

Clínica Estomatológica Docente de Artemisa

ESTUDIO SOBRE LOS TUMORES MALIGNOS MAXILOFACIALES

Dr. Juan Carlos Quintana Díaz¹

RESUMEN: Se realizó un análisis durante el trienio 1994-1996 y se estudiaron los tumores malignos de la región maxilofacial tratados en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa. El sexo masculino fue más afectado que el femenino, los tumores de la piel fueron los más frecuentes, afectaron en elevado porcentaje a los pacientes de tez blanca, y el carcinoma basocelular fue el tipo histológico que más se observó. En cuanto a la localización más frecuente en la cavidad bucal fue el labio inferior, y el tipo histológico que más predominó fue el carcinoma epidermoide. El 3 % de todos los tumores encontrados correspondieron con metástasis, que debutaron por la zona bucofacial.

Descriptores DeCS: **NEOPLASMAS MAXILOMANDIBULARES/prevenición & control; NEOPLASMAS CUTÁNEOS/prevenición & control; NEOPLASMAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES/prevenición & control; NEOPLASMAS DE LA BOCA/prevenición & control; CARCINOMA BASOCELULAR/prevenición & control; CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS/prevenición & control; METASTASIS DEL NEOPLASMA.**

Los neoplasias malignas de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes, incluyendo la piel facial y las glándulas salivares, constituyen lesiones de características variables que ocupan una de las 10 primeras localizaciones del cáncer en el mundo.^{1,2}

El diagnóstico temprano de estas lesiones tiene una gran importancia, pues estos tumores son una amenaza potencial para la salud del paciente. Es por ello que es necesario que nuestro personal estomatológico posea los conocimientos suficientes en cuanto a las características clínicas y síntomas de dichas lesiones, de forma tal que le

permitan diagnosticarlas en sus estadios incipientes, y así indicar un tratamiento adecuado que garantice una prolongación de la vida de cada paciente.³⁻⁵

Actualmente se reporta una alta frecuencia de cáncer bucal en los países de Asia Sudoriental, lo que constituye un grave problema de salud donde se describe un dramático aumento de la mortalidad e incremento en el sexo femenino. En la India y Srilanka del 35 al 40 % de todos los tumores son de la cavidad bucal.²

En cuanto al cáncer cutáneo, se comporta de manera similar en Cuba como en el

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor del ISCM-H.

resto del mundo; ocupa el primer lugar en los hombres y el tercero en las mujeres, y a su aparición se relaciona con ocupaciones al aire libre y mucha exposición a los rayos del sol.⁶⁻⁹

En Cuba desde 1985 se ha puesto en práctica el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal (PDCB), respaldado por el Ministerio de Salud Pública, cuya actividad fundamental radica en el examen anual del complejo bucal a los sujetos de 15 años y más que acudan a consulta estomatológica y en actividades de terreno. Los pacientes sospechosos se remiten al Servicio de Cirugía Maxilofacial, y los que así lo requieran, a los servicios y hospitales oncológicos del país. Debe señalarse además, que recientemente se ha incorporado a estas actividades al médico de familia para el pesquisaje masivo de estas lesiones, lo que hace a esta actividad un vehículo para materializar la disminución de la morbilidad y de la mortalidad del cáncer de la boca y la región facial, lo cual se ha demostrado en nuestro país desde el inicio de la ejecución de este plan a diferencia de otros países, donde existe un incremento de estas lesiones.^{2-4,10}

Por los antecedentes expuestos anteriormente y la importancia de valorar cómo se comportan en nuestro medio las neoplasias malignas en la región maxilofacial de nuestro municipio Artemisa, localidad donde existe una elevada cantidad de personas dedicadas a trabajos con considerable exposición al sol y donde no existen antecedentes de trabajos investigativos de este tipo, nos decidimos a realizar esta investigación en los años 1994-1996, y así poder comparar en el futuro cómo se comporta y se controla esta afección. Planteamos como objetivo determinar el comportamiento de los tumores malignos faciales en cuanto a edad, sexo, raza, localización y tipo histológico en el municipio entre los años 1994 y 1996.

