Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina

Título: “Tumores de boca, orofaringe, laringe y glándula parótida: su relación con el hábito de fumar y el alcoholismo”.

Alumno: Javier Moljo

Tutor: Dr. José Luis Valenti

Fecha de presentación: febrero de 2006

Índice

Índice 1
Resumen 2
Introducción 4
Marco teórico 5
Problema 12
Objetivos 12
Materiales y método 13
Resultados 15
Discusión 23
Conclusiones 25
Bibliografía consultada 26
Anexo 28

Resumen

El presente es un estudio de tipo analítico observacional o explicativo. Realizado en base a 39 historias clínicas de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente debido a patología tumoral, en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, dependiente del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre el 1º de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2004.

Con el objetivo de analizar la relación que existe entre el hábito de fumar y el alcoholismo con los tumores de boca, orofaringe, laringe y glándula parótida y conocer la frecuencia con que se presentan los distintos tumores en nuestra población.

Se arribaron a las siguientes conclusiones:

- el 69% correspondía al sexo masculino y el 31% al sexo femenino.
- la media de edad fue de 51,35 años.
- 35,89% de los tumores se ubicaban en la orofaringe; 28,20% en la glándula parótida; 17,94% en el piso de boca; 7,69% en la laringe; 5,12% en el labio, y 5,12% en el paladar duro.
- 71,79% de los tumores eran epidermoides; 23,07% eran adenomas pleomorfos; 2,56% era adenoide quístico, y el 2,56% era un hematoma.
- el 51,28% de la población en estudio fumaba y el 35,89% consumía alcohol en exceso.
- los tumores de labio no tuvieron relación con el hábito de fumar y el alcoholismo.
- el 67% de los pacientes con tumores de laringe fumaban, y en el 33% se asociaba a alcoholismo.
- de los pacientes con tumores de orofaringe, el 64% fumaba, y el alcoholismo se presentaba en el 57% de los casos.
- el hábito de fumar y el alcoholismo se presentaban en el 50% de los casos de tumores de paladar duro.

- de los pacientes con tumores de glándula parótida, el 27% fumaba. Ninguno consumía alcohol.
- de los pacientes con tumores de piso de boca, el 71% fumaba y el alcoholismo se presentó en el 57% de los casos.

Introducción

Los tumores de cabeza y cuello comprenden el 2-3% de todos las neoplasias malignas del organismo, y el 1-2% de todas las muertes por cáncer, además, un 43% de los pacientes pueden tener enfermedad metastásica regional y en un 10% a distancia. [1]

La anatomía de cabeza y cuello es compleja y se puede dividir en sitios y subsitios, es fundamental comprender que cada sitio tiene una epidemiología particular, una anatomía que es fundamental conocer en detalle, ya que de estos factores dependerá el enfoque terapéutico.

El presente estudio se orienta a los tumores que asientan en boca, orofaringe, laringe y glándula parótida, los cuales causan una alta morbimortalidad. El interés por el tema surge debido a la práctica, que en forma personal, he llevado adelante en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, dependiente del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial del Centenario, y por la relación entre estas patologías y el consumo de tabaco y alcohol.

Debido a la existencia de subregistro en aquellos reciben tratamiento por estas patologías, pero que no requieren internación, el estudio se centrará en aquellos paciente que debieron recibir tratamiento quirúrgico.

Es ya conocido que el hábito de fumar y el consumo de alcohol aumentan el riesgo de desarrollar cáncer, pero se desconoce la frecuencia con que estos factores de riesgo prevenibles afectan a nuestra población.

Acercarse a estos conocimientos puede servir para dirigir las acciones de promoción de la salud y de prevención específica de estas patologías.

[1] Iñiguez Sasso, R., Lanas Volz,A. Patología Maligna Rinofaringolaríngea. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Otorrinolaringología.

Marco teórico

Tumores de cabeza y cuello:

Incluye tumores originados en la cabeza y el cuello, con excepción de los que se localizan en tiroides, piel y SNC. Se consideran, por tanto, los tumores de la cavidad oral los de la faringe, los de la laringe y los de glándulas salivales. [2]

La incidencia de los tumores de cabeza y cuello varía del 5 al 50% (caso extremo de la India) según condicionamientos geográficos y socioeconómicos. Los factores etiológicos fundamentales son el tabaco, el alcohol y los virus.

Predominan en el sexo masculino 66%-95% dependiendo de la localización, sin embargo esta diferencia tiende a estrecharse en la medida que se incrementan los fumadores entre las mujeres.

Es más frecuente en la sexta y la séptima décadas de la vida, la incidencia se incrementa con la edad, especialmente después de los 50 años de edad.[1]

Dentro de los tumores malignos, la gran mayoría son carcinomas de células escamosas.

Localización:

1)- Cavidad oral:

a) labios

b) mucosa bucal

c) alveolares, dentarios, trígono retromolar

d) piso de boca

e) paladar duro

d) lengua oral

[1] ídem

[2] Farreras – Rozman Medicina Interna. 13º edición Edición en CD-rom. A. Aliaga Boniche y V. Alegre de Miquel, cap. Enfermedades de la boca. J. González Enríquez y N. Ascunce Elizaga cap. Oncología Médica. Epidemiología y prevención.

2)- Faríngeos:

a) nasofaríngeos

b) orofaríngeos (paladar blando, amigdalianos y base de lengua).

c) hipofaríngeos

3)- Laríngeos

4)- Otros menos frecuentes: como tumores malignos del espacio parafaringeo e infratemporal

A continuación se detallan características de los tumores que se incluyen en el presente estudio.

