEO SEGÚN GÉNERO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS EN EL PERIODO 2007 – 2017.

Nº.....

Nº HC.....

Edad

De 0 a 9 años ()	De 10 a 19 años ()	De 20 a 29 años ()
De 30 a 39 años ()	De 40 a 49 años ()	De 50 a 59 años ()
De 60 a 69 años ()	De 70 a 79 años ()	De 80 a más años ()

Sexo

Masculino () Femenino ()

Localización

Labio () Lengua () Suelo de la boca ()
Paladar duro () Reborde alveolar/encía sup. () inf. ()
Mucosa yugal () Trígono retromolar () Paladar blando ()
Amígdala ()

Diagnóstico histopatológico

- Carcinoma Epidermoide ()
- Carcinoma verrugoso ()

Comentarios.....

Anexo 2

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

SOLICITO: Carta de presentación, para
ejecutar mi Trabajo de Investigación

Sr. CD. JOSE ANTONIO PAREDES CALDERÓN
COORDINADOR DE CARRERA – ODONTOLOGIA ULADECH CATOLICA

Yo, **Rolando Javier Cisneros Chunga**, identificada con DNI N°70754995 código universitario N°
1810110008 de la escuela profesional de odontología; de la ULADECH católica ante usted con
el debido respeto me presento y expongo:

Llevando el curso de tesis III debo desarrollar mi trabajo de investigación titulado:
"FRECUENCIA DE CANCER ORAL Y OROFARINGE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS PERIODO 2007 - 2017"

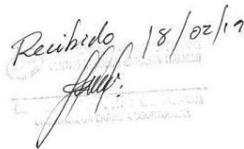
Este se desarrollara en el **Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos
Ganoza" (IREN-Norte)**. Dirigido al Dr. Marco Antonio Gálvez Villanueva, cuyo cargo es:
Dirección ejecutiva.

Sin otro particular me despido.

Trujillo, febrero del 2019

Atentamente


ROLANDO JAVIER CISNEROS CHUNGA
DNI N°70754995

Recibido 18/02/19


Anexo 3



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FILIAL TRUJILLO
CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

Trujillo, 21 de febrero del 2019

Dr. Marco Antonio Gálvez Villanueva
Director Ejecutivo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN NORTE.

Presente

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente en mi condición de Coordinador de carrera de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Filial Trujillo. Siendo el motivo de la presente manifestarle que, en el marco del cumplimiento curricular de la carrera profesional de odontología, en el curso de Tesis III, nuestro alumno CISNEROS CHUNGA, Rolando Javier, debe llevar acabo el desarrollo de su proyecto de tesis titulado "FRECUENCIA DE CÁNCER ORAL Y OROFARINJE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS PERIODO 2007-2017". Así mismo para realizar el presente trabajo ha sido seleccionada su digna institución, por lo cual se solicita el permiso respectivo para que nuestro alumno pueda ejecutar con toda normalidad su proyecto de tesis en las instalaciones de la institución que dignamente usted dirige.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



Calle Aguamarina N°161 - 165 - Urb. San Inés - Trujillo - Perú
Teléfonos: (044) 600569 / 600568
Cel: 944425768
www.uladech.edu.pe

Anexo 4



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

INFORME N° 022 -2019- CIEI-IREN NORTE

A : Sr. Rolando Javier Cisneros Chunga
Autor del Proyecto de Investigación

De : Dra. Patricia Coral Gonzales
Presidenta Comité de Ética en Investigación - IREN Norte

Referencia : Registro Tramite N° 1481-19

Asunto : Recomendaciones a Proyecto de Investigación

Fecha : Trujillo, 15 de Abril de 2019

Por el presente, saludo a usted cordialmente y a la vez informarle que El Comité Institucional de Ética en Investigación del IREN Norte, durante sesión de fecha 28 de Marzo del presente año, ha revisado el proyecto de investigación presentado por usted titulado: "FRECUENCIA .DE CANCER ORAL Y OROFARINGE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS PERIODO 2007-2017" y ha presentado las siguientes observaciones:

- ✓ No presento resumen del proyecto.
- ✓ En antecedentes científicos usa referencias antiguas de los años 1993 y 1996.
- ✓ Replantear el ítem de Principios Éticos considerando confidencialidad de los datos de los pacientes.
- ✓ Corregir algunos aspectos de forma en la redacción del marco teórico.

Se le sugiere levantar las observaciones presentados a su proyecto y presentar 2 nuevos ejemplares (versión 2.0) y un CD con la nueva versión para su aprobación.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,

Dra. Aida Patricia Coral Gonzales
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Dr. Luis Pinillos Ganosa" IREN NORTE

PCG/mgd
c.c. Archivo

Anexo 5



JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

38
Fruita y alba

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"

Trujillo, de Mayo del 2019

OFICIO N° 567 - 2019 - GRLL-GGR/GS-IREN NORTE-DE-CIEI

Sr:

Rolando Javier Cisneros Chunga

Alumno de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote

Presente.-

Asunto : Autorización de Ejecución de Proyecto de Investigación

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo le informo que contando con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, esta Dirección Ejecutiva **AUTORIZA LA EJECUCION** del Proyecto de Investigación titulado: **"FRECUENCIA DE CANCER ORAL Y OROFARINGE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS PERIODO 2007-2017"**, presentado por su persona para Obtener el Título de Cirujano Dentista, de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, al haber cumplido con los criterios metodológicos, lingüísticos y requisitos éticos para su **ESTUDIO descriptivo, retrospectivo y transversal**.

Así mismo, se precisa a usted que deberá cumplir con presentar a esta institución un (01) ejemplar impreso empastado y en formato electrónico (CD) del Informe final de su trabajo de investigación para su inclusión en nuestra Biblioteca Institucional.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



REGIONAL LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Marco Antonio Gálvez Villanueva
DIRECTOR EJECUTIVO
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Dr. Luis Pinillo Gancedo" IREN NORTE

MGV/REG/RCT
Cc.: Archivo/CIE/S.INV.

Adjunto: 3 folios

Reg. Documento:

Reg. Expediente:

"Justicia Social con Inversión"

Panamericana Norte Km. 558 - Moche, 253161
Página Web: www.irenorte.gob.pe, Twitter, Facebook