Métodos

Para la realización de este estudio, se tuvo en cuenta como universo de trabajo a todos los pacientes del municipio Artemisa a los que se les diagnosticó, por medio de un estudio histopatológico, que presentaban algún tipo de neoplasia maligna en la región maxilofacial, en el trienio 1994-1996. Para la recopilación de la información se creó un formulario donde se reflejaron las variables siguientes: edad, sexo, raza, localización anatómica y diagnóstico histopatológico. Para esto nos apoyamos en la ayuda de los Departamentos de Archivo y el de Anatomía Patológica de la Facultad de Estomatología de La Habana, donde se examinaron las láminas de todos los pacientes estudiados.

La información se llevó a formularios resúmenes para facilitar el análisis de la información y la confección de las tablas de salida, para lo cual se utilizó como método estadístico el cálculo porcentual, con la ayuda de un bioestadístico.

Resultados

En la tabla 1 observamos que hubo un predominio de pacientes con tumores malignos de la región facial en el sexo masculino, con 78 casos (58,2 %) contra el 41,8 % en el femenino. A medida que aumentó la edad en ambos sexos aumentó el número de pacientes; sólo se reportaron 5 casos en menores de 40 años, por lo que más del 95 % de los pacientes se encontraba por encima de esta edad. El grupo más afectado fue el de mayores de 70 años.

En las tablas 2 y 3 exponemos la relación con la localización de los tumores, además de sexo y edad. El mayor número de casos se corresponde con los tumores de la piel, con el 79 %; le sigue en orden la cavidad bucal, las glándulas salivares y el cuello en su región lateral.

TABLA 1. Distribución de pacientes según la edad y el sexo

Edades(años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 30	-	-	1	0,8	1	0,8
De 30 a 39	3	2,2	1	0,8	4	3,0
De 40 a 49	10	7,5	7	5,2	17	12,7
De 50 a 59	7	5,2	9	6,7	16	11,9
De 60 a 69	20	15,0	15	11,2	35	26,2
Más de 70	38	28,3	23	17,1	61	45,4
Total	78	58,2	56	41,8	134	100

TABLA 2. Distribución según localización y sexo

Localización	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Piel facial	63	46,9	43	32,1	106	79,0
Cavidad bucal	13	9,7	9	6,7	22	16,4
Glándulas salivales	1	0,8	3	2,2	4	3,0
Cuello	1	0,8	1	0,8	2	1,6
Total	78	58,2	56	41,8	134	100

Al analizar la tabla 4 encontramos que el 95,4 % de los casos correspondió a los pacientes de la raza blanca, del cual el 78,2 % estaba localizado en la piel facial, por la estrecha relación que tienen estas lesiones

TABLA 3. Distribución según localización del tumor y la edad

Edades (años)	Localización					No.	%
	Piel facial	Cavidad bucal	Glándula salival	Cuello			
Menos de 30	1	-	-	-	-	1	0,8
De 30 a 39	2	1	-	1	-	4	3,0
De 40 a 49	15	2	-	-	-	17	12,7
De 50 a 59	12	3	1	-	-	16	11,9
De 60 a 69	25	9	1	-	-	35	26,2
Más de 70	51	7	2	1	-	61	45,4
Total	106	22	4	2		134	100

en los pacientes de tez blanca y la exposición a los rayos solares.

En la tabla 5 se exponen las localizaciones más frecuentes de los tumores malignos de la cavidad bucal según nuestro estudio; el primer lugar corresponde al labio inferior con 10 casos (45,4 %), seguido de la lengua y la encía superior, con el 13,6 % cada una.

En la tabla 6 se observa que las zonas más expuestas a los rayos del sol fueron las 2 zonas más afectadas: la nasal con el 34,9 % y la nasogeniana con el 11,3 %, lo que corresponde a más del 45 % del total de los casos estudiados.

Según se expone en la tabla 7, el carcinoma basocelular en la piel fue el tipo histológico más frecuente, aunque se encontraron 2 casos con ese tipo de lesión en el labio superior; el carcinoma epidermoide fue el segundo en frecuencia con el 20,1 % y abundó más en la cavidad bucal que en la piel. Es de señalar que en nuestro estudio se encontraron 4 tumores metastásicos; 2 localizados en la glándula parótida, (1 proveniente de un tumor primario en mamas y 1 de pulmón) y los otros 2 casos localizados en la región del cuello con tumores primarios, uno de mediastino y el otro de una amígdala.