Tumores de labio:

Los tumores en esta ubicación tienen una evolución larga, precedida por años de queilopatías.

El tipo de tumor más frecuente (90%) es el carcinoma epidermoide, también llamado epitelioma espinocelular o carcinoma de células escamosas. El 10% restante corresponde a melanomas o carcinomas mucoepidermoides.

El epitelioma se instala más frecuentemente en el labio inferior (90 a 95%) y es poco metastizante (5 a 8%). El epitelioma del labio superior tiene rápido crecimiento y mayor poder metastizante.

La mayoría se trata con cirugía. Aunque algunas lesiones pequeñas pueden ser tratadas con radioterapia.

Tumores del piso de la boca:

Las neoplasias pueden ocupar la línea media a nivel del frenillo (piso anterior de boca), instalarse a los lados (piso lateral), o bien ocupar todo el piso de la boca.

Las metástasis regionales suelen ser precoces, aparecen entre los 3 y 6 meses, luego de la lesión primaria. Dichas metástasis se pueden ubicar en las celdas submaxilar y mentoniana, o directamente en las cadenas linfáticas de la yugular interna.

El cáncer de piso de boca puede extenderse hacia delante o hacia las partes laterales, e invadir la mandíbula secundariamente.

Cuando se extiende hacia atrás infiltra la lengua e invade la epiglotis y el anillo faríngeo. En profundidad puede llegar hasta las áreas de la región suprahioidea.

Cuando la lesión es pequeña se puede hacer directamente la resección-biopsia. En los casos donde existe compromiso de hueso, la cirugía es de elección.

Tumores del paladar:

Los tumores en esta zona tienen lento crecimiento y ausencia de molestias. Pueden originarse en el paladar duro (más frecuentemente) o en el paladar blando.

Las neoplasias que ocupan el paladar son generalmente carcinomas epidermoideos. Los del paladar duro metastatizan hacia ganglios submaxilares y los del paladar blando hacia los ganglios superiores de la cadena yugular interna.

Si el carcinoma del paladar duro es de dimensiones limitadas y superficial puede ser tratado indistintamente por la radioterapia o la cirugía. Cuando penetra hacia los planos profundos y se halla en íntimo contacto con el hueso o lo ha afectado, la indicación es la cirugía. El carcinoma epidermoideo del paladar blando debe ser tratado con radioterapia, si se trata de un adenocarcinoma la conducta es quirúrgica.

Tumores de lengua:

El 70 – 80% de los tumores de la lengua móvil se encuentran en los ***bordes de la lengua***. Puede propagarse hacia su línea media o bien extenderse por la cara ventral, invadir el piso de boca y alcanzar la mandíbula. Otras veces, en su parte posterior, infiltra el pilar anterior del velo del paladar. La diseminación linfática se realiza en la celda submaxilar y en los ganglios subdigástricos de la cadena linfática profunda de la yugular interna

Los ***tumores de base de lengua***, se extienden generalmente de un borde al otro del órgano, invaden las amígdalas palatinas e infiltran los surcos glosoepiglóticos, invadiendo finalmente toda la zona faríngea.

Las metástasis del cáncer de la base de la lengua, debido a la extraordinaria riqueza linfática de esa región, así por la naturaleza histológica de la lesión, son muy precoces y altas; ocupan directamente los ganglios superiores de la yugular interna.

El tratamiento de elección es el quirúrgico.

Tumores de la parótida:

Los tumores benignos son mucho más frecuentes que los malignos, en una proporción 6:1.

Pueden presentarse a cualquier edad, pero son más frecuentes en la 6ª y 7ª década de la vida.. Según aumenta la edad, la proporción de tumores malignos es mayor.

En los adultos, el 95% de los tumores son epiteliales. El único factor de riesgo parece ser las radiaciones ionizantes. No se ha hallado relación con otros cancerígenos como el tabaco y el alcohol.

Dentro de los tumores benignos, el más frecuente es el ***adenoma pleomorfo***, que representa del 60 al 80% del total. Afecta más frecuentemente a mujeres entre la 5ª y la 6ª década de la vida. La evolución es lenta (años). El tratamiento es quirúrgico.

La variedad maligna más frecuente es el ***carcinoma mucoepidermoideo***. Es más frecuente entre la 3ª y 5ª década de la vida. El 75% se presentan como tumores asintomáticos, el 13% con dolor y un número menor con parálisis facial.

Hay variantes patológicas de bajo, mediano y alto grado de malignidad:

- de bajo grado: predominan las zonas quísticas y poca celularidad bien diferenciada, son en general bien circunscriptos.
- De alto grado: suelen ser de más de 4 centímetros, sólidos, con pocas áreas quísticas. Infiltra tejidos circundantes. Predominan las células escamosas o intermedias indiferenciadas. En el 30 – 40% se encuentran metástasis linfáticas cervicales.

El tratamiento es quirúrgico.

Tumores de laringe:

En la laringe se distinguen tres pisos: uno superior o supraglótico, uno medio o glótico, donde están las cuerdas vocales y uno inferior o subglótico. En cada uno de estos pisos pueden asentar tumores, pero su frecuencia y su gravedad son muy diferentes. Se considera que de 100 cánceres de laringe, 40 comienzan en la supraglotis, 59 en la glotis y sólo 1 en la sublotis.

La región supraglótica es muy rica en linfáticos y los tumores que comienzan a ese nivel dan frecuentemente metástasis o colonizaciones en los ganglios del cuello, y muchas veces, la tumoración en el cuello es el primer síntoma de la enfermedad. Este hecho ensombrece el pronóstico ya que cuando se hace el diagnóstico, el tumor ya ha tenido una diseminación regional.

En cáncer glótico es de pronóstico más favorable debido a que se evidencia precozmente a través de su síntoma principal: la disfonía o ronquera. La ronquera se explica porque el tumor altera los movimientos o inmoviliza la cuerda vocal.

Los cánceres subglóticos son poco comunes, 1 de cada 100. Pocas veces causan ronquera. En cambio puede causar fatiga o disnea porque propenden a obstruir la vía aérea.

Los factores de riesgo para desarrollar tumores de laringe son:

- *tabaquismo*: es el principal factor de riesgo para los cánceres laríngeos glóticos y supraglóticos.
- *el alcohol*: ejerce una interacción con el tabaco, como sucede en la cavidad bucal y en el esófago, lo que produce un efecto multiplicativo. Algunos investigadores consideran que el alcohol tiene más peso como factor de riesgo que el tabaco, sobre todo para el cáncer supraglótico.
- *Factores ocupacionales*: trabajadores con asbesto.
- *Virosis*: Herpes Virus tipo II, se los vincula al origen de los papilomas laríngeos que a veces sufren transformación maligna.
- *Factores socioeconómicos*: se observa una acrecentada incidencia en los grupos socioeconómicos de bajos ingresos.
- *Factores hereditarios*

- *Dieta*: la ingestión de betacaroteno, vitamina A, frutas y verduras actúan como protectores, mientras que el consumo de dietas hipercalóricas e hipergrasas aumentan el riesgo. [3]

El tratamiento depende de la localización:

- *Supraglotis*. La cirugía es la indicación (laringectomía parcial o total, con disección ganglionar radical, unilateral o bilateral, o sin ella).
- *Glotis*. Los T1 curan por medio de radioterapia externa, aunque la exéresis de la cuerda vocal afecta resulta igualmente eficaz. Los T2 y T3 se someten a laringectomía parcial o total y los T4 a laringectomía total y faringectomía parcial o total. Esta región no drena a ganglios linfáticos, por lo que en los T1 y T2 no se practica disección ganglionar profiláctica. Sin embargo, en tumores más avanzados existe el riesgo de invasión ganglionar por otras vías.
- *Subglotis*. Están indicadas la laringectomía total y la disección ganglionar.

Los hábitos como factores de riesgo:

Tabaco:

Los tumores de cabeza y cuello son 6 veces más frecuentes entre los fumadores, en el cáncer de laringe existe una relación lineal al consumo, y en fumadores exagerados es 20 veces más frecuente la muerte por esta causa que en los no fumadores. [4]

El uso de tabaco en forma de puros desplaza la incidencia del cáncer de laringe y pulmonar a la orofaringe y esófago, como también la costumbre de mascarlo.

La probabilidad de desarrollar un tumor de laringe, se eleva al menos 5 veces en las personas que fuman cualquier tipo de tabaco –un hábito de un tercio de la población adulta– y se ubica entre 8 y 11 veces más arriba para los que fuman

[3] Vassallo, J.A.; Barrios, E..- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.
[4] Cruz Hernández, J. Más de 20 gramos de etanol al día aumentan el riesgo de padecer cáncer. Diciembre 2005. Publicado en OncoPress.net.

cigarrillos industrializados, cigarrillos armados o en pipa. Este riesgo disminuye ostensiblemente entre cinco y diez años después de dejar de fumar (cigarrillos industrializados o armados).

Las enzimas de hidroxilación presentes en el pulmón humano activan los compuestos carcinogenéticos del tabaco (nitrosaminas, 4-aminobifenil, benzopirenos), confiriéndoles una capacidad mutagénica. Los carcinógenos activados forman enlaces covalentes o puentes con macromoléculas (ADN), ocasionando la aparición de mutaciones.

Alcohol:

El consumo de alcohol es factor de riesgo por si solo, para cáncer de laringe y faringe pero es menos carcinogénico que el tabaco, pero su uso asociado produce un efecto sinérgico, multiplicándose como factor de riesgo asociado.

El alcoholismo aumenta el riesgo de desarrollar cáncer, específicamente en la boca y en la faringe, posiblemente debido a la acción del propio alcohol o de sus subproductos sobre la capa de células que reviste dichos órganos.

La probabilidad de desarrollar algunos de esos cánceres crece al menos 4 veces para quienes beben un vaso de cerveza por semana durante uno y quince años. Ese riesgo es 10 veces más elevado en quienes beben whisky. [5]

El consumo de bebidas alcohólicas se asocia con un aumento de la incidencia de cáncer de la cavidad oral, faringe, esófago, hígado y posiblemente mama. Aunque el etanol no es un carcinógeno que actúe directamente, uno de sus metabolitos, el acetaldehído, puede actuar como promotor tumoral.

El etanol inhibe la desintoxicación de los carcinógenos químicos como las nitrosaminas, que se relacionan con tumores del tracto digestivo superior. [6]

[5] Zorzetto,R. Los genes y los hábitos culturales tienen efecto sobre el riesgo de surgimiento de tumores de cabeza y cuello. En: http://revistapesquisa.fapesp.br
[6] Robbins. Patología estructral y funcional. 7º edición, capítulo 9, página 428.

Problema

¿Con qué frecuencia se relacionan el hábito de fumar y el alcoholismo con el desarrollo de tumores de boca, orofaringe, laringe y glándula parótida, en nuestra población?

Objetivos

- Analizar la relación que existe entre el hábito de fumar y el alcoholismo con los tumores de boca, orofaringe, laringe y glándula parótida.

- Conocer la frecuencia con que se presentan esos tumores en una muestra de la población de Rosario.