TABLA 4. Distribución según raza y localización del tumor

Localización	Blanca		Negra		Mestiza		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Piel facial	105	78,2	-	-	1	0,8	106	79,0
Cavidad bucal	18	13,4	3	2,2	1	0,8	22	16,4
Glándulas salivales	3	3,0	1	0,8	-	-	4	3,0
Cuello	2	1,6	-	-	-	-	2	1,6
Total	128	95,4	4	3	2	1,6	134	100

TABLA 5. Distribución de los tumores de la cavidad bucal según su localización

Localización	No.	%
Labio superior	2	9,1
Labio inferior	10	45,4
Lengua	3	13,6
Encía superior	3	13,6
Encía inferior	1	4,6
Suelo de boca	2	9,1
Paladar duro	1	4,6
Total	22	100

TABLA 6. Distribución de los tumores de piel según localización

Localización	No.	%
Nasal	37	34,9
Nasogeniana	12	11,3
Frontal	11	10,4
Infraorbitaria	9	8,5
Supraorbitaria	2	1,9
Auricular	7	6,6
Maseterina	8	7,5
Témporo-cigomática	5	4,7
Submandibular	4	3,8
Nasoorbitaria	4	3,8
Mentoniana	1	0,9
Total	100	100

Discusión

Como en la mayoría de los estudios consultados, coincidimos en que a medida que aumenta la edad aumenta la propensión a padecer de tumores malignos de la región maxilofacial en general,^{1,6,7,11,12} y que los hombres tienen cierta predisposición mayor que las mujeres.

En nuestro país los tumores malignos de la cavidad bucal están en el octavo lugar en los hombres y el oncenno en las mujeres,¹ y en los de la piel ocupan el primer lugar en el hombre y el tercero en la mujer.⁷

Con respecto a la relación del color de la piel y la localización del tumor, coincidimos con *Díaz Brito*,⁶ *Estrada*⁷ y *Díaz Fernández*⁸ que realizaron estudios en nuestro país, en los que se constata que los pacientes con piel blanca tienen una marcada tendencia a sufrir tumores malignos cutáneos, sobre todo del tipo histológico basocelular, que según la literatura consultada es el tipo más frecuente,^{8,9,13} y la piel de la nariz como la más afectada.

En cuanto a los tumores malignos de la cavidad bucal, nuestros resultados son similares a los de *Estrada*,¹ *Ostman*¹⁴ y *Dispalto*,¹⁵ pues encontramos que los carcinomas epidermoides tenían mayor incidencia en el labio inferior. Discrepamos con lo expuesto por *Ruiz* y colaboradores¹² que encontraron la lengua como el sitio más frecuente.

TABLA 7. Distribución según el diagnóstico histopatológico

Histología	Piel	Cavidad bucal	Glándula salival	Cuello	No.	%
Carcinoma epidermoide	8	19	-	-	27	20,1
Carcinoma basocelular	98	2	-	-	100	74,5
Carcinoma mucoepidermoide	-	-	1	-	1	0,8
Carcinoma verrugoso	-	1	-	-	1	0,8
Metástasis	-	-	2	2	4	3,0
Tumor mixtomaligno	-	-	1	-	1	0,8
Total	106	22	4	2	134	100

El 3 % de los tumores metastásicos encontrados por nosotros es algo que hay que tener en cuenta siempre a la hora de detectar tumores malignos maxilofaciales; estamos de acuerdo con varios autores que plantean que los pulmones y las mamas son las fuentes más comunes y que otros sitios como las amígdalas y el hígado pueden debutar sus tumores en la región bucofacial, además que la extracción dental precede en un buen número de casos al descubrimiento de una metástasis.^{16,17}

En nuestra opinión, nuestro análisis nos lleva a reafirmar lo importante de la detec-

ción precoz del cáncer, de un buen examen bucofacial. En ocasiones se tiene ante sí a un paciente con una lesión de la piel de la cara, y no se le da importancia cuando en la consulta se le revisa la boca al paciente o cuando se realiza una actividad de terreno. Nuestro personal es un personal calificado, pero cada día debemos ser más celosos en el diagnóstico precoz del cáncer bucofacial, para de esta forma salvar muchas vidas, ya que ese es nuestro propósito fundamental.