Materiales y método

El presente es un estudio de tipo analítico observacional o explicativo. Realizado en base a los datos aportados por las historias clínicas de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, dependiente del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre el 1º de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2004.

Se incluyeron en el estudio a la totalidad de los pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente debido a la presencia de algún tipo de tumor de boca, orofaringe, laringe o glándulas parótidas, durante el período 2002 – 2004.

Se excluyeron aquellos pacientes no intervenidos quirúrgicamente, o en los cuales la localización del tumor quedaba fuera del alcance del presente estudio.

La muestra quedó conformada por 39 historias clínicas. Las cuales fueron confeccionadas por los profesionales médicos, que trabajan en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Operacionalización de las variables

- **Edad:** en años cumplidos en el momento de la intervención quirúrgica, según consta en la historia clínica.
- **Sexo:** masculino o femenino.
- **Localización del tumor:** labio, piso de boca, paladar duro, orofaringe, laringe y glándula parótida, según protocolo quirúrgico.
- **Estirpe celular:** hematoma, adenoma pleomorfo, adenoide quístico o epidermoide, según conste en el informe de anatomía patológica.
- **Hábitos:** tabaquismo y/o alcoholismo, según la historia clínica.

Los datos obtenidos de las historias clínicas se presentan en una tabla ordenados según el sexo del paciente. (ver anexo)

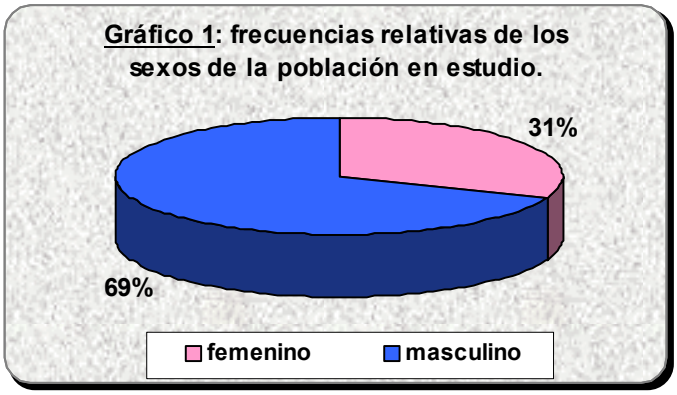
Para el análisis estadístico los datos se resumen en tablas y gráficos, se utiliza el programa Microsoft Excell.

Resultados

Características de la población en estudio:

Sexo		
femenino	12	(30,76%)
masculino	27	(69,23%)
Total	**39**	

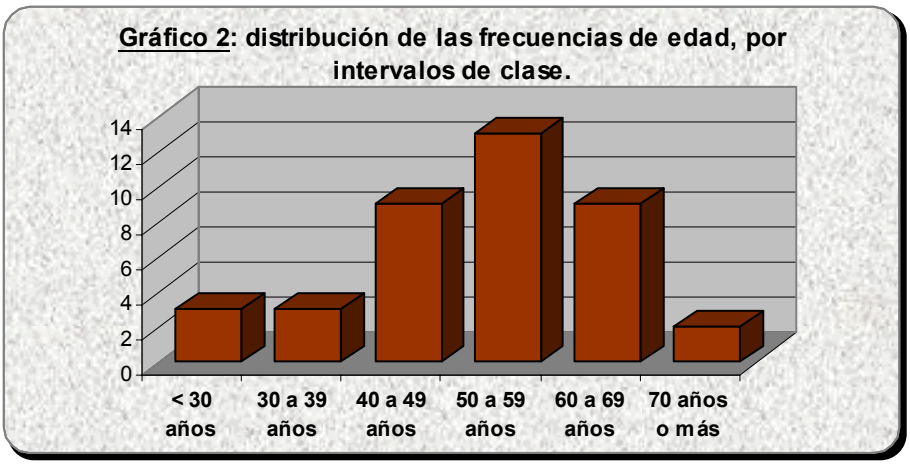
Tabla 1: frecuencias absolutas y relativas de la distribución por sexo de la población en estudio.



Del total de la población en estudio, el 69% corresponde al sexo masculino y el 31% al sexo femenino.

Edad		
< 30 años	3	(7,69%)
30 a 39 años	3	(7,69%)
40 a 49 años	9	(23,07%)
50 a 59 años	13	(33,33%)
60 a 69 años	9	(23,07%)
70 años o más	2	(5,12%)
Total	**39**	

Tabla 2: frecuencias absolutas y relativas de la distribución por edad de la población en estudio.

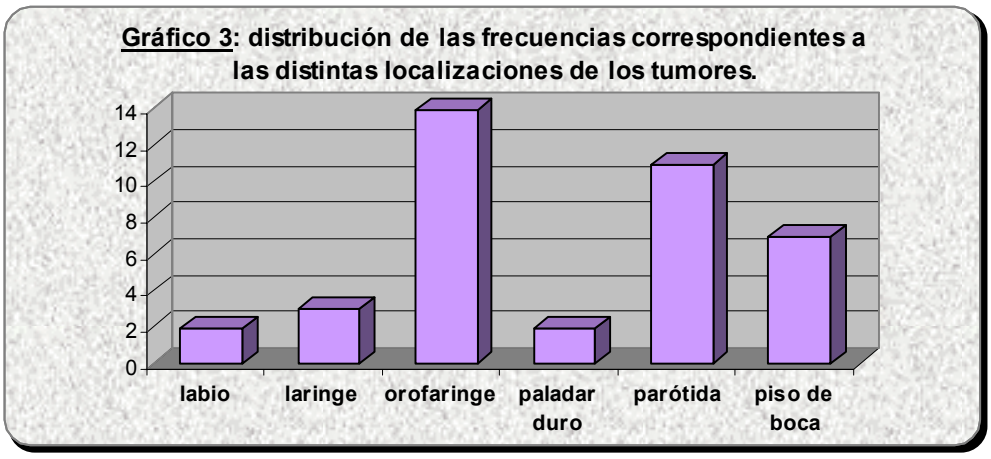


La media de edad es de 51,35 años.

El 33,33% de la población corresponde al intervalo de 50 a 59 años; el 23,27% al intervalo de 40 a 49 años; el 23,27% al intervalo de 60 a 69 años; el 7,69% al intervalo de 30 a 39 años; el 7,69% a los menores de 30 años; y el 5,12% a los de 70 años o más.

Localización del tumor		
labio	2	(5,12%)
laringe	3	(7,69%)
orofaringe	14	(35,89%)
paladar duro	2	(5,12%)
parótida	11	(28,20%)
piso de boca	7	(17,94%)
Total	**39**	

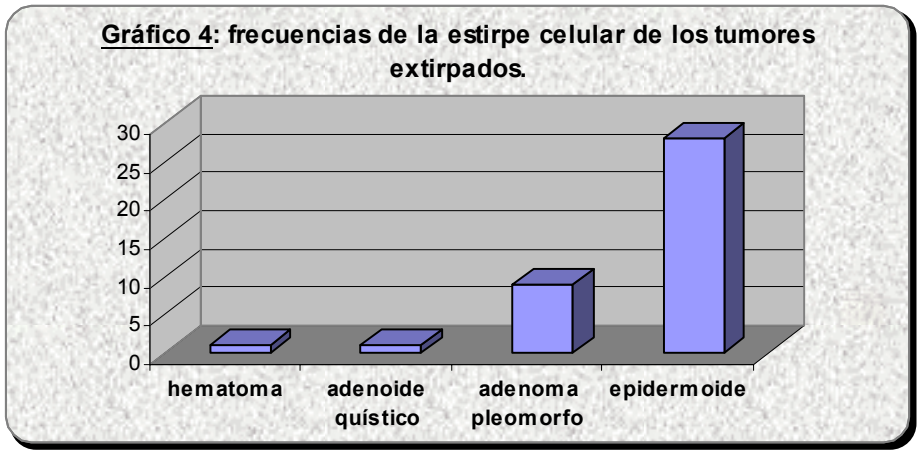
Tabla 3: frecuencias absolutas y relativas de la distribución de las localizaciones del tumor en la población en estudio.



Con respecto a las localizaciones de los tumores, el 35,89% corresponde a orofaringe; el 28,20% a la glándula parótida; el 17,94% al piso de boca; el 7,69% a la laringe; el 5,12% al labio, y el 5,12% al paladar duro.

Estirpe celular		
hematoma	1	(2,56%)
adenoide quístico	1	(2,56%)
adenoma pleomorfo	9	(23,07%)
epidermoide	28	(71,79%)
Total	**39**	

***Tabla 4*: frecuencias absolutas y relativas de la estirpe celular de los tumor en la población en estudio.**

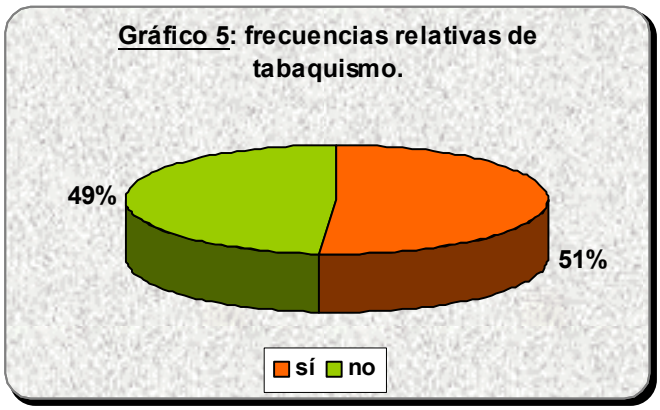


En el 71,79% la estirpe celular del tumor era epidermoide; en el 23,07% eran adenomas pleomorfos; en el 2,56% era adenoide quístico, y en el 2,56% era un hematoma.

Hábitos:

Tabaquismo		
sí	20	(51,28%)
no	19	(48,71%)
Total	**39**	

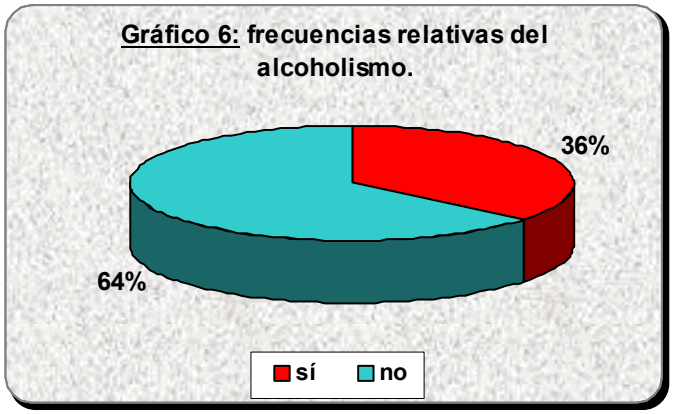
***Tabla 5*: frecuencias absolutas y relativas del hábito de fumar en la población en estudio.**



El hábito de fumar se presenta en el 51,28% de la población en estudio.