SUMMARY: An analytical study of the maxillofacial region malignant tumors treated in the Maxillofacial Surgery Service of Artemisa municipality was conducted from 1994-1996. Males were the most affected; skin tumors were the most frequent, a higher percentage of white people were affected and the most observed histological type was the basal cell carcinoma. The most common location in the oral cavity was the lower lip and the most predominant histological type was the epidermoid carcinoma. 3 % of all tumors found resulted in metastasis which started in the buccofacial area.

Subject headings: JAW NEOPLASMS/prevention & control; SKIN NEOPLASMS/prevention & control; SALIVARY GLAND NEOPLASMS/ prevention & control; MOUTH NEOPLASMS/prevention & control; CARCINOMA, BASAL CELL/prevention & control; CARCINOMA, SQUAMOUS CELL/prevention & control; NEOPLASM METASTASIS.

Referencias bibliográficas

1. Estrada Sarmiento M. Estudio estadístico de las neoplasias de la cavidad bucal. Rev Cubana Estomatol 1993;30(1):57-66.
2. Lence J, Rodríguez A, Santana JC, Fernández L. Programa de diagnóstico del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;10(3):230-4.
3. Santana JC, Miranda J. Características clínicas iniciales de los carcinomas de la

- boca. Rev Cubana Estomatol 1982; 19(2):110.
4. Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sánchez M. Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal. Resultados de 5 años de aplicación. Rev Cubana Estomatol 1991;28(2):83-92.
 5. Fedele D. Oral cancer screening in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991;39:920-5.
 6. Díaz Brito A. Carcinoma basocelular. Estudio estadístico. Rev Cubana Estomatol 1980;17(1):187-91.
 7. Estrada M, Zamora C. Lesiones malignas de la piel facial. Estudio estadístico. Rev Cubana Estomatol 1988;25(2):33-43.
 8. Díaz Fernández JM, Tamayo Castillo J. Aspectos epidemiológicos de los tumores cutáneos faciales. Rev Cubana Oncol 1993;9(1):6-9.
 9. Chajchir A, Castrillon M. Tumores malignos de piel. En: Coefman F. Cirugía plástica reconstructiva y estética. La Habana: 1986;t1:210-7 (Edición revolucionaria).
 10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1986.
 11. Oliveras JM, Montes J. Epidemiología del cáncer bucal en el suroeste de España. Análisis de 619 casos. Rev Eur Odontostomatol 1993;5(5):283-8.
 12. Ruiz A, Paseiro MA, Escalona R, Marcos L. Prevalencia de neoplasias malignas de la cavidad bucal en el Hospital "Celia Sánchez Manduley" 1982-85. Rev Cubana Estomatol 1989;26(3):235-41.
 13. Walker EW. Incidence of skin cancer. J Oral Surg 1988;45(5):691-7.
 14. Ostman J, Anneroth G, Gustafsson H, Travelin B. Malignant oral tumors in Sweden 1960-1989. An epidemiological study. Eur J Cancer B Oral Oncol 1995;31 B(2):106-12.
 15. Dispaltro F, Scarborough D, Bisaccia E. Carcinoma mucoepidermoide del labio. J Dermatol Carcinoma 1993;19(5):481-3.
 16. Hishberg A, Leibovich P, Horowitz I, Buchner A. Metastatic tumors to postextraction sites. J Maxillofac Surg 1993;51(12):1334-7.
 17. Pilar M, Pilar R, Rojas P. Metástasis mandibular de un hepatoma. Rev Cubana Estomatol 1992;29(1):49-53.

Recibido: 25 de marzo de 1998. Aprobado: 12 de mayo de 1998.

Dr. *Juan Carlos Quintana Díaz*. Ave. 41, edificio 73, apto. 13, entre 34 y 40, Artemisa, La Habana, Cuba.