Alcoholismo		
sí	14	(35,89%)
no	25	(64,10%)
Total	**39**	

***Tabla 6*: frecuencias absolutas y relativas del alcoholismo en la población en estudio.**

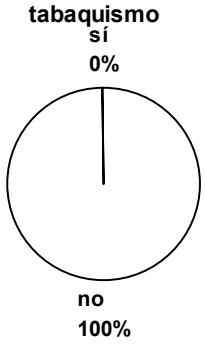


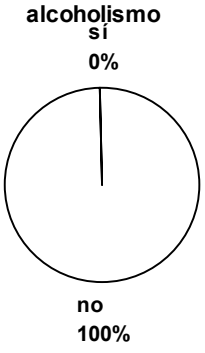
El alcoholismo se presenta en el 35,89% de la población en estudio.

Relación entre los hábitos y la localización tumoral:

***Tabla 7*: relación entre los hábitos y los tumores de labio.**

Tumores de labio	sí	no
tabaquismo		2
alcoholismo		2

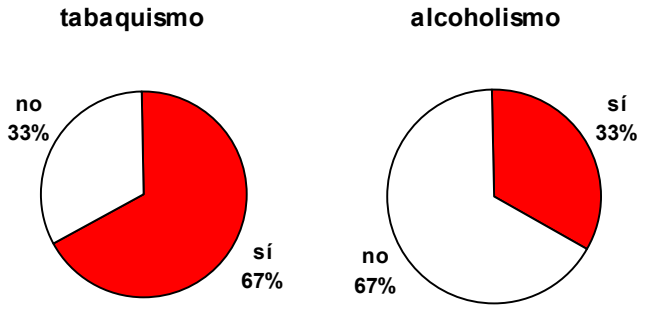




Los tumores de labio del presente estudio no tuvieron relación con el hábito de fumar y el alcoholismo.

***Tabla 8**: relación entre los hábitos y los tumores de laringe.*

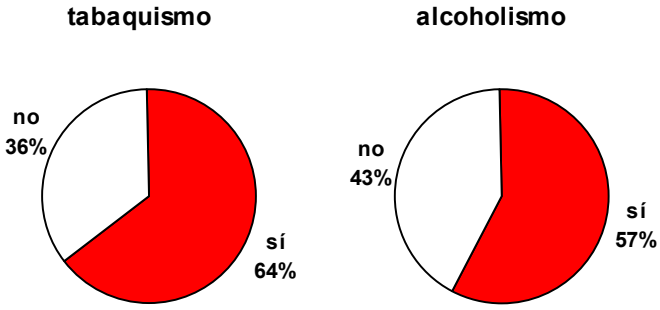
Tumores de laringe	sí	no
tabaquismo	2	1
alcoholismo	1	2



El 67% de los pacientes con tumores de laringe fumaban, y en el 33% se asociaba a alcoholismo.

***Tabla 9**: relación entre los hábitos y los tumores de orofaringe.*

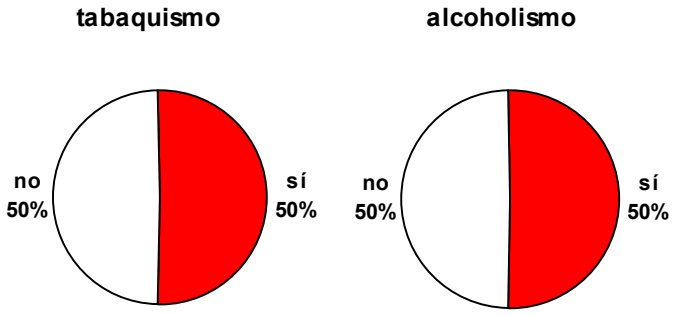
Tumores de orofaringe	sí	no
tabaquismo	9	5
alcoholismo	8	6



De los pacientes con tumores de orofaringe, el 64% fumaba, y el alcoholismo se presentaba en el 57% de los casos.

***Tabla 10**: relación entre los hábitos y los tumores de paladar duro.*

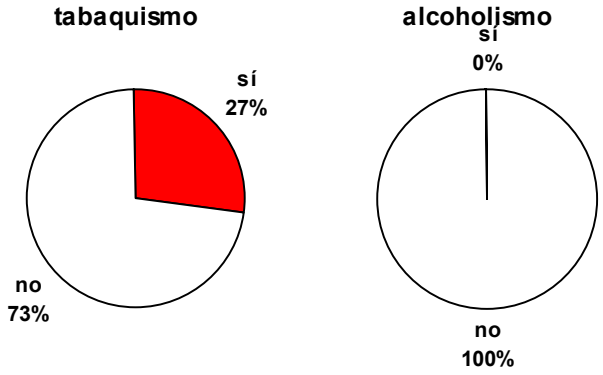
Tumores de paladar duro	sí	no
tabaquismo	1	1
alcoholismo	1	1



Tanto el hábito de fumar como el alcoholismo se presentaba en el 50% de los casos de tumores de paladar duro.

***Tabla 11**: relación entre los hábitos y los tumores de parótida.*

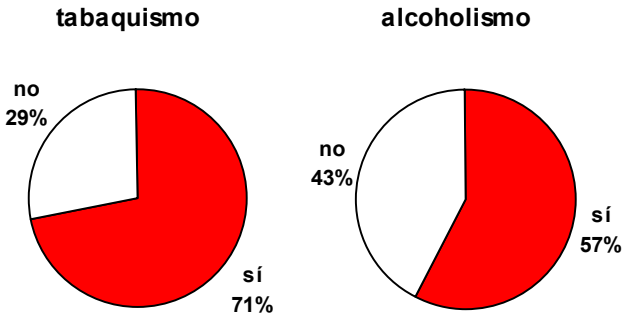
Tumores de parótida	sí	no
tabaquismo	3	8
alcoholismo		11



De los pacientes con tumores de glándula parótida, el 27% fumaba. Ninguno de los pacientes consumía alcohol.

***Tabla 12*: relación entre los hábitos y los tumores de piso de boca.**

Tumores de piso de boca	sí	no
tabaquismo	5	2
alcoholismo	4	3



De los pacientes con tumores de piso de boca, el 71% fumaba. El alcoholismo se presentó en el 57% de los casos.

Discusión

Se llevó adelante un estudio analítico observacional, sobre una población de 39 pacientes intervenidos quirúrgicamente debido a patología tumoral de boca, orofaringe, laringe y glándula parótida.

Del total de la población en estudio, el 69% correspondía al sexo masculino y el 31% al sexo femenino. *(gráfico 1)*. Es decir, que la razón es de 2,2 a 1, a favor del sexo masculino. En otros estudios la razón es de 3:1. [7]

La media de edad fue de 51,35 años; cifra menor a la encontrada en otros estudios similares (65,6 años).[7] En el 33,33% de la población la edad correspondía al intervalo de 50 a 59 años; en el 23,27% al intervalo de 40 a 49 años; en el 23,27% al intervalo de 60 a 69 años; en el 7,69% al intervalo de 30 a 39 años; en el 7,69% a los menores de 30 años; y en el 5,12% a los de 70 años o más. *(gráfico 2)*

Con respecto a las localizaciones de los tumores, el 35,89% se ubicaban en la orofaringe; el 28,20% en la glándula parótida; el 17,94% en el piso de boca; el 7,69% en la laringe; el 5,12% en el labio, y el 5,12% en el paladar duro. *(gráfico 3)*

En relación a la estirpe celular del tumor, el 71,79% era epidermoide; el 23,07% eran adenomas pleomorfos; el 2,56% era adenoide quístico, y el 2,56% era un hematoma. *(gráfico 4)* Otros estudios señalan que los tumores de tipo epidermoide superan el 65%. [1,7]

Con respecto a los hábitos, el 51,28% de la población en estudio fumaba *(gráfico 5)* y el 35,89% de la población consumía alcohol en exceso *(gráfico 6)*.

Se relacionaron los hábitos con las diferentes localizaciones tumorales. Los tumores de labio del presente estudio no tuvieron relación con el hábito de fumar y el alcoholismo. *(tabla 7)*

El 67% de los pacientes con tumores de laringe fumaban, y en el 33% se asociaba a alcoholismo. *(tabla 8)* El tabaco es conocido, desde los primeros

[1] Idem
[7] Granell Navarro,J.; Puig Rullán,A. Registro de cáncer de cabeza y cuello: estudio prospectivo de incidencia a dos años .Oncología (Barc.) v.27 n.1 Madrid ene. 2004

estudios epidemiológicos, como el principal factor de riesgo para los cánceres laríngeos. En las autopsias de fumadores, fallecidos por causas ajenas al cáncer de laringe, se encontraron en muchos de ellos algún grado de atipía epitelial en la mucosa de la laringe, proceso pre-maligno, y en el 16% de estas autopsias ya existía un cáncer in situ de la laringe. Algunos investigadores consideran que el alcohol tiene más peso como factor de riesgo que el tabaco, sobre todo para el cáncer supraglótico. [3]

De los pacientes con tumores de orofaringe, el 64% fumaba, y el alcoholismo se presentaba en el 57% de los casos. *(tabla 9)* Otros autores señalan una asociación del 46% entre el tabaquismo , el alcoholismo y los tumores de orofaringe. [1]

Tanto el hábito de fumar como el alcoholismo se presentaba en el 50% de los casos de tumores de paladar duro. *(tabla 10)*

De los pacientes con tumores de glándula parótida, el 27% fumaba. Ninguno de los pacientes consumía alcohol. *(tabla 11)*

De los pacientes con tumores de piso de boca, el 71% fumaba. El alcoholismo se presentó en el 57% de los casos. *(tabla 12)*

[1] Ídem
[3] Ídem

Conclusiones

El presente es un estudio de tipo analítico observacional o explicativo. Realizado en base a 39 historias clínicas de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente debido a patología tumoral de boca, orofaringe, laringe y glándula parótida, en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, dependiente del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre el 1º de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2004.

- La mayoría de la población correspondía al sexo masculino.
- La media de edad fue de 51,35 años En el 33,33% de la población la edad correspondía al intervalo de 50 a 59 años.
- El 35,89% de los tumores se ubicaban en la orofaringe; el 28,20% en la glándula parótida; el 17,94% en el piso de boca; el 7,69% en la laringe; el 5,12% en el labio, y el 5,12% en el paladar duro.
- En relación a la estirpe celular del tumor el 71,79% era epidermoide.
- El 51,28% de la población en estudio fumaba y el 35,89% consumía alcohol en exceso.
- Los tumores de labio del presente estudio no tuvieron relación con el hábito de fumar y el alcoholismo.
- La mayoría de los pacientes con tumores de laringe fumaban.
- De los pacientes con tumores de orofaringe, el 64% fumaba, y el alcoholismo se presentaba en el 57% de los casos.
- Tanto el hábito de fumar como el alcoholismo se presentaba en el 50% de los casos de tumores de paladar duro.
- De los pacientes con tumores de glándula parótida, el 27% fumaba. Ninguno de los pacientes consumía alcohol.
- De los pacientes con tumores de piso de boca, el 71% fumaba. El alcoholismo se presentó en el 57% de los casos.

Bibliografía consultada

Carvalho, M. B. Tratado de Cirugía de Cabeza y Cuello y Otorrinolaringología, Capítulo 21, 226-228; 1999

Cattaruzza MS, Maisonneuve P, Boyle P. Epidemiology of laryngeal cancer. Eur J Cancer B Oral Oncol 1996; 32B(5):293-305

Davis WE, Zitsch RP. Statistics of head and neck cancer. En: Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD: Comprehensive management of head and neck tumors. WB Saunders Company, 2nd ed. Philadelphia, 1999; 283-95

Gallus S, Bosetti C, Franceschi S, Levi F, Negri E, La Vecchia C. Laryngeal cancer in women: tobacco, alcohol, nutritional, and hormonal factors. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003 Jun; 12(6):514-7

Janovich, A; Schouten, FA; Snow, GB. Squamous cell carcinoma of the lip and oral cavity in the Netherlands: an epidemiological study of 740 pacients. J. Cranio-Maxilo-Facial Surgery. 1993, 21, 149-152

Krolls, S; Holfman, J. Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues. J. A. Dens Ac. 1976, 92, 571-574

Lee, KJ. En : Essential Otolaryngology, Capítulo 26, 536; 1984

Muller, H. Changing incidence of cancer of the tongue, oral cavity, and pharynx in Denmark. J. Oral Patol. Méd. 1989, 18, 224-229

Quer M, Leon X, Jiménez ML, Jungens A, Burgues Vila J. Carcinomas de las vías aerodigestivas superiores en el Servicio de ORL del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Acta Otorrinolaring Esp 1993; 44(5): 337-43.

Parking, DM; Laara, E; Muir, CS. Estimates of the world wide frequence of sixteen major cancers in 1980. Int. J. Câncer. 1988, 41, 184-187

Percy C, Van Holten V, Muir C. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 2ª edición. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1995
Pierrakou, ED; Papanikolau, S. Clinical findings from 150 cases with squamous cell carcinoma oh the mouth. Hell. Stomatol Rev. 1984, 28, 217-221

Shah, JP, Kowalski, P. In: Head Neck Surgery, Ch 05, 143-145

Silverman, S; Gorsky, M. Epidemiological and demographic update in oral cancer. J Am Dens Assoc 1990, 120, 495-499

Sundefeld, ML; Saliba, O. Estudo descritivo da ocorrência de câncer de boca da 9a região administrativa do estado de São Paulo. Rev Odontol Unesp. 1993, 22,135-145

Tácito Elias Sgorlon Ribeirão Preto. Perfil Epidemiológico do Câncer de Lábio em um Hospital Universitario. Manuscrito

Zitsch, RP. Carcinoma of the lip. Oto. Clin. North. Am, 1993

Anexo

Tabulación de los datos.

	sexo	edad	localización del tumor	estirpe celular	hábitos	
					tabaquismo	alcoholismo
1	femenino	14	parótida	hematoma	no	no
2	femenino	20	parótida	adenoma pleomorfo	no	no
3	femenino	35	labio	epidermoide	no	no
4	femenino	46	parótida	adenoma pleomorfo	no	no
5	femenino	46	parótida	adenoma pleomorfo	sí	no
6	femenino	47	base de lengua (orofaringe)	epidermoide	no	no
7	femenino	49	base de lengua (orofaringe)	epidermoide	sí	sí
8	femenino	51	piso de boca	epidermoide	no	no
9	femenino	54	parótida	adenoma pleomorfo	sí	no
10	femenino	56	parótida	adenoma pleomorfo	no	no
11	femenino	57	amígdala (orofaringe)	epidermoide	no	no
12	femenino	61	paladar blando -pilar anterior (orofaringe)	epidermoide	no	no
13	masculino	24	parótida	adenoma pleomorfo	no	no
14	masculino	31	borde de lengua (orofaringe)	epidermoide	no	no
15	masculino	37	base de lengua (orofaringe)	epidermoide	sí	sí
16	masculino	42	paladar duro	epidermoide	sí	sí
17	masculino	45	piso de boca	epidermoide	sí	sí
18	masculino	48	parótida	adenoma pleomorfo	no	no
19	masculino	49	base de lengua (orofaringe)	epidermoide	sí	sí
20	masculino	49	piso de boca	epidermoide	sí	sí
21	masculino	52	laringe	epidermoide	sí	sí
22	masculino	52	paladar blando -pilar anterior (orofaringe)	epidermoide	sí	sí
23	masculino	52	paladar blando-úvula (orofaringe)	epidermoide	sí	sí
24	masculino	52	piso de boca	epidermoide	no	no
25	masculino	55	base de lengua (orofaringe)	epidermoide	sí	sí
26	masculino	55	base de lengua (orofaringe)	epidermoide	sí	sí
27	masculino	56	parótida	adenoma pleomorfo	no	no
28	masculino	58	base de lengua (orofaringe)	epidermoide	sí	sí
29	masculino	58	piso de boca	epidermoide	sí	no
30	masculino	60	piso de boca	epidermoide	sí	sí
31	masculino	61	laringe	epidermoide	sí	no
32	masculino	62	paladar duro	adenoide quístico	no	no
33	masculino	62	parótida	adenoma pleomorfo	sí	no
34	masculino	63	laringe	epidermoide	no	no
35	masculino	63	piso de boca	epidermoide	sí	sí
36	masculino	64	base de lengua (orofaringe)	epidermoide	sí	no
37	masculino	69	parótida	epidermoide	no	no
38	masculino	70	labio	epidermoide	no	no
39	masculino	78	paladar blando-úvula (orofaringe)	epidermoide	no	no